



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1995

V Legislatura

Núm. 528

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 23

celebrada el martes, 20 de junio de 1995

Página

ORDEN DEL DIA:

Comparecencias:

- De la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para informar sobre el acuerdo con las diferentes organizaciones de sindicatos médicos y estudiantes de medicina, así como el Consejo General de Médicos, para la formación postgraduada de las diferentes especialidades médicas. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000574) 16120
- Del señor Director del Instituto de Salud Carlos III (Ricoy Campo), para informar acerca de la política científica en materia de salud y, en especial, sobre la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/001491) 16131

Preguntas:

- De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre medidas para poner en práctica lo aprobado en la Comisión de Política Social y de Empleo en relación con la consideración de los enfermos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como crónico. (BOCG serie D, número 216. Número de expediente 181/001476) 16144

	Página
— De la misma señora Diputada, sobre previsiones presupuestarias en el Ministerio de Sanidad y Consumo para el año 1996. (BOCG serie D, número 222. Número expediente 181/001497).....	16146
— De la señora Rodríguez Calvo (Grupo Parlamentario Socialista), sobre situación en que se encuentran los estudios e investigaciones respecto a nuevos tratamientos para los enfermos de esclerosis múltiple. (BOCG serie D, número 222. Número de expediente 181/001504).....	16148
Proposiciones no de ley:	
— Sobre reconocimiento de la especialidad médica de psiquiatría infantil. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán-Convergència i Unió. (BOCG serie D, número 194. Número de expediente 161/000396).....	16150
— Relativa al desarrollo de las especialidades de los diplomados universitarios en enfermería. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG serie D, número 216. Número de expediente 161/000446).....	16153
— Sobre la situación que está atravesando el Hospital Clínico de Barcelona. (BOCG serie D, número 222. Número de expediente 161/000464).....	16156

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

CELEBRACION DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS:

- **DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (Amador Millán), PARA QUE INFORME SOBRE EL ACUERDO CON LAS DIFERENTES ORGANIZACIONES DE SINDICATOS MEDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA, ASI COMO EL CONSEJO GENERAL DE MEDICOS, PARA LA FORMACION POSTGRADUADA DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES MEDICAS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 213/000574.)**

La señora **PRESIDENTA:** Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo prevista para el día de hoy. En primer lugar, tenemos dos comparencias, a continuación hay preguntas y, finalmente, las proposiciones no de ley. Como SS. SS. me han preguntado, para que hagan sus cálculos, al objeto de que puedan compatibilizar las distintas Comisiones que se celebran a lo largo de la mañana, les diré que las votaciones se harán agrupadas y, en todo caso, no antes de la una del mediodía. Calculamos que ése puede ser el desarrollo normal de la sesión.

También quiero comunicar a SS. SS. que a las tres proposiciones no de ley hay presentadas enmiendas: a la primera, dos, una del Grupo Popular y otra del Grupo Socialista; a la segunda, una, del Grupo Socialista; y a la tercera, una del Grupo Catalán (Convergència i Unió) y otra del Grupo Socialista. Si SS. SS. no disponen de ellas, se en-

cuentran en la Mesa, con lo que pueden contar con ellas antes del trámite de las comparencias.

Iniciamos, por tanto, la sesión con el primer punto, celebración de comparencias. Primero, comparencia de la Ministra de Sanidad y Consumo para que informe sobre el acuerdo con las diferentes organizaciones de sindicatos médicos y estudiantes de medicina, así como el Consejo General de Médicos, para la formación postgraduada de las diferentes especialidades médicas. Esta comparencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Popular. Para ello se encuentra entre nosotros la señora Ministra de Sanidad y Consumo, a quien damos la bienvenida a la Comisión.

Señor Fernández-Miranda, ¿desea defender la presentación de la comparencia? (**Asentimiento.**)

Tiene la palabra el señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA:** Brevemente, voy a plantear la comparencia, introduciendo el matiz del acuerdo del Consejo de Ministros en el que se decide cuál va a ser la fórmula desde el Gobierno para la formación de médicos generales, respondiendo a la Directiva de la Unión Europea de 1986. La comparencia estaba solicitada previamente, antes de conocer formalmente la decisión que toma el Gobierno, pero, a pesar de todo, la hemos mantenido viva porque deseamos que la señora Ministra nos explique en la Cámara cuál ha sido el resultado de las distintas conversaciones que ha mantenido con organizaciones sindicales, con sociedades científicas, con los propios estudiantes de medicina y con el Consejo General de Colegios de Médicos. En definitiva, queremos saber, conocida y demostrada su capacidad negociadora, cuál es el resultado final de todas esas conversaciones y a qué obedece: si obedece formalmente a un acuerdo la decisión que, como decía antes, se ha tomado en Consejo de Ministros, o si obedece simple y llanamente —y, como es

obvio, el Gobierno está en su derecho de hacerlo— a una decisión tomada en función de criterios propios, sin haber atendido las razones de los distintos grupos con los cuales se ha entrevistado a lo largo de los últimos tiempos, conociendo como conocemos la tensión que se ha producido, las manifestaciones y concentraciones que los estudiantes de medicina produjeron hace meses en Madrid y, por lo tanto, el grado de conflictividad que dio lugar a la decisión anunciada por el Ministerio, concretada en el Consejo de Ministros a que hacíamos referencia.

Eso es todo por mi parte.

La señora **PRESIDENTA**: Para cumplimentar esta solicitud de comparecencia, tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señorías, comparezco ante esta Comisión para explicar, de acuerdo con la comparecencia solicitada por el Grupo Popular, las razones de mantenimiento que acaba de explicar el Diputado señor Fernández-Miranda, cómo se ha completado el proceso de cumplimiento de las exigencias derivadas de la Directiva número 457, del año 1986, del Consejo de las Comunidades Europeas, refundida después en la Directiva del año 1993, y que ha culminado, como se ha citado, con la promulgación de un Real Decreto, no de un acuerdo, aprobado en Consejo de Ministros el día 9 de junio, por el que se dictan las normas en relación con la formación especializada en medicina familiar y comunitaria de los licenciados en Medicina a partir del 1 de enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias. Dicho Decreto fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» el pasado día 16 de junio.

Como SS. SS. conocen, la directiva del año 1986 obligaba a los Estados miembros de la Unión Europea a establecer una formación específica en medicina general en los términos que en la propia directiva se recogen y que básicamente se concretaban en una duración mínima de dos años y en un carácter de dicha formación más práctico que teórico. La directiva establecía, además, que, a partir del 1 de enero de 1995, cada Estado miembro condicionará, sin perjuicio de las disposiciones sobre derechos adquiridos, el ejercicio de la actividad de médico generalista en el marco de un régimen nacional de Seguridad Social, a la posesión de un diploma, certificado o título que acredite esta formación y cuya denominación concreta en cada Estado miembro ha de ser comunicada a la Comisión. España, como SS. SS. conocen, notificó a la Comisión que el título que en nuestro país acredita, la formación en medicina general, es el de especialista en medicina familiar y comunitaria y así se recoge en la comunicación de la Comisión número 268, de 1990, publicada en el Diario Oficial Comunitario. Se recogía, por tanto, la previsión existente en España desde el año 1978, conforme a la cual la formación del médico general quedaba sometida a los mismos requisitos de la del especialista.

Desde la publicación de esta directiva se han ido adoptando distintas medidas para la adecuación de la situación española a las exigencias del derecho comunitario y de

ellas, las más importantes, fueron: un Decreto promulgado en 1989, que puso en marcha el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de medicina familiar y comunitaria dirigido a los profesionales del sistema; una segunda consiste en que se ha incrementado de forma importante el número de plazas de formación especializada en medicina familiar y comunitaria —en 1986 eran 359 y en 1994 han sido 1.221—. Se ha reducido el número de plazas para estudiantes de medicina de primer año. Esta reducción se viene realizando por el Consejo de Universidades y ha supuesto bajar de 7.134 alumnos, en el curso 1986-1987, a 4.015, en el curso 1992-1993.

Recientemente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su sesión del 19 de diciembre de 1994, acordó dirigirse al Consejo Nacional de Universidades, instándole a una reducción progresiva del número de alumnos de las Facultades de Medicina no inferior al 30 por ciento. Lo cierto es que la sesión del Consejo Nacional de Universidades que se ha celebrado hace muy poco tiempo ha atendido la petición de reducción no en el porcentaje que se pedía, sino parece que en un dos por ciento. Finalmente, se promulgó un Decreto en 1993, el 4 de junio, que estableció los requisitos para el ejercicio de la formación de médico de medicina general en el Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, resultaba preciso regular la formación en medicina general para los licenciados a partir de 1995 con el fin de completar este proceso.

Para ello existían básicamente dos alternativas: en primer lugar, establecer un período de formación distinto al sistema MIR, como medio generalista, de acuerdo con las previsiones y contenidos mínimos de la directiva para este supuesto. La segunda era mantener el sistema MIR y el título de especialista en medicina familiar y comunitaria como único habilitante para el ejercicio de la medicina general en España.

La segunda opción es la que finalmente se ha adoptado y se ha hecho así dado el alto grado de consenso manifestado en favor de la misma. Para hacerla efectiva es preciso el establecimiento de un sistema que permita conciliar la limitación de plazas inherente al sistema MIR con el cumplimiento de las obligaciones que se deducen de la directiva en relación con el establecimiento de un sistema de formación en medicina general.

Esto es lo que trata de hacerse con el Decreto al que me he referido al comienzo de mi intervención. La disposición de carácter general que supone el Decreto es el resultado de un amplísimo proceso de consulta y de negociación con todos los sectores interesados. Entre otros han informado el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, el Consejo General de Colegios Médicos, la Sociedad Española de Medicina General, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Coordinadora de Facultativos Internos Residentes, la Federación de Asociaciones de Defensa para la Sanidad Pública, la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, la Federación de Servicios Públicos de UGT y Comisiones Obreras, en un período de consultas y de conversaciones que se ha dilatado a lo largo de varios meses. También lo ha informado el

Consejo Nacional de Especialidades Médicas y, finalmente, ha sido informado favorablemente por el Consejo de Estado.

El Decreto viene a resolver, por tanto, el problema planteado mediante el establecimiento de las siguientes medidas acordes con la normativa comunitaria: En primer lugar, se garantiza la formación en medicina familiar y comunitaria a todos los licenciados en medicina a partir del primero de enero de 1995 que así lo soliciten, a través de convocatorias específicas de plazas de formación MIR en esta especialidad a las que únicamente podrán concurrir estos licenciados, es decir, los posteriores a 1995. Estas convocatorias se van a realizar con carácter anual y con carácter previo a las convocatorias generales del sistema MIR para el conjunto del resto de las especialidades. Con ello se trata de dar respuesta a la situación propia de estos profesionales que, por imperativo comunitario y a diferencia de los licenciados con anterioridad al año 1995, no podrán ejercer la profesión en el sistema público sin estar en posesión del título de especialista en medicina familiar y comunitaria. Se garantiza que la formación de especialista se realiza en todo caso a través del sistema MIR y en el caso de que no hubiera plazas suficientes de formación, quienes hayan participado en esta convocatoria específica conservan su derecho a ocupar las plazas disponibles en las convocatorias sucesivas, de acuerdo con el orden que determine el resultado de su examen o, en caso de decidir volverse a presentar, con arreglo a la nueva puntuación, si ésta fuera más favorable.

Los licenciados posteriores al uno de enero de 1995 pueden participar también en las convocatorias anuales de formación del conjunto de las especialidades médicas, previa renuncia, eso sí, a la plaza obtenida en su caso en la convocatoria específica. En el caso de no obtener plaza en la convocatoria general MIR mantienen su derecho a la adjudicación de plaza de formación en medicina familiar y comunitaria en las convocatorias específicas sucesivas. Se trata de mantener la posibilidad de que accedan a esta formación según las previsiones de la directiva, pero de no limitar el acceso a otras especialidades médicas.

Ya que la formación de especialista en medicina familiar y comunitaria de los licenciados posteriores a 1995 se realiza a través de convocatorias específicas, las plazas de esta especialidad, medicina familiar y comunitaria, que se incluyan en las convocatorias generales MIR se reservan a los licenciados anteriores a esa fecha, que naturalmente no deben verse privados de su capacidad de elegir esta especialidad.

Para utilizar de una forma más completa las plazas disponibles y para facilitar también la reducción del volumen de la denominada bolsa histórica de licenciados aspirantes a la formación MIR se establecen dos tipos de medidas complementarias: en primer lugar, quienes se encuentren realizando ya un período de formación en plaza MIR obtenida en convocatoria publicada con anterioridad a la entrada en vigor del decreto no van a poder concurrir a las convocatorias sucesivas para el acceso a dicha formación si no se produce previamente la renuncia a la plaza desempeñada, para que una misma persona no esté ocupando dos

plazas simultáneamente o impidiendo que alguien acceda a la que deja.

En segundo lugar, quienes hayan obtenido el título de especialista mediante el sistema MIR no podrán optar a una nueva plaza de formación en las cinco convocatorias siguientes a la entrada en vigor del real-decreto, salvo que las previsiones de adecuación de la oferta docente a las necesidades formativas lo permitan y así se determine en la convocatoria; de manera también que se trata de garantizar que el mayor número de licenciados acceda a la primera convocatoria.

Esto es por lo que se refiere a los licenciados con posterioridad a 1995, para los que este Decreto trata de resolver el problema planteado.

Por lo que se refiere a los licenciados con anterioridad a 1995, está en estudio una serie de medidas que, unidas a las anteriores, tratan de dar salida a la llamada bolsa histórica atendiendo a las diferentes características específicas de los colectivos afectados. Aquí todavía no hemos concluido y todavía no puedo dar cuenta de ninguna norma, pero sí le informo de las soluciones que estamos estudiando en conexión con los profesionales afectados. De una parte, la Confederación Estatal de Facultativos Internos y Residentes que, como ustedes saben, agrupa a los licenciados en Medicina que están realizando alguna de las especialidades en el sistema MIR; de otra parte, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, que integra a médicos que ya ostentan esta especialidad; además, la Sociedad de Medicina General y la Sociedad de Medicina Rural y Generalista, que incluye a médicos generales y médicos titulares de asistencia pública domiciliaria. Estas son las sociedades que representan fundamentalmente a los médicos afectados por este problema que estamos tratando ahora.

Con el objetivo fundamental de encontrar fórmulas de consenso que permitan la homologación y la definitiva normalización del clima profesional del personal médico de la atención primaria, el Ministerio tiene convocada desde hace meses una Mesa de trabajo en la que están integradas estas sociedades, en la que se pretende encontrar soluciones satisfactorias para este colectivo tan importante. La Mesa se constituyó en el mes de noviembre y los temas que se están tratando en ella son fundamentalmente la ordenación del ejercicio de la práctica del médico general o de familia en el nuevo marco de aplicación determinado por la directiva comunitaria, la normativa comunitaria en su conjunto, el grado de implantación de los cursos de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialista en medicina familiar y el estudio y posterior propuesta de baremación para el acceso a puestos de trabajo en atención primaria para el conjunto del sistema. La Mesa ha celebrado ya varias sesiones de trabajo, creo que son cinco, y ya ha adoptado algunos criterios en los que todo el mundo se ha puesto de acuerdo, fundamentalmente sobre dos cuestiones: en primer lugar, todos los colectivos integrados en esa Mesa de trabajo están bastante de acuerdo acerca de la denominación única para todos los profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la atención primaria, en lo relativo a la ti-

tulación profesional y a los puestos de trabajo para el conjunto del Sistema Nacional de Salud como médico de familia y medicina de familia respectivamente. En segundo lugar, sobre la propuesta sobre criterios de baremación para la selección de personal facultativo de atención primaria. También se está estudiando el proceso de homologación de todos los profesionales de atención primaria, sobre el que todavía no hay acuerdo. El proceso sigue abierto. Precisamente mañana hay sesión de trabajo, está convocada hace meses, de esta Mesa y el objetivo fundamental que se pretende con esta Mesa de trabajo y a través del diálogo, como digo, de los protagonistas de la situación, es encontrar una solución al problema que plantean médicos generales, que son alrededor de 3.500, que llevan más de tres años ejerciendo su profesión, que continúan presentándose al examen MIR y que, por tanto, contribuyen a esa bolsa que concurre al sistema MIR y que ha sido una de las causas importantes de los problemas surgidos con motivo de la entrada en vigor de la directiva.

De manera que respecto —y para concluir— a los licenciados post-1995, la situación está regulada en un decreto recientemente publicado y que ha sido laboriosamente trabajado con los grupos afectados para buscar el consenso, y respecto a los anteriores a 1995 seguimos trabajando en la búsqueda de una solución que respete los derechos adquiridos de cada colectivo profesional que está afectado por este problema y que posibilite una solución que permita aligerar esa bolsa que concurre al MIR y que, en el caso de muchos profesionales que tienen acreditado su trabajo y su dedicación, seguramente puede paliarse por otras vías.

Señores Diputados, señor Diputado, le agradezco el reconocimiento que ha hecho aquí de mi capacidad de negociación, que es la del Ministerio, pero en asuntos como éste a veces es necesario tardar un poco más y escuchar a todo el mundo para que la solución final esté presidida por la racionalidad y la concordancia de los intereses en conflicto y no por la urgencia en adoptar decisiones que a veces dificulta la racionalidad de las mismas.

La señora **PRESIDENTA**: Además del Grupo solicitante, el Grupo Parlamentario Popular, ¿qué grupos desean intervenir para fijar su posición? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Ministra, ya que yo he debido estar especialmente torpe al plantear lo que era una ironía, le retiro el reconocimiento de capacidad negociadora porque no lo ha demostrado ni en este asunto, en donde no ha movido su posición previa a los conflictos promovidos por los estudiantes de Medicina ni un milímetro, ni lo está demostrando respecto al conflicto, a la huelga planteada por los médicos de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, quiero que conste en el «Diario de Sesiones» que era una ironía, sin duda alguna no entendida por la señora Ministra como consecuencia de mi torpeza al plantearla.

Estamos en donde estábamos, señora Ministra, en cuanto a los criterios. Yo creo que, en vez de decir seis igual a cero, que era el eslogan de los estudiantes de Medicina demostrando su inmensa preocupación, deberíamos decir consenso igual a cero. Usted se mantiene en la misma decisión que tomó previamente, en 1993, que adoptó el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1993, por lo cual, en esa terquedad tan suya, el Ministerio, el Reino de España va a especializar generalistas, va a especializar generalistas manteniendo la medicina de familia y comunitaria como una especialidad y la única vía para acceder a la formación de médicos generales, a la formación práctica de médicos generales, señora Ministra. La Unión Europea no dice que sea fundamentalmente práctica, sino que debe ser exclusivamente práctica. La importancia de la directiva de la Unión Europea es la reflexión que viene a hacer ella misma, que, en definitiva, hacen todas las facultades de Medicina de todas las universidades de la Unión europea, reconociendo que, como consecuencia de la inmensa carga lectiva teórica que tiene la licenciatura de Medicina, la formación práctica de aquellos que van a ser médicos generales, no de los que van a acceder a las especialidades por otra vía, es absolutamente insuficiente y recomienda a todos sus miembros que a lo largo de dos años formen prácticamente, proporcionen formación práctica a los licenciados en Medicina.

La decisión que ha tomado el Ministerio ha sido dar la razón sustantivamente a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sus razones habrá tenido, sin duda ninguna, el hecho de que estos especialistas nutran generosamente los altos cargos del Ministerio, nos tememos que ha tenido bastante que ver con esta decisión, pero la señora Ministra sabrá. El hecho cierto es que puede satisfacer a los grupos, sociedades, etcétera, que la Ministra ha mencionado, pero sabe la señora Ministra que no satisface ni muchísimo menos a sociedades y asociaciones de medicina general y rural y de médicos generalistas, que no satisface a los estudiantes de Medicina que han venido a calificarla, y ha aparecido en los medios de comunicación —como el Gobierno habitualmente y su Presidente a la cabeza se entera de los asuntos sustancialmente por los periódicos, parece mentira que la señora Ministra no lo haya leído—, de chiste, calificando la solución que propone el Ministerio como un auténtico chiste. No satisface plenamente al Consejo General de Colegios de Médicos, y lo sabe la señora Ministra, no satisface a la Academia Nacional de Medicina, y no la ha mencionado la señora Ministra, y no satisface al Consejo de Universidades. El Consejo de Universidades en numerosas reuniones ha expuesto la conveniencia de prolongar, en definitiva, para licenciados, que es el mandato de la Unión Europea, la formación práctica de esos profesionales.

Ustedes, una vez más, han solicitado una solución que es la solución de los recortes, en esto como en tantas otras cosas, disminuir en un 30 por ciento el número de médicos que forma la universidad española, desconociendo, por un lado, la Ley de Reforma Universitaria y desconociendo la autonomía universitaria que, en definitiva, en función de la capacidad docente de cada Universidad, de su capacidad

docente, debe tomar la decisión de cuántos licenciados en esta carrera, o en cualquier otra, deben ser capaces o van a formar cada año o cada ciclo completo de la licenciatura.

La realidad, según acaba de comentar la señora Ministra, es que la oferta que se hace desde el Consejo de Universidades es que se va a reducir en un dos por ciento, cifra y dato que no conocíamos, pero que nos hace preguntar a la señora Ministra automáticamente si esa reducción sigue haciendo válida la decisión tomada por acuerdo en Consejo de Ministros, que se concrete en un real decreto. Los reales decretos también se alcanzan por acuerdo en el Consejo de Ministros y digo yo que no será una decisión unilateral de la señora Ministra sino que previamente al Real Decreto habrá habido un acuerdo de Consejo de Ministros para que se haga público el mismo y se publique en el «Boletín Oficial del Estado».

¿Da igual su solución, señora Ministra, la solución de real decreto, la solución del Consejo de Ministros con una reducción del 30 por ciento que del dos por ciento? ¿Sigue siendo igual de válida? ¿Ustedes se siguen manteniendo en las mismas tesis o esto va a hacer que veamos cómo se modifica la decisión tomada una vez más, como sucede con tanta frecuencia en su Ministerio?

Señora Ministra, yo creo que efectivamente habrán hecho ustedes amplísimas consultas y laboriosamente trabajadas, pero nos tememos que el grado de acuerdo no es el deseable.

Este Grupo Parlamentario ha dejado claramente establecida su postura y no voy a reiterar las razones porque constan en los «Diarios de Sesiones», por iniciativas del Grupo Parlamentario Popular, por iniciativas de otros grupos parlamentarios enmendadas por el Grupo Parlamentario Popular, por ejemplo, en la última proposición no de ley vista en el Pleno hace pocos meses. Como digo, la postura del Grupo Parlamentario Popular ha quedado claramente establecida.

Nos preocupa —y con esto termino, porque no es cuestión de abrir un debate sobre una decisión ya tomada por el Consejo de Ministros— que una vez más las decisiones se tomen de espaldas a los grupos de profesionales, a las asociaciones profesionales, a los propios colegios, a los estudiantes de medicina; que se tomen de espaldas a ellos sin haber movido ni un solo milímetro las posiciones de salida —digamos— en este conflicto y que el Ministerio de Sanidad y la señora Ministra hicieron públicas en su momento. Lo lamentamos, porque pensamos que no es a través de la imposición, no es a través de la terquedad de la posesión de la verdad absoluta como podemos tener en nuestro país una convivencia razonable.

El Grupo Parlamentario Popular ya anuncia que no considera apropiada la solución y que plantearemos, el tiempo que estemos en la oposición y cuando accedamos, como esperamos, en breve plazo de tiempo, a las labores de gobierno, modificar esta decisión que consideramos absolutamente errónea, que consideramos que no responde al mandato de la Unión Europea y que, en definitiva, no beneficia —que debería ser el objetivo último— la formación de nuestros médicos generales, que en este momento están consiguiendo a través de la medicina de familia y co-

munitaria, con una gran dependencia hospitalaria, una gran dependencia, por lo tanto, de todo lo que suponen las exploraciones complementarias de tercer nivel y la posibilidad de las interconsultas inmediatas de especialistas, un perfil profesional que no es el que desde nuestro punto de vista tiene que satisfacer la asistencia primaria, el primer contacto de las personas con el Sistema Nacional de Salud, la acción preventiva y su colaboración, tanto más cuanto más rural sea el medio en el cual se mueve, con las labores de salud pública.

Como pensamos que no es el profesional que necesita la sanidad pública española —en su momento, obviamente, lo intentaremos reiteradamente— propondremos su modificación para responder simple y llanamente al mandato de la Unión Europea, para responder en los términos de esa directiva, que nos parece, no solamente a nosotros sino a otras muchas instituciones, perfectamente razonable y sobre todo suficiente.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Quiero dar las gracias a la señora Ministra de Sanidad y Consumo por la información que ha suministrado hace un momento a los diferentes grupos parlamentarios.

Desde el Grupo Vasco (PNV) querríamos empezar haciendo una labor de autocrítica que creo que debemos hacer todos los grupos parlamentarios, pero también, principalmente, el Gobierno, la universidad española, porque la solución que la semana pasada dio el Consejo de Ministros era una cuestión que debía haberse resuelto con anterioridad.

La Directiva 457/86 ya formaba parte del derecho interno español y, por lo tanto, hemos constatado que ha habido una premura, una necesidad de solucionar rápida y urgentemente un problema que, a nuestro juicio, denota una falta de planificación en la medida en que desde el año 1986 hay una regulación interna en el derecho español.

Creo que la autocrítica nos corresponde a todos, a los grupos parlamentarios, al Gobierno, a la universidad española, porque, como se decía también por parte de la Ministra, esta Cámara y el Consejo Interterritorial de Salud instaron a establecer una correspondencia, una coherencia, una adecuación entre las necesidades del sistema sanitario y la formación de estudiantes mediante el título de licenciado en medicina y no ha habido esa correspondencia, tal como era la voluntad de esta Cámara y de las diferentes administraciones sanitarias, plasmada en el Consejo Interterritorial de Salud.

Dicho esto, señora Ministra, a nuestro Grupo Parlamentario le parece que el acuerdo adoptado hace unos meses por parte del Consejo de consolidar el sistema de formación a través de la vía MIR es el mecanismo correcto, es la vía correcta. Había que dar una solución a las exigencias de la normativa europea, a la Directiva 457/86, refundida por la Directiva 16/93, de atribuir u otorgar una capacitación general a los licenciados en medicina que culminaran sus estudios a partir del 1 de enero de 1995. Ahí ha habido

una serie de trámites, de negociaciones que usted ha indicado de manera pormenorizada, pero, al final, como ocurre en estas cosas, hay intereses cruzados, intereses divergentes y no es fácil buscar una solución que satisfaga a todos los colectivos interesados. No puede satisfacer a todos los estudiantes porque el número de plazas que se van a convocar, de conformidad con el Decreto aprobado, no va a ser suficiente para ellos. Tampoco va a satisfacer a los actuales especialistas porque se les exige un plazo de cinco años desde la obtención de la especialidad. Tampoco va a satisfacer los intereses de colectivos como los MIR actuales que ya tienen plaza y que para obtener otra especialidad tienen que renunciar. En definitiva, era difícil buscar una solución que satisficiera a los intereses de los diferentes colectivos.

La solución que se ha adoptado es una solución a la que no cabe fácilmente otra alternativa, dígame lo que se diga, porque aunar los diferentes intereses sanitarios de colectivos profesionales distintos es complejo. Desde el Grupo Vasco (PNV) nos imaginamos que la dificultad que ha tenido la administración sanitaria central a la hora de buscar una solución ha sido elevada y lo vemos como mal menor. Y como en este momento no vemos ninguna alternativa mejor, consideramos que la solución que el Gobierno ha dado al tema de la formación a los licenciados de medicina a partir del 1 de enero de 1995 es la mejor entre las diferentes existentes que pudiera haber, convergen en ella diferentes intereses y se busca un punto de equilibrio entre las diferentes posibilidades que había.

Juntamente con ello debemos manifestar que hace unos meses se aprobó en el Pleno del Congreso de los Diputados una proposición no de ley presentada por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), Coalición Canaria, el Grupo Socialista y el Grupo Vasco (PNV). La solución dada por el Gobierno a través del Real Decreto publicado la semana pasada va en la línea manifestada por dicha proposición no de ley, que contenía cinco puntos.

Por ello, nuestro Grupo Parlamentario se congratula de que dentro de ese marco político general que se estableció por esta Cámara para la búsqueda de una solución, el Decreto que se ha aprobado vaya en coherencia.

Lo que sí solicitaríamos al Gobierno, a la señora Ministra de Sanidad y Consumo, es que pormenorizara o diera una mayor información sobre la problemática que la gestión de la aplicación del Real Decreto aprobado puede originar tanto al Insalud como a las diferentes administraciones sanitarias con competencias transferidas, cómo se va a hacer la distribución de todos los licenciados en medicina que hayan culminado sus estudios a partir del 1 de enero de 1995. ¿Hay un planteamiento de cómo se van a distribuir la formación entre las diferentes administraciones sanitarias y en qué criterios se van a basar? Nos gustaría conocer tal cuestión, porque eso va a originar problemas importantes a la hora de administrar la formación de este colectivo de licenciados en medicina; es importante saber cuál es la planificación que tiene el Gobierno al respecto y si ha habido ya un consenso o una negociación acordada con las comunidades autónomas para hacer una distribución sobre los criterios, si va a ser en función de la población, del número de estudiantes en

cada comunidad autónoma que hayan culminado sus estudios, etcétera. Nos gustaría conocerlo.

Por lo demás, y concluyo con ello, señora Presidenta, nuestro Grupo Parlamentario ve que la solución adoptada es coherente con el mandato político que se dio por esta Cámara al Gobierno y que es la menos mala de las soluciones que se han podido alcanzar, porque en ella convergen diferentes intereses de colectivos; no podía solucionarse dando una prioridad o una preferencia a un colectivo respecto a los demás y, por tanto, nos parece que la solución, dentro de los parámetros políticos y sanitarios en que nos encontramos, es adecuada.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), para fijar su posición, tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Señora Presidenta, muy brevemente.

Señoras y señores Diputados, señora Ministra, nuestro Grupo quiere manifestar, de entrada, su satisfacción, después ya diré que matizada, porque, al final, se ha resuelto un contencioso que ha sido largamente debatido y que además ha comportado desagradables incidentes, manifestaciones públicas, etcétera.

Decimos que satisfacción porque su solución contiene, en esencia y fundamentalmente, los puntos que en la proposición no de ley presentamos conjuntamente con otros grupos, como se ha dicho por parte del portavoz del Grupo Vasco (PNV), en el sentido de adaptación de la directiva, lo cual era inexcusable, vía única de la formación de especialistas en el sistema MIR, equilibrio entre el número de estudiantes y las necesidades del Sistema Nacional de Salud y diálogo constante tanto por parte de los colectivos, parece que así ha sido, como con las comunidades autónomas por medio del Consejo Interterritorial.

Decíamos también que satisfacción pero matizada, ya que entendemos que se podían haber evitado muchos problemas si se hubiera actuado antes. Eso ahora es fácil de decir, pero no es la primera vez que lo decimos, porque no debemos olvidar que la Directiva es de 1986 y el término era el uno de enero de 1995. Hasta última hora, cuando ya ha sido inexcusable resolverlo, no se han tomado las medidas necesarias e imprescindibles. No es una crítica a la señora Ministra, porque lo podían haber solucionado sus antecesores en el cargo, pero, en cualquier caso, eso, desde un punto de vista constructivo, nos ha de servir de experiencia. ¿Se ha encontrado la mejor solución? ¿Se ha acertado y hasta qué punto? Son unas incógnitas que se irán viendo a lo largo del tiempo y en la propia evolución de las cuestiones. Nuestro deseo era, y así nos manifestamos en su momento, que la solución tenía que ir en ese sentido. Experiencia, por otra parte, que también será necesaria para resolver, como ha dicho la señora Ministra, las cuestiones que comportan la existencia de aquella bolsa histórica. No debemos olvidar que aquí hay un conflicto de intereses legítimos por todas partes, lo cual crea dificultades y justifica, hasta cierto punto, que las cosas no se lleguen a resolver hasta última hora.

En cualquier caso, nosotros entendemos que eso también tiene que servir de experiencia para ir adaptando las soluciones a la presentación de los problemas, en el sentido de que no tiene que ser cuanto antes, pero tampoco demasiado tarde; tendría que ser en su justo momento. Esto es lo deseable y manifestamos nuestra satisfacción, con la matización que hemos hecho, agradeciendo la comparecencia y explicación de la señora Ministra.

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

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

Mi grupo quiere manifestar lo siguiente: Es inexcusable, porque otra manifestación supondría ocultar la realidad, que este Real Decreto llega tarde. Llega tarde cuando, como otros grupos han manifestado, los intereses en conflicto llegaron a niveles de exasperación muy graves y cuando, por otro lado, había plazos determinados por la directiva de la Unión Europea que conminaban al Gobierno español a regular la formación postgrado de medicina general. En cualquier caso, más vale tarde que nunca, aunque quiero decir al respecto varias cosas.

En primer lugar, mi Grupo comparte, y supongo que es el criterio del Ministerio, aunque no ha sido así expresado, que la esencia, el espíritu de la directiva europea no era tanto determinar dos años de formación, sino instar a los gobiernos europeos a intensificar, ampliar y mejorar el nivel de formación de los médicos generales en función de las necesidades de salud y de los nuevos conocimientos y avances científico-técnicos producidos en la materia. Digamos que, tal y como recordamos siempre, las directivas son de mínimos, de mínimos que los gobiernos deben establecer sin que, desde luego, queden determinados ni obligados los máximos, que deberían ser la materia aleatoria en la cual el Gobierno de cada país adapta las directivas a sus necesidades y al escenario específico de la situación en cada país.

Por otro lado, nosotros, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, entendemos que el Estado español avanzó con la identificación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en su tiempo, como la fórmula, no idónea, y ahora me referiré a ello, pero sí, desde luego, la más adecuada, para un determinado modelo sanitario. En esa línea, es perfectamente comprensible que el grupo Popular no lo comparta, porque hay algo elemental y básico que subyace en todo esto y es la adaptación del perfil de los profesionales a las necesidades del sistema sanitario, que, a su vez, es la identificación con contenidos políticos, inevitablemente, sobre cuáles son las necesidades de salud de la población. El perfil, evidentemente, no es el mismo si se concibe un sistema sanitario público basado en la promoción y prevención de la salud en el cual el eje fundamental del sistema es la atención primaria, que si se concibe otra fórmula, con contenidos políticos evidentes, tanto una como otra, en la cual el perfil de la medicina general es preferentemente asisten-

cial, individualizado y, obviamente, con posibilidades de adaptarse mejor a planteamientos de mercado dentro del sistema sanitario. Nosotros compartimos la idea de que España no debería retroceder en el nivel de formación identificado y mucho menos caer en la formación de diversos colectivos que tienen que atender a un sistema sanitario que en este momento tiene una cobertura casi universal y que tiene unos contenidos determinados.

Yo he hecho esta intervención porque supongo que el nivel de conflicto planteado alrededor de este problema entre colectivos ha hecho olvidar a la señora Ministra que el interés prioritario y fundamental —sin negar los intereses en curso, enfrentados y contradictorios— son las necesidades del sistema sanitario, que por encima de los colectivos e intentando armonizar intereses debe regir el tipo de formación de especialistas, de profesionales sanitarios, de trabajadores de la salud en general que necesita un determinado sistema. Yo quiero utilizar este criterio porque me parece que es el que se está olvidando y el que está llevando a hacer de bomberos en situaciones concretas cuando hay un marco general sin establecer.

Quiero urgir a la señora Ministra a remitir a esta Cámara, en el plazo más breve posible, una ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que es el indispensable margo general en el cual encontrarán su lugar los perfiles académicos y los contenidos de formación de cada uno de los trabajadores de la salud y que permitirá que los intereses corporativos —legítimos, por otra parte— no desequilibren la balanza en función de la necesaria coherencia entre la formación de los diferentes profesionales, en función de las características del sistema sanitario. En este sentido, quiero decir también que es deseable que esos grupos de trabajo, a los que la señora Ministra ha aludido para dar salida a la bolsa histórica, tengan en cuenta no solamente, insisto, los intereses de los afectados y los de los colectivos a los que la señora Ministra ha hecho referencia, colectivos de especialistas con intereses contrapuestos, sino las necesidades del sistema sanitario. Nos encontramos con una contradicción flagrante que está en la base de todo el asunto, falta personal en la sanidad pública, faltan médicos en atención primaria, faltan médicos especialistas en la atención especializada, valga la redundancia, y hay una bolsa histórica esperando obtener la cualificación necesaria para prestar la atención de la calidad demandada en el Sistema Nacional de Salud. Evidentemente, esa contradicción, que es la que está en la base de todo eso, como digo, tiene razones presupuestarias de fondo, pero son razones presupuestarias que, en la lógica de mi intervención, están contradiciendo frontalmente las necesidades del sistema sanitario. De una vez habrá que definir cuantitativa y cualitativamente cuáles son las necesidades del sistema sanitario, del modelo sanitario al que nos enfrentamos, y que los presupuestos se adecuen o por lo menos se vayan adecuando progresivamente a las necesidades.

No podemos dejar de hacer mención al proceso en curso en los hospitales, que tendría una solución bien clara, desde el punto de vista de la más elemental lógica: hacer que los hospitales funcionen por la tarde con incrementos de plantilla ahí donde hay más necesidades. Está la

reforma de la atención primaria por completar más o menos en un 40 por ciento. Lo que es evidente es que hay una demanda importante y hay masificación incluso en el nuevo modelo de atención primaria. Faltan trabajadores sanitarios, faltan médicos y faltan médicos especialistas. Es importante que alguna vez por lo menos se planteen no soluciones con varita mágica que, no existen, sino una programación en la cual se identifiquen las necesidades y los recursos a poner en funcionamiento para que, en un plazo razonable, desde el punto de vista económico y, sobre todo subordinado a las necesidades de salud, esas necesidades del sistema sanitario —evidentemente haciendo compatibles los intereses enfrentados corporativos en la medida de lo posible— puedan cubrirse.

En cualquier caso, quiero reiterar que esperamos que este real decreto sirva en su desarrollo práctico, en su desarrollo reglamentario, para abordar el problema urgente planteado. También quiero reiterar el acuerdo de mi Grupo con la opinión del Ministerio y de otros grupos parlamentarios de cara a que el nivel de calidad obtenido en la formación de médicos especialistas, y en concreto de medicina familiar y comunitaria, sea el nivel de partida general a través del cual se preste la atención primaria en nuestro país.

La señora **PRESIDENTA**: Finalmente, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Alberdi.

La señora **ALBERDI ALONSO**: En primer lugar, quiero agradecer a la señora Ministra su presencia en la Comisión y las explicaciones que nos ha dado sobre el real decreto que viene a resolver el conflicto que había en la aplicación de la Directiva de 1986 en nuestro país. En principio, yo creo que se ha encontrado una solución a un conflicto existente, y eso ya para nuestro Grupo es algo muy positivo. Además, pienso que se ha encontrado en unos términos y con unas premisas que son las que la mayoría de los grupos parlamentarios habíamos defendido en esta Cámara. Por tanto, no tengo nada más que alegrarme en ese sentido. También me parece que desde que la Directiva Comunitaria 457/86 se aprueba y luego se refunde, el Ministerio de Sanidad ha ido tomando, como usted nos ha explicado, una serie de medidas —a lo mejor no todas, a lo mejor no con toda la rapidez que se necesitaba— que no voy a repetir y que usted realmente nos ha explicado al presentarnos el real decreto.

Por otro lado, yo creo que la solución no sólo se hace por la postura de la mayoría de los grupos de la Cámara, sino que también, por lo que usted nos explica, se hace en base a unas consultas en negociación con la mayoría de los grupos afectados. Es verdad que los grupos afectados muchas veces tienen intereses legítimos, de cada grupo, que son difíciles de armonizar y yo coincido con la representante de Izquierda Unida en que hay que intentar siempre escuchar todas las posiciones y armonizar los intereses de los grupos, que son legítimos, pero teniendo en cuenta siempre los intereses generales, los intereses del propio sistema, de acuerdo con las necesidades de la población y

el modelo de sistema sanitario público que queremos para nuestro país y que tenemos puesto en marcha. En ese sentido, que se resuelva no mediante una especialidad nueva, distinta, una formación diferente de la que tenemos en este país consolidada, como es el MIR, a mi Grupo le parece positivo. Aunque sea el primer escalón, precisamente por ser el primer escalón de acceso de la población al sistema sanitario público, no creemos que haya que devaluar la calidad de la formación, sino todo lo contrario; la formación tiene que ser de la máxima calidad posible en cualquier nivel de acceso al sistema público de salud y, evidentemente, en atención primaria, nosotros consideramos básico que el proceso de formación que tengan estos médicos sea el que les otorgue una mayor calidad en su formación.

Y es evidente que el Real Decreto soluciona el tema de los licenciados con posterioridad a 1995. Nosotros creemos que se soluciona en una línea buena e interesante para nuestro sistema y para la calidad, sobre todo, de nuestro sistema público de salud. Me parece de interés que en el real decreto, aunque no se soluciona totalmente, como usted nos ha dicho, el problema de la bolsa histórica que existe en el MIR, se avanza en dos aspectos: en el de no poder acceder a otra especialidad sin renunciar a la que ya se ha obtenido, y en el de no poder, en cinco años, volver a hacer otra especialidad, porque nos parece justo que si hay un problema o una escasez de plazas para la formación en el sistema MIR, se redistribuyan de una forma justa. También nos resulta de interés que exista desde noviembre de 1994 una mesa de trabajo de todos los colectivos afectados para solucionar el tema de la bolsa histórica de los MIR. Creemos, además, que con los datos que usted nos ha dado se podrá resolver, unido a los aspectos en los que ya intuyo una línea de resolución que creemos correcta en el real decreto aprobado la semana pasada por el Consejo de Ministros, y le instamos y le animamos a que siga buscando acuerdos como el que supone la publicación del real decreto en el conflicto de los licenciados con posterioridad a 1995 en el tema de la bolsa histórica de los MIR. Creemos que las cosas se solucionan hablando y buscando un punto de acuerdo y de equilibrio entre intereses particulares —legítimos, pero particulares— de colectivos determinados y los intereses generales que son de toda la población, del sistema en cuanto que éste es público y universal. En ese sentido, le animamos a que siga trabajando con los colectivos afectados en la mesa de negociación, que funciona desde 1994, para intentar solucionar el tema de las baremaciones para acceder a los puestos, la homologación de todos los facultativos y todos los puntos básicos que nos ha indicado que están sobre la mesa de trabajo con el fin de solucionar este problema.

El Grupo Socialista se alegra de la solución que se ha dado a este conflicto y le anima a seguir resolviendo la parte que pueda quedar de la bolsa histórica de los MIR en la misma línea, preservando siempre los intereses generales del sistema y, al mismo tiempo, tratando de armonizarlo con los intereses individuales, o colectivos pero minoritarios, de los distintos grupos que se ven afectados por las distintas problemáticas que siempre surgen a lo largo de cualquier sistema que va transformándose y, por lo

tanto, necesita ir dando soluciones distintas a problemas diferentes y a momentos históricos determinados.

La señora **PRESIDENTA**: Para dar respuesta a las distintas intervenciones de los diferentes grupos tiene la palabra la señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Intervengo con concisión pero tratando de dar respuesta a las intervenciones de los señores diputados y, si me lo permiten, voy a repasar cada una de ellas.

Al señor representante del Grupo Popular quiero decirle, en primer lugar, que lamento que haya perdido la ocasión de hacer un reconocimiento que me parece que tiene muchos elementos objetivos y que, una vez más, anteponga su interés en propinar calificativos a los responsables políticos sobre el análisis sereno de los hechos que son suficientemente conocidos, por otra parte, e importantes como para que yo hubiera percibido que tenía un planteamiento más serio, pero no. Por tanto, a la ironía que expresa no tengo nada que contestar, porque no me parece que deba decirle nada. Lamento, una vez más, la constatación de su actitud.

El Diputado del Grupo Popular dice que este es un problema de terquedad, que no nos hemos movido, etcétera. Señor Fernández-Miranda, usted confunde la terquedad con las convicciones. Yo lo que tengo es una gran convicción en las cosas que defiendo, sobre todo, cuando lo que estamos defendiendo y está en juego son asuntos serios del sistema sanitario que afectan, naturalmente, a la salud de las personas, que es lo obvio y lo fundamental, pero cualquier decisión que se adopte aquí es trascendente, de manera que aseguro a S. S., que no es problema de terquedad, sino de convicción. Desde luego, en un asunto en el que debe sobrepasar el centenar el número de reuniones que se han celebrado a los largo de los meses en que este problema ha estado encima de la mesa y ha sido tan conocido por todos los medios de actualidad y por la opinión pública, negar la evidencia, señor Diputado, S. S. sabrá a qué intereses responde pero me parece que es eso, negar la evidencia. Ha habido un proceso de diálogo prolongado en el tiempo, exhaustivo y profundo, y lo reconocen todos los interlocutores que han sido llamados a mesas en las que el consenso no ha sido fácil porque los intereses son distintos, porque el punto de vista es distinto, pero le aseguro que hablar de que no ha habido diálogo en este proceso es negar la evidencia.

El que no nos hemos movido un milímetro tampoco es cierto. En los comienzos del conflicto, si S. S. tiene memoria, y debería tenerla dada su edad, se barajó la solución de los dos años. Yo he hecho una breve referencia a que había dos posibilidades para resolver este conflicto: El perfil mínimo de la directiva con los dos años y el perfil máximo ambicioso que era la solución MIR, y si S. S. tuviera mejor memoria recordaría que durante un momento se puso encima de la mesa la solución de los dos años como transitoria. He dicho en mi comparecencia que se optó por la MIR que era la que desde un principio preferíamos desde el Ministerio porque además de eso era la que más consenso ob-

tuvo. De manera que ha habido soluciones distintas para dar respuesta a los planteamientos que se hacían. Ha habido convicción en la defensa de los principios fundamentales, eso sin duda. Es difícil que S. S. comparta ni la solución ni todas las medidas complementarias de la misma.

A S. S. le parece sorprendente que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se dirija al Consejo de Universidad pidiéndole la reducción del número de alumnos de medicina. En esto como en el resto de los elementos del problema se queda en la superficie, en el titular, en dar la razón a todo el mundo. Señor Diputado, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud adoptó por unanimidad de todos sus miembros el instar al Consejo de Universidades porque el problema que subyace aquí es muy serio y en el tiempo que ha transcurrido y a lo largo del conflicto que hemos tenido S. S. habría tenido oportunidad de profundizar en él. «6 = 0», que es un eslogan brillante de los estudiantes y que S. S. repite siempre que puede, lo es pero no es del todo cierto, porque si no se adoptan medidas de reducción en el ingreso a las facultades de medicina lo que se va a producir es que van a ser 9 u 11 = 0, lo cual es mucho más serio, porque si malo es hacer seis años de una carrera y no tener horizonte es infinitamente peor haber hecho después una especialidad difícil, costosa, que exige dedicación, vocación, que genera expectativas y acabar y no tener una plaza posible donde trabajar. Los 56.000 aspirantes a ser especialistas en este país, que suman los estudiantes de medicina más los que están haciendo el MIR más los que están en la bolsa, exigen un planteamiento serio de esta cuestión, y así lo han entendido todos los responsables sanitarios del país, menos usted, que le sorprende que nos dirijamos al Consejo de Universidades. Pues a mí me parece una medida imprescindible, y lamento que la haya atendido en tan pequeño porcentaje porque era muy necesaria que la reducción del ingreso en las facultades de medicina fuera muy superior. No por una razón de capricho, sino porque ahí están los números y las expectativas de formación y de colocación de esos profesionales y cuanto antes se atajen esas expectativas que luego no van a encontrar satisfacción profesional, me parece que es mejor; a mí y, en este caso, a todos los miembros del Consejo Interterritorial.

El que se haya reducido en un 2 por ciento el número de ingresos en las facultades de medicina, según el acuerdo del Consejo de Universidades, no invalida el Decreto, señor Diputado. ¿Cómo lo va a invalidar? El Decreto es fruto de un equilibrio difícil y muy meditado que lleva muchas horas de trabajo y de diálogo con todas las partes. Efectivamente, no da toda la razón a los estudiantes, por tanto, no puede satisfacer sus pretensiones, que es tener una plaza MIR garantizada en la especialidad que se quiera y al día siguiente, porque no es posible, y le voy a decir por qué. Este año, en los últimos meses, se han planteado dos conflictos importantes que han dado lugar a que S. S. opine sobre ellos. En los dos, desde el principio, ha dicho lo que teníamos que hacer, que era: dar todo a todo el mundo, a los estudiantes gratis, becas hasta el año 2000 y, ahora, en el otro conflicto que S. S., cómo no, ha tenido que citar aunque no viniera a cuento, las 100.000 pesetas de subida.

Sólo con esas dos decisiones, señoría, ya habríamos gastado una cifra de alrededor de 40.000 millones de pesetas que no están en el presupuesto; sólo con esas dos decisiones que S. S. me insta a que adopte para evitar conflictos, habríamos gastado alrededor de 40.000 millones que no están en el presupuesto; es decir, que a los gastos, a las dificultades, a la gestión sanitaria que trata de atender las necesidades de la salud de la población se tendrían que añadir las dos decisiones que S. S. lleva insistiendo que tenía que haber adoptado. De manera que no simplifiquemos problemas que son muy serios.

Ya sé —celebro que S. S. lo diga— que cuando tengan ocasión de decidir sobre problemas de interés general en este país esto también lo van a modificar. Yo lo sé, pero celebro que lo diga usted cada vez que tengamos oportunidad porque conviene que sepamos cada uno por qué estamos y qué es lo que vamos a hacer. Le voy a decir que naturalmente estoy en profundo desacuerdo. La directiva del año 1986 de la Unión Europea dijo, como efectivamente ha puesto de manifiesto la representante de Izquierda Unida, que el tipo de formación es esencialmente práctica, no dice sólo práctica. Lo que significa la directiva es que no se debe ejercer la medicina general sin una formación añadida a la de la facultad. Es verdad que el espíritu de la directiva es ése, como ha dicho la señora Maestro, y es verdad que en el año 1986 España tenía ya un sistema que estaba por encima del previsto en la directiva. Es verdad que en España se adoptó una decisión ambiciosa como país y que además a S. S., que pertenece a la profesión sanitaria, debería enorgullecerle. La prueba de que se hizo bien y de que España estaba en eso a la cabeza —y me asombra que le cueste reconocerlo— es que ahora la Comunidad camina en la dirección de aumentar los dos años. Su señoría lo sabe. En las últimas sesiones técnicas están planteando subir el período, pasar de dos años a tres en la formación de medicina general. De manera que, más allá de la habilidad de jugar con las palabras, de especializar generalistas y de esas bromas que S. S. hace siempre con este asunto, resulta que los hechos demuestran que España tenía razón en el año 1986, que teníamos una formación mejor que la media, que la directiva comunitaria lo reconoce en 1986, cuando en España ya se estaba haciendo desde el año 1978, que camina en la dirección de homologarse a lo que ya teníamos aquí y que van a aumentar los dos años de la formación. De manera que el que su grupo diga que lo que va a hacer es retroceder, en esto como en otras cosas es retroceder mucho, señoría. Es que resulta que desde el año 1986 España ya estaba en tres años y la Unión Europea dice que hay que aumentar ese período. Que cuando la Unión Europea lo reconoce para todos los países comunitarios, ustedes digan que hay que retroceder, cuando en España llevamos 20 años haciendo la formación de médicos generales, es asombroso.

En todo caso, está claro, es explícito y no es la primera vez que S. S. lo dice, no defiende el sistema MIR, no le parece adecuado y no está de acuerdo con que los médicos generales se formen en el sistema MIR. Me parece que es muy importante que todos sepamos por qué estamos, y le agradezco esa aclaración. Yo estoy radicalmente en contra.

Creo, por el contrario, como ha dicho la señora Maestro, que la formación de medicina general en este país es un logro trascendental que constituye la puerta de entrada al sistema, que la atención primaria constituye el eje del sistema sanitario, que la formación de los médicos de atención primaria es un motivo de orgullo para este país, que el nivel de los médicos de atención primaria de nuestro país es excelente y que todo eso se debe a un sistema MIR que lleva muchos años funcionando bien. Por tanto, estoy radicalmente en contra de la apreciación de que eso hay que modificarlo y que hay que devaluarlo.

En cuanto al señor Gatzagaetxebarría, no puedo sino compartir las consideraciones de carácter general que ha hecho y, sobre todo, agradecer la justeza de sus apreciaciones. Porque es muy fácil «a posteriori» hacer estos juicios de valor, pero conociendo la situación de lo que ha pasado no era tan fácil. Y no lo era porque no es verdad que esto no hubiera podido salir perfectamente bien. Las medidas adoptadas desde la directiva del año 1986 (reducción del número de alumnos, aumento de las plazas MIR, salida para los licenciados que han obtenido un título al amparo del Decreto de 1989, reconocimiento de derechos adquiridos en los anteriores) hasta el año 1995 podían haber concluido en que el equilibrio hubiera sido total. Como este año por primera vez tenemos más plazas MIR que los licenciados que salen, hubiera bastado con que hubiera habido menos estudiantes para que el equilibrio se hubiera producido. No habría habido ningún conflicto, no habría habido ninguna tensión en los estudiantes, no habría habido ninguna preocupación en las personas que desean acceder a este sistema de especialización. Por tanto, todos los pasos que se han dado eran razonables y coherentes con aquella decisión de 1986.

¿Qué ha ocurrido? Que la bolsa histórica no se ha ido vaciando a la velocidad que debía haberlo hecho y que el número de estudiantes de medicina ha crecido cuando lo que tenía que haber hecho era haberse reducido más. Por tanto, el ajuste no ha sido suficiente y llegamos al año 1995 con este desajuste. El sistema es coherente, las decisiones que se adoptaron fueron las acertadas, fueron ambiciosas y debemos mantenerlas. Aspirar a más me parece una opción de este país que ha dado muchos frutos; en esto es evidente la formación de nuestros médicos, que ahora va a ser imitada en el resto de la Unión en cuanto a período de formación. Pero es verdad que se ha producido el desajuste. Cuando llega la hora de la verdad, se produce el desajuste y los estudiantes se alarman porque se ven obligados a competir en el acceso a las plazas con un número muy importante, se produce el conflicto que se ha producido y que, como ha sido público, notorio y ostensible, salvo para algunos que no quieren entender, soy la primera interesada en haberlo podido evitar, entre otras cosas porque seguramente lo he sufrido muy directamente. En todo caso, ratifico lo que dije antes. ¡Ojalá hubiéramos podido evitar el conflicto! ¡Ojalá hubiéramos podido evitar la inquietud de los estudiantes! Pero estoy, les aseguro a S. S., satisfecha de que en este período en el que se ha abordado en profundidad y con todas las partes afectadas el debate se haya encontrado una solución que me parece equi-

librada, que SS. SS. así lo han reconocido y que yo agradezco; de todas formas, no satisface todas las expectativas de todos los colectivos, porque sencillamente es imposible —no existe una solución mágica—, por el contrario, exige el esfuerzo o el pequeño sacrificio de todos. Hay unas limitaciones para que el que tiene una especialidad se espere un poquito, el que está desempeñando una se espere a la otra. Es decir, se exige a todas las partes un esfuerzo para que el tiempo que este conflicto va a mantenerse, es decir, mientras no se consiga el equilibrio entre aspirantes y plazas (un período que nosotros hemos cifrado en cuatro o cinco años con arreglo a la serie), en ese período se exige un sacrificio, una aportación de todos para que el sistema funcione. Pero transcurrido ese plazo y cuando el número se haya adaptado, el sistema MIR estará funcionando absolutamente consolidado.

Se interesa S. S. por los criterios de distribución de reparto entre las comunidades autónomas. Las plazas que se convocan en números redondos son 5.000, como S. S. conoce. Hay un importante aumento de plazas de medicina de familia. Los criterios en los que hasta ahora hemos estado de acuerdo, pendientes de perfilar porque no hemos concluido el proceso, son, primero, de capacidad docente y, segundo, de capacidad de financiación. Por tanto, vamos a distribuirnos el aumento de plazas con arreglo a esos criterios. También tengo que decir que, en esto como en otros problemas, he sentido la disposición inmejorable de los consejeros, la predisposición a resolver corresponsablemente el problema. Tengo la confianza de que entre todos nos asignaremos las plazas, fundamentalmente con arreglo a esos criterios: capacidad docente y capacidad de financiación. He recibido la máxima cooperación por parte de los consejeros que tienen capacidad de distribuir estas plazas.

Comparto con el señor Cardona que tenía que haberse hecho antes. ¡Ojalá hubiéramos sido más ágiles en la solución! Pero, como digo, no me parece justa tampoco la apreciación de que en estos años no se ha hecho nada. En estos años se adoptaron medidas. Hubiera bastado el equilibrio en número de personas para que hubiera funcionado perfectamente. No había ni omisiones, ni decisiones no acertadas; lo que ha habido es que no hemos llegado a *ajustar bien el número de personas afectadas*. Ese desequilibrio ha producido el problema, pero las decisiones creo que eran las correctas. Apostar por el sistema MIR entonces ya fue una decisión verdaderamente acertada y ambiciosa. Debemos estar orgullosos, por más que haya producido este desajuste que, finalmente, espero que esta solución arbitre definitivamente.

¿Es la mejor solución, señor Cardona? Yo creo que es razonablemente buena porque equilibra las posiciones de todas y, sobre todo, mantiene lo importante. ¿Cuál era el primer objetivo? Mantener el MIR como única vía de acceso a la formación. ¿Por qué? Por razones obvias. Porque el MIR parece que es el responsable del altísimo nivel de preparación de nuestros médicos. Yo creo que los objetivos fundamentales existen, y en lo coyuntural, las medidas transitorias de limitaciones para la segunda especialidad, etcétera, se superarán y no son tampoco determinantes de ningún retroceso, sino que son la aportación que cada

grupo puede hacer para que este desajuste numérico seamos capaces de resolverlo.

He hecho referencia ya a las manifestaciones de la señora Maestro sobre el espíritu de la directiva. Qué duda cabe que he tratado también de enfocar la comparecencia, al ser muy exhaustiva en el contenido de la información, con arreglo al título y a lo que interesaba a quien la ha solicitado, que eran las conversaciones, los acuerdos, las negociaciones y, por tanto, he dado por obvias afirmaciones muy importantes. Naturalmente que el espíritu de la directiva es mejorar el nivel de formación; naturalmente que ahora, casi diez años después, ya están diciendo que hay que aumentarse ese período de dos años, que era de mínimos, obviamente, como todas las directivas. Por tanto, creo que para los responsables de haber creado en España este sistema de formación sin duda es una satisfacción enorme. Y qué duda cabe que el interés fundamental son las necesidades del sistema, naturalmente; de ahí viene toda la *defensa del MIR o de la medicina de familia*, de las necesidades del sistema. Lo que ocurre es que cuando se plantea como equilibrio, cuando estamos hablando de titulación, el conflicto se crea entre las personas con derechos adquiridos, las que aspiran, etcétera, y en el fondo la directiva también contiene un reconocimiento de derechos subjetivos que es el que ha generado la distorsión.

Creo que equilibrar la balanza significa precisamente equilibrar situaciones del pasado con las del presente y con el horizonte donde queremos ir. Aquí hay un problema de concurrencia en el tiempo de situaciones muy distintas que no se han podido resolver antes. Qué duda cabe que hay médicos que no han accedido a la especialidad por razones muy distintas. De manera que se trata no de atender —al menos, nada más lejos de mi intención— intereses personales, aunque se manifiesten colectivamente, sino de atender a los intereses del sistema, qué es mejor para el funcionamiento del sistema y cuál es el horizonte y el futuro que queremos, y cómo la aplicación de esta directiva debe reforzar esa mejor formación y no retroceder, porque estaría bueno que la aplicación de la directiva en España, que supone un paso cualitativo muy importante en Europa, en España hubiera supuesto un retroceso.

Naturalmente, todo está en función de las necesidades del sistema, señora Maestro, y están en función de la disponibilidad presupuestaria. Como le decía al señor Diputado del Grupo Popular, sólo con esta decisión de los estudiantes y con la de la subida retributiva de los médicos nos hubiéramos gastado ya alrededor de 40.000 millones de pesetas que no están presupuestados. Como lo mejor es enemigo de lo bueno, creo que las cuentas del sistema tienen que salir, porque si no salen en proporciones tan grandes nos jugamos mucho. Por tanto, hubiera sido muy fácil multiplicar (en una decisión, que por otra parte es bastante demagógica para quien conoce lo que es esto) por cuatro el número de plazas MIR. Seguramente la capacidad docente del sistema no hubiera podido absorber esa multiplicación; pero, además, suponía un coste que no se puede abordar con esa facilidad, como no se puede abordar con esa facilidad cualquier petición que signifique incorporar al sistema unas cuantías que no están en el horizonte.

De manera que son las necesidades del sistema y es la dotación presupuestaria, sin duda, el sustrato; pero me parece que la afirmación de que faltan médicos, así, con carácter general, señora Maestro, no es exacta. Faltan médicos en períodos concretos y en centros concretos, pero en general el número de médicos en el sistema debería ser capaz de atender las necesidades con las excepciones que S. S. quiera, pero no como afirmación general. Desde luego, lo que falta de atención primaria, señora Maestro, le ofrezco que repasemos juntas los centros de salud, porque cada vez que me dice un 40 por ciento me llevo un disgusto. No falta un 40 por ciento de la cobertura de atención primaria, sino mucho menos, y yo espero que antes de acabar la legislatura le haya podido convencer de eso.

A la Diputada representante del Grupo Socialista le quiero agradecer el resumen que ha hecho del trabajo. Oyéndola he rememorado el número de reuniones, de esfuerzos, de explicaciones, que no ha sido poco; por tanto, siento una enorme gratitud cuando veo que se recoge y que se valora.

No he hecho referencia a los grupos parlamentarios y al debate producido en la Cámara porque el señor Diputado del Grupo Popular se interesaba por los acuerdos y, naturalmente, lo he dado por obvio. Qué duda cabe que en esta Cámara cada uno tuvimos ocasión de expresar nuestra posición y que esta solución respeta todos y cada uno de los principios que allí se contenían, como no podía ser de otra manera.

Para terminar, agradezco las intervenciones, los reconocimientos que se han hecho de que ésta ha sido una solución laboriosa, pero que trata de ser equilibrada. El propio dictamen del Consejo de Estado sobre el Decreto recalca la enorme complejidad y el esfuerzo que se ha hecho de consulta pública —se recoge en el propio dictamen—, el número de entidades profesionales, científicas, asociativas, sindicales, que han intervenido en la consulta del Decreto (repito, esto está recogido, está puesto de manifiesto por el propio dictamen del Consejo de Estado), y de esa labor de diálogo y de aportación de soluciones estoy muy satisfecha y espero que su aplicación y su puesta en práctica consiga los fines que perseguimos, que no son sino los de consolidar una formación de médicos en España de la que todos deberíamos sentirnos orgullosos.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Ministra.

Agradecemos su presencia en esta Comisión de Sanidad y Consumo, al mismo tiempo que la despedimos para pasar a la comparecencia siguiente.

Creo que S. S. agradecerían un descanso de cinco minutos para tomar el café que está en la puerta. **(Pausa.)**

— **DEL DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (RICOY CAMPO), PARA INFORMAR ACERCA DE LA POLÍTICA CIENTÍFICA EN MATERIA DE SALUD Y, EN ESPECIAL, SOBRE LA AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/001491.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión.

Les ruego ocupen sus asientos y cierren la puerta, por favor.

La segunda comparecencia del orden del día es la del señor Ricoy Campo, Director del Instituto de Salud Carlos III, comparecencia solicitada para informar acerca de la política científica en materia de salud y, en especial, sobre la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista, cuyo representante no desea intervenir para fijar los términos de la misma tal como vienen ya escritos.

Tiene la palabra el señor Ricoy, Director del Instituto de Salud Carlos III.

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (Ricoy Campo)**: Señora Presidenta, señorías, es una satisfacción comparecer ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para darles cuenta de la situación de la investigación y el desarrollo en salud y presentarles la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Ruego a S. S. me permitan ordenar mi intervención, abordando, en primer lugar, una reflexión general sobre la importancia social de la ciencia; en segundo lugar, sobre la situación del sistema de investigación y desarrollo español en relación con el de los países de nuestro entorno; en tercer lugar, sobre la situación concreta del sistema de I+D español en salud; y por último, sobre la política que el Ministerio de Sanidad y Consumo lleva al respecto.

La ciencia es una empresa que produce conocimiento, y es la fuente de nuevos desarrollos y aplicaciones. El cultivo de la ciencia es fundamental para garantizar el progreso de los pueblos, hasta el punto que los países sin ciencia se excluyen de las naciones capaces de elegir su futuro. El objetivo de todo sistema de ciencia es generar conocimiento, y el método para alcanzar este objetivo no es otro que la investigación, de ahí que el fomento de la investigación sea uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta la política científica.

La ciencia, al perseguir la adquisición de conocimientos, supone ya de por sí un beneficio social, dado que favorece el progreso de la sociedad, tanto a través de bienes tangibles, como son el número de patentes, la balanza de pagos tecnológicos y el diseño y aplicación de tecnologías más útiles y satisfactorias, como a través de bienes intangibles, como es el fomento de la comunicación, de la solidaridad y de la equidad.

La ciencia en salud, desde esta perspectiva, es doblemente importante, ya que el conocimiento que genera repercute directamente sobre el bienestar de los ciudadanos a través de las políticas de salud de la nación. Toda la investigación, por tanto, y especialmente la investigación en salud, está legitimada desde los fundamentos sociales más básicos.

El sistema científico español ha ido progresando en su coordinación y en su consolidación a lo largo de los últimos años. El crecimiento del gasto en I+D ha sido en estos

últimos años superior al crecimiento económico. En el año 1985, los gastos en I+D en España suponían el 0,55 por ciento del producto interior bruto, alcanzando en 1994 el 0,85 por ciento. El número de investigadores ha ido también creciendo a lo largo de los últimos años. En 1984, sólo 2,9 de cada mil personas activas estaban empleadas en investigación, mientras que en 1994, diez años después, lo estaban 4,9. De éstas, 2,7 son investigadores y 2,2 personal de apoyo a la investigación.

Con respecto al rendimiento de la investigación, la producción científica de España, comparada con la de los países de nuestro entorno, ha tenido también una evolución favorable en los últimos años. En 1984, alcanzábamos únicamente a generar el 1 por ciento de la producción científica mundial, mientras que en 1992 ya representábamos el 2 por ciento de la producción científica mundial.

La importancia de la investigación en salud es nítidamente percibida por la sociedad. En un estudio realizado en 1990 por la Comisión de las Comunidades Europeas, sobre las actitudes de los europeos hacia la ciencia y la tecnología, el 75 por ciento de los españoles y el 87 por ciento de los europeos concedieron la máxima prioridad a la investigación en salud. Para valorar los indicadores del sistema de I+D en salud español es necesario referirse a los programas que, desde el sector público, posibilitan el desarrollo de proyectos de investigación. En este sentido, los gastos que España destina al sistema de I+D en salud, desde el sector público de la Administración central, se enmarcan dentro de los programas de fomento de I+D de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La CICYT financia investigación en salud a través de varios programas nacionales, de los que los más relevantes son el Programa Nacional de Salud y Farmacia y el de Biotecnología. El Ministerio de Educación y Ciencia gestiona el Programa Sectorial de Promoción General del Conocimiento, que cuenta con un área de ciencias médicas y fisiológicas. El Ministerio de Sanidad y Consumo dispone de su propio Programa de Promoción de la I+D en Salud, que se gestiona a través del Fondo de Investigación Sanitaria.

Haciendo una estimación global, se puede afirmar que la financiación de I+D en salud, desde el sector público de la Administración central, ascendió en 1994 a un mínimo de 9.249 millones de pesetas. En el momento actual está en fase de aprobación la tercera edición del Plan Nacional de I+D, que abarcará el cuatrienio 1996-1999. En esta edición se contempla un Programa Nacional de Salud en el que van a participar de una forma coordinada tanto el Plan Nacional como el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Con respecto a los resultados de la investigación en salud, la producción científica española en salud ha ido evolucionando muy favorablemente en los últimos años. Las licencias clínicas y las ciencias de la vida representan alrededor del 55 por ciento de la producción científica nacional y la cuota de ambas áreas en el 10 por ciento de las revistas de mayor impacto representó en 1991 el 50 por

ciento. Los hospitales del Sistema Nacional de Salud han mejorado considerablemente en sus tasas de producción en los últimos años. Si en el año 1986 el 29,5 por ciento de la producción científica en salud procedía de los hospitales, en el año 1989 este porcentaje ya ascendía al 41,3 por ciento.

El Ministerio de Sanidad y Consumo cuenta con varias instituciones directamente implicadas en la investigación en salud. Por una parte, la potencialidad investigadora en salud abarca a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, tanto hospitales como centros de atención primaria y red de salud pública. Por otra parte, el Ministerio de Sanidad cuenta con el Instituto de Salud Carlos III para dar soporte científico-técnico al Sistema Nacional de Salud y para estimular todos los procesos de I+D.

Tras el Real Decreto 1.415/1994, el Instituto aún en su seno las siguientes instituciones reconocidas. Por una parte, los centros nacionales de farmacobiología, alimentación, sanidad ambiental, microbiología, virología e inmunología sanitarias y biología celular y retrovirus, todos ellos ubicados en el campus de Majadahonda. Y, por otra parte, los centros nacionales de epidemiología y de investigación clínica y medicina preventiva, ubicados en el campus de Chamartín. Este último, el Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva, es una institución asistencial que desde el 16 de mayo de 1995 es gestionada por el Insalud.

Por otra parte, el Instituto cuenta con un centro coordinador de la Red de Unidades de Investigación, con la Escuela Nacional de Sanidad, que incluye la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, con el Fondo de Investigaciones Sanitarias y con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Los principios generales que guían la actuación del Instituto son cuatro: en primer lugar, el sentido social, poniéndose al servicio de la sociedad, de forma que sus objetivos y las acciones que los desarrollan han de tratar de dar respuesta a las necesidades sociales; en segundo lugar, la unidad interna, en el sentido de que las actuaciones de los diferentes centros que lo integran han de ser consistentes entre sí y con la política general del Instituto; en tercer lugar, la apertura, buscando en todas las acciones la comunicación, la colaboración y la conexión con otros centros e instituciones, tanto de salud como de ciencia y tecnología; y, en cuarto lugar, la integración política, desarrollándose, por tanto, según las necesidades y prioridades del sistema sanitario, tal como éstas son percibidas por las autoridades.

Las funciones que tiene encomendadas el Instituto de Salud Carlos III derivan de numerosos textos legales y se podrían agrupar en las siguientes. En primer lugar, fomento de la I+D sanitaria a través de la financiación de ayudas a la investigación y formación. En segundo lugar, ordenación y coordinación de la I+D sanitaria, a través del desarrollo de las unidades de investigación y su coordinación en una red, la Reuni, a través de la promoción de la investigación en práctica clínica y servicios de salud y a través de la coordinación de la red de vigilancia epidemiológica. En cuarto lugar, la evaluación de las tecnologías sanitarias, a la que más tarde me referiré. En quinto lugar, la

formación y perfeccionamiento del personal, especialmente en salud pública y administración sanitaria. Y, en sexto lugar, la referencia y control, tanto en diagnóstico como en control de calidad, reactivos, patrones, documentación e información científico-técnica, especialmente en las áreas de enfermedades infecciosas e inmunológicas, medicamentos y productos sanitarios, alimentos, metabolismo y nutrición, sanidad ambiental y productos químicos potencialmente peligrosos y biología humana.

Algunas unidades del Instituto participan en la elaboración y desarrollo de la política de I+D en salud. Otras, ejecutan programas al servicio de ésta. Les ruego, señorías, que me permitan, que obviando las segundas, las que ejecutan programas al servicio de la política de I+D en salud, haga una breve reflexión sobre las primeras para después centrarme en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, objetivo especial de esta comparecencia. De acuerdo con este esquema, abordaré una reflexión sobre el Fondo de Investigación Sanitaria, el Centro Coordinador de la Red de Unidades de Investigación y, por último, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

El Fondo de Investigación Sanitaria, conocido como FIS, tuvo su origen en la Comisión Administradora del Descuento Complementario, creada en 1968 tras una negociación entre el extinto Instituto Nacional de Previsión y la industria farmacéutica. En el año 1980 se creó el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social como una unidad dependiente del Instituto Nacional de la Salud o Insalud. El presupuesto total del que dispuso el FIS ha crecido desde los 850 millones de 1981 a los 4.474 de 1994.

En el momento actual las acciones del FIS se engloban en tres programas. El programa de promoción de la investigación, con acciones destinadas a financiar proyectos de investigación y a facilitar el montaje de infraestructura científica de uso común en las áreas de salud, como base y fundamento de las unidades de investigación, el programa de formación y perfeccionamiento de personal, a través de becas de ampliación de estudios y el programa de cooperación a través de becas de intercambio con países de la Unión Europea y de Iberoamérica y de becas para personal sanitario de Iberoamérica en España. Dado que las ayudas de infraestructura están en relación con la red de unidades de investigación, trataré de ellas más adelante al hablar de éstas. Ahora me permito referirme a las demás ayudas.

Con respecto a los proyectos de investigación, en 1982 el FIS financiaba 218 proyectos de investigación de un año de duración. En 1995 se están financiando 515 proyectos de investigación iniciados este año y se continúan financiando 712 iniciados en 1993 y 1994. En consecuencia, en 1995, el FIS financia 1.227 proyectos de investigación, de los que el 42 por ciento corresponden al primer año, el 41 por ciento, al segundo, y el 17 por ciento, al tercero. Los proyectos se desarrollan tanto en centros del Sistema Nacional de Salud como en universidades y organismos públicos de investigación y se ejecutan en todas las comunidades autónomas.

En la investigación que financia el FIS tienen cabida todos los profesionales sanitarios, especialmente, el personal

más directamente relacionado con los cuidados, como es el personal médico y de enfermería, pero también el personal relacionado con la organización de los servicios como es el de gestión, así como otros profesionales que hoy tocan sólo tangencialmente los problemas sanitarios, pero que son imprescindibles en la investigación prospectiva de las futuras demandas sociales, como son arquitectos, ingenieros, sociólogos, psicólogos, etcétera.

La investigación que se desarrolla financiada por el FIS aborda, fundamentalmente, los aspectos biológicos de la salud/enfermedad, que llegan a representar hasta el 70 por ciento de los proyectos; un 15 por ciento de los proyectos se realiza sobre servicios sanitarios, un 10 por ciento sobre medio ambiente y un cinco por ciento sobre estilos de vida. Una estimación global sobre los proyectos financiados durante los tres últimos años arroja la siguiente distribución por temas biológicos de estudio: sobre cáncer el 15 por ciento; sobre sida y enfermedades infecciosas, el 14 por ciento; sobre patología cardiovascular, el 13 por ciento; sobre reproducción y crecimiento, el 10 por ciento; sobre envejecimiento, el 6 por ciento; sobre fracaso orgánico y de sistemas, el 9 por ciento; sobre drogas y agentes terapéuticos, el 3 por ciento.

En cuanto a la formación, a través del FIS se ha impulsado la formación continuada, orientada tanto a profundizar en la formación inherente a la actividad profesional como a adquirir conocimientos colaterales a ésta pero fundamentales para el progreso del sistema. El número de meses que se ofertaba al personal del sistema para becas de ampliación de estudios en 1982, era de 382. Las becas concedidas en los tres últimos años han alcanzado más de 2.000 mensualidades cada año, lo que equivale a tener durante un año completo a más de 166 profesionales becados. El destino de los becarios es muy variado y cubre un amplio abanico de países pudiendo afirmarse que el 35 por ciento de las becas se desarrollan en España, el 27 por ciento en el resto de países que conforman la Unión Europea y el 40 por ciento en los Estados Unidos de Norteamérica y en Canadá. Los temas objeto de la beca son todo lo variados que la salud exige; actualmente, estamos haciendo énfasis en desarrollar las áreas, que siendo importantes poseen un escaso desarrollo y, entre ellas, la evaluación de medicamentos, la práctica de salud pública y epidemiología aplicada de campo, la evaluación de tecnología sanitaria, la práctica clínica y los servicios de salud, la educación para la salud, las tecnologías para la gestión y administración sanitaria, la sanidad ambiental, la toxicología y las tecnologías alimentarias y el desarrollo de métodos diagnósticos y terapéuticos.

En cuanto a cooperación internacional en I+D en salud, España está participando en los programas que componen el programa marco de I+D de la Unión Europea y concretamente en el de salud, denominado Biomed. Para fomentar esta participación, el Fondo de Investigación Sanitaria, desde el año 1988, viene ofertando becas de intercambio para facilitar que equipos españoles puedan estar en contacto directo durante cortos períodos de tiempo con equipos de países miembros de la Unión, con el objetivo de poder desarrollar programas de investigación conjuntos. La

proyección hacia Iberoamérica en el ámbito de la investigación en salud se centra desde el FIS en facilitar becas de formación en España para personal investigador de Iberoamérica e igualmente, en facilitar la presencia de profesionales españoles en cursos y reuniones desarrollados en los países de Iberoamérica.

Con respecto al centro coordinador de la red de unidades de investigación, denominado Reuni, se inició a finales de 1987 en el FIS con el proyecto de creación de unidades de investigación del Sistema Nacional de Salud español, por tanto, de la red de unidades de investigación como una estrategia de organización de los recursos de investigación del sistema. Sus objetivos estratégicos son: potenciar la investigación biomédica de calidad y relevante para el sistema, implantar la investigación en práctica clínica y servicios de salud, así como promover la coordinación de los recursos humanos y materiales hábiles para la investigación y facilitar la difusión y aplicación de los resultados de la investigación.

El proyecto Reuni se apoya en el desarrollo de dos programas paralelos. El primero, el programa de metodología de la investigación en clínica, que a lo largo de 4 ediciones iniciadas en 1987, ha formado a más de 120 clínicos en epidemiología clínica. El segundo, el programa de ayudas para la infraestructura de la investigación, que ha invertido hasta 1994 4.275 millones de pesetas. En el momento actual existen 97 unidades reconocidas, distribuidas por todo el territorio español, todas ellas con potencial de investigación en práctica clínica y servicios de salud. 49 de estas unidades tienen, además, potencial para investigación en biomedicina y a éstas las denominamos unidades clínico-experimentales. De estas unidades clínico-experimentales, 9 desarrollan proyectos y líneas de investigación en asociación con otros organismos de investigación, ajenos al Sistema Nacional de Salud como es el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y departamentos universitarios; a este tipo de unidades las denominamos unidades mixtas.

De acuerdo con los datos disponibles, hay unas 5.000 personas involucradas en Reuni, 2.000 como personal con dedicación preferente a la investigación, 2.053 como personal asistencial involucrado en proyectos y 950 como personal de apoyo y becarios. De los 2.000 investigadores dedicados preferentemente a las unidades de investigación, 558 están adscritos al área de epidemiología clínica y corresponden 336 a epidemiólogos, 92 a estadísticos y 130 a informáticos. En 1993, en el conjunto de la red había 1.500 proyectos de investigación activos, financiados por diferentes organizaciones gestoras de ayudas a la investigación, de los que un 30 por ciento se enfocaban sobre práctica clínica y servicios de salud, un 57 por ciento sobre investigación biomédica y un 7 por ciento sobre salud pública. En cuanto a la producción científica, en 1993 se publicaron en el conjunto de Reuni 1.576 artículos científicos originales en revistas recogidas en el muy restrictivo Science Citation Index; el 42 por ciento versó sobre práctica clínica y servicios de salud, el 47 por ciento sobre biomedicina y el 11 por ciento sobre salud pública. Del centro coordinador de Reuni depende también la unidad de inves-

tigación sobre el síndrome del aceite tóxico, que tiene como misión desarrollar e impulsar a la vez que coordinar la investigación que se está desarrollando sobre dicho síndrome.

Entrando en el tema objeto preferente de esta comparación, a continuación me referiré a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Esta Agencia se creó con la promulgación del Real Decreto 1415/1994. Su creación, al igual que en otros países, obedece a la necesidad de evaluar las técnicas y procedimientos de uso médico-sanitario con el fin de proceder a su introducción ordenada en la práctica clínica cuando sean nuevos, o de orientar su uso apropiado cuando sean técnicas o procedimientos establecidos. Esta necesidad obedece a dos hechos básicos: por una parte, al crecimiento del gasto sanitario atribuido en parte a la introducción de tecnología médica sin tener un conocimiento cabal de su impacto en los costes y de sus resultados, en una palabra, de su contribución a la eficiencia y equidad en los sistemas de salud; por otra parte, a la existencia de una amplia variabilidad en la práctica médica no explicable por razones epidemiológicas y frecuentemente asociada al uso no apropiado de las técnicas y procedimientos.

En España los antecedentes cercanos de esta Agencia estaban en la adscripción normativa, en julio de 1992, de funciones de evaluación de tecnología y práctica médica a las Direcciones Generales de Planificación y de Ordenación de la Investigación y Formación. En 1994 se ha unificado la función de evaluación en un único centro dependiente del Instituto de Salud Carlos III, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. De este modo, esta Agencia funcionará coordinadamente con otros centros del Instituto que desarrollan funciones de similar naturaleza, es decir, que persiguen el conocimiento científico-técnico.

En la actualidad la definición generalmente aceptada de tecnología médica o tecnología sanitaria es la propuesta por la Oficina de Evaluación de Tecnologías (OTA) de los Estados Unidos de Norteamérica en los años setenta, que establece que tecnología médica es el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas organizativos con los que se presta dicha atención. Esta oficina define evaluación de tecnologías sanitarias como una forma comprensiva de investigación, que examina las consecuencias clínicas, sociales, económicas y legales que se producen a corto y a largo plazo derivadas del uso de la tecnología, tanto directas como indirectas y tanto sobre los efectos deseados como sobre los efectos no deseados.

Para delimitar el ámbito de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias es necesario aclarar la respuesta a varias preguntas. La primera pregunta es qué se evalúa.

De acuerdo con la definición de tecnología pueden ser objeto de evaluación los medicamentos, los aparatos y dispositivos, los procedimientos médicos y quirúrgicos y los sistemas organizativos. Además, estas tecnologías pueden ser evaluadas tanto cuando se usan en atención directa como cuando son utilizadas en atención indirecta o sirven de soporte. De acuerdo con esto, podrían ser objeto de eva-

luación un procedimiento quirúrgico, un sistema de esterilización de material o la organización de la admisión de pacientes a un hospital, por poner tres ejemplos bien diferentes.

La segunda pregunta es cuándo se evalúa. La introducción de cualquier tecnología sanitaria pasa por tres fases: la fase experimental, la fase de desarrollo y la fase de aplicación generalizada. La fase experimental corresponde a la materialización de una idea original en un producto material o en un procedimiento, que es ensayado en condiciones de laboratorio sobre un número limitado de sujetos. Esta fase va dirigida a determinar la seguridad y eficacia de la tecnología, entendiéndose por eficacia el nivel de logro de los objetivos que la tecnología pretende alcanzar en condiciones controladas de laboratorio o, lo que es lo mismo, en un experimento. La fase de desarrollo comienza una vez superada la fase experimental, y en ésta la tecnología puede ser introducida ya en la práctica clínica con mayor o menor rapidez y amplitud. En esta fase la evaluación está dirigida a valorar el grado de efectividad, así como a prever el impacto clínico, económico y social derivado de la introducción de la misma. La fase de aplicación generalizada conlleva la utilización masiva de una tecnología sanitaria una vez superadas las fases anteriores, pero, generalmente, antes de conocer el impacto que a medio y largo plazo dicha tecnología determina. Es por ello por lo que el análisis de lo realmente sucedido después de su introducción generalizada puede proporcionar una información valiosísima de imposible o al menos difícil obtención en cualquiera de las dos fases anteriores. La evaluación de la tecnología tiene en esta fase un terreno de trabajo particularmente rico, pues es en ella donde será posible establecer el efecto real sobre la salud individual y colectiva.

La tercera pregunta es cómo se evalúa. La imparcialidad y objetividad exigibles a cualquier proceso de evaluación se fundamenta en la utilización de metodología científica. Con carácter general, el proceso evaluador utiliza técnicas de investigación retrospectiva, de investigación prospectiva y juicios de expertos, todos ellos de forma aislada o combinada. Mención aparte merecen los estudios económicos aplicados a las tecnologías sanitarias.

Con respecto a la investigación retrospectiva toda evaluación incluye siempre un elemento de dicha investigación. Este elemento común consiste en la recopilación, análisis y síntesis de la evidencia disponible. Si dicha evidencia no existe, es insuficiente o no es concluyente, el proceso evaluador puede continuar en la vía de la investigación retrospectiva trabajando sobre información primaria existente en registros y bases de datos, o aplicando a información secundaria, ya publicada, métodos de estudio como el metaanálisis, que permitan aumentar el conocimiento explotando mejor esa información.

Con respecto a la investigación prospectiva, como en cualquier otro terreno de la investigación clínica, la evaluación de tecnologías sanitarias utiliza las técnicas de investigación prospectiva para establecer el efecto de una determinada intervención. Dichas técnicas se agrupan en dos grandes bloques: los ensayos clínicos controlados y los estudios «observacionales». Los ensayos clínicos contro-

lados constituyen la técnica que proporciona la información más sólida; es deseable que toda tecnología sea evaluada de este modo antes de su introducción. Cuando esto no es posible por razones técnicas o incluso por imperativos éticos, la evaluación se basa en estudios «observacionales» de diferente tipo tales como son los análisis de series, los análisis muestrales, los estudios de cohortes y los estudios caso-control.

Con respecto al juicio de expertos, éste es fundamental, ya que la rapidez con que se producen los cambios tecnológicos y la fuerte demandada profesional y social que generan no permite demorar la formulación de recomendaciones u orientaciones referentes al uso de las tecnologías. Este juicio se realiza a través de métodos tales como las conferencias de consenso, los paneles de expertos o las diferentes modalidades del método Delphi.

Con respecto a la evaluación socio-económica, el impacto económico de las tecnologías sanitarias se ha revelado como un elemento trascendental para la toma de decisiones y para la configuración de las políticas de salud. La asignación de los medios disponibles en un contexto de recursos limitados exige hacer una valoración económica del uso de las tecnologías y su relación con los logros que pretenden alcanzar. Para obtener tal conocimiento se utilizan los análisis de coste-efectividad, coste-beneficio y coste-utilidad. Los análisis de coste-efectividad comparan los costes de producción de los servicios generados por una determinada tecnología con su equivalente producido por otra u otras, estableciendo su nivel de eficiencia en un contexto determinado. Los análisis de coste-beneficio y coste-utilidad correlacionan los costes de la tecnología con los beneficios económicos o con los beneficios obtenidos en salud y calidad de vida.

En síntesis, los métodos utilizados en evaluación de tecnologías sanitarias se apoyan siempre en la evidencia científica, utilizando su recopilación y análisis cuando exista o produciéndola a través de proyectos de investigación retrospectiva o prospectiva cuando la información falte o sea insuficiente.

La siguiente pregunta es: ¿A quién va dirigido el resultado de la investigación? El resultado de la evaluación es un elemento de información indispensable para los políticos en la toma de decisiones sobre los modelos organizativos y sobre la asignación de los recursos; para los profesionales sanitarios, en su diario quehacer de aplicar a cada paciente lo más útil para el mantenimiento, recuperación o mejora de la salud; para los ciudadanos, como receptores de unos servicios sobre cuyo alcance y consecuencias deben estar informados; para la industria del sector, en orden a mejorar la eficiencia y calidad de sus productos.

Las funciones que el Real Decreto atribuye a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, delimitan su marco de actuación y configuran los dos grandes objetivos generales. En primer lugar, realizar la valoración de las diferentes tecnologías sanitarias en orden a fundamentar técnicamente las decisiones de selección, incorporación y difusión de las mismas en el Sistema Nacional de Salud. En segundo lugar, promover el uso apropiado de tecnologías sanitarias ya incorporadas. El logro de estos objetivos se

alcanzará mediante las actividades que los desarrollan. El plan de actividades se estructura en 5 acciones.

La primera acción consiste en la realización de informes de evaluación de tecnologías sanitarias.

El método para la realización de estos informes es una combinación de análisis y síntesis de la evidencia y de juicio de expertos. En la primera fase, se realiza la recogida, ordenación, análisis y síntesis de la información publicada disponible, produciendo un primer documento que recoge sistemáticamente esa información. En una segunda fase ese documento es sometido a la consideración de varios expertos relacionados con la materia. El proceso de elaboración del informe puede quedar interrumpido, si de la síntesis de la evidencia o de la opinión de los expertos se concluyera que la información disponible es escasa o débil imposibilitando la formulación de conclusiones; en este caso, se plantea la propuesta de un proyecto de investigación concreto.

La segunda actividad es el desarrollo y promoción de proyectos de investigación. La necesidad de investigación surge, como ya he dicho, de la falta de evidencia científica sobre la tecnología que se pretende evaluar. Para poner en marcha estos proyectos de investigación cuenta el Instituto de Salud Carlos III con Reuni, a la que antes me he referido, a través de la cual pueden diseñarse y ejecutarse, participando el personal de la Agencia en todo el proceso. En todo caso, estos proyectos deben obtener financiación de fondos externos, sean públicos o privados, pero destinados a esos fines.

La tercera actividad es el desarrollo y prestación de servicios de documentación e información en evaluación de tecnologías sanitarias. Esta actividad incluye, por una parte, la creación y mantenimiento de un fondo documental específico, informatizado y accesible y, por otra, la prestación de un servicio de asesoría bibliográfica a los servicios de salud y a los centros sanitarios.

La cuarta actividad consiste en las acciones formativas que se orientan tanto hacia la formación en evaluación de tecnologías sanitarias como hacia la formación de clínicos en principios de práctica clínica apropiada.

Y, por último, la quinta actividad es la de cooperación y coordinación nacional e internacional en evaluación de tecnologías sanitarias. La promoción de la coordinación nacional e internacional en los trabajos de evaluación de tecnologías sanitarias es tarea básica por cuanto lo vasto del campo de trabajo exige la búsqueda de sinergias y la evitación de solapamientos y redundancias. En este ámbito de la cooperación y coordinación la Agencia trabaja en dos niveles, nacional e internacional. A nivel nacional, constituyéndose en coordinadora de las agencias y oficinas regionales para desarrollar un plan de trabajo coordinado destinado a buscar la complementariedad de los trabajos en curso, normalizar metodologías y crear un fondo documental. A nivel internacional, a través de su afiliación a la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de contactos bilaterales con agencias externas y de su participación en el proyecto Eur-Assess.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, estaba pasando una nota al señor Ricoy para que, si le parecía oportuno,

abreviara un poco el contenido de los epígrafes que tenía y ha debido ser pura coincidencia, me dice que ya ha finalizado esta primera parte de su intervención.

Además del Grupo solicitante de la comparecencia, ¿desean intervenir otros grupos para fijar su posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV) tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Queremos agradecer al señor Director del Instituto de Salud Carlos III la extensísima información que nos ha dado sobre los cometidos que tiene este organismo dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ha efectuado una exposición detallada, pormenorizada, en algunos casos, a nuestro juicio, densa y en algunos términos muy técnica, pero que ha reflejado determinadas funciones que realiza el Instituto Carlos III, que a nuestro Grupo Parlamentario le parecen interesantes. Y me permitiría sugerirle que se pudiera realizar alguna visita organizada por parte de la Comisión para conocer estas funciones necesarias e importantes que realiza este organismo dependiente del Ministerio, ya que entendemos que sería del interés de los diferentes grupos y participantes de la Comisión conocer «in situ», en la realidad, físicamente, la organización, sobre todo en lo relativo a la segunda parte de su exposición, que se refería a las funciones públicas de evaluación, que es el objeto principal de la convocatoria.

Evidentemente usted hacía referencia a la poca antigüedad que tiene la Agencia, escasamente un año. Desde el punto de vista político, que es desde el que nuestro Grupo efectúa una valoración de su intervención porque técnicamente no estaríamos cualificados para rebatir afirmaciones que usted ha efectuado, nos parece que es una decisión positiva, ya que la creación de este tipo de organismos de evaluación de los instrumentos de las tecnologías sanitarias ya está asentada en otros países de la Unión Europea.

Decía usted que dentro de los objetivos primordiales o generales estaba el de la valoración de las tecnologías y, en segundo lugar, el uso apropiado de las mismas. Políticamente concebiríamos la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias al servicio del Instituto Carlos III como una función de asesoramiento técnico, una función de gestión en materia de evaluación sanitaria del poder público político competente en materia sanitaria. Las funciones que usted ha detallado y que se realizan vienen a encuadrarse en lo que se denomina la gestión, los actos de ejecución en materia sanitaria, como organismo técnico-asesor tanto para los responsables políticos —lo decía usted— de la Administración sanitaria como para los responsables de la sanidad y, en tercer lugar, para toda aquella industria que se dedica a la elaboración de tecnología, de herramientas, de instrumentos de carácter sanitario. En definitiva, la existencia de ese servicio es reflejo del avance que la sanidad española ha experimentado en los últimos años. Por tanto, sin perjuicio de errores y de las carencias que puede tener el sistema sanitario público, es justo reconocer el avance que se ha dado con la implantación de servicios

como el que usted dirige en este momento; en otros países europeos quizás estaban más adelantados, pero es necesario recalcar y reconocer que por parte de los poderes centrales sanitarios se ha avanzado con la creación de servicios como el mencionado.

A nuestro Grupo Parlamentario le gustaría que también manifestara las relaciones que tienen con otros centros de evaluación sanitaria, como el que existe, por ejemplo, en Cataluña —es un centro consolidado desde hace unos años— o en la Comunidad Autónoma del País Vasco, que es un centro más reciente. Nos gustaría, como digo, conocer la colaboración que existe y el papel que representan tanto la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III como estos centros de evaluación sanitaria dependientes de las comunidades autónomas y que participan en organismos europeos, como es, por ejemplo, una asociación europea de este tipo, en el ámbito de evaluación de las tecnologías, que se ha reunido recientemente y en la que ha sido elegido como vicepresidente un representante del País Vasco.

Termino, señora Presidenta, reiterándole que sería de interés el que esta Comisión tuviera oportunidad de conocer «in situ» esas funciones interesantes y necesarias para el sistema sanitario español y la conveniencia de profundizar en estos mecanismos de colaboración que puedan existir con las comunidades autónomas.

Le agradecemos sinceramente todas las informaciones que nos han dado.

La señora **PRESIDENTA**: Permítanme, señorías, dar respuesta inmediata a la solicitud del señor Gatzagaetxebarría. Me parece una gran idea y tienen el ofrecimiento de la Presidencia y, creo entender, de la Mesa, para solicitar una visita formal al Instituto de Salud Carlos III; se lo haremos llegar a sus señorías.

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

El señor **CARDONA I VILA**: En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia del señor Ricoy para informar acerca de la política científica y, en especial, sobre la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En este sentido, nosotros tenemos que manifestar la posición de nuestro Grupo, coincidente, como no podía ser de otra forma, con el propio Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, en relación a que la opinión de nuestro Grupo sobre la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en tanto que organismo dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha sido y seguirá siendo que tiene que reforzar con su actuación a los organismos que ya funcionan a nivel de comunidades autónomas, como se ha dicho anteriormente: la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco y la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña, que trabajan en este campo desde hace tiempo. Desde nuestro punto de vista, es necesario que la Agencia del Ministerio colabore de forma estrecha y coordinada, de manera que se eviten duplicidades, sobre todo en las funciones de evaluación.

Otra de las manifestaciones que queremos hacer es que continuamos defendiendo que la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña tenga el carácter de organismo notificado, en el sentido de que sus trabajos y sus evaluaciones puedan ser válidos para todos los países de la Unión Europea.

Con referencia a la noticia que se publicó ayer en un periódico profesional, relativa a que Sanidad ha encargado a la Agencia del Carlos III concretar el catálogo de prestaciones sanitarias, a lo que creo que no ha hecho referencia el señor Ricoy —si me equivoco, pido disculpas—, nosotros consideramos que un organismo como la Agencia, que forma parte del propio Ministerio de Sanidad —y no es que hagamos un juicio de valor—, no tendría que ser juez y parte a la hora de determinar las prestaciones del catálogo, pues podría estar influenciado y mediatizado por los intereses de la política sanitaria del propio Ministerio. En este sentido, hemos de decir que la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña, desde nuestro punto de vista, actúa como una verdadera agencia, en el sentido de que las evaluaciones que hace sólo son una propuesta que se eleva al departamento de Sanidad y Seguridad Social, que, como tal autoridad sanitaria, es el que ha de determinar la postura en uno u otro sentido.

Nosotros entendemos que éste es un tema complejo. Ayer, en la información a que he hecho referencia se hablaba de la delimitación del catálogo de prestaciones. En cualquier caso, lo que se ha pedido a la Agencia es delimitar, concretar las cosas poco claras, ambiguas, en relación con las prestaciones sanitarias. A este respecto, y en relación al desarrollo reglamentario del Real Decreto de prestaciones sanitarias, nosotros entendemos que debe quedar claro que la naturaleza de una agencia no tendría que permitir este doble juego al que hacíamos referencia: la evaluación de una prestación y, a la vez, decidir sobre la inclusión o no de la misma en el catálogo de prestaciones. Este es un tema complejo, pero nosotros queremos manifestar, en síntesis, dos cosas: en primer lugar, que debe actuar en coordinación con las otras agencias que hay a nivel del Estado español y, en segundo lugar, dada la referencia que se hacía en un medio de comunicación, aclarar el papel que tiene que desempeñar la Agencia, sobre todo en lo relativo a las prestaciones sanitarias.

Reitero el agradecimiento al señor Ricoy por la exposición que ha hecho, que estudiaremos con mayor detenimiento.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Ricoy, por su comparecencia y, por supuesto, por la información ofrecida en la misma a los grupos parlamentarios.

Lógicamente, voy a centrar mi intervención no en los aspectos técnicos, cuantitativos, a los que ha hecho referencia el señor Ricoy, sino que, aprovechando su comparecencia, voy a hacer una serie de reflexiones acerca del papel que, a juicio del Grupo Federal de Izquierda Unida-Ini-

ciativa per Catalunya, debe jugar un centro como el Carlos III, que resume y sintetiza todos los aspectos de política de investigación del Sistema Nacional de Salud.

En primer lugar —sirva también como anécdota—, tengo que decir que me congratula que, según ha dicho el señor Ricoy, hace pocos días, en mayo de 1995, se haya dado por fin una solución razonable a la situación planteada en el Centro Nacional de Investigación Clínica y Medicina Preventiva; era lógico, no en función de deseos o de futuribles, sino en función de su propia realidad, que formara parte de la estructura del Insalud y fuera gestionado por el mismo.

No me cabe duda de que ha habido avances en lo que se refiere a investigación en salud. Algo que me gustaría saber —no sé si está en condiciones de contestarme el señor Ricoy— es la relación del componente público-privado en la financiación de las diferentes investigaciones que se realizan. En cualquier caso, quiero decir que es objeto reiterado de preocupación en mi Grupo, con ocasión de los debates de los Presupuestos Generales del Estado y de los presupuestos del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo lejos que, año tras año, nos quedamos en un precepto bien concreto, establecido por la Ley General de Sanidad, del 1 por ciento en cuanto a la dotación del presupuesto de investigación del conjunto de los presupuestos de Sanidad.

La reflexión de fondo que quiero hacer, como decía al principio, es sobre el lugar que debe ocupar la investigación en el conjunto del sistema sanitario, y quiero explicar que —no es responsabilidad directa del señor Ricoy—, mientras en nuestro país sigamos sin tener un plan integrado de salud, yo creo que es de rigor decir que la investigación se establece de forma arbitraria, es decir, no hay lugar objetivo identificado por el cual los contenidos de la investigación en nuestro país se relacionen de manera concreta y real con los problemas, con las prioridades de salud que se derivan de ese plan integrado de salud; o sea, se investiga sobre determinados aspectos que se supone que interesan al conjunto de la sociedad en función de problemas de salud, pero no hay un lugar concreto identificable por el cual esa relación se establezca.

Por otro lado, aunque la vinculación de la Escuela Nacional de Sanidad al Instituto Carlos III ha vuelto a ser un hecho afortunadamente; por desgracia, dadas las competencias, el presupuesto y la relación que la propia Escuela Nacional de Sanidad tiene con el conjunto del sistema sanitario, no se puede decir, ni mucho menos, que se dé la necesaria relación entre investigación, docencia y práctica médica, es decir, no solamente la insuficiencia presupuestaria de la Escuela Nacional de Sanidad sino la, por otra parte, progresivamente disminuida dotación presupuestaria en formación continuada y la falta de relación entre la docencia que se realiza dentro del sistema sanitario, es decir, de las estructuras del Insalud, y la propia Escuela Nacional de Sanidad y, por tanto, la vinculación entre la docencia y la investigación. Estamos ante una estructura incoherente en su propia concepción.

Y esto no solamente tiene, a juicio de mi Grupo Parlamentario, repercusiones en la definición de prioridades y en la objetivación de la relación entre las diferentes estruc-

turas, sino que, como se desprende de toda la intervención del señor Ricoy y, por otra parte, de la realidad, el sistema sanitario público no actúa en el vacío, al margen de presiones. Objetivamente, todo lo que se refiere a investigación y especialmente a la evaluación de tecnologías sanitarias, tiene unas presiones económicas importantísimas. En la situación que hay en nuestro país, la industria farmacéutica está en manos privadas, así como la producción de equipos médicos. Evidentemente, hay una presión económica terrible a la hora de introducir determinadas tecnologías en un proceso en el cual el incremento de gastos sanitarios en tecnología se puede decir que, en general, no tiene tanto que ver con necesidades de salud sino con presiones objetivas y eficaces por parte de las empresas productoras. Esta situación, insisto, se ve agravada por el hecho de que no existe ese plan integrado de salud, del cual pudieran derivarse objetivos claros en materia de investigación, en materia de organización de servicios, etcétera. Todos conocemos aspectos concretos, técnicas sanitarias de la medicina alternativa, perfectamente contrastadas desde el punto de vista científico, que no tienen cabida dentro del sistema sanitario, todo ello derivado de otros intereses que no tienen nada que ver con los de salud de la población. El nivel de análisis de los diferentes elementos en juego es importantísimo para, después, poder ubicar la funciones concretas de un organismo como el Carlos III y para conseguir que por lo menos en su mayor parte haya una definición clara de objetivos de salud por el sistema sanitario público.

Finalmente, quería hacer mención a dos aspectos concretos que preocupan a mi Grupo. Uno fue objeto de denuncias concretas por parte de mi Grupo Parlamentario hace ya algún tiempo en esta Comisión, que supongo que tocan solamente de manera tangencial las competencias en este caso del Centro de Farmacobiología. Se refiere a la existencia real de falsos ensayos clínicos, como fórmulas de facilitar la entrada de determinados medicamentos en el mercado, es decir, al margen de la Ley del Medicamento; al margen de las comisiones de farmacia de los hospitales. Al decir falso me refiero, por un lado, a que no entran en lo contemplado en la Ley del Medicamento y, por otro, a que obviamente, se trata de medicamentos que han sido objeto ya de ensayos previos que han permitido su introducción en el mercado. Quería preguntarle en concreto si el Centro de Farmacobiología tiene constancia de la existencia de este tipo de actuaciones y si ha tenido algún tipo de actividad al respecto.

La otra pregunta, muy concreta, se refiere a la unidad de investigación del síndrome tóxico. Como usted bien sabe, investigadores de esta unidad han comparecido en los últimos meses en la Ponencia específica creada al efecto dentro de esta Comisión de Sanidad, y se refiere también al punto centro que he mencionado, a la necesidad de coordinar los aspectos de investigación en este caso con los aspectos de atención médica directa. Quería saber la opinión del señor Ricoy acerca de una propuesta que fue realizada por alguna de las asociaciones de afectados y que podía inducir a pensar que los comparecientes, investigadores del Instituto de Salud Carlos III, podían estar de acuerdo en la necesidad de incrementar, de establecer algún tipo de or-

ganismo o de entidad que permitiera un mayor nivel de coordinación entre la actividad investigadora y la actividad de atención médica, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, en relación con el colectivo de afectados por el síndrome tóxico.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Señora Presidenta, en primer lugar, lógicamente, en nombre el Grupo Popular y en el mío propio, quiero agradecer la comparecencia del señor Ricoy en la Comisión. Asimismo, quiero decir al señor Ricoy que su intervención ha sido impactante, no sólo por lo que digo yo en estos momentos, sino por lo que parece ser que han dicho los portavoces de otros grupos sobre su intervención. A mí me parece que ha sido una intervención incluso diría que más propia de la Comisión Mixta Congreso-Senado de Investigación y Desarrollo que de esta Comisión —valoraciones aparte— y que el compareciente ha dedicado menos de una tercera parte de su intervención a lo que parece ser que era el meollo de la cuestión, además solicitada por el Grupo Socialista: la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Con permiso de la señora Presidenta me voy a remitir casi exclusivamente a esta Agencia durante mi intervención.

En primer lugar, me gustaría hacer un pequeño recordatorio de cuáles han sido los avatares de la Agencia desde el momento en que se pensó en constituir la como tal. Para ello me tengo que remitir a principios del año 1992 en que el Gobierno socialista, en lo que se constituye como programa de convergencia para la Comunidad Europea, como objetivo fundamental en el sector sanitario —como se decía en el programa de convergencia— establece el de constituir la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Parece ser que éste era uno de los grandes objetivos dentro de este programa. Pues bien, a lo largo del año 1992, no hay ninguna iniciativa de constitución de esta Agencia. Esto originó que, en su momento, el Grupo Popular presentara una iniciativa en forma de pregunta que fue contestada por la actual Ministra de Sanidad, en su momento Subsecretaria del Ministerio de Sanidad.

Nosotros no veíamos que en el año 1992 la Agencia fuera a ser una realidad —y estoy hablando de finales de año 1992—, se perdió un poco en el tiempo y no tuvimos constancia de en qué momento se constituyó la Agencia como tal, cosa que ha contestado ahora usted en su intervención diciendo que se constituyó en 1994. Nosotros como única referencia de funcionamiento de esta Agencia tenemos el de mayo y junio de 1994, a raíz de la destitución del señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y de su nombramiento como Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Quiero aprovechar, señora Presidenta, para saludar al señor Conde, que hoy nos acompaña en la Comisión.

Dicho esto a modo de introducción y haciendo un poco la valoración de los que nosotros consideramos como falta de criterio dentro del Ministerio de Sanidad en particular y del Gobierno en general, ya que los trabajos de la Agencia

han tardado más de dos años en iniciarse, según ha indicado en su intervención, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las distintas actividades y sobre las partidas presupuestarias que se asignan a esta Agencia.

Haciendo un recordatorio de lo que han sido los Presupuestos Generales del Estado en los años 1993 y 1994, que he consultado estos días en lo referente a esta Agencia, me ha parecido ver que en los programas 413 H del Ministerio de Sanidad de los años 1993 y 1994 había unas partidas presupuestarias de 4 millones para 1993 y 27 millones para el año 1994. He consultado también los presupuestos de este año, los que aprobamos en el último tercio del año 1994 y no he encontrado ninguna partida presupuestaria específica para la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. No he podido consultar los datos de 1993 y 1994, pero tengo aquí los programas referidos al Instituto Carlos III, el programa 542 H, y ahí no he encontrado ninguna indicación explícita sobre las partidas presupuestarias de los 4 millones para 1993 y de 27 millones para 1994. En este sentido debo hacer referencia a una sesión de control en la Comisión de Sanidad en el año 1992, en la que la entonces Subsecretaria del Ministerio de Sanidad decía que en principio se iban a asignar unos 100 millones a esta Agencia. Me gustaría que explicara, el señor Ricoy, si está en conocimiento de estos datos, cuál ha sido el presupuesto asignado a la Agencia a lo largo de estos tres años, y cuál ha sido en particular el asignado en el año 1995.

Desde el punto de vista presupuestario, ya que la entonces Subsecretaria —hoy Ministra— de Sanidad decía que no todo iban a ser fondos estatales o públicos, sino que incluso se iban a incorporar entidades o asociaciones de tipo privado que aportarían fondos económicos a esta Agencia, me gustaría saber si esto ha sido así, porque, a lo mejor ésa es la explicación de que en los presupuestos de este año yo no lo haya encontrado.

Este aspecto me parece que es importante a la hora de hacer la valoración sobre las posibilidades de funcionamiento de esta Agencia. Lógicamente habría que discernir qué se dedica de ese presupuesto a personal, propiamente a investigación o al conocimiento de alguna de las cuestiones a las que se enfocan los objetivos de la Agencia, para que no haya obstrucción y haya claridad a la hora de hacer un control, desde el punto de vista de la oposición, y para que el Gobierno, al que en este momento usted representa, aun no siendo propiamente miembro del Gobierno, pero sí de la Administración, clarifique este tema.

Hablando de lo que es la Agencia en sí misma —y los portavoces ya han mencionado algunas cuestiones e incluso usted ha hecho algunas valoraciones sobre la Agencia con respecto a los objetivos— le preguntaría al señor Ricoy, como Director general del Instituto Carlos III, qué es la Agencia propiamente. ¿Es un organismo al servicio del Sistema Nacional de Salud? ¿Es un foro de debate sanitario donde se debaten cuestiones técnicas, científicas o incluso tecnológicas, como dice su nombre, o es un órgano de decisiones? ¿Las decisiones que se toman en esta Agencia son de obligado cumplimiento, no solamente por parte de la Administración, es decir, por parte de los centros sa-

nitarios, ya sean hospitales o centro de atención primaria? ¿Qué objetivo pretende alcanzar a medio y largo plazo la Agencia, desde el punto de vista de lo que es la atención sanitaria y el impacto de las tecnologías sobre los ciudadanos? ¿Qué objetivos se han alcanzado en este primer año que llevá funcionando la Agencia?

Con respecto a lo que decía antes referido a los presupuestos me ha venido a la mente recordarle si la Agencia se ha ubicado, y esto en su momento fue motivo de debate, en la Cartuja de Sevilla, ya que en el año 1992 se dijo que la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad había firmado un convenio con el Director de la institución Cartuja de Sevilla.

Estas son algunas de las cuestiones que a nosotros nos preocupan en relación a lo que es la Agencia en sí.

¿Qué relaciones tienen con los profesionales sanitarios y otros sectores de la sanidad, preocupados por el tema, técnicos, conocedores, expertos, desde el punto de vista de lo que es la sanidad en sí? ¿Se constituye, parece ser que sí, como órgano asesor del Consejo interterritorial y asesor de entidades sanitarias, tanto privadas como públicas, y es simplemente un asesoramiento o es de obligado cumplimiento, dentro de lo que podría ser el impacto de, por ejemplo, las técnicas diagnósticas, que es lo que puede preocupar en algún momento? Recordamos que cuando hablamos de esta Agencia en el año 1992 el debate nacional se refería a los problemas que hubo en algunos hospitales con los aceleradores lineales de electrones y otros aparatos de diagnóstico de complicado control. ¿Se ha constituido en alguna ocasión dentro de esta Agencia la oficina para el estudio del impacto de tecnologías? ¿En qué condiciones, qué personas son las que se ocupan de ello?

Estos son algunos de los temas que a nosotros nos gustaría, si es posible, que el Director general del Instituto Carlos III nos contestara.

También creo que se ha hablado en algún momento de esta Agencia como de un centro de posibles auditorías, incluso creo que usted ha utilizado este término, no solamente desde el punto de vista tecnológico, sino desde el punto de vista del personal que debe estar capacitado para gestionar un centro, del personal que debe dar servicios en los diferentes centros. ¿Han hecho ustedes auditorías de centros hospitalarios? Hay que recordar que el Grupo Popular, a lo largo de esta legislatura, ha pedido en repetidas ocasiones auditorías de hospitales, fundamentalmente de lo que es el territorio Insalud. Pues bien, nos han proporcionado algunas: otras no. A nosotros nos gustaría saber si esta Agencia ha realizado auditorías de hospitales, tanto desde el punto de vista presupuestario como desde el punto de vista del funcionamiento, de los objetivos que deben alcanzar los hospitales de la red pública.

¿Ha tenido alguna intervención la agencia —esto ya lo ha mencionado el portavoz del Grupo Catalán (Convergència i Unió), el señor Cardona, y yo lo tenía aquí anotado, sin saber que un medio de información sanitaria hacía referencia a ello— en el catálogo de prestaciones sanitarias? Nos parece indicado que la agencia intervenga en el catálogo como asesora, nunca como entidad que tome la

decisión, ya que ésta es lógicamente una responsabilidad de los altos responsables del Ministerio.

Me parece importante también establecer relaciones con otras agencias existentes tanto en España como en el extranjero. Cuando se decide que se constituya la Agencia de tecnologías a nivel nacional, ya lo está —me parece que se denomina así— la Unidad de diagnóstico para la Imagen de alta tecnología en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Desde el punto de vista de la coordinación, desde el punto de vista de lo que significa el gasto en general del Estado, nos parece lógico que haya una agencia a nivel estatal. Pero si hay una agencia organizada previamente desde una comunidad autónoma, nosotros no tenemos ningún reparo. Sí que nos preocupa —y además no teníamos conocimiento de su existencia— que a posteriori de esta agencia nacional se cree otra en otra comunidad autónoma, porque eso es duplicidad de funciones y aumento en el gasto público. En resumidas cuentas, son dos oficinas para un mismo fin. Nos gustaría que en este momento nos dijera qué relación hay con la unidad de Cataluña y la recientemente constituida en Euskadi, así como con las agencias existentes en otros países. El conocimiento que yo tengo personalmente es que hay agencias más o menos de este tipo en tres países; solamente uno es de la Unión Europea, Suecia, uno de los países recientemente incorporados. Los que tienen más experiencia en este tema son Estados Unidos y Canadá. En Estados Unidos es una pluriagencia porque enfocan los temas de los ensayos clínicos, medicamentos, tecnologías desde el punto de vista diagnóstico, etcétera. La más parecida a la agencia que está constituida en nuestro país es la establecida en Canadá. Nosotros querríamos saber si ustedes han tenido relaciones con estas tres agencias existentes en el mundo occidental.

Para terminar, señora Presidenta, quiero agradecer, como he dicho al principio, la intervención del señor Ricoy. Creemos que ha sido poco explícito y por eso he formulado las preguntas concretas sobre la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. También le formulé un ruego como representante de la Administración. Nos gustaría que esta agencia no fuera realmente, como dije yo en un momento, un brindis al sol, una oferta sin nada debajo; es decir, una institución donde no hay unos soportes que vayan a ayudar a la sanidad tanto desde el punto de vista científico como asistencial. En resumidas cuentas, que no fuera un brindis al sol sino una auténtica realidad y que funcionara. En algunos momentos, como ustedes saben, desde el Grupo Popular hemos criticado que algunas cosas no funcionan en la Administración socialista. No solamente el retraso en la constitución de la agencia, sino las grandes dudas que tenemos de cómo está funcionando en este momento es lo que hace que le solicitemos que sea explícito en las contestaciones, si es posible, en la mañana.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Gimeno Ortiz.

El señor **GIMENO ORTIZ**: Desearía agradecer, igual que lo ha expresado el resto de los grupos parlamentarios, la presencia del Director del Instituto de Salud Carlos III,

el doctor Ricoy, en esta Comisión de Sanidad y Consumo a petición del Grupo Parlamentario Socialista. Desearía felicitarle por su comparecencia, toda vez que desde el punto de vista del Grupo Parlamentario Socialista ha coexistido una exposición didáctica, de fácil comprensión y muy explícita, con una información amplia y detallada, y nos alegra haberle escuchado decir que ha ido creciendo el gasto dedicado a I+D dentro del producto interior bruto.

En cualquier caso, desearía limitarme en mi intervención a realizar una serie de preguntas en relación precisamente a los temas de fondo de su comparecencia, tanto la política científica de salud como la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, cuya creación nos ha parecido una decisión política muy acertada que se ha convertido en realidad. Esta Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias fue fundada hace escaso tiempo mediante la promulgación del Real Decreto 1.415/1994, en el que se especifican de manera clara sus funciones y, por tanto, entendemos que difícilmente podría haber realizado otras como las que se han oído a lo largo de esta mañana, ya que lógicamente durante el corto período de tiempo transcurrido poco se ha podido hacer más allá de la conceptualización que usted acaba de exponer. En cualquier caso, para disipar esa seria duda, posiblemente la pregunta correcta sería cuáles son los temas que se están estudiando actualmente y señalar si algún producto se ha podido conseguir.

La segunda pregunta viene a cuento de otro comentario que hemos oído cuando se ha preguntado qué relación existe con los profesionales sanitarios. Precisamente el proyecto de red de unidades de investigación, el Reuni, se concretó en el año 1992, es decir, con anterioridad a la promulgación del real decreto a que estábamos aludiendo. Por eso quería pedirle que explicara más detalladamente los antecedentes de este proyecto, puesto que del mismo se podría deducir que no ha sido ninguna improvisación y posiblemente se pueda valorar cómo se ha ido consiguiendo que en torno al mismo se aúnen bastantes voluntades de los profesionales sanitarios.

Usted ha expuesto, doctor Ricoy, que la capacidad investigadora está concentrada en determinados núcleos. Nosotros entendemos que es lógico que en el sistema I+D se deba primar la excelencia, pero también es cierto que, desde nuestro punto de vista, se debe fomentar la inquietud y la capacidad investigadora de los profesionales sanitarios, estén donde estén ubicados geográficamente. En este sentido desearíamos preguntar qué medidas se han tomado y se piensan tomar en el futuro para que la investigación sea un hecho consustancial con el quehacer diario de cada profesional sanitario. Igualmente quiero preguntar si puede haber algún tipo de antagonismo o de descoordinación precisamente dentro de este marco global de coordinación de la política científica que establece la Ley de la Ciencia entre el Plan nacional de I+D y las actuaciones concretas o los programas propios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por último, usted ha mencionado que el Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva nació tras la fusión de una serie de hospitales como el Hospital del Rey, el Victoria Eugenia, etcétera, y que desde mayo está gestio-

nado por el Insalud. La señora Maestro también se ha referido a este centro, pero yo quería preguntarle cuáles han sido los motivos que le impulsaron a negociar este convenio de gestión con el Insalud.

La señora **PRESIDENTA**: Para dar respuesta a las intervenciones y preguntas que han formulado SS. SS., tiene la palabra el señor Director del Instituto Carlos III, don Ramón Ricoy Campo.

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Ricoy Campo): Señora Presidenta, ante todo tengo que expresar mi sincero agradecimiento a todos los que han intervenido porque me han hecho tomar nota de aspectos determinados que, en aras a la brevedad, no había expresado durante mi intervención.

Al señor Gatzagaetxebarría debo agradecerle su intervención y agradecerle especialmente, en mi nombre y en el de todos los profesionales que trabajamos en el Instituto de Salud Carlos III, que haya expresado el deseo de visitar las instalaciones del instituto. Creo que el Instituto de Salud Carlos III es mucho más de lo que se opina habitualmente sobre él; que el servicio que está dando muchas veces no es conocido por la sociedad pero es imprescindible para que los niveles de salud se mantengan. Por tanto, creo que para todos los que en el instituto trabajamos sería una enorme satisfacción y supondría, de algún modo, un gran respaldo el que SS. SS. se prestasen a que les organizásemos una visita a sus instalaciones. Desde este momento en mi nombre y en el de todos nos ponemos ¡cómo no! a su entera disposición y esperamos que fijen las fechas para poder mostrarles paso a paso la situación tanto de los centros del campus de Chamartín como de los centros del campus de Majadahonda.

Entiendo que la pregunta que me formula el señor Gatzagaetxebarría va dirigida fundamentalmente a la relación con otras agencias u otras instituciones similares de las comunidades autónomas. Esta pregunta también me la formuló el señor Cardona de Convergència i Unió. Me van a permitir que conteste a ambas simultáneamente. La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, como cualquier unidad del Instituto de Salud Carlos III, tiene siempre una actividad extramural. Ningún centro o unidad del Instituto de Salud Carlos III se limita a tener una actividad intramural, sino que siempre busca la proyección extramural, busca esa apertura que señalaba como el tercer principio fundamental del funcionamiento del Instituto de Salud Carlos III que le lleva a conectar con todo el Sistema Nacional de Salud y, por tanto, trabajar coordinadamente con otras instituciones que tienen los mismos objetivos. Ya antes de comenzar la andadura, en junio de 1994, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, conocíamos la existencia de una oficina en Cataluña, luego agencia, y de una oficina en el País Vasco. Ya en aquellos momentos trabajábamos coordinadamente con ellos y, a través de nuestra representación en Europa en los comités de gestión de I+D en salud europeos, facilitamos la presencia de sus responsables en los procesos de evaluación, de asesoramiento, de prospectiva en I+D europeos. Tengo, además,

la satisfacción de poder indicarles que en una reunión que se celebró días pasados en Estocolmo, en la cual estuvo el director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, fue elegido vicepresidente de la organización llamada Inhata, que es un organismo internacional, no sólo europeo, el director de Osteba, que es la oficina del País Vasco. Pues bien, el director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que en ese momento había sido aceptado como miembros de esa organización, creo que fue el primero que dio el voto favorable para que el representante del País Vasco fuese elegido vicepresidente de la misma. Lo mismo ocurre con la doctora Alicia Granados, que es quien dirige la agencia de Cataluña. No buscamos en absoluto la confrontación; buscamos la sinergia, buscamos la cooperación y creemos que, además, hay sitio para todos. Lo que no vale la pena es repetir los estudios cuando están hechos. Tenemos que juntar las fuerzas y en esa dirección vamos y en esa dirección son ya varias las reuniones que se han mantenido tanto con el País Vasco como con Cataluña, bien en Madrid, bien en Barcelona o en el propio País Vasco. Por tanto, esté seguro de que va a existir una colaboración estrecha, como la que ahora se da, y eso va a ser beneficioso para todos.

El señor Cardona hacía énfasis en la función de reforzar estas agencias que puedan existir en las comunidades autónomas. Creo que con la respuesta que he dado ya he contestado a su pregunta.

Parece ser que en la prensa se dice que el Ministerio encargó a la agencia que concretase, entre comillas, el catálogo de prestaciones sanitarias. Eso no es así. Una vez publicado el Real Decreto de prestaciones sanitarias, se desarrollaron algunas partes, tal como se preveía en el propio Decreto. El Ministerio encomendó a la agencia que realizase estudios técnicos para ser presentados al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y tomar allí la decisión. En ese sentido yo fui portavoz ante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de varias propuestas, entre ellas una muy aplaudida, el desarrollo de la oxigenoterapia a domicilio, de la que tengo que decir que nos basamos en un trabajo previo hecho por la agencia, antes oficina, de Cataluña.

Quiero recalcar, porque en esto volvió a hacer hincapié el señor Villalón, del Grupo Popular, que nuestro objetivo no es decidir. El objetivo de la agencia, como el de todo el Instituto de Salud Carlos III, es dar soporte científico-técnico para que las decisiones se tomen con el mayor conocimiento posible. La agencia, por tanto, se limita a hacer informes técnicos, a poner en marcha procesos formativos, a suministrar documentación concreta sobre determinadas tecnologías, pero nunca a decidir sobre su inclusión o exclusión del catálogo de prestaciones. En ese sentido, creo que queda aclarado que la agencia no es juez y parte; es, sencillamente, el elemento que eleva informes científico-técnicos, pero no decide sobre inclusión o exclusión de un concreto procedimiento.

La señora Maestro ha hecho numerosas reflexiones sobre aspectos que trascienden el propio Instituto de Salud Carlos III, pero yo trataré de dar respuesta a todo lo que en este momento pueda.

En primer lugar, considera razonable la solución que se ha dado al Centro de Investigación Clínica. El señor Gimeno me pregunta también cuáles fueron los motivos que condujeron a tomar esta decisión. El Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva nació de la fusión de tres hospitales que tuvieron una enorme relevancia en el pasado de la asistencia sanitaria, e incluso de aspectos sanitarios no asistenciales, como fueron el Hospital Antituberculoso Victoria Eugenia, el Hospital Infantil Infante don Felipe y, especialmente, el Hospital del Rey, que este año cumple 70 años de su primer ingreso. Al estar el CIC separado de la red asistencial, al haber además aumentado la cobertura asistencial a toda la población prácticamente, el CIC no tenía sentido que siguiese funcionando al margen de este sistema asistencial. Por otra parte, el Instituto de Salud Carlos III no tenía ninguna función asistencial. Por ello trabajamos para adecuar todos los procesos previos que condujesen a que el Insalud gestionase ese centro dentro de toda la red asistencial, bien de un área, bien de la comunidad autónoma, etcétera, de acuerdo con las necesidades del propio Insalud. Esto ha sido una realidad el día 16 de mayo y yo creo que con ello se da satisfacción a todas las partes, especialmente a los profesionales que trabajan en el CIC, que al tener un nivel bajo de actividad lógicamente encontraban su evolución profesional limitada. De hecho, el convenio de gestión fue recibido con entusiasmo por absolutamente todos los profesionales que trabajan en el CIC.

Con respecto al nivel del presupuesto en I+D, que yo he cifrado en 1994 en cerca de los 10.000 millones de pesetas, es cierto que se acerca todavía al 1 por ciento que establece como límite máximo la Ley General de Sanidad, pero también es cierto que no es lo más importante que crezca el presupuesto. De poco vale que tengamos mucho presupuesto si no tenemos condiciones que nos permitan ejecutarlo razonablemente y, entre ellas, si no tenemos personal motivado y, lo que es más importante todavía, formado para poder ejecutar la investigación. Gasto y formación de recursos humanos son dos premisas imprescindibles sin las cuales no puede funcionar un sistema de I+D. Pero si uno crece sin hacerlo el otro, el sistema va a crecer de una forma poco armónica y el producto que se va a obtener no va a ser de calidad. Los procesos formativos llevan tiempo y, por tanto, limitan el crecimiento del gasto a esa evolución del personal formado. En estos momentos en España tenemos un nivel de gasto de I+D muy aceptable. De hecho, los indicadores de producción científica han crecido en la última década de una forma espectacular, como ha puesto en evidencia en un artículo publicado pocos días atrás don Francisco Ayala, que, como saben, además de profesor de Ciencias biológicas de la Universidad de California es Presidente de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia. Incluso una frase suya es espectacular porque dice: El aumento de la producción científica en España es desproporcionadamente mayor del que ha ocurrido en el resto del mundo. Eso no quiere decir que el gasto en I+D, tal como está, esté bien para el futuro. No. El gasto en I+D tiene que ir creciendo, a la vez que el número de investigadores tiene que ir creciendo también, pero el

número de investigadores no se puede improvisar, hay que formarlo.

La señora Maestro supedita el establecimiento de objetivos para I+D a la existencia de un plan integrado de salud. Usted sabe, señora Maestro, que el plan integrado de salud de hecho existe, porque en el momento en que existen los planes de las comunidades autónomas el plan integrado de salud no es ni más ni menos que la unión de estos planes. De hecho, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se ha presentado el Plan Integrado de Salud. De todos modos lo que verdaderamente quiero recalcar es que no es imprescindible que exista un plan integrado de salud para que existan objetivos de la investigación. De hecho, el Plan Nacional de I+D fija objetivos para sus programas nacionales y el próximo, en el cual confluyen las tres instituciones: Plan Nacional, Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Consumo, fija objetivos muy concretos para la investigación. Además de eso, desde el Ministerio de Sanidad se seguirá financiando la investigación no dirigida en los objetivos del Plan Nacional pero que sea necesaria para el progreso del sistema.

Hizo una mención a la Escuela Nacional de Sanidad. Respecto a que hubo una disminución importante del presupuesto de la escuela y que por eso la relación entre investigación, docencia y práctica o prestación de servicios no era la correcta, debo señalar que en el año 1989 el presupuesto de la escuela era de 400 millones y en el año 1994 más de 800 millones.

Respecto a la pregunta concreta que me ha formulado S. S. sobre si el Centro Nacional de Farmacobiología conoce la realización de falsos ensayos clínicos para introducir productos en el mercado, he de decirle que dicho centro, como tal, no tiene esa misión. Los ensayos se presentan en la Dirección General de Farmacia y el Centro Nacional de Farmacobiología lo que realiza es la evaluación de la seguridad del producto, no la evaluación de la eficacia y, por supuesto, tampoco de la efectividad.

Respecto a la reflexión que hizo sobre la unidad del síndrome de aceite tóxico en el sentido de qué mecanismos de coordinación deben existir entre la investigación y la asistencia, le diré que los mecanismos deben ser los más estrechos posible. Además, para la investigación es fundamental que se pueda recuperar la información clínica producida en la atención de los enfermos. No obstante, yo no estoy capacitado para decir cuál es el mejor modelo. De hecho, estamos estudiando en el Ministerio de Sanidad otros problemas que han ocurrido en otros países, viendo qué dispositivos de seguimiento de cohortes han realizado en otros lugares para decidir qué dispositivo óptimo podemos establecer nosotros en nuestro país.

Quiero aclarar al señor Villalón el primer punto a que se refería en su intervención respecto del retraso en la constitución de la agencia. En efecto, la agencia fue anunciada por el Presidente del Gobierno en el año 1992 en el Programa de Convergencia, pero como tal no se denominó hasta mediados del año 1994. Ello no quiere decir que las funciones de evaluación no existiesen previamente. De hecho, ese mismo año —1992—, cuando se reestructura el Ministerio, se dan competencias en evaluación de tecnolo-

gías a la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria que produjo, a lo largo de estos dos años en que tuvo esas competencias, numerosa información publicada no sólo en monografías del Ministerio sino en las revistas científicas, especialmente en «Medicina Clínica», donde se publicaron varias conferencias de consenso realizadas desde allí. Por otra parte, en esa reestructuración se creó la Dirección General de Ordenación de la Investigación y Formación, de la cual fui titular. A través de esta dirección, el mismo año 1992 constituimos una unidad de investigación en servicios de salud que nos permitió poner en marcha una serie de proyectos de tanta actualidad en lo que respecta a la evaluación de tecnologías sanitarias, como puede ser —por citar uno— el estudio de la necesidad de prostatectomías en la Comunidad de Madrid. Por tanto, si bien no existe la agencia como tal hasta 1994, sí hay un antecedente desde el año 1992 y seguramente otros anteriores.

Respecto a los presupuestos que tiene la agencia, he de decir que como tal agencia se crea a mediados del año 1994 y, por tanto, no figura en los presupuestos de ese año. La Agencia figura como una parte en los presupuestos del Instituto de Salud Carlos III para 1995 y ya diferenciada en el anteproyecto de presupuestos del año 1996. Fundamentalmente, los gastos de la Agencia son los correspondientes al Capítulo 1, que este año se sitúan alrededor de los 90 millones de pesetas. Tiene una estructura pequeña, por lo que antes señalaba; ha de crecer a medida que haya profesionales formados que sean capaces de ejecutar las tareas que le están encomendadas.

En el futuro, la Agencia tendrá que facturar lo que produzca y tendrá que generar ingresos, lo mismo que se hace en otros centros del instituto como puede ser el Centro de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias, etcétera. En ese caso, claro que podrá obtener fondos, tanto de instituciones públicas por los servicios que presta, como de instituciones privadas ya que estaremos abiertos a facilitar el soporte científico-técnico a quien lo solicite.

Creo que anteriormente he contestado a otra serie de preguntas relacionadas con el catálogo de prestaciones sanitarias, y con el carácter no decisorio de los productos de la Agencia, así como la relación con otras agencias, ya sean nacionales o internacionales. Respecto a las agencias internacionales, les puedo asegurar que una de las cosas que ya se ha hecho ha sido entrar en contacto con las más relevantes. En este sentido, les puedo decir que estamos en contacto con la Agencia de Francia, con la Agencia de Suecia, con varias agencias de Canadá (Quebec, Ottawa y Toronto) y varias agencias en Estados Unidos (una en Philadelphia y varias en Washington). Tenemos ya establecidos protocolos para firma de convenios, así como una relación estrecha con todas ellas para obtener la información que puedan facilitarnos.

Creo que con esto he contestado a las preguntas que me ha formulado.

Respecto a las preguntas que me formula el señor Gimeno, en primer lugar, puedo decirles que ya, en este tiempo, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias ha informado sobre oxigenoterapia crónica a domici-

lio, aerosolterapia y ventilación mecánica a domicilio; ha hecho un informe sobre indicaciones, requisitos y supervisión de oxigenoterapia crónica a domicilio y ventiloterapia; y otro informe sobre implantes cocleares. Actualmente, tiene prácticamente terminados dos informes, uno sobre complicaciones patológicas de la menopausia, y otro sobre prótesis endouretrales; además, tiene en fase de elaboración uno sobre indicaciones y prioridades en trasplante hepático, otro sobre tomografía por emisión de positrones, otro sobre fibrinólisis intraarterial periférica, otro sobre filtros de vena cava, otro de radiocirugía estereotáxica y otro sobre metodología epidemiológica en evaluación de tecnologías. Creo que es un producto adecuado para el tiempo que llevamos trabajando.

También me pedía el señor Gimeno que manifestase cómo intentamos implicar a los profesionales de todos los ámbitos en los procesos de I+D. Lo hemos intentado ya desde el año 1987 en que yo me responsabilicé del Fondo de Investigación Sanitaria, y esa responsabilidad se traduce en ofertar procesos formativos a todos los profesionales; tenemos a gala que las becas de ampliación del FIS se dan en todas las comunidades autónomas, incluidas Ceuta y Melilla, todos los años. Ese es el primer paso que hemos dado para tratar de conseguir la implicación de los profesionales, asumiendo que promover la investigación supone promover la excelencia, por tanto, hay que promover la formación para que exista la excelencia. El segundo paso fue la formación en metodología de la investigación clínica repartida por todas las comunidades autónomas, que ahora da como resultado que exista al menos una unidad de investigación en cada comunidad autónoma. Digo al menos una porque el sitio donde hay sólo una es en la Comunidad Autónoma de La Rioja, en donde, lógicamente, no debe haber más, pero al menos hay una. Estamos presentes en todas las comunidades autónomas, e implicamos a esos miles de profesionales a que antes he hecho referencia.

Para terminar, únicamente mencionar que con el Plan Nacional entre el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Consumo no hay ninguna confrontación; trabajamos al unísono, de hecho el programa del FIS ha sido calificado como programa sectorial del Plan Nacional de I+D y las tres instituciones haremos una convocatoria común, para el año 1996, a lo largo de lo que queda de año.

Muchas gracias, Presidenta; gracias, señorías, por su atención.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Ricoy Campo, Director del Instituto de Salud Carlos III, a quien despedimos de la Comisión.

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

— SOBRE MEDIDAS PARA PONER EN PRÁCTICA LO APROBADO EN LA COMISION DE POLITICA SOCIAL Y EMPLEO EN RELACION

CON LA CONSIDERACION DE LOS ENFERMOS DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) COMO CRONICOS. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GIU-IC). (Número de expediente 181/001476.)

La señora **PRESIDENTA**: Concluida esta primera parte de las comparecencias, pasamos al segundo punto, contestación a preguntas, rogando al señor Subsecretario del Ministerio, don José Luis Temes Montes, que se acerque a la Mesa, y a quien, igualmente, le damos la bienvenida.

Antes de iniciar el segundo punto del orden del día, contestación a preguntas, es deseo de esta Presidencia, y supongo también de la Comisión, que agotemos el orden del día previsto para hoy, por lo que me permito solicitar y sugerir a SS. SS. que, si son tan amables, en este segundo punto de preguntas no agoten el tiempo reglamentario que les permite el Reglamento —valga la redundancia—, y así podríamos concluir el orden del día.

La primera pregunta es sobre medidas para poner en práctica lo aprobado en la Comisión de Política Social y Empleo en relación con la consideración de los enfermos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como crónicos. Pregunta formulada por la señora Maestro Martín, que tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Temes, esta primera parte de la pregunta, es simplemente repetir el enunciado. El año 1992, en el mes de noviembre, se aprobó en la Comisión de Política Social y Empleo una proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, instando al Gobierno a definir a los enfermos de sida como enfermos crónicos, para que así pudieran beneficiarse de los medicamentos colaterales coadyuvantes y para que, asimismo, pudieran beneficiarse de su gratuidad. ¿Qué medidas ha tomado el Ministerio de Sanidad y Consumo para hacer efectivo lo recomendado en esa proposición no de ley?

La señora **PRESIDENTA**: El señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don José Luis Temes Montes, tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Los requerimientos terapéuticos de los enfermos diagnosticados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la gravedad, duración y secuelas de las patologías que en los mismos concurren, aconsejan extender a dicho colectivo la aportación económica limitada en el pago a satisfacer por los medicamentos que han de utilizar.

Facilitar el acceso a la medicación, como se recoge en la proposición no de ley a que se refiere la señora Maestro, viene recomendado también por la necesidad de mantener en estos enfermos una calidad de vida aceptable y por la disponibilidad de fármacos capaces de disminuir o paliar

los efectos de la incidencia de determinadas enfermedades a las que presentan una mayor vulnerabilidad.

Por las especiales características de la mayor parte del colectivo, la medida hará que se cumplan mejor los tratamientos extrahospitalarios lo que permitirá mejorar la calidad de la prestación de la asistencia sanitaria.

El artículo 95 de la Ley del Medicamento, de acuerdo con la Ley General de Sanidad, atribuye al Gobierno la regulación, cuando se financie con cargo a los fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad, de los supuestos en que la administración de medicamentos y productos sanitarios sea gratuita, así como la participación en el pago a satisfacer por los enfermos por los medicamentos y productos sanitarios que les proporcione el Sistema Nacional de Salud. Esta participación podrá modularse con una serie de criterios que tengan en cuenta la capacidad de pago, la utilización terapéutica y social de los medicamentos, las necesidades de ciertos colectivos, la gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías y los límites de las previsiones presupuestarias afectas a la prestación farmacéutica.

La medida, pues, que debe tomar el Gobierno para cumplir la proposición no de ley del Congreso es un Real Decreto, y a esto es a lo que hemos estado dedicados. Con esta medida se trata de proteger y ayudar al colectivo de enfermos de sida que, ciertamente, necesitan una particular atención sanitaria y social por las circunstancias que actualmente concurren en tales enfermos, mientras no se alcance a disponer de medidas terapéuticas más eficaces.

No voy a hacer hincapié en que, a nivel ambulatorio, ya existían las situaciones de gratuidad en el caso de los medicamentos específicos, esto es, los antirretrovirales, por su consideración de medicamentos de uso hospitalario o la aportación reducida de otros, como los tuberculostáticos, de gran importancia por la asociación de la tuberculosis con el sida, pues han sido tratadas ya en esta Comisión.

Sus señorías han sido informados en comparecencias previas acerca de los trabajos que hemos tenido que realizar para la elaboración de este proyecto de Real Decreto; trabajos que han sido muy complicados, tanto por la gran cantidad de datos, escenarios y posibilidades estudiados como por las dificultades a la hora de estimar el impacto económico de la medida, ya que en la literatura científica no existía información del coste de la medicación extrahospitalaria en estos pacientes. A pesar de esas dificultades, el Ministerio de Sanidad y Consumo está comprometido a cumplir, en el plazo más breve posible, la proposición no de ley a la que me vengo refiriendo, mediante la publicación del correspondiente Real Decreto.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Realmente, las manifestaciones del Ministerio de Sanidad, como creo que no podría ser de otra manera, a las diferentes preguntas con ocasión de comparecencias, no han sido otras que reconocer la necesidad de lo propuesto en la iniciativa parlamentaria a que nos referimos; sin embargo, el hecho es que han

transcurrido exactamente dos años y siete meses desde su aprobación. No sé qué quiere decir el señor Temes cuando habla del plazo más breve posible, cuando han transcurrido dos años y siete meses, lo que ha supuesto perjuicios concretos para personas. El retraso en la tramitación no es retraso en una norma que tenga una trascendencia colateral, sino que está incidiendo directamente sobre las condiciones de vida, de salud y sobre la calidad de vida de un grupo de personas, que en una parte importante —y usted lo sabe—, por las características del sida en nuestro país, son personas con muy escasos recursos económicos.

La Ministra de Sanidad en un programa de radio, en diciembre de 1994, hablaba ya de que se había valorado en 2.000 millones de pesetas al año la cantidad que este gasto originaría y que afectaría a un colectivo de 11.000 pacientes, es decir, personas afectadas por el sida. Además, da la casualidad de que otro grupo, el de los hemofílicos, que a su vez están afectados por el sida, gozan desde hace cinco años de los beneficios de esta medida; hecho del que mi grupo se congratula, pero establece agravios comparativos injustificables para el colectivo de personas que padecen la misma enfermedad, aunque la vía de contagio haya sido diferente.

Quiero expresarle la preocupación, en este caso la impaciencia, de mi grupo parlamentario, a la hora de urgir al Gobierno a que este proyecto se transforme en Real Decreto y me veo en la obligación de instarle a que recorte cuál es el plazo para que ese proyecto (de sus palabras se deduce que, a pesar de los complicados trabajos que haya podido originar, está prácticamente finalizado) se convierta en realidad en Real Decreto y permita, aunque tarde, mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de este colectivo de afectados que, insisto, toca precisamente a personas de los más bajos niveles de disponibilidad económica.

Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Voy a tratar de responderle sobre cuál es el contenido del proyecto de Real Decreto en el que se establecerá que la participación en el pago a satisfacer por los enfermos de sida de los medicamentos que proporciona el Sistema Nacional de Salud en el medio extrahospitalario, será el 10 por ciento del precedente al público, con el límite máximo que marca la normativa y que en la actualidad es, como sabe, de 419 pesetas. Lógicamente, los medicamentos antirretrovirales, al ser medicamentos de uso hospitalario, seguirán siendo proporcionados en los centros sanitarios de forma gratuita.

Quisiera, sin embargo, insistir de nuevo en las dificultades con que nos hemos encontrado en el camino de la elaboración del proyecto de Real Decreto, dificultades tanto para la obtención de estudios de consumo y costes de medicamentos ya mencionados, como los múltiples problemas que hemos tenido que afrontar para conseguir que la medida respete debidamente el derecho a la intimidad

como ciudadanos y como enfermos de estos pacientes, que me parece un hecho trascendente.

Respecto a los estudios de consumo y costes, al no existir datos en la literatura científica sobre el coste de la medicación extrahospitalaria de estos pacientes, tuvimos que elaborar un estudio específico para su evaluación. Así, se realizó el estudio mediante un corte de prevalencia en las consultas externas de sida de los hospitales públicos de Madrid. Los resultados de esta estimación son similares a los que, con posterioridad a nuestro estudio, se han publicado en la literatura científica española. Además de esta estimación, hubo que realizar también otras dirigidas al número de casos esperados en los próximos años, de acuerdo con la tendencia de la enfermedad en nuestro país.

Sin embargo, para evitar malos entendidos, quiero dejar claro que los argumentos económicos nunca nos han hecho dudar acerca de la necesidad de implantación de esta medida, pero naturalmente hay que realizar las pertinentes evaluaciones económicas, pues de no hacerlas podríamos comprometernos en algo que luego no pudiésemos cumplir, lo que generaría mayor frustración en un colectivo ya bastante afectado, no sólo física, sino también psicológicamente.

Otra de las dificultades con que nos hemos encontrado fue el hacer compatible, como decía, la confidencialidad con el control de la prestación, imprescindible sin esta medida. La aplicación del Real Decreto debe guardar la debida confidencialidad de los datos o las referencias a la enfermedad y situación de los enfermos de sida, siendo las administraciones sanitarias competentes en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social las que adoptarán las medidas oportunas para acreditar el acceso a la prestación farmacéutica en estas condiciones.

Durante los trabajos técnicos realizados para dar cumplimiento a la proposición no de ley, nos encontramos con un problema para encuadrar en la prestación farmacéutica reducida un listado de medicamentos específicos y frecuentemente prescritos ante las infecciones oportunistas, tumores y alteraciones metabólicas y nutricionales que padecen estos pacientes. Dadas las especiales y complejas características del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, esta alternativa no pudo llevarse a cabo, debido a la gran diversidad de tratamiento y al gran número de medicamentos a utilizar. Esto nos ha obligado a diseñar una solución compleja, que, por primera vez, en desarrollo del artículo 95 de la Ley del Medicamento, se va a aplicar a un colectivo muy numeroso de enfermos, que reúne, como usted sabe y dice, unas características socio-sanitarias especiales.

El contenido del proyecto está siendo analizado en estos momentos en los centros directivos del Ministerio de Sanidad y Consumo, paso previo a su tramitación administrativa externa, en donde lógicamente serán oídas las asociaciones y entidades interesadas, así como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Consejo de Estado, entre otros.

Estamos dispuestos a acelerar al máximo la tramitación para que este Real Decreto pueda estar publicado cuanto antes pero, como no se les escapa a SS. SS., el procedi-

miento administrativo lleva unas diligencias y plazos que no podemos soslayar.

— **SOBRE PREVISIONES PRESUPUESTARIAS EN EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA EL AÑO 1996. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GIU-IC). (Número de expediente 181/001497.)**

La señora **PRESIDENTA**: La segunda pregunta la formula igualmente la señora Maestro Martín, del Grupo Federal de Izquierda Unida, sobre previsiones presupuestarias en el Ministerio de Sanidad y Consumo, para el año 1996.

La señora Maestro tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Temes, la pregunta creo que es absolutamente pertinente. No solamente estamos en fechas en las cuáles el nivel de elaboración o por lo menos los criterios generales de elaboración de los presupuestos deben estar avanzados y, por tanto, creo que al conjunto de los grupos parlamentarios le interesa saber esos criterios, qué modificaciones puede haber sobre los criterios de años anteriores y, sobre todo, que no es un criterio temporal. Mi grupo está enormemente preocupado por lo sucedido desde la aprobación de los Presupuestos Generales de 1995 hasta la actualidad. En dos ocasiones se han sucedido recortes presupuestarios, en una de ellas se contestó por escrito una pregunta que realicé acerca de la repercusión en las partidas presupuestarias de lo decidido en Consejo de Ministros. Creo que las declaraciones del señor Ministro de Economía y Hacienda no hacen más que aumentar el nivel de preocupación acerca de los criterios del Ministerio de Economía y Hacienda para la preparación de los presupuestos de 1996 dado que, según palabras propias, no descarta ningún escenario y eso, cuando afecta a servicios sociales, señor Temes, estará de acuerdo conmigo en que es para echarse a temblar.

No quiero argumentar más. Creo que el tiempo transcurrido entre la aprobación de la proposición no de ley a que hacíamos referencia en la anterior pregunta y el retraso tiene que ver directamente con motivos presupuestarios. Lo grave del asunto es que la cantidad de dinero que no gasta el Ministerio de Sanidad en temas como el que estamos tratando y otros muchos, es trasladada directamente a bolsillos privados que, en muchos casos, en demasiados, no están en condiciones de satisfacer esas necesidades básicas. Así pues, espero con impaciencia su respuesta acerca de cuáles son los criterios con los que se está trabajando en la elaboración de los presupuestos para 1996.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señora Maestro, en primer lugar, quisiera decirle que las modificaciones presupuestarias que se han producido en el año

1995 no han afectado en ningún caso a la asistencia sanitaria; por tanto, creo que su inquietud o la de su grupo en este campo no está justificada. Como S. S. sabe, porque ya se ha dicho reiteradamente en la Cámara por la Ministra de Sanidad, la sanidad es y seguirá siendo un objetivo prioritario para el Gobierno y, en coherencia con esta declaración política de principios, su presupuesto no se ha visto afectado por esas modificaciones a las que me refería en el actual ejercicio económico, ni su modelo de financiación se verá alterado por las que pudieran producirse con motivo de los Presupuestos Generales de 1996.

Durante los últimos años se han tomado diferentes medidas a fin de favorecer un marco de financiación estable para la sanidad pública, entre las que se incluyen la puesta en marcha de medidas de gestión y de racionalización del gasto que han permitido en 1994 ajustarse a la capacidad financiera pública sin merma de la actividad del sistema, es decir, haciendo financieramente viable el Sistema Nacional de Salud. Además, durante estos últimos años, se ha incrementado razonablemente el presupuesto aportando los créditos necesarios para eliminar las deudas. Igualmente, se ha establecido un modelo de financiación de la sanidad pública para el período 1994-1997 que fue aprobado el 21 de septiembre de 1994 por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, por el que se acordó un escenario financiero estable que permite corregir las desigualdades que han podido producirse a lo largo de los diferentes procesos de transferencias a las comunidades autónomas y que vincula el crecimiento anual en gasto sanitario a la tasa de variación del producto interior bruto real; por tanto, el escenario financiero al que se refiere para el período 1994-1997 está definido. El presupuesto previsto para la asistencia sanitaria en el año 1996 va a crecer en función de las variaciones del producto interior bruto real y no existe ninguna previsión de modificación o recorte sobre estos extremos.

En relación con la segunda parte de su pregunta, puedo decir a S. S. que durante el año 1996 no va a producirse recorte alguno en las actividades sanitarias financiadas con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y fondos estatales adscritos a la sanidad.

Por último, respecto a si el Ministerio contempla la posibilidad de establecer alguna restricción a las prestaciones sanitarias o bien trasladar al usuario el coste de alguna de ellas, en primer lugar, quiero reiterar que los ciudadanos tienen garantizadas las prestaciones del Sistema Nacional de Salud en los términos dispuestos en el Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, sin que exista ninguna previsión de modificación ni restricción.

De otra parte, como usted sabe, casi todos los países han introducido diversas fórmulas de participación del usuario sobre las prestaciones sanitarias. En nuestro sistema sólo está establecida en la prestación farmacéutica resultando, además, que con excepción de Alemania, somos el país occidental en que esta aportación del beneficiario es menor. La experiencia obtenida en los países que han establecido tiques moderadores demuestra que constituyen un elemento de desequilibrio social que actúa directamente

contra la equidad y la solidaridad, que tiene una repercusión muy escasa sobre la financiación del sistema y que los gastos de recaudación resultan elevados. Por ello el Ministerio, por razones de solidaridad, de equidad, de racionalidad y de justicia social no tiene previsto introducir ninguna fórmula nueva de copago por tique moderador, en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Con toda brevedad, señora Presidenta.

En primer lugar, espero que los hechos confirmen sus palabras. En cualquier caso, plantear un incremento presupuestario equivalente al incremento del IPC supone continuar en la situación actual, lo cual es ya en sí mismo preocupante, porque no ignora el señor Temes las deficiencias actuales. Sin embargo, hay datos que a mí me preocupan y a los que no sé si está en condiciones de responder, dado que no están contemplados en la pregunta; son informaciones que han surgido con posterioridad.

Se habla de que en el primer trimestre de 1995 ha habido un incremento del 15 por ciento en la factura de gastos farmacéutico. Dado que la Ley de Presupuestos impide que esta Cámara, como en otras ocasiones, pueda aprobar créditos extraordinarios destinados a financiar partidas como la de medicamentos, me preocupa que, de mantenerse esta tendencia, el incremento del gasto en niveles muy superiores a lo previsto en materia de gasto farmacéutico pueda redundar en déficit de otras partidas presupuestarias.

Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): El nuevo modelo de financiación de la sanidad pública al que me he referido, parte de una base que es el gasto real del año 1993, al que se suman los crecimientos del producto interior bruto. Creo que por primera vez pone al sistema sanitario en una situación de permitir —aunque no diré holgadamente— unos límites de gasto más acordes con la realidad de lo que venía pasando con anterioridad. Es realmente un aumento significativo de la capacidad financiera del sistema.

De hecho, los Presupuestos del año 1995 sobre los de 1994 cuentan con 350.000 millones de pesetas más; por tanto, desde el punto de vista de estabilidad financiera y de la viabilidad financiera del sistema, el acuerdo sobre la financiación del modelo para los años 1994-1997 creo es un buen acuerdo que permite esa financiación y esa consolidación financiera del sistema, sobre todo entendiéndolo —y así lo entiendo yo—, que el sistema es viable, es útil y eficaz si es financieramente posible y no deberíamos olvidar que en España, como en todos los países, los recursos son limitados y probablemente las demandas son siempre superiores a los recursos, pero hemos avanzado de una manera sustancial en un objetivo que, vuelvo a insistir, es de

prioridad absoluta para el Gobierno. No estoy en disposición de dar datos concretos sobre el crecimiento del gasto farmacéutico a lo largo de estos meses y, en concreto, no puedo confirmar el dato al que usted se refiere. Lo que sí quiero decirle es que el Ministerio de Sanidad tiene en marcha una serie de medidas que creo que van a permitir que el gasto farmacéutico a final del año acabe dentro de los límites del presupuesto, y venimos trabajando para conseguir un acuerdo con la industria farmacéutica no sólo sobre los aspectos presupuestarios, sino también sobre el crecimiento del gasto farmacéutico.

Por tanto, yo creo que vamos a ser capaces de cumplir esa previsión presupuestaria manteniendo los niveles de calidad de la prestación farmacéutica y manteniendo los niveles de participación o de copago de los usuarios que, vuelvo a insistir, exceptuando Alemania, son los más bajos de Europa.

— **SOBRE SITUACION EN QUE SE ENCUENTRAN LOS ESTUDIOS E INVESTIGACIONES RESPECTO A NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LOS ENFERMOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE. FORMULADA POR LA SEÑORA RODRIGUEZ CALVO (GS). (Número de expediente 181/001504.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta de la señora Rodríguez Calvo del Grupo Socialista, sobre situación en que se encuentran los estudios e investigaciones respecto a nuevos tratamientos para los enfermos de esclerosis múltiple.

La señora Rodríguez Calvo tiene la palabra.

La señora **RODRIGUEZ CALVO**: Señorías, como ya conocen, la esclerosis múltiple es una enfermedad invalidante de origen desconocido, que afecta al sistema nervioso, se manifiesta en personas jóvenes y su evolución es distinta de unos pacientes a otros, presentándose en forma de brotes que provocan incapacidad temporal en algunos pacientes, o bien incapacidad severa no recidivante en otros.

Hasta hace poco tiempo, ésta era una enfermedad que no tenía tratamiento eficaz, pero en los últimos años, tanto en Estados Unidos como en Canadá se vienen realizando ensayos clínicos con el interferón beta recombinante 1-B, después se están haciendo con el 1-A y últimamente con el copolímero uno. En España también se han realizado algunos ensayos clínicos en varios hospitales con el interferón beta natural y ahora, según las últimas noticias que tengo, se está realizando un estudio multicéntrico europeo, que va a durar hasta el año 1997, para ampliar todavía más los conocimientos que hay o que va a haber respecto a este tipo de tratamientos.

Todos los estudios que se han realizado hasta ahora señalan que ninguno de estos fármacos es curativo, pero sí constituyen un tratamiento eficaz —y parece que se ha reconocido por todos los científicos que están experimentando los fármacos que antes ya he enunciado— en cuanto

retrasan la progresión sostenida de la discapacidad o reducen la tasa de brotes, reducen el número de lesiones cerebrales y, además, parece ser que son bien tolerados por casi todos los pacientes.

Todos estos avances terapéuticos se han trasladado a la opinión pública y, de forma más exhaustiva, a la Asociación Española de Esclerosis Múltiple. Ello ha hecho que muchos pacientes y sus familiares hayan centrado sus esperanzas en el interferón pensando que les va a cambiar favorablemente el curso de la enfermedad, esperanzas que se han acentuado cuando se ha conocido que últimamente los laboratorios propietarios del interferón recombinante beta 1-B van a hacer posible que se disponga de este fármaco en España.

Por ello es por lo que, haciéndome eco de las expectativas y de la ansiedad con que tanto pacientes como familiares esperan la aplicación de este fármaco, quisiera que el señor Subsecretario nos indicara la situación en que se encuentra por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo los estudios para la utilización de este tratamiento en los enfermos de esclerosis múltiple.

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Efectivamente, la esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante de origen desconocido que cursa, como usted ha dicho, por brotes y remisiones produciendo disfunciones motoras y sensoriales. La clínica natural de la enfermedad es variada y generalmente consiste en un cuadro evolutivo a lo largo de muchos años con invalidez progresiva. La causa de la enfermedad, como he dicho, es desconocida, postulándose varios mecanismos, sobre todo los mecanismos de autoinmunidad contra la mielina.

Se calcula que en España existen 30.000 personas afectadas de esclerosis en placas o esclerosis múltiple, que la enfermedad suele presentarse en personas jóvenes o de mediana edad y que no afecta a sus capacidades psíquicas. El tratamiento convencional consiste en corticoides durante los períodos de exacerbación o durante los brotes; otros tratamientos sin respaldo científico suficiente incluyen los corticoides fuera de las fases de agudización y los inmunosupresores.

La variable evolución clínica de la enfermedad y la falta de un tratamiento aceptable ha llevado a la utilización de gran variedad de productos. El tratamiento con interferón beta 1-B recombinante, al que se ha referido S. S., fue sometido a un ensayo clínico multicéntrico controlado, aleatorio y doble ciego sobre 372 pacientes en fase remite recurrente de la enfermedad en Estados Unidos y Canadá. En este trabajo, las conclusiones mostraron una disminución del número de brotes de la enfermedad a los dos años. Sin embargo, las diferencias dejaron de ser significativas a los tres años. También se puso de manifiesto una disminución de la incidencia y la actividad de las nuevas lesiones cerebrales observadas por resonancia magnética nuclear, en aproximadamente el 60 por ciento de los casos,

sin que este dato pueda ser comparado porque no había estudios previos.

Sin embargo, señoría, lamentablemente, este tratamiento no cura la enfermedad ni se ha podido asociar con una mejora objetiva de la discapacidad que presentan estos enfermos, medida según parámetros objetivos. Como S. S. no ignora, el medicamento no está libre de efectos secundarios, pudiendo producirse depresión y llegando algunos enfermos al suicidio, por lo que casi una tercera parte de los pacientes abandona el tratamiento a los cuatro años.

La Agencia americana, la FDA, consideró en el año 1993, como en el caso de otras enfermedades graves e incurables, que, con los datos procedentes del ensayo al que usted se ha referido y que se ha publicado, era suficiente para autorizar con carácter excepcional esta indicación, dado que podía suponer una esperanza para estos pacientes.

Inicialmente, el uso de este producto en otros países, entre ellos España, fue, como sabe, imposible, y así lo manifestó el laboratorio propietario cuando se produjeron las primeras solicitudes a través del servicio de suministro de medicamentos y productos sanitarios del Estado. De otra parte, en España hay disponible otro interferón beta, de origen natural y diferente composición química, autorizado para el tratamiento de las hepatitis B y C crónica activa y en lesiones condilomatosas. Dada la similitud de productos, se actualizó un programa de investigación en pacientes que cumplieran criterios de inclusión similares a las del ensayo clínico realizado con interferón recombinante. Los resultados preliminares de este primer ensayo, realizado con un pequeño número de pacientes, no permiten avalar, de momento, su utilización en la esclerosis múltiple, aunque sí proseguir con la investigación clínica.

Respecto al interferón beta 1-B recombinante, está siendo administrado en España a un pequeño número de pacientes, en concreto 32 casos, en fase progresiva de la enfermedad como parte de un estudio multicéntrico europeo para determinar la posible efectividad de este producto sobre otros subsegmentos de la esclerosis en placas. El estudio está diseñado para obtener datos a los tres años, en 1997. El laboratorio propietario del interferón beta 1-B recombinante ha comunicado recientemente la posibilidad de disponer de este medicamento en nuestro país, para su aplicación a los pacientes en fase remitente recidivante de la enfermedad, teniendo en cuenta la situación del registro del producto con un procedimiento de concertación, y en algunos países de la Unión Europea se va a comenzar o ha comenzado ya su utilización en pacientes que cumplen determinados criterios de inclusión en un protocolo, previa autorización correspondiente de la Administración sanitaria. La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ha determinado, junto con los miembros de la Sociedad Española de Neurología y de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, los criterios para el acceso al tratamiento de forma individualizada y a través de protocolos hasta que se autorice la comercialización del medicamento.

El protocolo definitivo se ha aprobado el pasado 14 de junio y se trabaja en los cauces que deben seguir las auto-

rizaciones y seguimientos, por lo que es de esperar que en muy breve plazo ciertos pacientes puedan comenzar el tratamiento. De cualquier forma, debe insistirse en que los resultados obtenidos en los escasos estudios científicos realizados no permiten avalar la efectividad de este producto para el tratamiento de la esclerosis múltiple, por lo que, tras la autorización europea por el procedimiento de concertación, se procederá a una autorización temporal y selectiva condicionada a los resultados de los estudios en curso.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Rodríguez Calvo.

La señora **RODRIGUEZ CALVO**: Me congratulo de que el 14 de junio se haya aprobado lo del protocolo, pero pediría al Ministerio de Sanidad que se explicara suficientemente tanto a los pacientes como a los neurólogos que lleven a cabo este tratamiento para que no se creen falsas expectativas, sobre todo a aquellos cuyos cuadros no son recidivantes, porque, como bien sabe, ésta es una patología que, al darse en personas jóvenes y sabiendo cuáles son sus consecuencias, crea alteraciones psicológicas. Si a ello añadimos las frustraciones que se están creando, ya que los laboratorios les están diciendo a todos que sí, que es un tratamiento eficaz y cuando llega la hora del tratamiento van a quedar fuera de ese protocolo, podría creárseles problemas añadidos al problema psicológico que tiene esta enfermedad.

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señoría, no puedo estar más de acuerdo con la reflexión que hace, porque es no sólo pertinente sino obligada desde la responsabilidad de la autoridad sanitaria y del Ministerio de Sanidad poner en claro cuál es el perfil terapéutico del medicamento del que estamos hablando.

Hay que conocer que la esclerosis en placas es una enfermedad realmente dolorosa, invalidante, de evolución lenta pero discapacitante, en la que se han ensayado gran número de procedimientos terapéuticos: tratamientos por medios físicos; tratamientos dietoterápicos; tratamientos farmacológicos por acción autoinmunitaria inflamatoria (me estoy refiriendo concretamente a la administración de metil-prednisolona a grandes dosis, administración de metotrexato, ciclofosfamida o ciclosporina A, administración de interferones del tipo interferón alfa, beta natural o beta recombinante); tratamientos farmacológicos por acción sobre los compuestos antígeno-anticuerpo (plasmaféresis, gammaglobulina intravenosa, inmunoglobulina policlonal o de anticuerpos anti-CD4); tratamientos por acción sobre los linfocitos; por acción sobre las células productoras de mielina; tratamientos por acción sobre axones neuronales o tratamientos mediante moléculas semejantes a la mielina. Es decir, yo creo que se ha ensayado en el campo de la medicina un gran número de tratamientos que no han

demostrado su efectividad en cuanto a curar una enfermedad de estas características.

En la valoración de este nuevo fármaco, del interferón beta 1-B recombinante, debe hacerse también con esa precaución, sabiendo que es un fármaco que puede tener una efectividad no sobre la curación de la enfermedad sino sí probablemente sobre la evolución en algunos aspectos.

Según un trabajo publicado, que es un ensayo americano de 372 casos, parece que la evolución clínica no es diferente al grupo que fue tratado con un placebo, por lo que no deberíamos abrir falsas expectativas en un colectivo que ciertamente no tiene demasiadas vías terapéuticas. Por tanto, es extraordinariamente importante hacer esa reflexión y creo que cuantos estamos en el mundo sanitario (la Administración, los especialistas en neurología, los laboratorios) deberíamos hacer un ejercicio de responsabilidad de no transmitir la idea de que existe un medicamento que cura la enfermedad, ya que incluso desde el punto de vista del conocimiento científico actual, hay bastantes dudas de que mejore efectivamente ese subgrupo de enfermos con esclerosis en placas a los que nos venimos refiriendo. Así pues, ese llamamiento a la responsabilidad es importante para no crear expectativas que después no se correspondan con la realidad.

La señora **PRESIDENTA**: Concluido el segundo punto del orden del día, despedimos al señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don José Luis Temes Montes.

Muchas gracias.

DEBATE Y VOTACION DE LAS SIGUIENTES PROPOSICIONES NO DE LEY:

— SOBRE RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD MEDICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALAN DE CONVERGENCIA I UNIO. (Número de expediente 161/000396.)

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al punto 3.º del orden del día: debate y votación de proposiciones no de ley. Como hemos informado a SS. SS. al inicio de la sesión, las votaciones se producirán al final de los debates consiguientes.

Primera proposición no de ley: sobre reconocimiento de la especialidad médica de psiquiatría infantil. Esta proposición no de ley es una iniciativa presentada por el Grupo Catalán (Convergència i Unió). Para su defensa, tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Vamos a defender la proposición no de ley que ha presentado el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) para que se reconozca la especialidad médica de psiquiatría infantil.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por el Es-

tado español, reconoce en su preámbulo que el niño, por su falta de madurez física y mental, tiene derecho a cuidados y asistencias especiales, derecho que adquiere una especial trascendencia si se encuentra en situaciones traumáticas de mayor o menor gravedad y/o si adolece de ciertas minusvalías, bien sean físicas o mentales, en un organismo (no hay que olvidarlo) en continuo proceso de maduración.

Dada la complejidad y especificidad de estas circunstancias, es fácilmente comprensible la necesidad de una atención psiquiátrica especializada dirigida a esta población infantil, tanto desde el punto de vista de actuación terapéutica como desde el punto de vista de prevención, o en evitación de problemas que puedan surgir.

Sin embargo, en nuestros centros sanitarios los psiquiatras están ejerciendo la especialidad médica de psiquiatría infantil sin tener reconocida legalmente la especialidad para este área concreta de conocimiento en su vertiente específica dirigida a la infancia. Además de este cumplimiento al que hacíamos referencia del compromiso adquirido por el Estado español al ratificar el 30 de noviembre de 1990 la referida Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, lo anteriormente expuesto ha de llevarnos a la necesidad de reconocer la especialidad médica de psiquiatría infantil, sobre todo por la consideración del interés superior del niño.

Por otra parte, el propio colectivo profesional demanda que se les permita obtener el título, sin perjuicio de que se les exija el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Real Decreto 127/1984, de 1 de enero, regulador de la obtención de los títulos de especialidades. Sin embargo, dicha disposición no contempla el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infantil, aunque sí establece los requisitos necesarios para obtener el título de médico especialista, así como toda clase de especialidades susceptibles de perfeccionamiento y obtención, entre las cuales sí figura concretamente la de psiquiatría como una de aquellas que requiere la formación hospitalaria.

Pero es que además resulta que, posteriormente, mediante la entrada en vigor del Real Decreto 1691/1989, de 29 de diciembre, que regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de médicos y de médico especialista de los Estados miembros de la Unión Europea, tampoco se hizo el reconocimiento de la especialidad médica de psiquiatría infantil, aunque, por otra parte, sí que permite la posibilidad de que aquellos médicos extranjeros en cuyos países se les reconoce esta especialidad puedan ejercerla en nuestro país, lo cual, además, representa un serio inconveniente para nuestros profesionales.

Por todo ello, y atendiendo al hecho de que las necesidades sanitarias de la población infantil reclaman el reconocimiento legal de la especialidad médica correspondiente a psiquiatría infantil, el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió presenta la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que, en el plazo de tres meses desde la aprobación de la presente proposición no de ley, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3.º del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, mediante el cual se regula la obtención de títulos de especialidades, dicte cuantas disposiciones sean

necesarias para la creación de la especialidad médica relativa a la psiquiatría infantil.

La señora **PRESIDENTA**: A esta proposición no de ley han sido presentadas dos enmiendas, una que formula el Grupo Parlamentario Popular y, otra, el Grupo Socialista.

Para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Quiero dar las gracias al portavoz de *Convergència i Unió* y decir que esta proposición no de ley (curiosamente, diría yo en este caso) admite las tres posibilidades desde el punto de vista de lo que podría ser al final una votación en Comisión. Admitiría con criterios válidos, objetivos y razonables, el votar afirmativamente, el votar en contra e incluso el abstenerse.

¿Por qué decimos esto? Porque si nosotros votáramos afirmativamente la iniciativa de *Convergència*, entraríamos en la profundización de la especialidad de psiquiatría infantil. Por otra parte, también admitiría votarse en contra, porque hace una propuesta que nosotros consideramos unilateral con respecto a otras especialidades de lo que es la especialidad de pediatría. También tendría que decir que todos los condicionantes que ha manifestado el señor Cardona respecto a establecer la protección sobre el niño, no solamente hay que presentarlos desde el punto de vista de la psiquiatría, sino también desde las diferentes especialidades de la pediatría o de la atención sanitaria al niño. Por ese mismo motivo, nosotros podríamos abstenernos, puesto que realmente no hay unos criterios científicos, médicos, suficientes para tomar esta decisión. En todo caso, sí que nos parece que es mejorar lo que en este momento tienen establecido las diferentes especialidades de pediatría desde el punto de vista de la asistencia médica.

Por otro lado, habría que decir que dentro de la pediatría o de la atención sanitaria infantil sólo hay una especialidad reconocida como tal: la cirugía infantil, reconocida con fecha 7 de julio de 1977. Hay casos curiosos, como es el hecho —seguramente el señor Cardona lo conoce— de que haya una cátedra de neonatología en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona, pero eso no condiciona que haya una especialidad de neonatología dentro de la pediatría. Por tanto, habría que hacer una valoración de cómo está constituida, de cómo está estructurada la Asociación Española de Pediatría, que, en su momento, se estructuró en diferentes secciones; estas diferentes secciones se han transformado en sociedades y, así, tenemos la Sociedad de Neurología de Pediatría, la Sociedad de Cardiología, la Sociedad de Psiquiatría; en resumidas cuentas, diferentes sociedades dentro de lo que es la Asociación Española de Pediatría.

El acceso a la especialidad de psiquiatría infantil tiene dos vías: el médico que se ha especializado en psiquiatría y luego tiene una superespecialización en psiquiatría pediátrica o el médico que se ha especializado en pediatría y que accede a la psiquiatría pediátrica. Eso pasa en otras vertientes de la pediatría, como puede ser la neurología, el aparato digestivo, la cardiología, etcétera.

Nosotros, en atención a la intención del grupo proponente, que creemos que es mejorar la situación sanitaria española y, como ellos mismos dicen, en atención a los niños de nuestra sociedad, al final, vamos a apoyar esta iniciativa, teniendo también en cuenta la enmienda que hemos redactado y que nos parece que entra dentro de lo que sería la generalización de las diferentes especialidades médicas de pediatría. Nosotros presentamos una enmienda de adición: y del resto de las especialidades médicas de pediatría, de acuerdo con los criterios establecidos por la Asociación Española de Pediatría.

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, defensa que va a hacer la señora Rodríguez Calvo.

He de comunicar a SS. SS. que, a pesar de que ustedes la conocen porque tienen el texto de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, se ha trasladado a la Mesa una pequeña modificación técnica de la enmienda que, como digo, creo que SS. SS. ya conocen.

Tiene la palabra la señora Rodríguez Calvo.

La señora **RODRIGUEZ CALVO**: En primer lugar, quiero expresar que el Grupo Parlamentario Socialista está de acuerdo con gran parte de los planteamientos que se exponen en la proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario Catalán (*Convergència i Unió*). Estamos de acuerdo porque es verdad que existe un compromiso adquirido por el Estado español con la ratificación del Convenio Internacional sobre Derechos del Niño de velar realmente por estos derechos y porque es cierto que la infancia y la adolescencia presentan caracteres específicos y expresiones psicológicas y clínicas claramente diferenciadas de las de los adultos, por lo que la forma de intervención en esta etapa de la vida suele ser compleja y diferenciada y no puede limitarse a una mera adaptación, más o menos eventual, de las técnicas empleadas en la etapa adulta, sino que los trastornos mentales infantiles y de adolescentes deben atenderse con estrategias de intervención adecuadas y específicas. Este es un hecho que recoge la Ley General de Sanidad en su artículo 20.

También es cierto que, basándose en estas necesidades peculiares de atención a la infancia y a la adolescencia, determinados médicos especialistas en pediatría o en psiquiatría vienen desarrollando una labor asistencial de modo preferente en áreas infantiles concretas, que han dado lugar a una especie de subespecialización en psiquiatría infantil, y a eso se ha referido el ponente del Grupo Parlamentario Popular. Es cierto que existen esas subespecialidades, no solamente en el campo de la pediatría, sino incluso en el campo de las enfermedades infecciosas, que no se sabe si las van a tratar los especialistas en medicina interna o los virólogos. Es decir, que cada día hay más profundización en algunas especialidades, que da lugar a esta subespecialización.

Pero con ser esto cierto, es muy importante tener en cuenta, repito, que el hecho de que se dé en otras especialidades, de que se dé dentro de la propia atención al niño esta serie de subespecializaciones, debido al avance cientí-

fico, hace necesario —y a nuestro Grupo le parece conveniente— que se establezcan las medidas oportunas tendentes tanto a regularizar la situación de estas subespecialidades como a establecer los criterios técnicos que garanticen la adecuada formación de aquellos facultativos que las desarrollan.

Ante esta situación, caben dos posibles soluciones: una podría ser la creación de nuestras especialidades, como se pide en la proposición no de ley; o bien el reconocimiento de áreas de capacitación específica dentro de la especialidad ya existente. Respecto al primer planteamiento, no parece que sea la solución más conveniente, ya que la proliferación de especialidades médicas generaría efectos no deseables en la gestión y urbanización de los servicios sanitarios, al tiempo que puede dar lugar a una cierta confusión entre los propios usuarios de la sanidad. Además, como bien apuntaba antes el señor Cardona, ni el Real Decreto 127/1984 ni el Real Decreto 1.691/1984 reconocen, precisamente, la especialidad en psiquiatría infantil. También hay que señalar que, por parte de la Unión Europea, existe un alto grado de consenso sobre la conveniencia de no acreditar más especialidades que las estrictamente necesarias, y el propio Ministerio de Sanidad también está de acuerdo con los planteamientos que otros ministerios de Sanidad hacen a nivel europeo.

Por el contrario, la segunda posibilidad, es decir, la creación y reconocimiento de estas áreas de capacitación específica, tal como lo contempla el Real Decreto 127/1984, parece que sea la solución más idónea, dándose además la circunstancia de que coincide con el sentir de la mayoría de la sociedad científica de ámbito nacional y de los sectores profesionales afectados, no solamente en la especialidad que mencionaba el ponente del Grupo Popular, de pediatría, sino de todos los sectores que se vean afectados por estas subespecialidades.

Por otro lado, también tenemos que tener en cuenta que para el desarrollo de este Real Decreto 127 y, por ende, para la creación de todas aquellas áreas de capacitación específica que el progreso científico y tecnológico y las propias necesidades sanitarias aconsejen que deban de crearse, se ha constituido ya, a instancias del Ministerio de Sanidad y Consumo, un comité de estudio de áreas de capacitación específica dentro del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, al objeto de definir qué conocimientos científicos y habilidades, con aplicación asistencial, se requieren para el desarrollo de estas áreas. Para ello, este comité valorará aspectos tales como que su contenido pueda ser considerado suficiente, sin estar incluido en la especialidad existente, pero sí que se desarrolle a partir de estas otras especialidades; que exista un número de profesionales sanitarios con dedicación profesional o preferente a estas áreas; que no se base únicamente en la existencia de un instrumento técnico o de una técnica médica quirúrgica o de diagnóstico similar y que se acceda a estas áreas desde una o varias especialidades.

Así pues, en consonancia con lo expuesto, nos parece razonable que deba someterse a la consideración de dicho Comité la creación del área de capacitación específica de psiquiatría.

Por consiguiente, con estas consideraciones y respetando el espíritu de la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), el Grupo Socialista apoyaría dicha iniciativa, que le parece interesante y oportuna, si se acepta nuestra enmienda a la misma en los términos que ya les hemos presentado, añadiendo la frase «en breve plazo». Quedaría de la siguiente forma: «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que en breve plazo, tras estudio e informe del Comité de Áreas de Capacitación Específica del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, se creen áreas de capacitación específica entre las que figuraría, entre otras, la psiquiatría infantil. Ello se realizaría a propuesta conjunta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, en desarrollo de lo previsto en el artículo 3 del Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.» Así quedaría redactada. Quiero decir al Grupo Popular que su enmienda, por tanto, sería redundante, dado que el propio artículo 3 del Real Decreto contempla lo que usted ya indica en su enmienda, es decir, que se tendrían en cuenta todas las asociaciones de especialistas a la hora de decidir qué áreas se crean o no se crean.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Otros grupos que no presenten enmiendas y que deseen intervenir?

Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene a palabra la señora Rahola.

La señora **RAHOLA MARTINEZ**: Señora Presidenta, muy brevemente, para mostrar en esta Comisión nuestra posición absolutamente favorable a la proposición del Grupo Catalán (Convergència i Unió).

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría, por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Señora Presidenta, voy a fijar la posición del Grupo Vasco manifestando que el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) apela en su exposición de motivos a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y que, en definitiva, viene a constituir el parámetro que ha de inspirar las actuaciones político-sanitarias en cuanto al tratamiento de la política de asistencia a los niños.

Efectivamente, el marco político internacional sería ése, pero, circunscribiéndonos al ámbito de la Unión Europea y de la regulación que ya existe, la directiva marco o directiva general sobre especialidades, que es la 93/16, texto refundido, admite la existencia de esta especialidad; incluso en algunos países existe. Dinamarca, Alemania, Grecia, Francia, Irlanda, entre otros.

Nuestro Grupo Parlamentario entiende que, basándose en la coyuntura sanitaria que en este momento hay en el Estado español, que luego analizaremos, no es ésta una materia prioritaria. No lo es porque, en primer lugar, no hay una formación adecuada para la obtención del título de Medicina. Existe una escasa formación en materia de psi-

quiatria infantil, tanto en la asignatura de psiquiatría como en la de pediatría, a lo largo de la impartición de los diferentes cursos que conforman la licenciatura en Medicina.

Además, señora Presidenta, hay otra consideración. Si acordamos y aprobamos la iniciativa tal como está en este momento, tenemos que proceder urgentemente a una redefinición del sistema de formación MIR de los especialistas en psiquiatría infantil, lo cual alteraría completamente, si se aprobara tal como lo expone el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), todo el sistema de obtención del título de especialistas por la vía MIR.

Procede señalar que, en cuanto a la formación de los médicos internos residentes, se contempla una dedicación entre cuatro a 10 meses, pudiendo ampliarse este período hasta los 12 meses, pero sin que haya una programación a cumplir. Además, este período, señora Presidenta, es optativo y se escoge entre psiquiatría infantil, gerontopsiquiatría, alcoholismo y toxicomanías. Tiene verdaderos problemas de aplicación práctica, y en definitiva tampoco circunscribimos el ámbito de la especialidad, porque ¿nos referiríamos a los que tienen la especialidad de psiquiatría o a los que tienen la de pediatría, o también a los psicólogos?

Vistas las enmiendas presentadas, nos parece muy correcta la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, porque atina en el meollo del problema, y es que es necesario un estudio, un informe de las áreas de capacitación en el seno del Consejo Nacional de Especialidades. Creemos que la redacción y el planteamiento que propone el Grupo Socialista son los adecuados, puesto que sería excesivamente temerario en este momento que se aprobara, tal como está la proposición no de ley y con un plazo tan perentorio de tres meses, el establecimiento de la especialidad, por todas esas problemáticas que suponen la alteración del sistema de formación en la carrera y del sistema de formación de especialidades a lo largo de la vía MIR.

Por tanto, el Grupo Parlamentario Vasco aceptaría y votaría a favor de la enmienda del Grupo Socialista siempre que fuera admitida a trámite por el Grupo Parlamentario Catalán.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Mi Grupo comparte plenamente la necesidad de que en lo que se refiere a psiquiatría y psicoterapia infanto-juvenil deba haber unos profesionales específicamente capacitados para ello. Yo creo que no son comparables —no comparto las apreciaciones del señor Villalón— otro tipo de especialidades en pediatría con lo que se refiere especialmente a la psiquiatría y la psicoterapia; la mente de un niño es cualitativamente diferente de la de un adulto, no es un adulto en chiquitito, necesita una atención especializada y específica.

Por otro lado, tal y como han dicho otros grupos, existen en este momento profesionales que han obtenido esa capacitación específica, lo que pasa es que han tenido que salir al extranjero para obtenerla, desgraciadamente, ya que en nuestro país no existen cauces diseñados para obtenerla, y, por tanto, tampoco existen puestos de trabajo es-

pecíficos. La Ley General de Sanidad contempla la necesidad de este tipo de atención especializada, e incluso en el catálogo de prestaciones sanitarias, afortunadamente, se incluye. Nuestro país es el único país europeo que no tiene reconocido este tipo de especialidad médica y, aunque hay otros países que no la tienen reconocida —o sea, no existe formación específica en su ámbito—, sí reconocen la formación obtenida por profesionales en otros países de su entorno cultural o lingüístico.

Mi Grupo Parlamentario, finalmente, comparte las apreciaciones que acaba de hacer el portavoz del PNV con respecto a que parece razonable que exista un período en el cual lo que se reconozca sea una capacitación específica por parte, lógicamente, tanto de profesionales especialistas en pediatría como de especialistas en psiquiatría, que conduzca en el plazo necesario al reconocimiento de la especialidad en psiquiatría infanto-juvenil. Lo que mi Grupo hubiera deseado es que, aparte de este planteamiento razonable del Grupo Socialista, hubiera una concreción en el tiempo. Yo creo que la preocupación que mi Grupo transmite es generalizada: el alto grado de incumplimiento por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de proposiciones no de ley aprobadas por unanimidad en esta Comisión. Incluso hemos visto anteriormente que, a pesar de esa redacción del plazo más breve posible, hay plazos de dos años y medio y superiores sin que ese «más breve posible» haya determinado la existencia de la norma en este caso recomendada por esta Comisión.

Por tanto, mi Grupo votará favorablemente la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) si acepta la enmienda del Grupo Socialista aun entendiendo que mi Grupo va a perseguir la norma y seremos protagonistas en conseguir esa concreción temporal que no se ha podido lograr en esta Comisión.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Cardona, tiene la palabra al objeto de indicar si acepta o no las enmiendas presentadas.

El señor **CARDONA I VILA**: Sí aceptamos la enmienda del Grupo Socialista en el sentido de añadir «en el más breve plazo de tiempo posible».

No podemos aceptar, sin embargo, la enmienda del Grupo Popular, primero porque, tal como se ha dicho, el artículo 3 del Real Decreto 127/1984 ya contempla esta posibilidad, y además —también se ha dicho— por la complejidad especial que significa la psiquiatría, sobre todo en un terreno tan delicado cual es la formación integral del niño. Nosotros entendemos que necesita de una especial dedicación todo lo referente a psiquiatría infantil.

También quiero agradecer a todos los grupos sus manifestaciones en la fijación de posiciones.

— **RELATIVA AL DESARROLLO DE LAS ESPECIALIDADES DE LOS DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS EN ENFERMERIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000446.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la siguiente proposición no de ley que presenta el Grupo Parlamentario Popular relativa al desarrollo de las especialidades de los diplomados universitarios en enfermería.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Burgos Gallego.

El señor **BURGOS GALLEGO**: El desarrollo de las especialidades de los diplomados universitarios en enfermería es, desde hace muchos años, una cuenta pendiente de la administración, no sólo con los afectados, sino con la modernización y con la adaptación que nuestro sistema sanitario necesita. En este proceso tan lento como exasperante, en muchos casos, la historia se remonta a hace mucho tiempo. La regulación de las especialidades de los ATS tiene su origen en un decreto del año 1953, cuyos artículos facultaban al Ministerio de Educación para autorizar la creación de especialidades. Desde 1957 se crearon nueve especialidades, pero, al ser integrados los estudios de ATS en la Universidad como escuelas universitarias de enfermería en 1977, no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación. La propia Administración reconocía que esto configuraba un sistema atípico, peculiar y necesariamente transitorio. Sin embargo, esta transitoriedad, que se preveía ya en la normativa que entró en vigor, ha corrido el riesgo, yo creo que se ha convertido de alguna manera, de hecho, en permanente.

No es hasta 1987 cuando se regula la obtención del título de enfermero especialista por un Real Decreto de 3 de julio, Real Decreto que recogía precisamente una serie de criterios, de posibilidades y disposiciones entre las cuales figuraba la creación de siete especialidades en enfermería, la obstétrica-ginecológica, la pediátrica, la relativa a salud mental, a salud comunitaria, cuidados especiales, geriatría, gerencia y administración.

De igual modo este Real Decreto creaba un Consejo Nacional de Especialidades, que era el organismo encargado de poner en marcha, de alguna forma, este mecanismo de especialización en el ámbito de los diplomados universitarios en enfermería. Pero en tanto ese Consejo Nacional de Especialidades se ponía en marcha, se preveía el funcionamiento de un comité asesor y se facultaba al propio Ministerio de Educación para aprobar, con carácter provisional, los programas de formación de las especialidades de enfermería.

El resultado de todo este proceso complicado es que, a fecha de hoy, ni se ha acabado de constituir ese Consejo Nacional de Especialidades, y, por tanto, lo poco que se ha hecho es con carácter provisional, ni ha funcionado, de verdad ese comité asesor de especialidades de enfermería, y, en general, se ha creado una sensación de preocupación y, por qué no decirlo también, de frustración entre los profesionales de este sector sanitario tan relevante.

Con carácter provisional se creó en 1992 el programa de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes y del sistema de acceso para la obtención del título de enfermero especialista en enfermería obstétrica-ginecológica; es decir, lo único que se ha hecho de ese decreto de especialidades, el único desarrollo que se ha puesto en

marcha de las siete especialidades contempladas ha sido una, y lo ha sido, además, con carácter provisional, justo es reconocerlo en este momento, por la obligación de atender a lo previsto en una directiva comunitaria sobre la coordinación de las disposiciones legales reglamentarias y administrativas, relativas al acceso a las actividades de matrona y al ejercicio de las mismas, cuya incorporación al derecho español se llevó a efecto por Real Decreto 1017/1991, de 28 de junio. Es decir, estamos en una situación de «impasse», en una situación que está generando en el sector una preocupación notable. Hay que poner de manifiesto, además, que estos incumplimientos de la Administración de su propia legislación se ven acentuados aún más porque la Administración en numerosas ocasiones ha adquirido compromisos de desarrollo de estas especialidades que luego no se han visto confirmados por la propia realidad. Así, por ejemplo —y por citar solamente algunos de estos aspectos en los que se pone de evidencia la contradicción entre las posiciones de la Administración y la realidad—, por Resolución del 10 de junio de 1992 de la propia Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud, se publicaba un acuerdo entre los sindicatos y la Administración sobre aspectos profesionales, económicos y organizativos en las instituciones sanitarias dependientes del Insalud. Este acuerdo contemplaba que, en lo relativo a las especialidades de enfermería, se acordaba la negociación de un grupo de trabajo y que antes del 1 de abril de 1992 debían estar puestas en vigor las medidas necesarias para el desarrollo y la aplicación de esas especialidades de enfermería. El desarrollo legislativo de esas mencionadas medidas se produciría antes del 1 de junio de 1992. Evidentemente, SS. SS. comprenderán que el incumplimiento de estas disposiciones y de este acuerdo ha sido flagrante y que el resultado ha sido nulo, prácticamente no se ha puesto en marcha ninguna de las disposiciones de aquel acuerdo. Pero también hubo un acuerdo, discutido entre los sindicatos y el Insalud, en abril de 1992, en el que se proponía, en su punto primero, el desarrollo de las especialidades fundamentalmente, y se configuraban unas prioridades que la propia Administración defendía en aquel momento, las de pediatría y las de salud mental, siguiendo las disposiciones de las directivas comunitarias 77/452 y 77/453. Nada de lo dispuesto en aquel acuerdo, entre sindicatos e Insalud, del año 1992, se puso en marcha.

Finalmente, por citar otro ejemplo más de estos incumplimientos reiterados, tenemos un documento firmado entre la Secretaría General de Salud y el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería, con diferentes extremos en lo que respecta al desarrollo de las especialidades. En ese acuerdo, por ejemplo, se preveía mantener una reunión y una serie de contactos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería para desarrollar las especialidades con la promulgación de normas que desarrollarían, sobre todo, las de enfermería pediátrica y salud mental, y realizando —decía— los estudios necesarios para el total desarrollo del mencionado decreto. Este compromiso de diciembre de 1992 tampoco se ha cumplido y tampoco hemos visto ningún avance en esta materia.

Nuestro criterio a la hora de presentar esta proposición no de ley a través de esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados es el de generar un impulso ante una situación profesional que cabe calificar de frustración y de falta de expectativas de promoción. Si queremos configurar una enfermería de categoría, el desarrollo de las especialidades —por cierto, reivindicado en numerosas y continuas ocasiones por los propios profesionales— constituye, sin lugar a dudas, un punto fundamental y no es el único, pero es el que nos ha llevado en este momento a presentar esta iniciativa. Sin embargo, me gustaría dejar sentado que, desde luego, no es el único aspecto pendiente en lo que respecta a los profesionales de enfermería, que siguen con algunas cuestiones, como su carrera profesional, sus atribuciones frente a los técnicos, el estudio de una posible licenciatura, etcétera, con muchos frentes abiertos. En un momento en el que nos enfrentamos a una huelga general de los profesionales de la medicina en nuestro país, no estaría de más recordar que, si no es capaz la Administración y el Ministerio de Sanidad de dar respuesta o al menos de generar una impresión de confianza entre estos profesionales, no nos extrañaría que nos viéramos abocados, en pocas fechas, a movilizaciones y, por qué no decirlo, a algún tipo de convocatoria de huelga por parte del personal de enfermería.

Yo creo que el Ministerio de Sanidad debe ser consciente de esta situación, y en esta línea es en la que presentamos esta proposición no de ley, que pretende poner en marcha el desarrollo del propio Decreto de 1987, que configuraba las siete especialidades que se contemplaban en aquel entonces, pero también desarrollar algunos de los aspectos que figuraban en aquel decreto y que son absolutamente fundamentales para poner en marcha ese mecanismo, como es la configuración y, por supuesto, la convocatoria del Consejo Nacional de Especialidades, que es el que tiene que ejercer las acciones y las competencias que le son propias y que le reconoce el propio Real Decreto en materia de desarrollo de las especialidades. Y algo que nunca está de más, que es dar cumplimiento a aquellos acuerdos firmados por parte de la Administración con los sindicatos y con el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería en aspectos relativos al desarrollo de las especialidades.

No tenemos tanto interés en poner una fecha concreta y, dados los antecedentes del cumplimiento de los plazos para la puesta en marcha o en vigor de las proposiciones no de ley adoptadas en esta Comisión, no vamos a insistir en el tema, sino que lo que tratamos fundamentalmente con esta proposición es generar un nuevo impulso a un aspecto, como digo, bloqueado, paralizado, que tiene preocupados a los profesionales, y, de alguna manera, reactivar, poner en marcha y recobrar sin duda la confianza en una de las necesidades básicas de este colectivo tan importante de nuestra sanidad.

La señora **PRESIDENTA**: A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Pardo Ortiz.

La señora **PARDO ORTIZ**: Yo quería empezar diciendo que introducir elementos en el debate en esta Comisión —una comisión del Congreso de los Diputados— tales como tomar determinadas resoluciones porque existe una huelga de médicos y probablemente haya una huelga de enfermería o introducir otras demandas del sector de enfermería, perfectamente legítimas, como puede ser su posible licenciatura, etcétera, cuando la proposición no de ley que nos ocupa habla específicamente de las especialidades en enfermería y su desarrollo, me parece que es traer a colación elementos que no vienen al caso.

A mí me parece que las decisiones que se tomen en este sentido respecto a esta proposición no de ley han de estar basadas en las necesidades objetivables de los centros hospitalarios, y como la realidad en el sector sanitario es muy dinámica hay que tener todas esas condiciones en cuenta. También que, hasta ahora y con carácter vinculante, sólo está la directiva comunitaria que habla de la especialidad obstétrica-ginecológica, matronas, que ya está desarrollada y pendiente de sus últimos retoques respecto a las escuelas de matronas, etcétera. El resto de las especialidades no tienen directiva vinculante, son meras recomendaciones de la Comunidad, y lo sabe el representante del Grupo Popular. También sabe el representante del Grupo Popular que el Consejo Nacional de Especialidades, que dice en su proposición no de ley que es el que ejercerá las acciones y competencias que le son propias en materia de desarrollo de esas especialidades, está constituido pero está compuesto por las comisiones especiales que se han de constituir cuando se constituir cuando se constituyan las especialidades. Por lo tanto, necesariamente tiene que ser, a partir de ahora, el Consejo Asesor el que entre a arbitrar estas nuevas especialidades y materias.

El Grupo Socialista había presentado una proposición alternativa, que, teniendo en cuenta lo que se ha dicho, tenía como objeto ir dando pasos en esa regulación y en ese desarrollo de las especialidades contenidas en el Real Decreto de 1987, de 3 de julio, teniendo como marco, como no puede ser de otra manera, el Sistema Nacional de Salud y sus necesidades. Establece nuestra proposición el compromiso de desarrollar prioritariamente dos especialidades, una, la de salud mental, y otra, la de salud comunitaria, más que nada porque son estas dos especialidades las más demandadas para la red de atención primaria en este momento.

También entendíamos que tiene problemas de fondo establecer todas las especialidades con carácter mimético, como son que en cierta medida se pierde la polivalencia en el sector enfermería y en las categorías, con los consiguientes problemas que eso trae, si bien tenemos que constatar que una de las especialidades que se pide es la de pediatría y en este momento tampoco parece que ésa sea una necesidad perentoria, ya que nuestros índices de natalidad son los que son y no es ésa una urgencia de carácter inmediato.

A nuestro Grupo le parecía que tal vez habría que hacer una selección de aquellas especialidades de las que sí hay una mayor demanda, como son la de salud comunitaria para la red de atención primaria y la de salud mental. Ese era el contenido de nuestra proposición.

Por ahorrar tiempo, en el mismo uso de la palabra comentaré a la Comisión que en reuniones y conversaciones con el Grupo proponente no ha sido estimada nuestra proposición alternativa, pero que, como mi Grupo sí coincide con la necesidad de avanzar y dar pasos en el desarrollo de esas especialidades dentro del Sistema Nacional de Salud, vamos a aceptar la proposición no de ley del Grupo Popular, si bien consideramos que, en aras a una regulación sosegada, donde haya una participación de todas las instituciones y agentes que la legislación establece, sería conveniente no hacer mención a ninguna tasa de tiempo. Por tanto, de la proposición no de ley del Grupo Popular retiraríamos lo de «en un plazo máximo de seis meses» y el resto se aceptaría.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Restantes grupos que no han presentado enmiendas y que quieren intervenir?

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

El señor **CARDONA I VILA**: Participamos con el Grupo proponente de las consideraciones que hace en la exposición de motivos sobre la profesión de enfermería y también respecto a la necesidad de desarrollar la regulación de especialidades. Teníamos nuestras dudas sobre la posible facilidad de que desarrollar las especialidades dentro de enfermería podría desvirtuar o tener ciertos inconvenientes para los profesionales en cuanto a su polivalencia, pero, en cualquier caso y una vez retirada la proposición de la enmienda del Grupo Socialista, nuestro voto será afirmativo a la proposición no de ley que ha presentado el Grupo Popular.

La señora **PRESIDENTA**: La señora Maestro, por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya comparte el fondo de los motivos que han llevado al Grupo Popular a la presentación de esta proposición no de ley. Esta valoración se inscribe en una línea general, de la que mi Grupo participa, de la elevación del nivel de formación y del nivel de titulación de los trabajadores de la salud, del conjunto del sistema sanitario. Esto nos ha llevado —reitero— a proponer incrementos en el nivel académico de los auxiliares de enfermería, considerando la enfermería como una enfermería básica de la cual pudieran determinarse diferentes especialidades y diferentes niveles de formación, lo que algún sindicato entendió como un intento de devaluar la profesión de enfermería. Por eso aprovecho el apoyo manifiesto de mi Grupo parlamentario a esta proposición no de ley para demostrar que esa preocupación de algún colectivo sindical acerca de que nosotros pretendíamos devaluar la carrera de enfermería evidentemente carece de sentido. Lo que se pretende —insisto— es incrementar el nivel de formación de todos los colectivos que están desarrollando sus actividades en el Sistema Nacional de Salud.

Quiero aprovechar también para señalar otra vez más, por enésima vez, las enormes complicaciones y crispaciones a que está dando lugar el retraso en la aprobación por parte del Ministerio de Sanidad, y posteriormente del Consejo de Ministros, del proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias. La inexistencia de ese marco general que defina los perfiles de los diferentes colectivos nos está llevando reiteradamente a situaciones de agravios y de crispaciones de cada colectivo, que pretende ir resolviendo su problema en ausencia de ese marco general que permita situar de manera coherente el nivel de formación, el perfil académico y las necesidades del sistema sanitario.

Quiero insistir, además, en que no se trata de una carrera desenfrenada hacia un nivel de superespecialización al margen de las necesidades y que esta situación se ve agravada por la inexistencia todavía de carrera profesional, tanto para otros colectivos como para el de los profesionales de la enfermería.

Por tanto, nosotros compartimos el espíritu que ha llevado al Grupo Popular al planteamiento de esta proposición no de ley. Creemos que aunque lo de los plazos —reitero— parece más un brindis al sol que otra cosa, es necesario que la respuesta sea en un tiempo suficiente como para satisfacer la preocupación de los colectivos y también para que los que estamos desarrollando nuestra actividad en esta Comisión no sintamos que es una actividad contemplativa más que otra cosa.

En consecuencia, a la espera de la opinión del Grupo Popular acerca de la enmienda del Grupo Socialista, nosotros apoyaremos tanto una como otra en el caso de que no sea aceptada.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Burgos tiene la palabra, al objeto de definirse sobre la enmienda socialista.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Por supuesto que un tema de plazos no va a ser óbice para que esta Comisión apruebe lo que creo que es fundamental en la propia proposición no de ley, en sus puntos, que hacen justicia a una reclamación muy antigua en un momento en que se hace explícito, de forma manifiesta, el inadecuado e insuficiente desarrollo de una profesión sanitaria, y además en un momento también en el que se están produciendo modificaciones muy importantes en su rol profesional y en el papel que tiene que jugar en la sanidad.

No es un tema de plazos, sino de voluntad política, y mi Grupo se congratula de que en eso coincidan el resto de los grupos parlamentarios.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Debemos entender que retiran la expresión «el plazo de seis meses», sustituyéndola por «el plazo más breve posible»? (**Asentimiento.**)

Lo eliminamos. De acuerdo.

— **SOBRE LA SITUACION QUE ESTA ATRAVESANDO EL HOSPITAL CLINICO DE BARCELONA. PRESENTADA POR EL GRUPO MIXTO. (Número de expediente 161/000464.)**

La señora **PRESIDENTA**: Ruego a SS. SS. un poquito más de atención; ya terminamos esta intensísima sesión.

Pasamos a la última proposición no de ley que presenta el Grupo Mixto, en este caso la señora Rahola, sobre la situación que está atravesando el Hospital Clínico de Barcelona.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Rahola.

La señora **RAHOLA I MARTINEZ**: Con brevedad, puesto que el tiempo realmente apremia.

Hemos planteado una proposición no de ley en una doble línea de preocupación. De un lado, la voluntad de resolver el problema del régimen jurídico del propio Clínico de Barcelona y, de otro, también preocuparse, desde el ámbito en el que haya competencias, por el conflicto que se ha desencadenado.

La primera cuestión entendemos que es fundamental. El régimen jurídico del hospital se remonta, como saben, a un Decreto de 1952 (por tanto, realmente es muy obsoleto), que determina que los organismos que financian el déficit general por su actividad son la Diputación, el Ministerio de Sanidad el 22 por ciento, el Ministerio de Educación el otro 22 por ciento —estamos hablando por tanto de un 44 por ciento entre los dos Ministerios— y el Ayuntamiento de Barcelona.

Aun habiéndose producido el traspaso en materia de sanidad del Hospital Clínico, no fue transferido a la Generalitat de Cataluña, y en este momento tiene concertada su actividad con el Servicio Catalán de la Salud en el 96,5 por ciento del total. En este momento la deuda calculada del Hospital Clínico con la Seguridad Social es de más de 20.000 millones de pesetas, las diferentes entidades financieras del déficit deben al hospital 13.000 millones de pesetas y el Servicio Catalán de la Salud, como usted conoce, 7.000 millones. El balance con los datos años de 1993 representa un déficit de 2.000 millones de pesetas más o menos.

Nosotros entendemos que es necesario que desde este Congreso haya un planteamiento a favor de que se intensifiquen las negociaciones entre el Gobierno y la Generalitat para que el Hospital Clínico de Barcelona sea transferido finalmente a la Generalitat de Cataluña. También entendíamos y por eso planteábamos el doble ámbito, que era necesario que hubiera una preocupación por el conflicto que se ha desencadenado en el Hospital Clínico.

Como ustedes saben, se planteó que hubiera una regulación de empleo de unos 209 trabajadores y se solicitó a la Delegación de Trabajo 209 despedidos, de los que sólo se han aprobado, por suerte, 55, y se ha autorizado la suspensión temporal por seis meses de otros 84 trabajadores. Quisiéramos hacer constar en esta Comisión que, curiosamente, de los 55 despedidos, 40 son ATS, y que esto afecta a la atención directa del enfermo. Quiero también recordar que el tiempo de espera del servicio de urgencias en el Hospital Clínico es en estos momentos de cinco o seis horas.

Por tanto, entendemos que el Clínico, que es un hospital totalmente puntero, de alta tecnología y muy importante en materia de transplantes, además de ser de ámbito

universitario, tendría que tener, precisamente, un reforzamiento, tendría que tener resuelta su situación jurídica y, por supuesto, no tendría que estar sometido a una regulación de empleo.

En todo caso, y para acabar, quiero plantear que esta Comisión y por tanto el Congreso de los Diputados, debe tener a bien considerar que es necesario intensificar las negociaciones con el Gobierno de la Generalitat para que el Hospital Clínico de Barcelona sea transferido, y también preocuparse por el conflicto que se ha desencadenado.

Sin embargo, a esta proposición se han formulado dos enmiendas de sustitución. Nosotros nos adelantamos y manifestamos que esta Diputada podría considerar la enmienda que plantea Convergència i Unió, que en principio aceptaríamos.

La señora **PRESIDENTA**: A esta proposición, efectivamente, como ha dicho la señora Rahola adelantándose al procedimiento, han sido presentadas dos enmiendas, una por el Grupo Catalán y otra por el Grupo Parlamentario Socialista.

Por la defensa de la enmienda del Grupo Catalán, tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Señora Presidenta, quiero agradecer las manifestaciones de la señora Rahola sobre nuestra enmienda antes de que hiciéramos la exposición de nuestros motivos para presentarla.

Ya se ha hecho referencia al régimen jurídico del hospital, con los organismos afectados, y que, en su momento, cuando se hicieron las transferencias en materia de sanidad, no se transfirió a la Generalitat de Catalunya dicho hospital.

A lo largo de los años 1992, 1993 y 1994, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat, mediante el Servicio Catalán de la Salud y el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, ha suscrito contratos de prestación de servicios sanitarios que incluyen el pago de la actividad de hospitalización, así como consulta externa, urgencia y prótesis, y a su vez también da un cierto soporte económico a diversos programas sanitarios específicos.

Aun cuando el Departamento de Sanidad tiene previsto mantener el contrato suscrito con el Hospital Clínico e incluso mejorarlo si ello fuera posible, lo que no puede es hacer frente al déficit acumulado por el centro, aparte de que esta responsabilidad corresponde a las instituciones que son sus titulares. Por tanto, antes de plantear cualquier tipo de participación de la Generalitat de Catalunya en los órganos de gobierno de este hospital, se tendría que producir el saneamiento económico del mismo.

Hay que significar también que mediante una iniciativa de nuestro Grupo Parlamentario se negoció la introducción en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para este año, en el trámite del Senado si no recuerdo mal, de una enmienda mediante la cual se consiguió la condonación de los intereses y los recargos sobre la deuda, que no sólo este hospital, sino los hospitales de la red hospitalaria de utilización pública, lo que se conoce como XHUP, tenían contraída con la Seguridad Social, deuda que se situaba alre-

dedor de los 60.000 millones de pesetas para toda la red. Además, se incluía el aplazamiento del pago del principal por un tiempo de diez años y con tres de carencia.

Por otra parte, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social tiene la responsabilidad de garantizar la asistencia sanitaria a la población de Cataluña, tanto en el sentido de calidad como cuantitativamente. El modelo sanitario catalán diferencia las responsabilidades de compra y financiación de los servicios de lo que es propiamente la provisión de los mismos. En este sentido, el Servicio Catalán de la Salud asume el primer papel y contrata con diferentes entidades proveedoras a las que requiere por medio del contrato unos parámetros de actividad prestada con una calidad predefinida sin entrar en primer término en la gestión interna que realiza cada una de ellas, las cuales mantienen la autonomía de gestión necesaria para desarrollar óptimamente su función asistencial.

Hay que tener presente también que las cuestiones relativas a personal constituyen una potestad propia de las entidades proveedoras, siendo la única función del Servicio Catalán de la Salud la de velar para que la calidad asistencial desarrollada se adecue a los criterios establecidos a fin de que el usuario reciba la atención más adecuada a sus necesidades.

Por tanto, consideramos que el proceso de ajuste interno del hospital no es competencia del Gobierno de la Generalitat, sino del mismo centro, que es el responsable de su gestión y de su adaptación a la situación económica actual, como están haciendo otros centros de la red mediante la elaboración de un plan de viabilidad.

Por todo ello hemos presentado la enmienda de sustitución, y he explicado esto para que se entienda mejor lo que hace referencia a la realidad sanitaria de Cataluña. Excuso leer el texto que se propone, porque creo que todos los grupos tendrán copia de la referida enmienda.

La señora **PRESIDENTA**: Para la defensa de la enmienda presentada por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Figueras i Siñol.

La señora **FIGUERAS I SIÑOL**: Como ya se ha dicho, el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona es una entidad pluridependiente; de ahí que sea necesaria la voluntad concurrente de todas las partes interesadas para alterar el «status» de este hospital. Esta múltiple dependencia impidió que fuese transferido a la Generalitat de Cataluña cuando se llevaron a cabo los traspasos del Estado en materia de sanidad y de universidades. No basta, por tanto, tal y como se plantea en la proposición no de ley, intensificar las negociaciones con el Gobierno de la Generalitat para que se opere la transferencia solicitada, sino que es preciso negociar también con la Diputación de Barcelona y con el Ayuntamiento.

La situación financiera del hospital no está relacionada con ninguna política expansionista, tal y como se expresa en la proposición no de ley, sino que, según se afirma en el informe de la Intervención General de la Seguridad, es el resultado de las indefiniciones de adscripción, dependencia y regulación normativa que se ponen de manifiesto,

afectan negativamente a la gestión del hospital y se traducen, como circunstancia más desfavorable, en una situación precaria de financiación.

También dice la Intervención que urge la regulación jurídica precisa de la configuración del hospital, adecuándola a la realidad de la gestión actual y estableciendo inequívocamente su marco legal, su dependencia orgánica y funcional y el escenario de financiación que posibilita el desarrollo de su actividad.

En relación al expediente de regulación de empleo, que afecta a 209 trabajadores (tal y como ahora ha reconocido la señora Rahola, y no a 284, como dice la exposición de motivos de la proposición no de ley), en base a ese expediente, se ha autorizado la rescisión de 55 contratos y la suspensión de otros 84 por un período de 180 días, dentro de los cuales se han pactado, con conocimiento de la autoridad laboral, medidas organizativas que han permitido no aplicar la suspensión citada. En ningún caso las medidas adoptadas han supuesto una reducción de la actividad del centro, ni en cantidad ni en calidad, sino que han sido adecuadas para un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios existentes.

Los patronos del Hospital Clínico y la Consejería de Sanidad de la Generalitat ya están negociando desde hace tiempo. La solución pasa, a nuestro entender, por la reestructuración del hospital, atendiendo a su caso singular, y a través de un consorcio que pueda garantizar de manera eficiente la asistencia, investigación y docencia que el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona desarrolla.

Por todo ello es por lo que el Grupo Socialista ha presentado una enmienda de sustitución a la proposición no de ley que nos ocupa, entendiendo que es necesario que se regularice y estabilice la situación del Hospital Clínico de Barcelona, pero esta solución debe ser la de dotarlo de una estructura idónea, atendiendo a su singularidad, con el acuerdo de las diferentes administraciones implicadas y con arreglo a todo lo previsto en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, para así garantizar de manera efectiva su asistencia, investigación y docencia, y mantener los elevados niveles de calidad que vienen dándose.

Dado que la enmienda del grupo Parlamentario de Convergència i Unió ha sido aceptada por la señora Rahola y que va en el mismo sentido que nuestra propuesta, en los términos más esenciales, aunque no habla de las distintas administraciones implicadas ni hace referencia a las leyes que he mencionado; repito, como en los términos más esenciales va en el mismo sentido, nuestro Grupo dará apoyo a la misma y retira, por tanto, la enmienda presentada.

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

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Brevísimamente, para manifestar el apoyo del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya a la proposición no

de ley, tal como ha manifestado la señora Rahola al aceptar la enmienda planteada.

Si bien la realidad es la realidad —la triple dependencia institucional del Centro y, por otro lado, los motivos económicos que pueden impedir que sea transferido finalmente a la Generalitat de Cataluña—, mi Grupo Parlamentario entiende que ése es el objetivo a medio plazo. Se trata de que en el ínterin tanto las dificultades económicas como las complejidades institucionales de dependencia no incidan negativamente en la atención sanitaria, en la investigación y en la docencia.

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

La señora **MONTSENY MASIP**: Mi Grupo está, en principio, a favor de la proposición no de ley, aunque quizás consideramos que no es pormenorizada, puesto que entendemos que también debe ser tenida en cuenta la opinión de los facultativos del Hospital Clínico y un mayor rigor en cuanto a esta transferencia, puesto que son varios los organismos de los cuales depende el mencionado Hospital Clínico.

Los facultativos propios del Hospital Clínico de Barcelona están a favor de esa transferencia, aunque también ponen de manifiesto su inquietud porque no se lleve a cabo una profesionalización de los órganos directivos del mismo Hospital, una vez se hubiera procedido a dicha transferencia, criterio que coincide con algunos de los puntos del programa en el ámbito sanitario que tiene el Partido Popular y que solicitaríamos que fueran tenidos en cuenta.

Se ha hablado también de las deudas de cotizaciones por débitos a la Seguridad Social. Ya hubo una especie de pacto que se trasladó a la disposición adicional trigésima de la Ley de Presupuestos Generales del Estado. El Grupo Parlamentario Socialista y el Catalán (Convergència i Unió) pactaron una forma de pago a largo plazo que quizá nosotros denunciaríamos porque vulnera determinados intereses y supone agravios comparativos para determinadas empresas que también están en situación de crisis y que no son tratados de la misma forma, puesto que se trata de una moratoria a diez años con tres de carencia y condonación de recargos.

Dicha deuda —que no asciende a los 60.000 millones que dice el señor Cardona, sino que alcanzaría prácticamente los 66.000—, con esa condonación de recargos queda en unos 48.000 millones de pesetas, lo cual ha supuesto, desde luego, un perjuicio a las arcas de la Seguridad Social.

Si bien estamos de acuerdo con la transferencia a la Generalitat de Cataluña, en el fondo nos habría gustado más la enmienda del Grupo Socialista. Pero ya que ha sido retirada, en la enmienda del Grupo Catalán (Convergència i Unió) nos habría gustado más que se dijera que se adapta a la realidad sanitaria y social del ámbito catalán, puesto que habrá transferencias de otros hospitales clínicos similares a éste a otras comunidades autónomas que no son precisamente Cataluña.

Con todo, apoyamos la enmienda presentada por el Grupo Catalán (Convergència i Unió).

La señora **PRESIDENTA**: ¿La señora Rahola desea hacer uso de la palabra nuevamente? (**Denegaciones.**) Da por aceptada, por tanto, la enmienda presentada por el Grupo Catalán (Convergència i Unió). (**Rumores.**)

Señorías, les ruego un minuto o dos —no más quedan para concluir la sesión— de atención y silencio. Una vez finalizado el debate, vamos a proceder a las votaciones. Antes voy a comunicar las sustituciones que se han producido en esta Comisión para las votaciones en el día de hoy.

Por el Grupo Popular Socialista, la señora Alberdi es sustituida por la señora Gorostiaga; la señora Frías Navarrete es sustituida por el señor García Ronda, y la señora Mendizábal es sustituida por don Guillermo Varela.

En el Grupo Parlamentario Popular, don Enrique Fernández-Miranda es sustituido por doña Reyes Montseny.

En el Grupo Catalán (Convergència i Unió), el señor Hinojosa i Lucena es sustituido por don Joan Simón i Burgues.

Finalmente, en el Grupo Mixto el señor Mur es sustituido por la señora Rahola.

Comunicadas las sustituciones, vamos a proceder a las votaciones en el orden en que han sido debatidas las enmiendas y en los términos que han quedado tras su aceptación o no, con sus matices incluidos.

Votación de la proposición no de ley sobre reconocimiento de la especialidad médica de psiquiatría infantil presentada por el Grupo Parlamentario Catalán, con la aprobación de la enmienda socialista en los términos en que quedó finalmente con la modificación técnica.

Efectuada la votación, dijo:

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

La siguiente proposición no de ley es la relativa al desarrollo de las especialidades de los diplomados universitarios en enfermería, presentada por el Grupo Parlamentario Popular con el rechazo de la enmienda del Grupo Socialista, pero con la aceptación de la supresión del párrafo relativo a los plazos.

Efectuada la votación, dijo:

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

Votación relativa a la proposición no de ley sobre la situación que está atravesando el Hospital Clínico de Barcelona, presentada por la señora Rahola, del grupo Mixto, en los términos de la enmienda formulada por el Grupo Catalán (Convergència i Unió).

Efectuada la votación, dijo:

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

Gracias, señorías, por su paciencia.
Se levanta la sesión.

Eran las tres y veinticinco 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