



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1997

VI Legislatura

Núm. 151

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTE: DON FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 8

celebrada el martes, 25 de febrero de 1997

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- Sobre comercialización de la soja transgénica. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. (Número de expediente 161/000274) 4124
- Sobre medidas para la creación de la etiqueta «producto no transgénico» para los productores y distribuidores que quieran acogerse a ella. Presentada por el Grupo Parlamentario anterior. (Número de expediente 161/000305) 4127
- Sobre reconocimiento de la foniatría como especialidad médica. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000307) 4130
- Sobre medidas para afrontar la creciente problemática referente a los enfermos con trastornos alimentarios. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 161/000344) 4133

Comparecencia del señor Director General de Asistencia Primaria y Especializada del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) (Matesanz Acedos), para informar de la evolución de las listas de espera. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000402)

4139

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE COMERCIALIZACIÓN DE LA SOJA TRANSGÉNICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 161/000274.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo a los debates de la Comisión.

Como conocen SS. SS., vamos a debatir cuatro proposiciones no de ley. Las dos primeras, a petición del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, de acuerdo con los grupos parlamentarios, se van a agrupar. Ésa es la versión que tiene la Presidencia de la Mesa. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Creo que agruparlas no va a facilitar la discusión. Mi compromiso, como los temas se podían superponer, era hacer la defensa con toda la brevedad posible, pero dado que incluso hay diferentes intenciones de voto respecto a las dos proposiciones no de ley, creo que no facilitaría el debate; si otros grupos lo estiman, por mi parte tampoco tengo inconveniente.

El señor **PRESIDENTE**: Decide la proponente, o sea que se tramitan por separado.

Hay una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular a la proposición número 3, sobre reconocimiento de la foniatría como especialidad médica; y dos enmiendas presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista a la proposición no de ley sobre medidas para afrontar la creciente problemática referente a los enfermos con trastornos alimentarios. Dichas enmiendas están en la Mesa a disposición de los miembros de la Comisión.

Para la defensa de la primera proposición no de ley, sobre comercialización de la soja transgénica, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Esta proposición no de ley, que tiene fecha 28 de noviembre pasado, se elabora en un momento que la situación relacionada con la comercialización de soja transgénica en nuestro país era causa de

alarma social por lo menos en algunos medios más informados de la población. El hecho tenía que ver con una decisión sorprendente de la Comisión de las Comunidades Europeas, tomada el 3 de abril de 1996, por la cual se autoriza la comercialización de una soja transgénica fabricada por la empresa multinacional norteamericana Monsanto, pese a tratarse de un tipo de soja análoga a la que se había rechazado previamente y comercializada por la multinacional suiza Ciba-Geigy.

A juicio de mi grupo parlamentario, es muy difícil explicar los motivos relacionados con la seguridad de las personas y con la salud, que pudieron haber llevado a esta decisión. No obstante, se tomó sin ni siquiera haber exigido las medidas preceptivas de evaluación de impacto ambiental establecidas por una directiva del año 1990 y modificadas posteriormente por otra directiva, en el año 1994.

El resultado es que en aquel momento en el puerto de Barcelona, pese a la oposición de grupos ecologistas, se descargó la soja transgénica que actualmente se está comercializando en nuestro país. Nadie sabe qué resultados puede tener la ingestión directa de esta soja, su ingestión indirecta mediante la incorporación a la cadena trófica para su consumo a través de la ingesta animal o incluso los resultados, que nadie puede impedir con los mecanismos técnicos actuales, de contaminación genética a las variedades de cultivo.

Recuerdo el debate del proyecto de ley de organismos modificados genéticamente. Todos los grupos parlamentarios valorábamos que era imposible poner puertas al campo de la investigación, pero éramos conscientes del escaso nivel de información que teníamos ante las posibles consecuencias de mecanismos de intervención científica, de cuyo resultado solamente el paso del tiempo puede dar cuenta.

Por tanto, mi grupo parlamentario propone a esta Comisión el voto favorable a los siguientes aspectos de la proposición no de ley: La requisa de toda la soja transgénica desembarcada en España; la elaboración de un estudio de impacto ambiental en función de cuyos resultados se procedería o no a su comercialización; el desarrollo de medidas legales y administrativas que garanticen la perfecta separación entre los productos transgénicos y los derivados de variedades no transgénicos, y el establecimiento de normas especiales de etiquetado para los productos genéticamente manipulados, de modo que se indique con claridad que lo son, y que al menos el derecho a la información de los consumidores quede salvaguardado.

He de decir, señorías, que las directivas de la Comunidad Europea en lo que tienen que ver con la protección de la salud y del medio ambiente son derecho mínimo, es decir nadie impide que los gobiernos de determinados países, los parlamentos en su caso, adopten medidas cautelares complementarias a aquellas directivas de la Unión Europea de obligado cumplimiento.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Una vez más viene a esta Comisión un debate sobre los organismos modificados genéticamente; debate que no por reiterativo deja de ser trascendente, pero yo creo que evidencia una repetición de argumentos que ya fueron considerados negativamente por esta Cámara en la última reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo.

De la lectura atenta de la proposición no de ley de Izquierda Unida se deducen una serie de manifestaciones que nosotros en absoluto podemos compartir y yo creo que explican en alguna medida cuál va a ser nuestro voto que adelantamos negativo a la aprobación de esta proposición y que vamos a intentar justificar con algún detalle.

En la proposición no de ley se estipulan una serie de argumentaciones que achacan a la Comisión Europea la sorprendente y peligrosa decisión de autorizar la comercialización de la soja transgénica. La verdad es que en este debate ni en ninguna otra circunstancia el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya ni ningún otro grupo nos han mostrado aquellas informaciones o argumentaciones en que se basan para poner en cuestión realmente el dictamen del comité que aprobó, en su día, la comercialización de este producto. No hemos escuchado ninguna evidencia científica porque hasta el momento, y con los conocimientos actuales, no existen esas evidencias científicas contrarias a la comercialización de la soja transgénica.

La portavoz de Izquierda Unida debería saber que España no puede contradecir, no puede contravenir una decisión de la Comisión Europea, del comité creado al efecto precisamente para valorar la comercialización de este tipo de productos, y solamente podríamos acogernos a una disposición, como es la cláusula de salvaguardia que establecen las directivas europeas, concretamente al amparo del artículo 11.6 y 16.1 de la Directiva 90/220 de la Unión Europea; pero para poder acogernos a esa cláusula de salvaguardia, que sería la única posibilidad de que España se negara a la comercialización de la soja, tendríamos que presentar, precisamente a la Comisión, un detallado informe sobre las especificaciones técnicas o sobre los argumentos que a este país le permitirían contravenir esa decisión. Como esos argumentos no existen y tampoco es posible técnica ni científicamente hallarlos, yo creo que esos argumentos del Grupo Federal de Izquierda Unida desgraciadamente se vienen abajo.

En todo caso, si su grupo tiene o conoce alguna evaluación que evidentemente ponga en entredicho las valoraciones que todos los países de la Unión Europea han realizado

y a las que nuestro propio país ha contribuido al establecer la toma de decisión final sobre este asunto, evidentemente, agradeceríamos mucho que lo pusiera en conocimiento de todos.

Por otra parte, estimo que establecen una confusión, yo creo que interesada, entre todos los productos transgénicos. Ustedes hablan de que se trata de la soja, el maíz; todos son productos análogos. De alguna manera, lo que vienen a decir es que en este tema de los organismos manipulados genéticamente todo el monte es orégano. En todo caso, equiparar ambos productos es desconocer por completo, creo yo, todo el proceso complejo a que han sido sometidos y las diferentes consideraciones que unos y otros han merecido a la Comisión Europea y a los Estados miembros. La mejor prueba de que el sistema de evaluación de este tipo de productos funciona es que no ha merecido la misma consideración la aprobación de la comercialización de la soja transgénica que la de otros productos igualmente manipulados genéticamente que sí han sido objetivo de cautelas en relación a este problema.

El expediente de la soja superó con éxito, señorías, y ya se puso de manifiesto aquí en otras ocasiones, todo el procedimiento de evaluación establecido en la Directiva 90/220 y, por tanto, su aprobación no está basada en intereses o presiones políticas de Estados Unidos, como dice la proposición no de ley, sino simple y llanamente en el cumplimiento de un riguroso sistema de evaluación caso por caso, en el que todos los países miembros de la Unión Europea tienen oportunidad de objetar, por razones científicas de trascendencia sanitaria o medioambiental, la evaluación llevada a cabo por el Estado miembro receptor de la verificación de primera comercialización, que fue el Reino Unido, y la posterior evaluación que hace el comité. Lo demás, señorías, no deja de ser la dosis habitual de antiamericanismo, que no por repetitivo deja de ser intrascendente, teniendo en cuenta además que los organismos gubernamentales competentes en Estados Unidos desarrollan una de las regulaciones sanitarias más estrictas del mundo, tanto desde el punto de vista medioambiental, como de la administración de alimentos y fármacos, como desde el del propio departamento de Agricultura.

España no puede ni debe hacer una evaluación añadida porque eso sería, señorías, tanto como poner en cuestión el funcionamiento de los organismos comunitarios y, además, sería reiterar el mismo procedimiento que ya ha sido objeto de estudio por parte de la Comisión Europea. ¿Para qué va a hacer la evaluación la Unión Europea si luego los Estados van a someter una vez más a esa misma evaluación el producto cuando sea introducida en el propio país?

Se dice que la Comisión ha actuado de forma irresponsable, pero nosotros realmente después del conocimiento del detallado proceso de evaluación que este producto ha sufrido, no sabemos en qué se fundan precisamente esas acusaciones de irresponsabilidad.

La verdad es que la requisita cautelar de este tipo de productos sería contravenir la autorización dada en su día por la Comisión y sería contravenir un acto comunitario que es vinculante para todos los Estados miembros. No existe ninguna razón objetiva para cuestionar el resultado de to-

dos esos análisis y, desde luego, no acatar los actos vinculantes del comité que aprobó en su día la comercialización de la soja sería colocar a este país en una situación de incumplimiento cuya defensa sería imposible de acreditar a falta precisamente de los conocimientos científicos, que realmente son inexistentes.

Su señoría pide también la elaboración de un estudio de impacto ambiental. Habría que decir que desconocemos en qué se funda usted para decir que no se ha realizado ese estudio de impacto ambiental, porque se ha llevado a cabo, y con éxito, precisamente porque el estudio de impacto ambiental forma parte del proceso de evaluación que incluye precisamente la propia Directiva 90/220, concretamente en su anexo segundo.

En definitiva, y puesto que usted finaliza con la petición de una norma especial de etiquetado para productos genéticamente modificados, que evidentemente ya no es necesaria una vez que por parte de la Unión Europea se ha aprobado el reglamento de nuevos alimentos y de nuevos ingredientes, que sabe es de obligado cumplimiento para todos y cada uno de los países y, por tanto, España ya está obligada a poner en marcha, y lo está haciendo, el proceso de etiquetado de todos los productos transgénicos, por ninguna de las argumentaciones extraídas de su argumentación y, desde luego, mucho menos por las afirmaciones que dan pie a su proposición no de ley, mi grupo parlamentario puede apoyar las propuestas del Grupo Federal de Izquierda Unida.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Buenos días.

El Grupo Socialista considera que esta proposición no de ley que presenta Izquierda Unida ha perdido ya su razón de ser, no tiene sentido analizarla en estos momentos y ello por dos razones fundamentales. La primera, porque esta Comisión de Sanidad ya debatió el pasado 19 de diciembre una proposición del Grupo Mixto muy similar a ésta, que propició un debate y posicionamiento de los distintos grupos políticos sobre las normas y procedimientos administrativos para la comercialización y etiquetado de los productos transgénicos. En aquella ocasión el Grupo Socialista presentó dos enmiendas a la propuesta del Grupo Mixto encaminadas a establecer y a marcar unas pautas de comportamiento por parte del Gobierno, que garantizara al consumidor la información suficiente sobre el producto transgénico autorizado, mediante la debida identificación de los contenidos del mismo y que, por otra parte, se reglamentaran los sistemas de evaluación y prevención científica para garantizar de manera absoluta la seguridad de los productos ofrecidos al consumidor.

La segunda razón, señorías, es que el vacío reglamentario que existía en aquel momento, como ya se ha puesto aquí de manifiesto, ha desaparecido. En las próximas semanas entrará en vigor el reglamento aprobado por fin por la Comisión Europea. Dicho reglamento, que es de inmediata aplicación a todos los países miembros, sin necesidad de adaptación a la legislación propia de cada país, regula

de manera clara y exhaustiva las normas y procedimientos de puesta en el mercado de los nuevos alimentos o de los nuevos ingredientes alimentarios que contengan organismos modificados genéticamente, de los alimentos producidos a partir de organismos modificados pero que no los contengan, y de los alimentos de estructura molecular primaria nueva o modificada intencionadamente.

El reglamento establece que los nuevos alimentos no podrán suponer ningún riesgo ni inducir a error a los consumidores. Se estipulan así los mecanismos y obligaciones que deberán seguir los países miembros, y la propia Comisión, desde que se produce la solicitud de comercialización de un producto transgénico hasta la autorización correspondiente, las medidas de evaluación científica a que deben someterse y la existencia de un organismo competente, en materia de evaluación de los productos, en cada país miembro. Se regulan, además, los requisitos específicos en materia de etiquetado, para garantizar información suficiente y necesaria al consumidor.

A la vista de este reglamento, aprobado en el mes de diciembre por la Comisión Europea, se pone de manifiesto lo adecuado y razonable de las propuestas elevadas por este grupo en el anterior debate. Lamentablemente, el Grupo Popular y Convergència no fueron capaces de entender la necesidad de que el Ministerio de Sanidad recibiera de esta Comisión una opinión común sobre la urgencia de ir tomando medidas y decisiones para poder cumplir adecuadamente el reglamento que era de pronta aprobación; y digo lamentablemente, señorías, porque en España estamos en una situación muy precaria. El Gobierno aún no ha aprobado el reglamento que desarrolla la Ley de junio de 1994, que establecía el régimen jurídico de utilización confinada y liberación voluntaria de organismos transgénicos. La Comisión Nacional de Bioseguridad, encargada de analizar, evaluar e informar sobre las solicitudes presentadas en nuestro país, o en otros países de la Comunidad, para utilización confinada o liberación de estos productos, carece actualmente de naturaleza jurídica. Está funcionando de hecho, pero en Derecho no existe; sus miembros trabajan voluntariamente, pero nadie los ha nombrado y sus funciones no están reguladas en ningún sitio.

Señorías, esto es realmente grave y así no podemos continuar. Cuando entre en funcionamiento el reglamento aprobado por la Comisión Europea, el Gobierno español no podrá comunicar cuál es el organismo responsable de elaborar los informes de evaluación sobre la idoneidad o seguridad de los productos solicitados para su comercialización, tal como establece el artículo 3.º, apartado 3, del citado reglamento, sencillamente porque en España ese organismo no existe. A nuestro entender, éste es verdaderamente el problema y no el que plantea hoy Izquierda Unida. Es más, hasta ahora estas competencias se están ejerciendo desde el Ministerio de Medio Ambiente. Pero ya no estamos preocupados solamente por los efectos medioambientales. Si debatimos en esta Comisión esas cuestiones, es porque afectan a la salud de los ciudadanos. El Ministerio de Sanidad debe asumir sus propias responsabilidades; la comercialización de productos modificados genéticamente para consumo humano, sea directa o indirecta

tamente, debe ser conocida, analizada y autorizada por un organismo que dependa directamente del Ministerio de Sanidad. Los avances en biotecnología, señorías, se suceden con suma rapidez —afortunadamente, diríamos nosotros— y, por ello, el Gobierno no puede estar paralizado.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de dar la palabra a la señora Amorós, someto a la consideración de los miembros de la Comisión la posibilidad de agrupar al final todas las votaciones de las proposiciones no de ley, que las votaríamos alrededor de las doce. ¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento.**) Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: Señor Presidente, señorías, otra vez tratamos en el seno de esta Comisión de Sanidad y Consumo el tema de la soja transgénica. Como en anteriores ocasiones, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) votará en contra de esta proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, basándonos en que las afirmaciones que en ella nos detalla son inexactas, pues la Comisión Europea autorizó la comercialización del maíz modificado genéticamente después de ser considerado seguro, según los estudios de evaluación previstos en la Directiva 90/220, de la Comunidad Económica Europea. En la autorización de comercialización de la soja modificada genéticamente se siguió el procedimiento establecido en la citada directiva, publicándose la aprobación mediante la decisión de la Comisión el 3 de abril de 1996.

En referencia a los diferentes puntos de la proposición no de ley, debemos hacer las siguientes consideraciones. El punto 1.º, sobre la requisita cautelar de toda la soja desembarcada en España e impedir su comercialización, creemos que iría en contra del derecho comunitario pues, como ya se ha señalado anteriormente, hay un decreto de autorización de la comercialización. Respecto al punto 2.º, sobre elaboración de un estudio de impacto ambiental, los estudios para permitir la liberalización al medio y la comercialización de la soja modificada genéticamente se han hecho según el acuerdo establecido por la Directiva 90/220, de la Comunidad Económica Europea. Los estudios de impacto ambiental se refieren a las obras, edificaciones y actividades que pueden tener repercusiones sobre el medio ambiente. Hemos de recordar que la utilización de este tipo de semillas también puede ser beneficiosa para el medio ambiente, pues precisará en su desarrollo de menos insecticidas, menos herbicidas y, en algunos casos, menor consumo de agua. Por lo que se refiere al punto 3.º de la proposición no de ley, tampoco es posible tomar medidas legales y administrativas que contravengan normas comunitarias. Por tanto, no se puede obligar unilateralmente a la separación de los productos modificados genéticamente, si no está previsto en la legislación europea. En cuanto al punto 4.º, creemos que ya manifestamos nuestras razones en la exposición de motivos de la siguiente proposición.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: A Coalición Canaria le preocupa muchísimo toda esta actividad científica, que está por encima, digamos, de razones sociales y morales. Creemos en el progreso, pero también creemos en la necesidad de salvaguardar el derecho a la vida. Como esta materia concreta que se trae hoy aquí, aparte de que ya ha sido debatida, está estudiada y analizada por la Comisión Europea y se ha pronunciado a favor de sus transacciones comerciales, por no afectar a la vida animal ni a la vida humana, nosotros, para ser consecuentes con nuestra actitud en la anterior reunión de esta Comisión, vamos a votar en contra de la proposición no de ley presentada por Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

— **SOBRE MEDIDAS PARA LA CREACIÓN DE LA ETIQUETA «PRODUCTO NO TRANSGÉNICO» PARA LOS PRODUCTORES Y DISTRIBUIDORES QUE QUIERAN ACOGERSE A ELLA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 161/000305.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la segunda proposición no de ley, sobre medidas para creación de la etiqueta «Producto no transgénico» para los productores y distribuidores que quieran acogerse a ella.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor Presidente, con toda brevedad, pero afortunadamente al ser una materia muy semejante la que se trata en las dos proposiciones no de ley, tengo la oportunidad de rebatir en mi intervención de defensa algunas afirmaciones que aquí se han hecho.

Señorías, ojalá la realidad en esta materia, en los organismos modificados genéticamente, permitiera mecanismos de control y, por tanto, garantías de seguridad tan alegres como las que SS. SS. han venido diciendo hasta aquí. Precisamente, se trata de que la liberación al medio ambiente de organismos modificados genéticamente, para su uso humano o animal, supone el desencadenamiento de una serie de reacciones y de intervenciones sobre el medio ambiente que no somos capaces de prever en estos momentos. Ojalá nos encontráramos ante la primera situación que puede suponer para los seres humanos un motivo de riesgo para su salud, pero desgraciadamente la historia de la humanidad, especialmente a raíz de que la revolución científico-técnica encuentra mecanismos de intervención, en su inmensa mayoría positivos, sobre la capacidad de desarrollo de los seres humanos, también ha tenido, como consecuencias indeseables, problemas gravísimos de salud. No quiero ser exhaustiva, pero la historia de la medicina está llena de esas situaciones. La más reciente es la

enfermedad de las vacas locas, que ha sido y está siendo motivo de mociones de censura y de imputaciones muy graves a las autoridades políticas y a las autoridades sanitarias, que han pospuesto las medidas de cautela y de seguridad ante presiones comerciales, porque las presiones comerciales existen, no se las inventa el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

La circunstancia de riesgo más importante no se refiere precisamente a la identificación y a la determinación de aquellos productos fabricados por empresas que en su inmensa mayoría se dirigen y se manifiestan como tal ante las autoridades sanitarias correspondientes evidenciando la existencia entre sus productos de organismos modificados genéticamente. La realidad constata que la comercialización de esos productos se realiza confundida, mezclada con otros productos no modificados genéticamente. Eso, además de tener consecuencias para la salud y elementos de inseguridad que la población ha detectado (porque este país ha vivido situaciones como la de la colza, que todavía está presente, es decir, que todas las seguridades que se dan desde la Administración desgraciadamente no siempre se corresponden con realidades desde el punto de vista de la salud de las personas), también está teniendo consecuencias económicas, porque aquellos productores de esos mismos productos modificados genéticamente, que están comercializando sustancias ajenas a esta condición, están viendo disminuir sus ventas en el mercado precisamente por la falta de identificación adecuada de los mismos.

Por lo tanto, en aras de un derecho a la información de los consumidores, en aras a la imposibilidad, aparte de la buena voluntad de las autoridades sanitarias o alimentarias en su caso, de proceder a esa identificación que el nuevo reglamento establece, proponemos que por parte de aquellas empresas, por parte de aquellos productores que realmente estén ofreciendo garantías de no comercialización de productos modificados genéticamente pueda existir un etiquetado que garantice la información de los usuarios de los consumidores y, al mismo tiempo, la protección de los derechos comerciales de aquellas empresas que opten por la no introducción de organismos modificados genéticamente.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Mi grupo parlamentario, a lo largo de todos los debates que se han suscitado sobre esta cuestión ha apelado permanentemente a la responsabilidad de todos los grupos en relación con el tratamiento que este tipo de problemática debe tener por parte de los parlamentarios y de las instancias públicas, de cara a trasladar a la opinión, de cara a trasladar a los ciudadanos precisamente informaciones veraces, informaciones fehacientes, informaciones basadas en realidades rigurosas, en realidades contrastadas.

Yo creo que ese ejercicio debe presidir todos los debates que se realicen sobre estas cuestiones precisamente para no trasladar imágenes que no respondan a la realidad. En ese sentido, creo que la confusión que se pretende tras-

ladar haciendo equiparables las cuestiones relativas a los productos modificados genéticamente con acontecimientos desgraciadamente luctuosos, como pueden ser los recientes de las «vacas locas» o el anterior que se produjo en nuestro país en relación con la comercialización del aceite de colza, no profundiza precisamente en ese tipo de tratamiento veraz y riguroso. Sin duda, la mejor labor que pueden hacer las administraciones públicas es la de establecer rigurosos sistemas de control y de evaluación de este tipo de procedimientos.

Insisto en que en pocos aspectos puede quedar tan en evidencia la necesidad de una política armonizada por parte de todos los países de la Unión Europea como puede ser precisamente el de los productos modificados genéticamente. Es difícil identificar ámbitos de actuación en los que la concurrencia de propuestas de medidas, de soluciones nacionales, estrictamente nacionales, arroje mejores resultados que la adopción de una medida armonizada a nivel comunitario, a nivel europeo. **(El señor Vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)** En ese sentido se está trabajando en la definición de una política comunitaria y europea para el tratamiento de este tipo de problemas, y actuaciones unilaterales, por muy bien intencionadas que puedan estar, no hacen más que producir precisamente el efecto contrario al pretendido, que es la desinformación y el traslado a los consumidores y a los ciudadanos de informaciones que no responden para nada a la realidad.

Señorías, la biotecnología moderna es el lógico desarrollo de los procesos tradicionales para la utilización de sistemas biológicos y organismos vivos en la elaboración de productos con distintas aplicaciones, y podemos afirmar, yo creo que con rigor, que en estos momentos ni un solo ser vivo de los utilizados por el hombre para su alimentación, con la excepción tal vez de las especies marinas y desde luego no todas, tienen una composición genética natural. Más bien todos ellos están sometidos desde hace ya muchos años a procesos de selección, a procesos recombinantes o a procesos que son fruto de mutaciones genéticas producidas por el azar pero que no se hubieran mantenido sin el concurso activo y positivo del ser humano.

En ese sentido, en la biotecnología moderna los procedimientos de la modificación genética no son novedosos y tienen ya una dilatada experiencia y una contrastada evaluación no solamente en las evidencias científicas que avalan su utilización sino, lo que es más importante, en la utilización por parte del hombre, por parte del ser humano, en beneficio propio de esta nueva tecnología alimentaria.

En ese sentido, están las manifestaciones de las últimas cumbres mundiales sobre la alimentación o las declaraciones de los responsables de Naciones Unidas avalando la estrategia de utilización de este tipo de productos precisamente en el desarrollo de una política de lucha contra el hambre, de lucha contra las epidemias, de lucha contra las plagas en muchos países, probablemente la mayoría, del Tercer Mundo.

Por consiguiente, conviene que debatamos esta cuestión en un marco que no es otro que la existencia, como de-

cía al principio, de medidas armonizadoras en el contexto de la Unión Europea que, al menos, nuestro grupo ha defendido y sigue defendiendo y que por otra parte han presidido la posición del Gobierno español en épocas anteriores y especialmente en la actual.

Hay que recordar la adopción hace muy pocas fechas por parte del Consejo y el Parlamento europeos del reglamento sobre los nuevos alimentos y los nuevos ingredientes, aprobación que se produjo con posterioridad a la sesión de nuestra Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados en que se debatió esta cuestión por última vez, donde todos los grupos nos manifestamos favorables a la existencia de un etiquetado positivo sobre los productos transgénicos.

Yo creo que el posicionamiento de todos los grupos parlamentarios y el del Gobierno español coinciden básicamente con todas las disposiciones que tanto el Consejo como el Parlamento europeos han aprobado en relación con las disposiciones de este nuevo Reglamento. Pero la aprobación de este Reglamento, señorías, elimina cualquier posibilidad de que un Estado miembro legisle ya sobre esta materia. El acto comunitario ha sido adoptado en forma de reglamento, lo cual significa que su aplicación es directa y de obligado cumplimiento sin transposición alguna y sin modificaciones unilaterales por parte de los países, es decir, no permite, persiguiendo fines comunes, una diversificación de las medidas que cada país pueda poner en marcha para su rigurosa aplicación. Por tanto, disposiciones del tenor de la que usted nos propone hoy con carácter particular, con carácter nacional, no sólo son innecesarias, sino que probablemente son inviables en términos jurídicos.

Conviene señalar que en la parte dispositiva, en el artículo 8.º de este nuevo reglamento, se contemplan las medidas obligatorias de etiquetado inequívocamente orientadas a la obligatoriedad de etiquetar los productos transgénicos. Yo creo que no es casual que el legislador europeo haya optado porque el procedimiento sea el etiquetaje de los productos transgénicos, no de los que no lo sean. Esto va en la línea de que lo que hay que trasladar al consumidor es una información positiva, una información orientadora, con posibilidades ciertas de variación en cada caso. Lo que se persigue precisamente es informar al consumidor para que realice adecuadamente su elección, lo cual difícilmente se lograría, señorías, si se impone un planteamiento en el que los productos no transgénicos resulten ser los etiquetados y de alguna manera también los estigmatizados por las disposiciones de la propia Comunidad Europea.

Si nos limitamos simplemente a esa consideración, no estamos profundizando en la información a los consumidores y no resulta un planteamiento justo ni equilibrado, cuando, además, esos productos transgénicos han merecido una autorización de comercialización y, en términos de salubridad y de seguridad de los consumidores, no difieren de los convencionales.

La etiqueta negativa no aporta, desde nuestro punto de vista, información, y sí aporta unas dosis de ambigüedad y de consideraciones negativas y sesgadas *a priori* que resultan, desde nuestro punto de vista, poco acertadas.

Por otra parte, nuestro Ministerio de Sanidad, una vez que está obligado a la aplicación directa de ese reglamento en un plazo de 90 días (antes del 16 de abril de este año todos los productos transgénicos comercializados en nuestro país deben estar etiquetados), es consciente de que ni siquiera debemos esperar ese plazo de 90 días y de que es posible y oportuno empezar a trabajar en esta materia para que, mediante una medida transitoria en este momento podamos establecer un marco voluntario de actuación, previo acuerdo con todos los sectores comerciales afectados, especialmente con los sectores industriales, que contemple la posibilidad de que los productos transgénicos puedan ser etiquetados en este plazo transitorio en el que el reglamento todavía no va a estar en vigor.

Señorías, por estas consideraciones, porque entendemos fundamentalmente que es mejor el etiquetado positivo que el etiquetado negativo, porque somos favorables a una adecuada información al consumidor, que debe estar alejada de prejuicios absurdos, y cuando cabe afirmar que existen todas las garantías objetivas al respecto, no creo que quepan descalificaciones globales sobre una técnica de aplicación generalizada desde hace muchos años.

La posición española ha sido inequívocamente favorable al etiquetado positivo de los productos transgénicos en la medida en que éste permite al consumidor conocer la presencia de organismos modificados genéticamente y, además, el grado de equivalencia de esos organismos con respecto al producto convencional.

Por otra parte resulta cuanto menos un poco chocante que ustedes en la proposición no de ley anterior solicitaran el etiquetado positivo para los productos transgénicos y en ésta soliciten el etiquetado negativo para los productos no transgénicos. Creo que esa bulimia que tienen ustedes con respecto a los etiquetados debería orientarse más positivamente, abandonarse, por tanto, el planteamiento oportunista y establecer una posición coherente con lo que debe ser la información veraz a los consumidores y sobre todo con lo que es la política que la propia Unión Europea ya ha establecido con carácter definitivo y obligado para todos los países de la Unión.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: No voy a reiterar el debate que se ha producido con anterioridad, que es muy similar al de estos momentos, por considerar que en el turno anterior el Grupo Socialista ya había clarificado nuestra posición sobre la cuestión de los etiquetados. Pero refiriéndome concretamente a la propuesta de Izquierda Unida y a la presentación que ha hecho la señora Maestro, quiero puntualizar algunas cuestiones.

En primer lugar, estoy de acuerdo con la señora Maestro cuando dice que, por mucho que reglamente la Administración, que por mucho que se legisle, siempre habrá resquicios, riesgos y dificultades no previstas que pueden suceder en cualquier momento. Eso puede ser cierto, señora Maestro, y estoy conforme con ello. Eso ocurrirá

siempre en todos los ámbitos de la vida y en todos los ámbitos de la legislación y del desarrollo de la política. Pero si realmente lo que nos preocupa es la seguridad de los consumidores, de los ciudadanos, la mejor forma para garantizarlo, además de la existencia de un reglamento pertinente, de unas medidas por parte de la Administración que sean capaces de desarrollar esa legislación para mayor seguridad de todos, está la transparencia democrática de nuestra sociedad por parte del control que se pueda ejercer por parte de este Parlamento y, sobre todo, por parte del control y seguimiento que se pueda hacer, y de hecho creo que se realiza, por parte de la propia sociedad, de las industrias y, sobre todo, de los propios consumidores a través de las asociaciones en las que están agrupados. El mecanismo de la transparencia será, sin duda, la mejor garantía para la seguridad de todos, una vez que se están desarrollando las obligaciones y las responsabilidades que la propia Administración tiene que poner en marcha.

En ese sentido —y usted ha hecho referencia a algunas experiencias en Europa y en otras partes del mundo sobre desastres producidos en materia alimentaria, de consumo o ganadera, a pesar de determinados controles— es cierto que en otros países, donde los controles han sido absolutos y exhaustivos, también han sucedido casos de riesgo para la salud y para la seguridad humana. Ahora bien, esto no nos exime de los riesgos.

En cualquier caso, en esta ocasión, y volviendo a la propuesta concreta, el Grupo Socialista no está conforme en absoluto con establecer un sistema que calificaría casi de maniqueísta, que consiste no en distribuir informativamente en buenos o malos los alimentos para el consumo humano, sino publicitariamente en transgénicos o no transgénicos. Creo que ésta es una actitud maniqueísta que no tiene nada que ver con el asunto que nos trae, que es de asegurar la mayor información al consumidor para que tenga la capacidad de elegir y así obtener la máxima de seguridad en el consumo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): En nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: Creo que aquí estamos tratando fundamentalmente de la libertad y del derecho del consumidor a poder elegir y a recibir la mayor información posible sobre un producto. Por tanto, parece incoherente que en un etiquetado tenga que figurar la cantidad de sal y azúcar para poder prevenir a los diabéticos y no se pueda incorporar en el etiquetado si un producto está manipulado genéticamente o no.

Desde el Grupo Parlamentario Catalán creemos que etiquetar el producto con el denominativo no transgénico protege, en la medida que se pueda, al agricultor que quiere continuar con su tipo de cultivo tradicional. Igual que existen en el mercado cantidad de productos etiquetados como producto ecológico o productos natural, también podrían estar estos citados.

Además, la proposición de la señora Maestro no obliga a todos. Literalmente dice: Aquellos productores y distri-

buidores que quieran acogerse a ella, estableciendo los dispositivos normativos y administrativos necesarios para garantizar su efectividad.

Por todo esto, desde el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) vamos a dar nuestro voto positivo a la proposición no de ley de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): En nombre del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: En relación con el etiquetado, el Grupo de Coalición Canaria considera, con toda la preocupación que señalé en mi intervención anterior, que el ciudadano tiene el derecho a la información más exacta y clara, pero no a la confusión, y no que se vaya ahora a decir que por razones comerciales conviene el sí o el no en relación con el tema de si es transgénico o no lo es, sino porque España forma parte de la Unión Europea, y la Unión Europea ha reglamentado ya el etiquetado y ha dado un plazo. Otra cosa sería si pasado el plazo del 16 de abril el Gobierno español, que no tiene facultades ni para transponer ni modificar esa directiva, no la hubiese cumplido, porque entonces sí cabría que este Congreso instara al Gobierno para que cumpliera la directiva europea.

Por tanto, Coalición Canaria va a votar en contra de la proposición que presenta Izquierda Unida.

— **SOBRE RECONOCIMIENTO DE LA FONIATRÍA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000307.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Pasamos a continuación a debatir la siguiente proposición no de ley, que trata sobre el reconocimiento de la foniatría como especialidad médica.

Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señorías, el Grupo Socialista presenta hoy esta proposición no de ley en relación con la foniatría, ya que en España existen en estos momentos diversos profesionales que se dedican al estudio del habla, el lenguaje y la voz.

También dentro de la propia medicina existen múltiples enfoques, tanto desde el campo de la neurología, como de la psiquiatría, como de la otorrinolaringología, etcétera. Por ello creemos necesario que se regule este tema de la foniatría y de la especialización en esta materia, para poder clarificar y dar garantías a la ciudadanía de que sus problemas en relación con esta área serán debidamente diagnosticados, evaluados y tratados.

En España la foniatría es relativamente reciente, ya que en el año 1950 aparece la primera formación en el campo

de la foniatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, a través del doctor Perelló. Se han ido creando sociedades internacionales y españolas en relación con este tema, y se ha ido reconociendo la especialidad de foniatría en los distintos países. En estos momentos dentro de la Unión Europea existen ya cinco países que tienen regulada esta especialidad. En España se creó la Escuela de especialización profesional de foniatría, en el año 1989, con título propio, de la Universidad de Salamanca.

Por ello creemos necesario que se regule este tema, que se dé una formación adecuada. En los distintos países en que se ha regulado esta especialización existen diversos enfoques, por ejemplo, en Alemania era una subespecialización dentro de algún área, aunque después se cambió por especialización específica. Conviene ajustar, por tanto, las competencias asistenciales de esta especialidad médica, rehabilitadora, que se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la voz, el habla, el lenguaje y la audición, así como elaborar unos programas de formación tendentes a que se complementen los estudios, que pueden ser, como digo, de subespecialidad dentro de otorrinolaringología o de otras ramas de la medicina.

Presentamos esta proposición no de ley, porque es evidente que las necesidades asistenciales en este terreno van en aumento y hay un déficit de formación precisamente por estas dificultades que existen en cuanto a su regulación.

En un estudio hecho en Cataluña en el año 1995 quedaba desatendido el 40 por ciento de la demanda de estas necesidades asistenciales. Se observa que se han ido creando algunos servicios de foniatría, unos dependiendo de los departamentos de otorrinolaringología y otros de los departamentos de medicina física y rehabilitación.

Si observamos el porcentaje de especialistas que están alrededor de una u otra de estas áreas, vemos que la mayoría se sitúa alrededor de la otorrinolaringología, en la que se mueve el 61 por ciento de los profesionales, mientras que el 39 por ciento lo hace en el entorno de la medicina física y de la rehabilitación. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Por ello creemos necesario instar al Gobierno para que regule este tema. El objetivo, por tanto, de esta proposición no de ley es el de instar al Gobierno para que ponga en marcha los mecanismos necesarios que definan, como señalaba, tanto el terreno de las competencias existenciales como los programas de formación y nos sitúe a nivel del resto de países de la Unión Europea y de fuera de la Unión Europea que han regulado esta especialidad.

En estos momentos, y de acuerdo con la legislación vigente en España, es posible este reconocimiento. Creemos que ello dará mayores garantías a los ciudadanos respecto a estos trastornos y, dada la diversidad de enfoque existentes y de profesionales que se dedican a estos temas, pensamos que es necesario y urgente regularizar este ejercicio y la formación del médico especialista en foniatría.

El señor **PRESIDENTE:** Existe una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular, para cuya defensa tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Señorías, el Grupo Parlamentario Popular comparte muchos de los argumentos reflejados por el Grupo proponente en su exposición de motivos.

Coincidimos con el Grupo Socialista en el importante desarrollo científico alcanzado en las décadas pasadas en el estudio, en la etiología, en el diagnóstico y en el tratamiento de las alteraciones de la voz, del habla, del lenguaje y de la audición, definición que la Sociedad Española de Foniatría ha hecho para su propia especialidad y que el grupo proponente recoge en su proposición no de ley.

Por ser una especialidad con una gran variedad etiológica, presenta un origen multicausal y un enfoque multidisciplinar. Diversas especialidades troncales, como por ejemplo la neurología, la psiquiatría, la cirugía, la endocrinología, han tratado del diagnóstico y del diagnóstico etiológico de estos procesos. Sin embargo, es en la vertiente terapéutica donde fundamentalmente se han desatado tres especialidades distintas: dos de ellas en el campo médico —la otorrinolaringología y la rehabilitación— y otra —la logopedia—, disciplina que en este momento está reconocida como una diplomatura independiente.

Coincidimos, finalmente, con el grupo proponente en la conveniencia de adoptar a la mayor brevedad posible las medidas necesarias para crear un programa oficial de estudio que garantice la adecuada preparación de cuantos profesionales vayan a ejercer la foniatría.

Señorías, los argumentos que acabo de mencionar no son exclusivos a la foniatría, tema que nos ocupa hoy, sino que son comunes a otras muchas ramas del saber médico. Los avances de la técnica y de la ciencia, incesantes y espectaculares en los últimos tiempos, han aportado una inaudible complejidad a la actividad médica diaria, y ello ha condicionado que muchos especialistas, muchos profesionales médicos se hayan polarizado en ramas cada vez más concretas de la medicina, alcanzando en ellas amplia experiencia y mejores resultados.

Estos profesionales, por su especial formación o por su especial dedicación, han recibido distintas denominaciones, como subespecialistas, supraespecialistas o superespecialistas —entendiendo los prefijos sub, supra y super como mera nominación de diferenciación— y desarrollan su trabajo profesional en las distintas unidades, secciones o servicios de la red de hospitales y de centros sanitarios del país. Estos profesionales, a través de las distintas sociedades, de las revistas médicas y de otros foros, se han dirigido al Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y de Educación, para convalidar oficialmente nuevas especialidades. Sin embargo, el criterio del Consejo Nacional, en sintonía con las tendencias actualmente existentes en la Unión Europea, es en este sentido extraordinariamente restrictivo, y lo es porque el incremento de nuevas especialidades conduciría, sin duda alguna, a una atomización de las ya existente, dificultaría la libre circulación de profesionales y afectaría negativamente a la estructura del sector, dado que ya existen especialidades médicas que otorgan los conocimientos troncales necesarios para realizar las mismas funciones. Tanto es así que en los últimos años hemos

visto cómo algunas especialidades médicas han sido suprimidas o se han unificado con otras existentes, como ha sucedido, por ejemplo con la cirugía del aparato digestivo y la cirugía general, que hoy se engloban en una única especialidad, que se denomina cirugía general y del aparato digestivo.

Con el fin de regular la formación y, sobre todo, la identificación de estos subespecialistas, el Consejo Nacional ha propuesto la denominación de áreas de capacitación específica, y ha creado una comisión de estudio para incluir en ellas a muy diversas especialidades, destacando, a modo de ejemplo, las enfermedades infecciosas, la medicina de urgencias o medicina de emergencias y la psiquiatría infantil, entre otras.

Todo esto, señor Corominas, justifica nuestra enmienda de sustitución, que tiene, como no podía ser de otra manera, una evidente intención integradora. Insta al Gobierno a que la foniatría se incluya como un área de capacitación específica dentro de las especialidades troncales de la otorrinolaringología y de la rehabilitación y pretende armonizar distintas posiciones. Pretende armonizar la postura del grupo proponente, en tanto en cuanto contempla la foniatría como un área de especialidad médica, con un programa oficial docente y competencial. Pretende armonizar la postura de la Sociedad Española de Foniatría, que verá así equiparada su especialización a otras ramas del saber médico con tanta tradición y tan elevado número de especialistas, como son, además de las anteriormente mencionadas, la hepatología, la coloproctología, o la cirugía endocrina. Por último, pretende armonizar la postura de la mayoría de los científicos, del grupo de expertos y de los representantes de las distintas sociedades médicas en el Consejo Nacional de Especialidades, que demandan, sin lugar a dudas, criterios de homogeneidad para convalidar las distintas especialidades médicas.

Por todo ello, hemos presentado una enmienda de sustitución, que sometemos al criterio de los grupos políticos, y esperamos la aceptación por parte del Grupo proponente. Es la siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que tras estudio o 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 foniatría. Ello se realiza a propuesta conjunta de los Ministerios de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo, en desarrollo de lo previsto en el artículo 3.º del Real Decreto 127/84, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, para manifestar si acepta o no la enmienda, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Tal como manifestaba muy bien el portavoz del Grupo Parlamentario Popular —y lo señalaba ya en mi presentación de la proposición no de ley— existen distintos enfoques en los diferentes países de la Comunidad Europea y en otros de fuera de la Comunidad Europea respecto a este tema de la

foniatría, por lo que en algunos se trata de una subespecialidad o de una superespecialización y en otros de una especialización propia. En el sentido de aunar la proposición no de ley que nosotros presentamos y la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, propondríamos una enmienda de transacción que pasaría a leer y que recoge el espíritu de lo que manifestaba el proponente del Grupo Popular. Diría así:

El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que, a la mayor brevedad, adopte las medidas necesarias para desarrollar la troncalidad y áreas de capacitación específicas de las distintas especialidades médicas. Asimismo, que se reconozca como área de capacitación específica la foniatría, entendida como rama de la medicina dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la voz, el habla, el lenguaje, la audición, con vistas a establecer, de forma oficial, un programa de formación en base a un modelo docente y competencial acorde con la tendencia existente en la Unión Europea.

Yo pienso que recoge el espíritu de lo que señalaba el Grupo Popular y podría ser aceptada por los distintos grupos de esta Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Mingo tiene la palabra.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Creo sinceramente que en la propuesta de enmienda transaccional que hace el señor Corominas la única diferencia que hay con la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular es el término o el concepto a la mayor brevedad posible. En ese sentido, el Grupo Parlamentario Popular aceptaría introducir en su propia enmienda de sustitución la frase a la mayor brevedad posible.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Con toda brevedad, sólo quiero señalar el voto favorable del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya al resultado de las transacciones habidas entre el Grupo Popular y el Grupo Socialista, que entendemos recogen de una manera más matizada y más acorde con la realidad tanto las necesidades de integración de las diferentes especialidades médicas, entre ellas la urgente necesidad de regulación de la foniatría como capacitación específica.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Los representantes de Convergència i Unió consideramos que no es pertinente la creación de una especialidad médica de foniatría con carácter de especialidad oficial y formalmente reconocida. En todo caso, este ámbito profesional podría articularse de acuerdo con la noción de experto en área de especial capacitación o, si se quiere, sub o super especialidad. De

acuerdo con la orientación general contraria a la fragmentación o multiplicación de especialidades y a pesar de que efectivamente algunos profesionales sean partidarios de la creación de la especialidad de foniatría, lo más adecuado es que ésta sea considerada como una capacitación o subespecialidad para los profesionales especialistas en determinados ámbitos coherentes con aquél. Ya algunos médicos especialistas en otorrinolaringología disponen de una específica preparación y dedicación para la voz y el lenguaje desde dos aspectos de las estructuras y funcionamiento fonatorios. Una situación análoga se produce también, aunque en número menor, por parte de algunos médicos especialistas en neurología que se han preparado y dedicado a ello desde los aspectos de las estructuras y funcionamientos neurológicos.

En consecuencia, nos parece coherente el reconocimiento de una subespecialidad en términos de formación y especialización de evaluación. Para acceder a tal reconocimiento por parte de los profesionales se tendría que establecer la formación idónea para que, eventualmente, después de determinadas especialidades, la ORL y la neurología, y de los reconocimientos y aptitudes proporcionadas por éstas, los profesionales adquiriesen la formación específica complementaria, sin que esto prejuzgue la manera de hacerlo, para ser foniatras, y todo ello fuese objeto de adecuada evaluación de la competencia en este ámbito. Se entiende que esta capacitación o superespecialidad lo sería para la profesión médica sin que se tuviera que confundir con otras profesiones relacionadas con la salud y otros ámbitos de actuación, como el de la psicología clínica o la logopedia.

Por todo ello, nuestro grupo aceptaría la enmienda del Grupo Popular y la transaccional presentada últimamente por el grupo proponente en pro del consenso.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra la señora Aguirre.

La señora **AGUIRRE URIBE**: Muy brevemente. Partiendo de la base de que corresponde al Gobierno, a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo de Universidades y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, la creación, cambio de denominación o supresión de las especialidades y de las áreas de capacitación específica que el progreso científico y tecnológico aconseje, de acuerdo con las necesidades sanitarias, nosotros apoyaríamos la enmienda de modificación que plantea el Grupo Popular, pero desde nuestro punto de vista, se ha olvidado de que todas las propuestas de creación de superespecialidades deben contar con el visto bueno del consejo interterritorial. Por tanto, rogaríamos que se incluyera este punto para que podamos aprobar la enmienda de modificación que plantea el Grupo Popular.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor Presidente, en principio nos parece que no es necesario incluir la defini-

ción de lo que es una necesidad, porque podría ser también una necesidad o una obligación el informe favorable del Consejo Nacional de Colegios de Médicos.

— **SOBRE MEDIDAS PARA AFRONTAR LA CRECIENTE PROBLEMÁTICA REFERENTE A LOS ENFERMOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000344.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley sobre medidas para afrontar la creciente problemática referente a los enfermos con trastornos alimentarios, presentada por el Grupo Parlamentario Popular del Congreso. Para su exposición tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Sin duda, en los últimos años venimos asistiendo, en las sociedades occidentales y desde luego en nuestro país, a un preocupante incremento de la incidencia de la problemática asociada a los trastornos de la alimentación. Todos los expertos coinciden en afirmar que el aumento de la demanda de atención de enfermos de estos trastornos de alimentación, de anorexia nerviosa y de bulimia, entre la juventud está llevando camino precisamente de convertirse en un problema generalizado de salud en las sociedades desarrolladas.

Cada poco tiempo, desgraciadamente, asistimos a casos de fallecimientos y, sobre todo, a un continuado incremento del número de pacientes diagnosticados de este tipo de trastornos en los centros, en los servicios sanitarios de toda la geografía nacional. Sin embargo, y pese a este incremento, no ha parecido evidenciarse una adecuada respuesta por parte de los dispositivos sociales y sanitarios que en nuestro país están responsabilizados de la atención a este tipo de pacientes. Su grado de incidencia, que algunos sitúan entre el 2 y el 5 por ciento de la población joven, en constante crecimiento; la afectación a edades cada vez más tempranas —se describen ya casos entre los 10 y los 11 años de incidencia de este tipo de problemáticas—, y la especial gravedad que empieza a tener en algunos grupos de riesgo específicos, nos ha llevado a presentar esta proposición no de ley.

Es evidente que estamos hablando de un hecho característico de las sociedades occidentales, que algunos asocian a hábitos alimenticios distorsionados y otros vinculan a una publicidad excesivamente agresiva en relación con la exhibición de pautas y de físicos que no se corresponden exactamente con los comúnmente conocidos. Lo cierto, al final, es que esta problemática está preocupando a un número muy importante de familias españolas.

El Grupo Parlamentario Popular es consciente, muy consciente, de las repercusiones negativas desde el punto de vista de salud, desde el punto de vista de la afectación de las relaciones familiares, desde el punto de vista incluso de la proyección social de este problema. Nuestra preocupación por esa parte fundamentalmente de la juventud que

está siendo afectada por estos trastornos nos ha llevado a desarrollar una proposición que pretende plantear, aunque entendemos que es compleja, la incidencia que desde varios aspectos, desde varios puntos de vista, hay que hacer sobre esta misma problemática.

En primer lugar, la proposición no de ley establece la necesidad de estimular una mayor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del sistema. Es verdad que no existe en estos momentos ningún tratamiento específico conocido ni ninguna evidencia científica de mejores resultados con algún abordaje terapéutico definido. La tendencia actual es tratamiento ambulatorio con un enfoque pluridisciplinar, lo que permite la atención de este tipo de pacientes tanto por los médicos de atención primaria como por los especialistas de endocrinología y nutrición, a los que se une, evidentemente, el apoyo imprescindible de los psiquiatras y de los psicólogos. Sin embargo, ni en la formación de los profesionales de atención primaria, ni en la capacitación en muchos casos de nuestros ambulatorios, ni en la existencia de unidades específicas de tratamiento en la mayoría de los hospitales de nuestro país, podemos decir que haya una situación de déficit de coordinación entre esos niveles asistenciales.

En segundo lugar, entendemos que es necesario profundizar en un programa de educación sanitaria para la población, especialmente para los enfermos y sus familias, y que además este programa de educación sanitaria tiene que realizarse en colaboración con las asociaciones de autoayuda. La situación de esta problemática es, como digo, muy preocupante y esa preocupación es aún mayor, si cabe, si tenemos en cuenta el elevado índice de cronificación de esta misma enfermedad, de las recaídas de los propios afectados si no cuentan con un apoyo sostenido, con un seguimiento terapéutico mantenido a lo largo del tiempo y con un conocimiento preciso, por parte de su entorno familiar y de su entorno sanitario, de la problemática asociada a estos trastornos de la alimentación. Por tanto, el papel de las familias es absolutamente clave en el tratamiento y en el seguimiento de estos enfermos, y hasta ahora las asociaciones que trabajan en esta materia, pero también todas las familias en general, no han dispuesto de los recursos y las posibilidades de información adecuadas para afrontar esta problemática.

Otro aspecto que sin duda exige una mayor presión por parte de las administraciones públicas y de la sociedad en general es la facilidad de adquisición de medicamentos con efectos pretendidos sobre la disminución de peso, que al final acaban produciendo situaciones muy negativas desde el punto de vista de la salud. Las asociaciones de autoayuda se han dirigido en varias ocasiones a los colegios de médicos y de farmacéuticos alertando sobre el peligro que supone la venta sin receta de este tipo de medicamentos, de diuréticos, de laxantes, que son de fácil acceso en nuestras sociedades y que pretendidamente, con una indicación terapéutica muy definida, acaban siendo utilizados sin ningún tipo de control, sin ningún tipo de restricciones en esta materia.

Es evidente que se está haciendo mucho sobre esta cuestión, que a partir del Real Decreto 1907, del año 1996,

sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades y servicios con finalidad sanitaria, se ha comenzado un camino de control mucho más acentuado de la difusión de este tipo de medicamentos, pero todos somos conscientes de la necesidad de exigir el mayor rigor en la venta, en la comercialización de medicamentos con estos efectos.

Por otro lado, la promoción de hábitos alimenticios adecuados en la población es un factor absolutamente esencial, y este Congreso de los Diputados tiene que ser muy consciente de la capacidad que debemos tener como sociedad de promocionar aquellos hábitos, aquellas dietas, aquellas pautas de comportamiento y de vida que sin duda son beneficiosas para la salud, manteniendo precisamente los hábitos que siempre nos han acompañado y que han conseguido que nuestra sociedad, entre otras cosas, alcance cotas de salud muy importantes, muy elevadas. La promoción de esos hábitos alimenticios positivos, que tienen mucho que ver con la difusión de nuestra dieta mediterránea, o de los productos naturales, o de unos hábitos, como digo, de consumo y de salud muy determinados, es también una exigencia que debe presidir todas las actuaciones de las administraciones públicas en esta materia.

En otro orden de cosas, y para finalizar, cuando hablamos de este tipo de trastornos de alimentación, y teniendo en cuenta que se basan a veces en una psicología muy determinada de los adolescentes que les lleva a emular pautas de comportamiento y pautas físicas —desde luego muy alejadas de la realidad— no podemos dejar de lado uno de los aspectos que tiene mucho que ver, precisamente, con el estímulo publicitario, y es la influencia que determinados sectores, como puede ser la comunicación, como puede ser la cultura o como puede ser la moda, tienen en una gran parte de nuestra juventud.

Es muy complicado o muy difícil, señorías, desde la Administración exigir a estos sectores que desarrollen una política de restricción publicitaria que no esté basada precisamente en el autocontrol, en la elaboración de unos códigos éticos, o incluso en una toma de posición, por parte de las propias empresas, de los propios sectores afectados, que vaya precisamente orientada en la línea de negar o de rechazar aquellas pautas publicitarias que puedan ser, al final, lesivas y perjudiciales para la salud de gran parte de nuestros adolescentes, de nuestra juventud.

En ese sentido, fórmulas como las del autocontrol publicitario, fórmulas como la autorregulación por parte de los propios sectores a instancias de la Administración, han tenido éxito en otros países de nuestro entorno, y sin duda podrían ser un factor muy a tener en cuenta para frenar la cada vez mayor presencia en todos los medios de comunicación de esas pautas, de esos hábitos, de esos ejemplos que son tremendamente perjudiciales para nuestros jóvenes. Algunas empresas, algunos sectores comerciales ya han iniciado una importante presión en este sentido, negándose a colaborar con aquellas empresas comerciales y a participar en aquellas iniciativas que utilicen este tipo de modelos, de pautas como mecanismo de influencia publicitaria. Pero desde mi grupo parlamentario creemos que el Congreso de los Diputados no puede permanecer ajeno a

una problemática, que, señorías, no es una problemática menor; que por su dimensión social y su dimensión sanitaria es cada día un factor más preocupante en las sociedades occidentales —y la nuestra no es una excepción— y constituye un drama familiar y personal que cada día está más presente en las consultas sanitarias de nuestro país, y desgraciadamente también en las estadísticas de morbilidad y de mortalidad de nuestra sociedad.

Con todas estas medidas que sin duda no son las únicas que podrían tomarse al respecto, mi grupo parlamentario quiere solicitar el respaldo de todos los demás grupos para posicionarnos de una manera muy concreta y muy sólida en relación con esta problemática, que es importante para muchas familias y para muchos ciudadanos de nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Evidentemente, el Grupo Parlamentario Socialista está de acuerdo con el señor Burgos y el Grupo Parlamentario Popular en que los trastornos de la alimentación es un tema que causa una problemática de salud importante y que cada vez va aumentando en nuestro país, como sucede en la mayor parte de los países desarrollados en los que el consumo tiene un papel predominante. Precisamente por la importancia que tiene esta problemática creemos también, como el Grupo Parlamentario Popular, que el Congreso de los Diputados no puede estar ajeno a esta situación y que es necesario tomar medidas. Por ello, hemos presentado estas enmiendas que creemos mejoran la proposición no de ley en el sentido de puntualizar algunos aspectos que esperamos sean aceptados por el Grupo Parlamentario Popular.

En las dos enmiendas que hemos presentado —la primera es de sustitución al punto 1 de la proposición no de ley— se enmarcan algunos de los elementos que creemos fundamentales para poder solventar la problemática que plantean estos trastornos de la alimentación.

En primer lugar, querríamos señalar que para afianzar esta mejora técnica sería más conveniente decir, y es lo que nosotros proponemos, que se inste «al Gobierno a desarrollar, conjuntamente con el Consejo Interterritorial de Salud, una serie de medidas terapéuticas y preventivas», y no como dice la proposición del Grupo Popular que se inste «al Gobierno a poner en marcha, en coordinación con las comunidades autónomas...». Creemos que vale la pena introducir el término, aunque se puede dar por sobreentendido que este tipo de alteraciones, la creciente problemática que plantea este tipo de trastornos, deben ser tratadas también dentro del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a las medidas concretas que se deben tomar, creemos que por la complejidad del problema sería conveniente que se instara, a través del Ministerio y del Consejo interterritorial, la elaboración de unos protocolos de actuación, dada la diversidad de enfoques que a veces existen y no todos ellos con las mismas garantías científicas.

Es evidente que esta problemática de los trastornos de la alimentación tiene una doble vertiente: por un lado, la vertiente individual de la persona que los padece, y, por otro lado, la actuación preventiva de la colectividad. Por ello, creemos que desde el punto de vista individual hay que elaborar estos protocolos de actuación y crear unidades de referencia en las distintas comunidades autónomas para poder tratar de forma idónea este tipo de problemas, dado que, como señalaba, hay diversidad de enfoques y algunos de ellos no parece que tengan, desde el punto de vista científico ni desde el punto de vista del éxito terapéutico, las mismas exigencias y las mismas posibilidades.

En segundo lugar, también dentro de este mismo punto señalábamos que el desarrollo de un programa de educación sanitaria, como manifiesta el portavoz del Partido Popular, es necesario en relación con los enfermos y su familia; hay que buscar la colaboración de las asociaciones de autoayuda, que son fundamentales para las familias y pacientes que presentan este tipo de alteraciones. Pero en la doble vertiente que antes señalaba es necesario también introducir programas de educación sanitaria en el mundo escolar, precisamente para prevenir algunos de esos problemas y también para crear una conciencia en la sociedad en general sobre este tipo de alteraciones. Como siempre se ha dicho, es mucho mejor la prevención que no la curación, y todo aquello que podamos evitar en el mundo escolar gracias a los programas de educación sanitaria creemos que es un aspecto positivo.

En cuanto al tercer apartado de este primer punto, en el que se habla de la restricción de la publicidad de los medicamentos, estamos totalmente de acuerdo, pero creemos que se debería ampliar con todas aquellas terapéuticas o todos aquellos otros elementos no médicos de los que también se hace publicidad en relación con este tema de la alimentación. Es decir, hay muchas terapéuticas milagro para disminuir peso que acaban produciendo graves problemas y graves trastornos. Por tanto, también creemos que se debería tener una restricción en la publicidad de estos elementos.

En el cuarto punto, donde se habla de la promoción de ayudas alimenticias, pedimos que se especifique su desarrollo mediante campañas sanitarias periódicas por parte de la Administración. Con ello creemos que queda mucho más perfilado el objetivo que pretendía el Grupo Parlamentario Popular.

Insisto en que estamos en el fondo totalmente de acuerdo con lo que se pretende, y precisamente porque el Congreso de los Diputados no puede ser ajeno a esta problemática, se ha añadido un tercer punto en el que se insta al Gobierno a que en un período de seis meses comunique a este Congreso de los Diputados todas aquellas medidas que se hayan podido aprobar y desarrollar tanto por el Ministerio como por las comunidades autónomas, previamente coordinadas en el Consejo Interterritorial de Salud. Creemos que el seguimiento respecto a este problema es muy positivo para garantizar la salud de la población.

Todo esto que acabamos de señalar afecta a distintas disciplinas. En el momento en que se presentan los problemas se sitúan fundamentalmente, y de modo inicial, en el

campo de la salud mental, pero después trascienden a otros ya de índole médica más general, que puede llegar, como decía el señor Burgos, a problemas de mortalidad, que tienen mayor importancia. En este sentido, creemos que las enmiendas que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista mejoran el texto de la proposición no de ley, no desvirtúan el fondo, y, por tanto, esperamos sean aceptadas por el Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: A los efectos de aceptar o rechazar las enmiendas, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Mi grupo parlamentario valora positivamente la posición del Grupo Parlamentario Socialista, una posición sin duda constructiva en este tema, y nos manifestamos abiertos a la aceptación de algunas de las consideraciones que se nos hacen, no en todas, porque creemos que la dimensión del problema —ya lo hemos explicitado en nuestra intervención— excede las competencias del Ministerio de Sanidad; de ahí nuestra orientación a que ésta sea una política de Gobierno que afecte a todos los ministerios implicados de una manera u otra en este problema. Por eso, la referencia que ustedes hacen al Consejo Interterritorial de Salud no nos parece aceptable desde el punto de vista de que ese Consejo Interterritorial tiene unas competencias muy limitadas, es hoy por hoy un mero órgano consultivo y, por tanto, no tiene competencias ejecutivas para desarrollar una política determinada. Puede orientar, puede establecer unas pautas, pero no puede ser otro que el Ministerio de Sanidad y las propias comunidades autónomas competentes en esta materia, y convenientemente coordinadas a través del Consejo o a través de otras vías, las que realicen esta política.

Por otra parte, la referencia a que el Gobierno desarrolle a través del Consejo Interterritorial podría limitar el alcance de nuestras propuestas, que creo que han de llegar también a otros ministerios que no tienen por qué estar vinculados de alguna manera al funcionamiento ordinario del Consejo Interterritorial de Salud. Por eso defendemos el mantenimiento del texto inicial en la introducción del apartado 1, en el que precisamos que la política ha de ser de todo el Gobierno, de todos los sectores implicados, y que limitarla al ámbito sanitario merma las posibilidades de actuación.

Referente a los aspectos que usted nos plantea, seríamos partidarios de incorporar en el punto a), que hace mención a la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, la propuesta de creación de unidades de referencia. Entendemos que no son necesarias en todas las comunidades autónomas, hoy por hoy, y que el sistema sanitario no está en estos momentos para tener recursos ociosos cuando éstos no son estrictamente necesarios.

En cuanto al nivel de asistencia especializada, se han desarrollado diversas unidades específicas de tratamiento hospitalario para este tipo de pacientes, como son las existentes en estos momentos en el Hospital del Niño Jesús, en el Ramón y Cajal o en La Paz, de Madrid, y las que existen en los hospitales de Barcelona. Consideramos que es oportuno que allí donde sea necesario —y conozco algunos ca-

sos donde sí lo es— se creen estas unidades específicas, pero no en todas las comunidades autónomas si no es una exigencia de la propia problemática. (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Perdona, señor Burgos, un momento.

Ruego a SS. SS. un poco de silencio porque las taquígrafas tienen dificultades de audición.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Por tanto, nuestra propuesta sería que el punto a) quedara de la siguiente manera: «coordinación de los profesionales en los diferentes niveles de atención primaria, centros de salud y hospitales, y creación de unidades de referencia en los mismos», sin hacer ninguna valoración sobre el número, porque entendemos que no es necesario.

El punto b), que hace referencia al desarrollo de programas de educación sanitaria, lo residenciamos fundamentalmente en el tratamiento de los enfermos y familiares de los mismos, porque entendíamos que el aspecto que ustedes contemplan de la educación escolar ya está contenido en la actuación de la Administración, que, por ejemplo, ha firmado un protocolo de intenciones de colaboración suscrito entre el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio del Interior el pasado 19 de noviembre de 1996, donde se recogen los proyectos a desarrollar e incluyen actividades relacionadas con la alimentación y la nutrición saludables, y ahí se contemplan los aspectos de la anorexia, de la bulimia, pero también de la obesidad y de la estética corporal, que deben ejecutarse de forma coordinada entre todas las administraciones con competencias en el área sanitaria y educativa. Por tanto, ya se están tomando medidas en este sentido. Pero no tenemos preocupación al respecto. Si S. S. cree que completa el texto la apelación al desarrollo de políticas de educación sanitaria en la población escolar, estamos dispuestos a que eso se contemple en el texto de la proposición no de ley.

Respecto al apartado c), al que también ha hecho referencia, seríamos partidarios de aprobar la aportación que hace el Partido Socialista en el sentido de que la restricción de la publicidad se haga extensiva a aquellas terapéuticas no estrictamente medicamentosas que puedan tener efecto sobre la salud de los ciudadanos. Creo que se está haciendo (precisamente he citado en Real Decreto 1907/1996), pero pese a ello tampoco tenemos ninguna posición negativa, *a priori*, respecto a que eso se contemple en la proposición no de ley.

Sobre el resto, entiendo que no mejora el texto que hemos presentado y no somos partidarios en exceso de las campañas periódicas. La actuación de la Administración debe ser una actuación permanente. Pienso que ya ha pasado el tiempo de las campañas que más que sanitarias eran propagandísticas, y que lejos de estimular pautas de comportamiento y de salud naturales y saludables, al final se convertían en otro tipo de instrumentos que no generaban respuestas positivas. Por eso el término de «campañas periódicas» en relación con temas de salud, no es un término que entienda admisible ni beneficioso para el objetivo que pretendemos.

En cuanto a la enmienda de adición sobre el punto tercero, mi grupo se muestra favorable a que el Gobierno remita, en el plazo de seis meses, aquellas medidas que haya puesto en marcha tras la aprobación de esta proposición no de ley, precisamente porque creemos que este tema no debe quedar en una mera declaración de intenciones y porque conocemos la posición del Gobierno, y especialmente de los Ministerios de Sanidad y de Educación, que están absolutamente concienciados con esta problemática y están poniendo en marcha iniciativas, que sin duda, tras la aprobación —esperemos— de esta proposición no de ley, se van a sentir todavía más estimulados para ponerlas en marcha.

Lo único que no nos gustaría incorporar es la nueva referencia que se hace al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Creo que deben ser medidas a desarrollar por el Gobierno, en su conjunto, en coordinación con las comunidades autónomas, no limitándolo a la actuación del Ministerio de Sanidad. Aunque ésta sea la Comisión de Sanidad y Consumo, tenemos la posibilidad de instar al resto de ministerios afectados.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, tiene la palabra.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Agradezco, en nombre del Grupo Socialista, la disposición del Grupo Parlamentario Popular respecto a nuestras enmiendas.

Quería insistir sobre el apartado a), del punto 1, porque en esta enmienda fundamental lo que introducimos como algo relevante, y a lo que el proponente no ha hecho mención, es la elaboración de un protocolo de actuación frente a este tipo de trastornos. Creemos que es muy importante que se elabore este protocolo. Incluso para obviar el tema de las unidades de referencia, etcétera, propondríamos que el punto a) quedara como está en la proposición no de ley con el añadido final: «y la elaboración de un protocolo de actuación frente a este tipo de trastornos». Si el Grupo Parlamentario Popular lo acepta, estamos de acuerdo con el resto de lo que ha manifestado el señor Burgos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: El Grupo Parlamentario Popular lo acepta, aunque con la matización de que es muy complicado, al día de hoy, establecer un protocolo de actuación terapéutica sobre este tipo de trastornos. Desgraciadamente —ya he hecho referencia antes—, no existe un tratamiento específico ni una fórmula de acometer esta problemática con evidencia científica de mejores resultados y, por tanto, el abordaje tiene un margen de discrecionalidad que es precisamente lo que exige un enfoque pluridisciplinar y desde los diferentes niveles de atención en plena coordinación.

En todo caso, la referencia al protocolo tampoco creo que desvirtúe el planteamiento en absoluto, aunque entendemos que ese protocolo no puede ser estrictamente de atención sanitaria, tal y como lo conocemos con respecto a

otro tipo de patologías o enfermedades, sino que debe ser una fórmula magistral para enfocar el problema basada en la coordinación de los niveles y en la formación de los profesionales.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Intervengo para fijar la posición de mi grupo parlamentario sobre un tema que es pertinente y adecuado en su planteamiento, y entiendo que en los enfoques que, a la luz del debate entre los grupos parlamentarios popular y socialista, se abordan en esta proposición no de ley.

Quería manifestar si esas precauciones del señor Burgos acerca del Consejo Interterritorial se refieren exclusivamente al ámbito de esta proposición no de ley o alcanzan dimensiones políticas muy amplias, ya que llama la atención. No obstante, de lo que se trata es del ejercicio de sus competencias por parte del Ministerio de Sanidad, reconociendo y articulando también las competencias de las diferentes comunidades autónomas, que me parece que en cualquier caso quedan reflejadas en el preámbulo.

Me alegro de que el establecimiento de un protocolo haya sido aceptado por parte del Grupo Popular. Evidentemente, un protocolo, en la inmensa mayoría de los problemas de salud, no es una especie de receta o de consigna cerrada, sino un criterio de abordaje de un problema que afecta a multitud de aspectos del desarrollo integral de la persona.

Querría insistir en la participación necesaria, que creo que se deduce de la exposición de motivos, de los profesionales de la salud mental en la elaboración del protocolo. Más allá de los aspectos estéticos o culturales derivados de la publicidad, pienso que, en definitiva, si una determinada moda se transforma en un problema de salud ello se debe al tipo de metabolización subjetiva individual que se hace por cada una de las personas y que, por tanto, ese abordaje, desde el punto de vista de la salud mental, es fundamental para un adecuado tratamiento en el sentido integral, no de terapéutica, del problema.

Dada la edad de riesgo de estos problemas, tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia, la participación en general del sistema educativo, tanto de enseñantes como de padres de alumnos, supone un colectivo vital a la hora de la realización de programas de educación para la salud. Teniendo en cuenta, y en esto coincido con el Grupo Popular, que las campañas sanitarias, sobre todo en un marco de publicidad tan apabullante como en el que estamos, no gozan de demasiada eficacia, son mucho más importantes las actuaciones constantes, permanentes, por parte de los servicios de salud.

No obstante, señor Burgos, no quiero dejar de aprovechar esta ocasión para manifestar mi preocupación porque esas actividades de educación para la salud (que son vitales en el sistema sanitario y que su desarrollo se atribuye fundamentalmente al nivel de la atención primaria), desde la introducción de la cartera de servicios y el estableci-

miento de criterios de diferente baremación, que en la práctica permiten excluir determinadas actividades sanitarias, en esa atención primaria están cayendo en picado. Ése es un problema real que está ocurriendo en el conjunto del sistema sanitario y que debería ser motivo de preocupación y de introducción de las medidas correctoras correspondientes.

Por parte de mi grupo parlamentario nada más que manifestar nuestro voto positivo al resultado de las transacciones establecidas entre el Grupo Socialista y el Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Convergencia i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA IBEN**: Brevemente, porque a estas alturas por parte de mis anteriores compañeros ha quedado bastante claro cuál es el problema que se trata de resolver. Parece que hay en esta Comisión consenso en cuanto a la influencia que en este momento tienen en la sociedad las enfermedades de los trastornos alimentarios y la importancia que tiene que se regulen de alguna manera todos los procesos de excesiva publicidad y de falta de educación, que están atacando de manera muy especial a las jovencitas o preadolescentes, porque cada vez es inferior la edad en que se detecta este tipo de enfermedad.

Nuestro grupo comparte —reitero— la exposición de motivos de la proposición no de ley que hace el Grupo Popular. También estaría de acuerdo en algunas de las enmiendas que propone el Grupo Socialista si se hace la transaccional.

En cuanto al punto 1, preferimos la exposición que hace el Grupo Popular, ya que da más relieve a la importancia de la coordinación del Gobierno con las comunidades autónomas. Estamos de acuerdo en la elaboración de este protocolo tal como expresaba el señor Corominas, si bien pensamos, como decía el señor Burgos, que es difícil establecer un perfil de este tipo de enfermedad porque cada caso es muy peculiar. En algunos, el aspecto psicológico prima quizá sobre cualquier otro. Y pensamos, en todo caso, que es muy importante estimular desde la escuela una concienciación de lo que quiere decir estar bien alimentado y rehusar los modelos estereotipados de que para ser guapo y bonito hay que medir 1,80 y pesar 50 ó 60 kilos; hay que aprender desde muy pequeños que cada persona, de acuerdo con su constitución, tiene unas determinadas características y que lo importante, más que un kilo arriba o abajo de la báscula, es que la persona esté sana y convenientemente bien alimentada. Esto tiene que impartirse ya en la escuela. Hay que romper estereotipos para que nuestros muchachos y muchachas estén convenientemente educados.

Respecto a la restricción de la publicidad, pensamos que éste es un aspecto que tendría que ser tratado ampliamente porque hay maneras muy sutiles de ir inculcando en nuestros jóvenes determinados modelos, no ya tan sólo con la publicidad directa de determinados pseudomedicamentos que hacen milagros y que prometen adelgazamien-

tos espectaculares en 15 días o en una semana, sino fomentando continuamente, sobre todo a través de los medios de comunicación, estereotipos o modelos de persona. Pensamos que es una publicidad subliminal, peligrosa y engañosa, que de ninguna manera ayuda al crecimiento completo y sano de nuestros jóvenes.

Anuncio nuestro voto favorable a la transaccional que aquí se ha discutido.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra la señora Aguirre.

La señora **AGUIRRE URIBE**: Voy a fijar la posición de nuestro grupo con relación a esta proposición no de ley. Anuncio el voto favorable al texto del grupo proponente, con las enmiendas que al parecer van a ser aceptadas y que han sido presentadas por el Grupo Socialista.

Quiero agradecer al Grupo Socialista que del punto a) haya retirado la creación de unidades de referencia, porque nosotros habíamos entendido que todos los problemas que se plantean alrededor de esta cuestión que estamos tratando no son homogéneos, suelen tener asociadas diferentes patologías. Además, los enfermos tienen diferentes edades: unos son jóvenes y otros son más mayores, y precisamente por eso nuestro grupo apoya el tratamiento de estas patologías desde el abordaje multidisciplinar o multi-departamental.

Repito el voto favorable de nuestro grupo a la proposición con las enmiendas incorporadas.

El señor **PRESIDENTE**: Con permiso de los miembros de la Comisión, vamos a hacer un receso de unos minutos para redactar definitivamente las enmiendas planteadas por los distintos grupos que han intervenido.

Se suspende la sesión.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la sesión.

Vamos a proceder a la votación de las cuatro proposiciones no de ley debatidas a lo largo de la mañana.

En primer lugar, sometemos a votación la proposición no de ley sobre comercialización de la soja transgénica, presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, tres; en contra, 15; abstenciones, 13.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

A continuación, procedemos a la votación de la proposición no de ley sobre medidas para la creación de la etiqueta «producto no transgénico» para los productores y distribuidores que quieran acogerse a ella, también presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, seis; en contra, 18; abstenciones, 13.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Seguidamente pasamos a efectuar la votación a la proposición no de ley sobre reconocimiento de la foniatría como especialidad médica, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista.

Previamente, tiene la palabra el señor Corominas para la lectura de la enmienda en los términos en que finalmente se ha aceptado.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Después de las intervenciones de los distintos grupos, recogiendo lo que se ha señalado en la discusión, el texto que se somete a votación sería el siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que, a la mayor brevedad, adopte las medidas necesarias para desarrollar la troncalidad y áreas de capacitación específicas de las distintas especialidades médicas tras estudio e informe del Comité de áreas de capacitación específica del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y con el visto bueno del Consejo interterritorial. Asimismo, que se reconozca como área de capacitación específica la foniatría con vistas a establecer de forma oficial un programa de formación en base a un modelo docente y competencial.

Éste sería el texto transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Sometemos a votación dicha proposición no de ley en los términos de la enmienda que acaba de leer el señor Corominas.

Efectuada la votación, dijo:

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Pasamos a la votación de la proposición no de ley sobre medidas para afrontar la creciente problemática referente a los enfermos con trastornos alimentarios.

Dado que se han presentado enmiendas, ruego al señor Letrado que proceda a la lectura de los términos en los que queda, después de los debates a que se ha sometido la proposición no de ley.

El señor **LETRADO**: La votación de la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular va a ser sobre el siguiente texto: En el punto 1, las modificaciones serán: En el apartado a), detrás de «hospitales», se añadiría «y la elaboración de un protocolo de actuación terapéutica sobre este tipo de trastornos». En el punto b), en la primera línea, tras «educación sanitaria en», se añadiría «el ámbito escolar y en colaboración con las asociaciones de autoayuda». En el apartado c), se añadiría en la segunda línea, detrás de «medicamentos» «y terapéuticas».

El punto 2 quedaría en los términos de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular y el punto 3 sometido a votación sería la enmienda de adición presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, suprimiendo las palabras previamente coordinadas en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Sometemos a votación dicha proposición no de ley en los términos que acaba de leer el señor Letrado.

Efectuada la votación, dijo:

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado por unanimidad.

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (Insalud) (Matesanz Acedos), PARA INFORMAR DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000402.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, pasamos al segundo punto del orden del día, que es la comparecencia del Director General de Asistencia Primaria y Especializada del Instituto Nacional de la Salud ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar de la evolución de las listas de espera.

Damos la bienvenida a don Rafael Matesanz, Director General de Asistencia Primaria y Especializada, a quien deseamos una grata estancia con nosotros en esta su primera comparecencia.

Cuando quiera, señor Matesanz, tiene la palabra.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (Matesanz Acedos)**: Muchas gracias, señor Presidente, por su bienvenida.

Señor Presidente, señoras y señores Diputados, agradezco al Grupo Parlamentario Socialista su petición de comparecencia para hablar en general de la situación de las listas de espera, petición que fue realizada en el mes de noviembre, pero que, al no haberse podido celebrar hasta hoy, me va a permitir informarles de una manera muy completa de los resultados obtenidos en el plan de reducción de la demora quirúrgica que, como ustedes bien conocen, fue uno de los primeros objetivos establecidos por el titular del departamento, nada más asumir la responsabilidad del mismo, para pasar, posteriormente, a referir la situación y acciones emprendidas sobre la demora en primera consultas y exploraciones diagnósticas, si así procede.

A pesar de que, en un primer análisis sobre la situación de las listas de espera, quedaron patentes la existencia de importantes deficiencias en el sistema de información, los datos recabados, aún con la reserva lógica al constatar este hecho, junto al convencimiento de que el ciudadano tiene que tener la máxima accesibilidad a los servicios sanitarios, nos llevaron a plantearnos el abordaje de un plan que permitiera a corto plazo conseguir unos tiempos de espera dentro de unas coordenadas razonables.

Se ha hablado mucho de las listas de espera, intentando explicar su existencia; se ha dicho que es algo consustan-

cial a los sistemas sanitarios, que los procesos no agudos incluidos en las mismas no pongan en peligro la salud de quienes los padecen, que surgen por la inadecuación entre oferta y demanda, etcétera. Y todo ello, señorías, evidentemente es cierto.

Es verdad que las listas de espera son un problema crónico de todos aquellos países con un modelo integrado de salud como es el nuestro; también es verdad que, en una clasificación de procesos en cuanto a su complejidad y gravedad, los incluidos en las listas de espera de larga evolución ocupan los lugares más bajos de la misma; es cierto que la demanda y la oferta no han evolucionado de forma paralela, pero hay también otras realidades que deben ser tenidas en cuenta. Por ejemplo, y para mí esto es lo fundamental, que detrás de los números hay personas que, aunque pueden entender que su proceso no es crítico, no entienden que pasen los meses e incluso los años sin que se les atienda.

Es conveniente recordar asimismo que los que estamos en el sector sanitario sabemos que determinadas dolencias no pueden evolucionar negativamente, porque el saber científico así lo avala. Pero los ciudadanos realmente no tienen por qué saberlo, no necesariamente, y, aunque así sea, cualquier patología lleva incorporada, además de la cohorte de síntomas específicos, una dosis de angustia, de inseguridad y de intranquilidad que sólo desaparece cuando ha finalizado el proceso. Quizá por esas causas los tiempos de demora son uno de los más importantes motivos de insatisfacción de los ciudadanos, porque en definitiva lo sienten como una barrera que entorpece el acceso.

Precisamente, para borrar esa sensación de inseguridad, esa causa de queja permanente para incrementar la confianza y la accesibilidad al sistema, consideramos imprescindible incidir de una manera inmediata en este problema, intentando, como decía al principio que los tiempos de espera se adecuen a lo razonable; no que desaparezcan las listas de espera porque esto es obviamente imposible, pero sí que los tiempos se adecuen a una cifras razonables, estableciendo unas medidas a corto plazo que se enmarquen dentro de un plan más amplio de actuaciones permanentes.

¿Cuál es la situación de las listas de espera en mayo de 1996? De acuerdo con los datos que figuraban en el sistema central de información del Insalud, a 31 de marzo del pasado año había un total de 168.628 pacientes esperando una intervención quirúrgica; de ellos, 117.146 llevaban menos de seis meses esperando a ser intervenidos; 29.594, entre seis meses y un año; 16.430, de uno a dos años, y 5.095, por encima de los dos, existiendo enfermos que llevaban esperando una operación hasta tres y cuatro años.

De acuerdo con esta información, la demora media se situaba en 210 días y un total de 21.525 enfermos ya entonces estaban esperando más de un año, a los que lógicamente habría que ir añadiendo aquellos que cada día fueran pasando de la barrera de los doce meses.

Al intentar comprobar estos datos, quedó en evidencia que el sistema de información adolecía de importantes deficiencias. La información es un producto que debe estar elaborado, que debe servir de instrumento para la toma de

decisiones y no ser una mera recopilación de datos que ni siquiera permite la constatación real de los hechos.

Describía el ministro en su primera comparecencia ante esta Comisión, entre las deficiencias encontradas relativas a los sistemas de información, la falta de confrontación entre los datos del emisor y del receptor y la falta de concreción de los procesos y procedimientos del tratamiento de los datos recogidos.

Una de las actividades donde más evidentemente se percibió esta situación fue al tratar monográficamente el tema de las listas de espera. Para paliarla, lo primero que se hizo fue revisar los sistemas de gestión y control de lista de espera en los hospitales, creando una oficina, de la que se hablará más adelante, donde quedaron centralizadas todas las actividades de detección real de los tiempos de demora y la implantación y seguimiento del plan.

Una vez realizadas las primeras verificaciones de la oficina centralizada de gestión de lista de espera (estoy hablando del mes de junio del año 1996), se constató que el número de enfermos con fecha de entrada anterior al 31 de diciembre de 1995 y que, por tanto, a 31 de diciembre de 1996 haría más de doce meses que estaban esperando la intervención, era de 53.822.

Conociendo ya de manera más exacta los datos, y al margen de consideraciones posteriores para determinar los tiempos máximos por proceso, entendimos que en ningún caso se justificaba una espera superior a un año, por lo que el objetivo del plan de choque fue conseguir que a 31 de diciembre de 1996 no hubiera ningún paciente pendiente de una intervención quirúrgica indicada por el facultativo antes del 31 de diciembre del año anterior. Además, se planteó reducir la demora media de 210 a 120 días, esto, es, de siete a cuatro meses.

¿Cuáles fueron las medidas del plan? La implantación del plan requería, en primer lugar, una serie de actuaciones tendentes a mejorar la gestión de las listas de espera, para lo cual resultaba imprescindible protocolizar el procedimiento de clasificación del registro de entrada y salida de pacientes, así como la implantación de un circuito de información homogénea y permanente y un control de las distintas actuaciones que permitiera evaluar la situación y corregir las desviaciones.

Aparte de eso, se instauraron una serie de medidas organizativas, que en síntesis fueron una actualización de las listas de espera, mediante la verificación de las listas en todos los hospitales, realizadas a través de los servicios de admisión, utilizando unos criterios homogéneos, para lo cual se cursaron instrucciones concretas y detalladas para evitar distintas interpretaciones que pudieran inducir a error.

Fue precisamente en este punto cuando tuvimos constancia de que los datos reales no coincidían con los existentes a 31 de marzo, y ello es verdad, tanto por lo que se refiere a enfermos no registrados inicialmente en los sistemas de información, como a otros que, estando recogidos en los mismos, sin embargo, no eran susceptibles de ser intervenidos, o ya lo habían sido, o simplemente rehusaban ser operados por diversos motivos.

A través de una encuesta realizada a todos los hospitales para identificar el proceso utilizado en cada uno de

ellos y los distintos pasos que siguen las listas de espera, pudimos comprobar la confusión existente en el conjunto de los centros, que iba desde errores en el concepto de inclusión hasta ausencia y depuración de los listados o incluso el desconocimiento de los responsables de las auténticas listas.

Para evitar que esta situación se pudiera reproducir en el futuro, se unificaron los criterios para la gestión de lista de espera en todos y cada uno de los pasos del proceso en su conjunto.

Medidas operativas. Establecidas ya las premisas conceptuales y de funcionamiento, pasaré a referir aquellas otras medidas que podemos llamar operativas y los resultados conseguidos con ellas. Estas medidas se establecieron con un orden de priorización y relación escalonada entre ellas, de manera que para pasar de una a otra había que cumplir los requisitos de la anterior.

La primera y fundamental fue el incremento de la producción en hospitales propios. El incremento de la producción quirúrgica en nuestros centros se consideró básica y fundamental, por cuanto su cumplimiento era requisito imprescindible para poder aplicar cualquiera de las medidas posteriores. Se revisaron pormenorizadamente los rendimientos quirúrgicos de cada hospital en horario de mañana, exigiéndose un cumplimiento global de al menos el 75 por ciento. Conviene reseñar que en los alrededores de los meses de mayo o junio de 1996 el rendimiento medio de los quirófanos en los hospitales del Insalud, en horario de mañana, se situaba en torno al 65 por ciento.

A continuación, citaré la actividad en los hospitales de apoyo. Como saben SS. SS., en el Insalud funcionan algunos hospitales que no tienen asignada una población específica, aunque su dotación de recursos humanos, infraestructura y medios técnicos los acredita para realizar actividades quirúrgicas. Son: el Hospital de Santa Cristina, la Cruz Roja, Virgen de la Torre y el Hospital del Instituto Carlos III, de Madrid. Sin ser ninguno de ellos referencia en ningún área, fueron considerados como hospitales de apoyo, para realizar intervenciones de determinados procesos quirúrgicos, contribuyendo de esta forma a desahogar los tiempos de demora de otros centros.

En tercer lugar, la autoconcertación regulada. Se incorporó esta fórmula para poder utilizar los quirófanos de los hospitales propios en horas distintas de los de la jornada habitual, puesto que consideramos más lógico disponer de aquellos recursos propios inactivos a ciertas horas que buscar una solución más costosa fuera del Insalud. Conocedores de experiencias anteriores, y para evitar los llamados incentivos perversos, su implantación sólo se autorizaría en el caso de que los recursos quirúrgicos del centro hubieran sido convenientemente utilizados en la jornada ordinaria, con ese 75 por ciento que les decía anteriormente.

La concertación con centros privados solamente se llevó a cabo en aquellos casos en que la lista de espera no pudo acometerse en toda su extensión con las acciones precedentes. Las actuaciones de concertación se orientaban en dos sentidos: por un lado, había que revisar los conciertos por procesos planificados durante el primer trimestre del año, para que fueran dirigidos fundamentalmente a

aquellos pacientes que estaban más de un año en lista de espera; y, por otro, contar con aquel número de procesos que, no pudiendo ser abordados con las anteriores medidas, debían ser intervenidos antes del 31 de diciembre, para alcanzar el objetivo global.

Para hacer un seguimiento permanente de la información, sobre todo del proceso del plan de choque, se constituyó formalmente la oficina centralizada de la lista de espera convenientemente dotada de personal y recursos informáticos, en la que se ha ido recopilando toda la información de la demora quirúrgica por procesos y cuya función principal ha sido evaluar, de forma pormenorizada y con periodicidad quincenal los resultados de las medidas aplicadas.

Los resultados obtenidos, en líneas generales, son los siguientes: Dije al principio que las actuaciones se centraban sobre los 53.822 procesos, que, insisto, eran los que a lo largo del año entrarían a llevar más de un año en lista de espera, es decir, todos aquellos ingresados en lista antes del 31 de diciembre de 1995. Pues bien, de este objetivo diana de pacientes, al finalizar el año quedaban pendientes de intervenir tan sólo 2.624, lo que supone un porcentaje de cumplimiento del plan de un 95,1 por ciento. Estos pacientes se concentraban en cuatro comunidades autónomas: Castilla y León, 418; 422, en Extremadura; 93, en Castilla-La Mancha y los 1.691 restantes, en Madrid.

En relación con estos datos, cabe señalar que, si bien el 64,4 de estos pacientes era de Madrid, en esta Comunidad también ha sido intervenido un número considerable de pacientes derivados de otras comunidades autónomas, como consecuencia de una mejor adecuación oferta-demanda. Es decir que, mientras en los hospitales de Madrid existía más disponibilidad de recursos para ciertas patologías con respecto a las provincias de origen, en otras la oferta resultaba insuficiente por ser la demanda muy importante.

Las razones por las que no se ha podido alcanzar al 100 por cien el objetivo las atribuimos, por un lado, y como ya he apuntado, a una desproporción entre oferta y demanda en determinadas patologías, como es el caso de las prótesis de rodilla y cadera, unida a la relativamente escasa oferta pública y privada de determinadas cirugías muy especializadas. También el retraso en la configuración de nuevos equipos directivos ha pesado en este resultado, puesto que en algunos centros esta causa retrasó el inicio del plan.

Es importante resaltar dentro del resultado final que la demora media global se ha reducido, pasando de los 210 días iniciales a 135 al finalizar el mismo, cerca del objetivo, que eran 120 días.

Cerraré este balance haciendo referencia al coste total del plan, que ha sido de 3.075 millones de pesetas, de los cuales 1.266 se han dedicado a los hospitales propios, tanto para autoconcertación como a capítulo II (les recuerdo el importante volumen de prótesis de cadera y rodilla que se han intervenido), y los 1.709 restantes a los procesos concertados.

¿En qué proporción se han aplicado las distintas medidas? Es lógico pensar que siendo la base y llave de los demás procesos el incremento de los rendimientos de quiró-

fanos en horario de mañana, haya sido ésta precisamente la que más ha incidido sobre el resultado final. Gracias a este aumento del rendimiento, se han operado en nuestros quirófanos, por nuestros profesionales, en su jornada habitual, 23.286 pacientes, lo que representa el 58,1 por ciento del volumen global del plan de choque. Lógicamente, este aumento de actividad no se ha centrado exclusivamente en estos procesos, ya que el aumento total en números absolutos ha sido de alrededor de 73.000 intervenciones en el conjunto de los hospitales del Insalud más que el año anterior, con un incremento de cirugía programada del 17,4 por ciento y de cirugía mayor ambulatoria del 40,2 por ciento, en relación con el año 1995, que, en todo caso, fue un año no excesivamente corriente por el período de conflictividad, que disminuyó de forma significativa la actividad en los hospitales.

Con respecto a los hospitales de apoyo, los resultados, dada la escasa capacidad de recursos que ofrecían, han sido menos relevantes, habiéndose intervenido en estos centros 3.335 pacientes, es decir, un 8,3 por ciento del total de los operados.

En relación a la llamada autoconcertación en horario de tarde, se han intervenido únicamente 6.188 enfermos, lo que representa el 15,4 por ciento del total, aplicándose esta fórmula sólo en aquellos hospitales en los que se había alcanzado un rendimiento quirúrgico óptimo en horario de mañana. A través de la fórmula conciertos, y siempre con carácter complementario, como les decía anteriormente, se ha realizado un 18,1 por ciento del total, lo que en números absolutos ha supuesto 7.273 enfermos. Ello indica que, de todo el plan de choque, más de un 80 por ciento se ha hecho con medios propios y alrededor del 18 con medios concertados, hasta un 21,7 por ciento de los enfermos, 11.016, para ser exactos, finalmente no necesitaron ser intervenidos, bien por haberlo sido ya por urgencias o en otro centro, por rehusar la intervención, como decía antes, o por haberse modificado las circunstancias de su inclusión en lista de espera. Durante el desarrollo del plan se ha detectado un número significativo de bolsas de pacientes pendientes de intervención en todos los tramos de la lista de espera, que no figuraban en el recuento inicial hecho en el mes de abril. En concreto, en esta situación se ha detectado un total de 24.122 enfermos. Ello explica la aparente paradoja de que, a pesar de haberse realizado 73.000 intervenciones quirúrgicas más que en 1995, la lista de espera total se sitúa, a 1 de enero de 1997, en 165.735, como consecuencia de esa entrada irregular y gradual de procedimientos pendientes. Concretamente, las entradas realizadas durante 1996 han sobrepasado en más de 50.000 las registradas en 1995, con lo que, si descontamos este excedente descubierto, la disminución de la lista de espera en relación con sus cifras máximas a lo largo del año se sitúa en alrededor de un 11 por ciento.

Actuaciones previstas para 1997. Decía al principio que, al margen de otras acciones posteriores que fueran conformando la política de actuación frente a la lista de espera, consideramos imprescindible abordar a corto plazo la solución de los tiempos de demora de más de un año. Por ello, el plan de choque, como objetivo a corto plazo, es-

tuvo integrado por medidas coyunturales basadas fundamentalmente en incrementar la producción, dada la premura con que tuvieron que tomarse estas decisiones. Lógicamente, dicho plan era la primera de una serie de medidas, ya que el objetivo de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos reduciendo los tiempos de demora va a seguir siendo un objetivo prioritario y permanente para el Insalud. Para ello está previsto que, además de mantener e incrementar la actividad, se adopten medidas estructurales que corrijan en su origen las desviaciones de la demanda sobre la oferta. También se mantiene la intención, ya iniciada con el plan, de seguir rebajando el tiempo máximo de espera para los procesos quirúrgicos, no teniendo ningún paciente con una demora superior a nueve meses, es decir, bajar tres meses el tiempo máximo y situar la demora media en 90 días.

Dentro de los objetivos planteados para este año en relación a la lista de espera quirúrgica, se han establecido tres tipos de actuaciones: unas, directamente relacionadas con la actividad, otras, con aspectos cualitativos de criterio y, por último, se ha diseñado un programa de garantías sobre la demora máxima. Con intención de seguir avanzando en la línea iniciada y en relación con la actividad, se han planteado las siguientes actuaciones: en primer lugar, alcanzar un rendimiento medio quirúrgico mantenido de al menos un 78 por ciento en horario de mañana, con lo que se incrementaría en unas 44.500 intervenciones quirúrgicas, lo que supone un 7 por ciento más de actividad este año frente a 1996. Como digo, son los objetivos del Insalud incluidos en el contrato-programa para el año 1997. Hay una decidida tendencia a potenciar los productos alternativos a la hospitalización convencional, incrementando el número de procesos de cirugía ambulatoria en un 15 por ciento más que el año anterior. Se plantea igualmente la utilización progresiva de los quirófanos en horario de tarde. Esta medida se relaciona directamente con la modificación de algunas condiciones del concepto atención continuada, ya que en estos momentos se está realizando un estudio, que ya está bastante avanzado, que permita liberar a aquellos facultativos mayores de 55 años de la obligatoriedad de realizar guardias, pudiéndose establecer como alternativa la actividad programada en jornada de tarde en muchos hospitales. La realización de cirugía menor en centros de atención primaria en estos momentos está ya pactada con más de 130 equipos de atención primaria del área Insalud para este año y entendemos que ello contribuirá progresivamente a descongestionar los quirófanos hospitalarios.

Sobre los aspectos cualitativos, también se pretende, en primer lugar, establecer tiempos máximos de demora en los procesos más frecuentes. Es lógico pensar que en ningún caso la determinación de dichos tiempos va a ser establecida por los responsables sanitarios, sino que son los expertos en cada una de las especialidades los que van a definir dichos plazos en función de criterios puramente clínicos. Se está trabajando, se ha trabajado ya, con las sociedades científicas correspondientes, fijando plazos máximos en procesos más frecuentes, como cataratas, coelitis, hiperplasia prostática, mioma uterino y osteoartritis.

Con ello se pretende valorar el impacto de la espera en cada uno de estos procesos, por lo que, una vez establecido, en ningún caso debería sobrepasarse el tiempo máximo de demora prefijada. También en estas reuniones con las sociedades científicas correspondientes se está trabajando para fijar los criterios de indicación de inclusión en lista de espera, en estos momentos realmente variables de comunidad a comunidad y de hospital en hospital. Los procesos elegidos corresponden también a los más frecuentes, como cataratas, prótesis de cadera y rodilla, amígdalas y adenoides. De igual manera, la generalización de consultas de segunda opinión en los centros entendemos que tiene que contribuir, de hecho ya ha contribuido, de una forma significativa a racionalizar las indicaciones y a hacerlas más homogéneas.

Por último, en estos momentos se está diseñando un programa de garantía sobre la demora quirúrgica, en la que se pretende ofrecer una solución al paciente que supere un tiempo máximo prefijado. Está previsto que dicho programa de garantía en la demora máxima se inicie en los próximos meses de forma piloto en dos comunidades autónomas, que, aunque todavía no está cerrado del todo, entendemos que deben ser Madrid y Aragón, y en nueve procedimientos quirúrgicos de los más frecuentes, para, posteriormente, y una vez valorada la experiencia, extender este proceso de forma generalizada al Insalud durante 1998. La metodología planteada incluye la obligatoriedad de ofertar la intervención indicada primero en el propio hospital donde la han previsto y, si ello no fuera posible en el tiempo marcado, la dirección provincial correspondiente ofrecería la posibilidad de que fuera realizada en otro hospital público, lo más próximo posible al domicilio del paciente, y sólo en el caso de que ello no sea factible en un centro concertado si la oferta pública resulta finalmente insuficiente. Con este programa pretendemos expresar la firme voluntad de lograr una mayor accesibilidad de los servicios al ciudadano establecida por criterios única y exclusivamente profesionales.

Además de las actuaciones concretas que incidan sobre la demora quirúrgica, consideramos imprescindible abordar el control, disminución de los tiempos de espera tanto en exploraciones diagnósticas como en consultas, si bien no me voy a extender en este tema, pues precisaría bastante tiempo adicional.

En conclusión, recapitulando sobre lo dicho anteriormente, y a modo de conclusiones finales, acabaré mi intervención con una serie de afirmaciones que resumen el porqué y el cómo de los objetivos planteados para abordar de forma efectiva los tiempos de demora de los ciudadanos para acceder a determinados servicios sanitarios. Uno de los valores esenciales de los servicios sanitarios es la equidad, los tiempos de demora menoscaban dicha equidad siempre y cuando sobrepasen determinados niveles. La accesibilidad del sistema está directamente relacionada con la seguridad que el mismo inspira a los ciudadanos. Un tiempo excesivo para ser atendido genera inseguridad y supone el mantenimiento de barreras de acceso hasta cierto punto injustificables. Que los tiempos de espera sean uno de los problemas de los sistemas sanitarios no justifica que

permanezcan como una losa, sino que debe ser un imperativo de la Administración sanitaria ceñirlos a sus justos niveles. Los tiempos de espera no siempre son debidos a una inadecuación entre oferta y demanda, sino que en ellos adquiere un papel relevante la organización, el funcionamiento y el rendimiento de la organización en su conjunto. Me gustaría señalar que es preciso despojar a las listas de espera de un carácter político-administrativo que en ocasiones se les ha dado y resituárlas en los términos asistenciales en que deben encuadrarse. Al margen de la mayor o menor participación que los profesionales tengan en la génesis de las listas de espera, está claro que la reducción de las mismas debe girar sobre ellos. Y, por fin, un escollo tan importante como los tiempos de demora no puede solucionarse con medidas coyunturales tendentes a paliar el resultado de los mismos, sino que requiere de la aplicación de medidas estructurales que eviten su aparición.

Muchas gracias, señorías, y quedo a su disposición para cualquier pregunta que quieran hacerme.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Matesanz. ¿Grupos que desean intervenir? Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Moratalla.

El señor **MORATALLA MOLINA**: En primer lugar, señor Matesanz, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, quiero darle la bienvenida a esta Comisión, en esta su nueva responsabilidad al frente de la atención primaria y de la atención especializada, la atención sanitaria en definitiva, dentro del organigrama del ministerio; agradecimiento porque desde el Grupo Socialista queremos expresar que nuestra posición es de oposición, pero de oposición serena, contundente, si es preciso, pero evidentemente siempre en la línea de nuestra actitud dentro de la propia ponencia. Se creó el marco referencial porque tras el discurso de investidura del Presidente y tras la primera comparecencia del Ministro en esta Comisión, se tildó de problema de Estado el tema sanitario, y nosotros, comprometidos con el criterio, estamos presentes en esa ponencia y, por tanto, en la misma línea que en la ponencia para debatir los temas del futuro.

Quiero también expresarle nuestro punto de vista sobre el criterio y el concepto que hoy nos traen aquí. Compartimos, señor Matesanz, el criterio de que la lista de espera es un elemento de gestión que hay que desdramatizar y despolitizar. Nosotros, desde esa responsabilidad, porque así lo pensábamos cuando teníamos otra posición, cuando éramos Gobierno, seguimos profundamente preocupados por la resolución de este problema, para el que se precisan decisiones por parte de quien tiene que tomarlas; evidentemente, también es necesaria la complicidad de los profesionales, que son un elemento fundamental en su solución y, cómo no, que también el paciente y su entorno familiar entiendan cuál es el concepto que defendemos para que también tengan comprensión y evidentemente exigencia de lo que es la solución de este problema.

Compartimos muchas cosas, señor Matesanz, desde la oposición, desde el Grupo Socialista. Compartimos también una unidad de criterio en temas de interés general, y

así se expresó en la comparecencia del señor ministro que tuvo lugar el jueves pasado, solicitada con urgencia porque entendíamos que el tema de la meningitis estaba causando una alarma social profunda y que entre todos teníamos que contribuir sobre todo a que esa alarma y esa psicosis desaparecieran. No obstante, también desde lo que es el control de los grupos de la oposición, al equipo del Gobierno solicitamos los datos que nuestra portavoz, la señora Amador, dijo que hacíamos nuestros para de esa manera tranquilizar a la población, que es el objetivo.

Igualmente compartimos, señor Matesanz, la aceptación de ese criterio por parte del Grupo Popular, mediante una enmienda transaccional, de esas nuevas formas de gestión que han perdurado durante un tiempo, lo que al final pone de manifiesto que compartimos la defensa de un sistema; compartimos los objetivos de la política sanitaria, quiero decir: consolidación de un sistema público de salud plenamente comprometido con los principios de aseguramiento único y público, cobertura universal y gratuidad en el acceso a las prestaciones para todos, modernización del sistema sanitario público y adaptación a los nuevos desafíos, generación de innovaciones, uso y aprovechamiento de nuevas tecnologías, potenciando políticas de I+D en el sector. Porque compartimos la legitimación social del sistema sobre la base de la democratización del mismo, incrementando la transparencia, el enfoque de atención personalizada y la participación social y profesional, porque compartimos la búsqueda de la eficacia organizativa y económica del sector público, incorporando criterios de flexibilidad al conjunto de la organización y desarrollando las potencialidades de gestión que ofrece un sector público moderno y orientado al servicio de los ciudadanos, y porque compartimos esa dotación de nuevos impulsos en políticas de salud pública basadas en la promoción de la salud y de la prevención, con la única finalidad de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los ciudadanos, señor Matesanz, porque compartimos esa defensa del sistema que he tratado de definir mediante esos objetivos, he escuchado con verdadera atención su exposición, porque estábamos un poco preocupados, ya que había unas informaciones contradictorias que al final pueden sembrar un poco la incertidumbre y hacer que se vuelva a la crispación de la sociedad en el sentido de que se les traslada, en lugar de un sentimiento como elemento de gestión en las listas de espera, un problema evidente.

En esa exposición que usted ha hecho qué duda cabe de que en el plan que en principio se puso en marcha hubo un reconocimiento de cifras que al 31 de marzo de 1996 eran de 168.235 pacientes; de ellos, 5.095 llevaban en espera más de dos años, 16.430 más de un año y entre seis meses y un año, 15.594. El objetivo era rebajar la demora media, como he escuchado atentamente, de 207 a 121 días, y el coste anunciado en principio fue de 2.500 millones. Como le he escuchado con verdadera atención, he tratado de esclarecer una serie de cifras que, en principio, aparecieron el 4 de enero, en las que se decía que habían sido intervenidos el 80 por ciento de esos 21.525 pacientes que llevaban más de dos años, que por tanto quedaban 3.900 sin intervenir; posteriormente, en una aparición del señor minis-

tro en los medios de comunicación se dijo que efectivamente las cifras de los que quedaban sin operar eran 2.654 pacientes, basando el éxito de las medidas en el 95 por ciento y haciendo una excepción, que eran los territorios de Badajoz, Madrid, Toledo y Valladolid.

Nosotros queremos creerle, señor Matesanz, en cuanto a las cifras que hoy nos da. Bien sabe usted —y le habla una persona que es profesional de la medicina, que ha estado toda su vida en el ámbito hospitalario— que la lista de espera, siendo un tema profundamente serio —y comparto la preocupación— es algo que también se puede relativizar desde el concepto de que, como bien conoce, también las listas de espera sufren incremento no sólo porque hay una deficiencia en la información, sino porque existen motivaciones, como pueden ser las complicaciones quirúrgicas, que hacen que los deseos de la rotación enfermo-cama no se puedan cumplir, que efectivamente las altas no se produzcan como se pensaba en principio; a veces no digo que la estancia de los enfermos se eternice, pero sí que evidentemente puede haber algún tipo de complicación en la propia tramitación del servicio quirúrgico que puede sufrir ciertos retrasos que condicionan.

También compartimos, señor Matesanz, la preocupación de que al margen de que tiene que haber unas medidas estructurales que garanticen el normal funcionamiento, se deben llevar a cabo actuaciones de tipo puntual para corregir las desviaciones de vectores, y para eso la información, evidentemente, es más que interesante, para que haya actuaciones y no se exceda en determinadas patologías creando una mayor angustia de los pacientes, que a veces no sólo esperan, sino que pueden desesperar.

No quisiéramos hacer una interpretación de que a veces en la información, que sufre distintas etapas, puede existir algún olvido, o que la interpretación se haga a costa de que en uno de esos tramos parece ser que ha habido falta de información veraz o —entre comillas— manipulación de la misma. Es cierto que si 98 gerentes de hospital tienen que dar la información que le llega a usted, señor Matesanz, y usted la pasa luego al señor Núñez y éste al señor Romay, es posible que en ese trayecto las modificaciones se deban a algunos defectos en los canales informativos para llegar, al final, a poder dar unas cifras de tipo concreto. Nosotros aceptamos los datos que nos daba, señor Matesanz, porque provienen de esa información, porque usted tiene las cifras. Sin embargo, nosotros queremos hacerle una serie de planteamientos y de cuestiones, porque si los datos se refieren a un estudio comparativo del año 1996 frente a 1995, usted mismo en su exposición ha dicho que 1995 no parece buen año para tomarlo como referencia, puesto que, como todos conocemos, hubo una circunstancia excepcional, que fue una huelga médica, que hizo que las cifras, lógicamente, se incrementaran. Por lo tanto, no parecerían datos de referencia.

Yo le quiero dar un dato que figura en la memoria del cierre del Insalud de 1994, en su página 88, en donde se dice que la demora quirúrgica a 31 de diciembre de 1994 era de 133.599 pacientes. Si se compara con el año 1993, sin mirar otros parámetros, se puede decir que la mejora de esa demora quirúrgica fue con respecto al año anterior del

8,5. Sin embargo, para una mejor clarificación de este criterio ante los ciudadanos, que, como bien compartimos con usted, ha sido un elemento de preocupación en cuanto a la gestión, no quisiéramos tener que hacer una interpretación de que las cifras que se nos dan son con referencia al 1995, pensando que de esa manera se puede presentar ante la ciudadanía una cifra que pudo ser interpretada como el éxito de una campaña. Qué duda cabe que tiene que tener su incidencia, porque así se ha programado para cumplir unos objetivos, pero, al final, como ha reconocido en su primera intervención, no se ha llegado al cien por cien de los objetivos fijados. Con esto vea usted en mis palabras, primero, que quisiéramos los datos de forma concreta y de forma uniforme no sólo para mejorar esos canales de información —para que a nivel del ministerio se tenga el conocimiento—, sino para que también nosotros, como grupo parlamentario en la oposición y haciendo uso de ese derecho que tienen los grupos representados en el Congreso de los Diputados, podamos conocer, primero, las cifras exactas y, segundo, si es posible, a tiempo real, porque he creído escucharle que es cierto que había una oficina de evaluación y que incluso los datos se actualizaban cada quince días. Yo tenía formulada una serie de preguntas al ministerio con fecha 26 de septiembre. Le rogaría que me contestara —trato de sintetizar, señor Presidente— sobre cuáles han sido los motivos para no ofrecer los datos a tiempo real, solicitud que le hice dentro de lo que es el uso del derecho de un parlamentario del grupo de la oposición. Por lo tanto, si efectivamente tenemos las listas de espera quirúrgica y la comparación no se hace de 1996 con 1995 sino, por ejemplo, con el año 1994, hemos de deducir que las listas de espera quirúrgica han aumentado, no han disminuido; que la previsión del coste de 2.500 millones de pesetas, según los datos que usted nos ha dado, parece que ha pasado a 3.075 millones de pesetas; que de esos 3.075 millones de pesetas se han utilizado 1.264 millones de pesetas en una optimización de los recursos propios de los hospitales públicos y que el resto ha sido para las concertaciones. En este sentido, señor Matesanz, si los objetivos no se han cumplido, le quiero pedir que me explique, por favor, cuáles han sido las causas, aunque alguna ha esbozado en su primera intervención; a qué ha sido debido esa desviación de 2.500 millones de pesetas a 3.075 millones de pesetas; qué criterios se siguieron para la elección de los conciertos y cuáles fueron las cantidades para cada uno de ellos. Como el objetivo a cumplir era San Silvestre de 1996, 31 de diciembre de este año, si van a continuar esos mismos criterios; si sólo son las medidas estructurales que usted nos ha dicho en su intervención; si realmente van a seguir algún plan de choque, si ese plan de choque tiene unos nuevos objetivos y en qué cantidad se cifran. Por supuesto, no sólo le pedimos que nos dé esos criterios de las listas de espera quirúrgica, sino también, si puede, que nos diera algunos datos sobre las listas de espera de consulta en el tema de atención primaria, si existieran, y en el caso de atención especializada no sólo lo referido al período que termina o culmina el 31 de diciembre, sino también que nos diera algún adelanto en lo que respecta al período comprendido entre el 1 de enero y 15 de febrero, por ejemplo,

tanto en el ámbito de las consultas externas como en las listas de espera quirúrgica. Y si, efectivamente —y con ello concluyo, señor Presidente—, uno de los motivos, que me parece que lo ha mencionado también en su intervención, ha sido el retraso de los nombramientos de los nuevos gestores, yo quisiera plantearle algunas cuestiones. ¿Ha habido incumplimiento del contrato-programa de 1996 en el Insalud? Según he creído leer de las manifestaciones del señor Núñez, ha habido un deslizamiento de 20.000 millones de pesetas. ¿Podría corresponder a ese incumplimiento? ¿Qué criterios se han seguido para el cese de gerentes? Quiero recordar —y por ahí lo he leído— que el 71 por ciento en el caso de atención especializada y el 57 por ciento en el de atención primaria han sido sustituidos. ¿Esos criterios han sido por incumplimiento del contrato-programa o ha habido otros criterios que incluso pueden haber sido políticos? ¿Qué criterios se han seguido para el nombramiento de los nuevos directores provinciales del Insalud?

En esta primera intervención —y no me quiero extender más— quiero decirle, señor Matesanz, que, efectivamente, el Grupo Socialista va a estar siempre por la racionalización del concepto listas de espera, pero queremos datos a tiempo real y que, por supuesto, no juguemos con este criterio que crea alarma también en la población porque, al final, eso sería negativo, y de ello le puedo hablar con conocimiento de causa, si no personal, sí de mi grupo, porque fuimos objeto en otros tiempos de una crítica feroz para elevar el concepto de lista de espera a la categoría de rifirrafe político.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Por mi parte también, bienvenido, señor Matesanz, y gracias por su comparecencia y por los datos que nos ha ofrecido. De la globalidad de los mismos me surge una serie de interrogantes, ante los cuales le ruego tenga la amabilidad de responder o en su caso, si fuese imposible, de facilitarnos la documentación pertinente.

Los datos que usted nos ha dado ofrecen un saldo difícil de valorar, es decir, un saldo de mejora relativa de la situación, si bien, como ha expresado el Diputado que me ha precedido en el uso de la palabra, el elemento de referencia no parecía el más adecuado, como usted mismo ha reconocido. No obstante, como usted señalaba —y le ruego me diga si estoy equivocada en los datos, porque la lectura ha sido rápida y a veces no ha sido fácil tomarlos—, deduzco que se ha producido un incremento en el número de personas en lista de espera de más de un año en 1996 sobre 1995 —he creído entender— de 50.000 personas.

En cualquier caso, usted ha señalado entre las causas de las listas de espera una falta de adecuación entre la oferta y la demanda. Yo quería señalarle algo: la demanda no es una demanda expresada directamente por los ciudadanos; en este caso, la palabra demanda quiere decir necesidades objetivadas y, por tanto, las palabras demanda y oferta

quizá pudieran ser evaluadas más rigurosamente hablando de necesidades y recursos. De todos modos, las listas de espera obedecen, entre otras causas, a una insuficiencia de los recursos en relación con las necesidades. Usted ha hablado, en cuanto a las actividades previstas para 1997, de medidas estructurales, pero no he llegado a identificar —no sé si porque no lo ha hecho o porque se me ha escapado— cuáles son esas medidas estructurales. ¿Hay algún plan, algún proyecto en marcha que sirva para incrementar los recursos propios del Sistema Nacional de Salud?

Supongo, señor Matesanz, que, como es lógico, antes de elaborar el plan de reducción de listas de espera —y así se deduce de los datos de análisis de situación que ha ofrecido—, se hizo una valoración de la situación anterior. También ha aludido usted a que el rendimiento medio anterior de los quirófanos era de un 65 por ciento. Espero que la valoración se haya hecho teniendo en cuenta la huelga médica del año 1995. En cualquier caso, señor Matesanz, usted aludía a la perversión en cuanto a la disminución del rendimiento de los quirófanos en horario de mañanas. Yo le pido que me proporcione los datos que permitan valorar una afirmación como ésta, es decir, que anteriormente se producía una disminución del rendimiento del horario de mañanas que, lógicamente, contribuía a mantener la necesidad de la autoconcertación en jornada de tarde. ¿Cuáles eran esos datos?

Evidentemente, un plan de estas características, que tiene como objetivo reducir los tiempos de demora y las listas de espera globales, introduce mecanismos de funcionamiento intensivo de los centros sanitarios, de los hospitales de apoyo y de los hospitales privados concertados. Quisiera saber si han realizado o tienen intención de realizar algún estudio sobre la calidad de la atención sanitaria prestada, medida en datos sobre mortalidad, reingresos o complicaciones, tanto en hospitales propios como en hospitales de apoyo o privados. En este plan, en lo que se refiere a la autoconcertación regulada, ¿qué oferta retributiva se realiza al personal sanitario, profesionales u otro tipo de trabajadores, para la extensión de la jornada habitual?

Usted no nos ha ofrecido datos acerca de algo que es fundamental y que podría ser objeto de otra comparecencia, porque si bien la lista de espera quirúrgica es motivo de una insatisfacción, de una presión bien definida de la población sobre el sistema sanitario, a nadie se le oculta que, desde el punto de vista sanitario, la lista de espera para consulta especializada o para exploraciones diagnósticas es mucho más grave que la propia lista de espera quirúrgica; es decir, una vez realizado el diagnóstico, el carácter de urgencia confiere la prioridad sanitaria necesaria como para que ese proceso, que pudiera tener graves complicaciones e incluso poner en riesgo la vida del paciente, sea atendido con la urgencia necesaria; no obstante, si no ha sido realizada la consulta y, por tanto, no ha sido realizado el diagnóstico, no hay mecanismo útil para poder adoptar los mecanismos de priorización necesarios para atender la urgencia como tal, y hay una lista de espera muy grave. Además, en algunas áreas sanitarias —y carezco de la información que permita dar un carácter general a esta

información—, en concreto en Madrid, la lista de espera para, por ejemplo, la realización de mamografías —y le recuerdo que el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres jóvenes y la que se está incrementando con mayor intensidad— supera los daños, con la curiosidad de que los mamógrafos existentes funcionan en horario de mañana o en horario de tarde. Probablemente, ésta sería una de las medidas más simples a tomar desde el punto de vista de la gestión de los servicios sanitarios y permitiría disminuir la lista de espera y mejorar la eficacia y la calidad de los propios recursos sanitarios.

También ha hecho usted mención a un aspecto que preocupa desde hace tiempo a mi grupo parlamentario, sobre todo cuando, por vía directa o indirecta, se establecen mecanismos económicos de incentivación de la actividad médica, como son los que están en curso, tanto por la ampliación de jornada si ésta ha de prolongarse por la tarde como por diferentes incentivaciones retributivas. Usted se ha referido con ese término a la racionalización de las indicaciones quirúrgicas. En la prensa sanitaria, y sobre todo en las revistas especializadas, no es ningún secreto que precisamente aquellas patologías más simples, en teoría de menor riesgo y más rentable desde el punto de vista económico, ofrecen variaciones que no tienen ninguna relación con problemas sanitarios en función de la incentivación económica de su realización, y usted ha aludido a algunas de ellas —seguramente son más—: las extirpaciones de amígdalas, de adenoides, de coledocitis, incluso cesáreas, etcétera. Es decir, parece urgente adoptar mecanismos de control de calidad y de control de la adecuación de las necesidades a la indicación de determinadas intervenciones quirúrgicas, en el sentido de que si la incentivación económica alcanza proporciones importantes, como las que espero que me confirme, aunque ya tengo noticias de que existen, estas indicaciones perversas —si me permite usted la palabra— de intervenciones quirúrgicas de dudosa justificación podrían incrementarse, con la doble repercusión negativa de hacer intervenciones injustificadas y, por tanto, de riesgo desde el punto de vista de la salud y de gravar económicamente el funcionamiento del sistema sanitario.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO:** Ante todo, quiero dar la bienvenida al doctor Matesanz, Director General de Asistencia Primaria Especializada, a ésta su casa, a la casa de todos los españoles, y desearle, en nombre personal y de mi grupo, éxito en su gestión, que redundará, al fin y al cabo, en beneficio de todos los españoles. Dicho esto, señorías, quisiera comenzar mi intervención agradeciéndole su comparecencia y felicitándonos por la exposición sincera y completa que nos ha hecho, referente a la realización del plan de choque tendente a reducir la demora quirúrgica.

Señorías, la Constitución española encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la

asistencia pública ante situaciones de necesidad, artículo 41, y asimismo reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos en su artículo 43. Por tanto, señorías, tanto la equidad como la universalidad en la asistencia sanitaria, en la protección de la salud de todos los españoles, tienen en la Constitución su principal garante y esta garantía se ha consolidado en su desarrollo normativo y en su aplicación en la Ley General de Sanidad. Constituye, sin embargo, un importante motivo de estudio y reflexión conocer si ante la aparición de ciertos factores que incidieron directamente sobre el grado de equidad, poniendo a prueba el mismo, estamos asistiendo a una situación que se puede considerar preocupante dentro de lo que es gestión sanitaria de nuestro Sistema Nacional de Salud. Desde nuestro punto de vista, la respuesta es que sí; que cuando un modelo de gestión, repito, es en sí mismo capaz de producir resultados no esperados ni deseados y éstos tienen la capacidad de desequilibrar el principio de equidad estamos asistiendo a una forma de gestionar cuando menos preocupante, que puede proporcionar una situación determinada. Y no de otra manera es como se la puede definir. Esta situación, la aparición de estos factores, no se ha producido por generación espontánea sino que se produjo después de un proceso evolutivo de situaciones que eran tangibles, que primero se gestaron, después permanecieron en estado larvario por poco tiempo y finalmente se han desarrollado y multiplicado.

En la aparición, repito, de una situación que atentaba contra la dignidad de la persona, que no se supo en su momento controlar, por ignorar dicha forma de gestión las principales herramientas del trabajo, se podía haber paliado, primero, y controlado después. Esos factores que hicieron tambalear el principio de equidad —y las listas de espera, señorías, tanto diagnósticas como quirúrgicas y de primera consulta son una desgraciada expresión de lo que afirmo— han sido y deben seguir siendo motivo de estudio, reflexión y valoración lo más exacta posible para que su incidencia no conduzca a situaciones no deseadas por nadie.

Señorías, sabemos que la universalización de la asistencia sanitaria es en España una afortunada realidad y también sabemos que dicho proceso se concluyó los años 80 y principio de los 90. La realidad es que la cifra de españoles no incluidos aún en el Sistema Nacional de Salud es, aproximadamente, de sólo 125.000 personas. Sabemos que durante esa etapa la cobertura del Sistema Nacional de Salud se amplió a más de dos millones de nuevos beneficiarios, pero también sabemos que el impacto que produjo este hecho importante y necesario fue, por insuficiente planificación y evaluación por parte de los administradores sanitarios, el de cierto desequilibrio en el cumplimiento del grado de equidad, pues no se consideró la necesidad de incrementar tanto los recursos humanos como materiales que dieran cobertura a esos nuevos beneficiarios. Otro de los factores que contribuyeron a la aparición y mantenimiento de las listas de espera fue la pérdida, por decisión unilateral de los responsables de la política sanitaria del momento, de un gran número de camas concertadas.

Asimismo, señorías, la política seguida en el área de recursos humanos fue otra causa que contribuyó a la aparición y mantenimiento de las listas de espera. Mientras que la población protegida crecía en progresión geométrica, la del personal sanitario ni tan siquiera lo hizo en progresión aritmética. De esta manera, la presión asistencial fue cada vez mayor, pero, además, fue un grave error no haber contado con el profesional del Sistema Nacional de Salud, no haberle implicado en la gestión sanitaria, no haberle formado en la gestión, especialmente a los jefes de servicio y de unidad hospitalarios, no haberles ilusionado en su trabajo, no haberles reconocido autoridad, ni tan siquiera moral, a esos profesionales que llevan desarrollando su actividad en puestos de responsabilidad dentro del Sistema Nacional de Salud años y años. Esto, señorías, fue apostar por el fracaso seguro, por muy válido que fuera el modelo sanitario.

Otro factor a analizar con suma atención fue la pretendida y nunca concluida reforma del nivel asistencial especializado extrahospitalario. El único resultado que se obtuvo fue, además de generar situaciones de agravio comparativo entre los profesionales del sistema, debilitar una importante línea en la acción médica especializada, contribuyendo y facilitando la aparición y el mantenimiento de las listas de espera. Podríamos también mencionar la progresiva descapitalización que sufrió la red hospitalaria de Insalud, afectando fundamentalmente a la inversión en nuevas tecnologías, como otro de esos factores.

Señorías, creo sinceramente que no hubiera sido beneficioso para nadie hablar de planes de choque conducentes a eliminar listas de espera e ignorar la mayoría de las causas que motivaron las mismas. Flaco favor le estaríamos haciendo, estoy convencido, al pueblo español y a nosotros mismos. No podemos ni debemos ignorar que el fracaso en la contención de las listas de espera, primero, y su eliminación, después, por los anteriores gobiernos se debió más a la deficiente gestión en la resolución de las causas que al modelo sanitario en sí mismo. De ahí la importancia de un diagnóstico certero de la situación para acometer con éxito el objetivo pretendido.

El actual Gobierno, señorías, se comprometió —fue uno de sus principales compromisos— a eliminar gradualmente las listas de espera y al progresivo restablecimiento del equilibrio del fiel de la balanza de la equidad. Para ello diseñó un ambicioso y al mismo tiempo realista plan de choque directamente aplicado a la lista de espera quirúrgica de más de 12 meses. El resultado de este plan no admite otra calificación que la de éxito; éxito, señorías, para los ciudadanos, para esos cincuenta y tantos mil ciudadanos que estaban esperando ser intervenidos durante más de 12 meses y que en estos momentos están prácticamente todos operados, en casa y disfrutando de una mejor calidad de vida; éxito porque ellos —los ciudadanos— son el único objeto de la política sanitaria del actual equipo ministerial; éxito de los profesionales a los que la Administración sanitaria ha querido y ha sabido implicar en la consecución de este objetivo —el aumento de la productividad quirúrgica en horario de mañana y la autoconcertación hablan por sí solos—; éxito —¿por qué no decirlo?— del ac-

tual equipo directivo del Insalud, al que felicitamos sinceramente, al tiempo que le pedimos que mantenga esa dedicación, ese esfuerzo y esas líneas estratégicas de acción que tienen como único objetivo preservar la equidad en el Sistema Nacional de Salud, dentro de la universalidad del mismo.

Ya hemos oído aquí, y nos felicitamos por ello, que este plan de choque es sólo el principio, el paso primero y necesario para la consecución de un último objetivo, cual es el reducir los tiempos de espera tanto en cirugía programada como en pruebas diagnósticas y en primeras consultas a los considerados razonables, como podrían ser no superar los 15 días para ser atendido en primera consulta programada, no superar los 15 días en la realización de una prueba diagnóstica no urgente y no superar los tres meses para someterse a una intervención quirúrgica programada. Para la consecución de ese objetivo, los responsables del Insalud han plasmado ya, para este año 1997, en los contratos-programa negociados con los gerentes de los hospitales las metas a alcanzar, los mecanismos a aplicar y las herramientas de trabajo a utilizar. A finales de 1997 se pretende que no haya nadie en territorio Insalud con un tiempo de espera media, en cirugía programada, que supere los 90 días. Estamos convencidos de este logro y con ello se habrá subido otro peldaño más en la consecución del objetivo final anteriormente citado. Sigamos corrigiéndonos y eliminando los factores adversos que viciaron el sistema sanitario; sigamos comprometiendo, ilusionando y formando a los profesionales sanitarios y tendrán recorrido el 80 por ciento del éxito en la consecución de cualquier objetivo, tanto asistencial como en el área docente e investigadora.

Termino, señor Presidente, señorías, resaltando de entre los objetivos asistenciales marcados por el equipo ministerial para el presente año el compromiso de fijar en determinadas patologías una demora máxima, a partir de la cual la dirección provincial o el servicio de admisión del hospital correspondiente estará obligado a facilitar una solución terapéutica en otro hospital público o privado. Ésta es una prueba diáfana, esclarecedora de la voluntad del equipo ministerial de dotar al Sistema Nacional de Salud de las fórmulas más adecuadas con el único objetivo de ganar en eficiencia, sin merma en la calidad, y siempre contribuyendo al sostenimiento de los principios que deben guiar y modular el ejercicio de la gestión sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Para dar contestación a las distintas intervenciones, tiene la palabra el señor Matesanz.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Matesanz Acedos): Como algunas o muchas de las cuestiones que han planteado los tres portavoces son en gran manera iguales, voy a hacer una serie de consideraciones comunes y después intentaré ir contestando de forma reglada a todos o a la mayoría de los temas que se han tratado, al menos los que son de mi estricta competencia.

En primer lugar, no puedo por menos que congratularme por el hecho de la coincidencia de los tres grupos parlamentarios con quien esto dice en dos puntos que creo fundamentales: Primero, la apuesta, por la potenciación de lo público; y, segundo, por encuadrar el tema de las listas de espera en lo que sin duda es un problema de gestión; un problema de gestión que tiene unos componentes de todo tipo, que tiene unos componentes de traducción humana importante a los enfermos, pero cuya solución tiene que venir abordada, como digo, por una gestión adecuada de los recursos.

Comenzaré con una aclaración de los datos porque entiendo que el tema es complejo y para los que no están introducidos en él desde el primer momento, alguno de los datos que se dan puede parecer contradictorio, pero no es así. Empezaré por decir que de pocos programas se ha dado más cumplida información que del plan de reducción de la demora quirúrgica. Incluso una de las críticas que se ha hecho al actual equipo del Insalud —crítica que personalmente debo admitir— es que lo hemos explicado más veces de las precisas. Todas las veces que lo hemos hecho se han dado a los medios de comunicación, y en numerosas preguntas parlamentarias que se han hecho, explicaciones más que sobradas de cuál era la situación de las listas de espera en total, por provincias o de las personas incluidas en el plan; de manera que es difícil dar una explicación más concreta que todo esto.

Voy a decir algo, porque entiendo es un dato que no siempre ha sido bien entendido y quiero que quede claro. Los datos que hemos utilizado para valorar la situación basal no se refieren en modo alguno a 1995, entre otras cosas porque sería absurdo. Como decía la señora Maestro hace un momento, lo cierto es que en sanidad va creciendo de forma constante y de año en año. Esos 50.000 ingresos más en lista de espera de que hablaba y el examen de las memorias de actividad del Insalud año tras año así lo ponen de manifiesto. La demanda siempre va por detrás de la oferta por múltiples motivos conocidos, como el envejecimiento de la población o la mejora de las tecnologías, que no voy a repetir aquí; de manera que no sería correcto hacer comparaciones elogiosas ni peyorativas con lo que ocurría en 1995, un año sazonado con la conflictividad hospitalaria a que me he referido.

Los datos basales corresponden al corte estadístico de que disponíamos en el Insalud en marzo-abril de 1996, que fue cuando un poco después se hizo cargo el nuevo equipo de gestión del Insalud, y a ellos han sido a los que nos hemos referido siempre. Voy a hablar de cifras redondas; las cifras concretas las tienen ustedes en la comparecencia. Cuando se analizaron esos primeros datos se encontraron algo más de 21.000 enfermos con más de un año de evolución y de ellos, como decía antes, cinco mil y pico llevaban más de dos años en lista de espera. Cuando nos pusimos a analizar de forma pormenorizada cuál era la lista de espera total (esa que les decía antes de 168.000 enfermos, o al menos ésos eran los datos de que disponíamos) nos encontramos con dos tipos. El primer objetivo era que nadie al 31 de diciembre de 1996 llevara más de doce meses en lista de espera; obviamente el objetivo diana sobre el que había

que actuar era el de la fecha de inclusión antes del 31 de diciembre de 1995. De ahí surge una cifra que se ha dado y que en absoluto contradice las anteriores, que son los 53.822. No es que se descubriera que esos enfermos llevaban más de un año en lista de espera, es que a lo largo de 1996 todos los que se fueron incorporando de forma progresiva iban a llevar más de un año en lista de espera al acabar el ejercicio. De ahí han venido algunas interpretaciones no correctas de los datos que se han dado.

A partir de ahí, la oficina de seguimiento de listas de espera se centró en ese objetivo diana, y esos fueron los datos que nosotros fuimos obteniendo cada 15 días. Eso puede explicar una de las observaciones que ha hecho antes el señor Moratalla en el sentido de la disponibilidad o no de los datos de lista de espera. Nosotros nos centramos en actuar, en trabajar, en depurar la población que está en el objetivo diana del plan de choque, mientras que los servicios de información del Insalud se iban reorganizando para conseguir una mejora en la fiabilidad de los datos.

Cuando nosotros empezamos a analizar lo que ocurría hospital por hospital, y más que hospital por hospital servicio de admisión por servicio de admisión, se encontraron ciertas diferencias entre los datos que existían anteriormente y los que al profundizar en el tema y al insistir en el asunto fueron aflorando. Quiero decir que en ningún momento hemos tildado en esta discrepancia de ningún componente peyorativo, de ocultación de datos ni de nada; simplemente —insisto— es un problema de gestión. Cualquier persona que esté en un hospital sabe que los servicios de admisión de muchos hospitales no controlan, o no han controlado hasta el momento, y probablemente sigan sin estar ahí todas las listas de espera que muchas veces figuran en cuadernos de cada uno de los servicios del hospital, y al ir insistiendo en la necesidad de mejorar ese aspecto de gestión, que son los servicios de admisión, es cuanto han ido aflorando. Insisto que en ningún momento nosotros hemos hecho, ni debe entenderse como tal, críticas a gerentes, a la administración, ni hemos hablado de ocultación ni nada por el estilo porque entendemos que eso no ha ocurrido así. En otros casos había una simple comprobación de los datos iniciales por parte de los servicios centrales, que al ir insistiendo han hecho que se fueran encontrando una serie de enfermos que antes no estaban censados y que finalmente se acabaron registrando. Esto por lo que se refiere a la lista de espera global.

En cuanto a la lista de espera, objetivo del plan, los 53.822 enfermos que les daban finalmente fueron intervenidos, solucionándose su problema en el 95,1 por ciento, y quedan 2.624. Ésta es la única cifra que se ha dado, y ese dato a que antes se refería el señor Moratalla que se había dado a principios de enero fue simplemente por presión de la opinión pública de saber cómo había acabado el plan de choque. En una estimación más o menos cierta podía haber quedado una cifra de enfermos que en ese momento se valoró entre el 7 y 8 por ciento, y se dijo específicamente que los datos debían ser cuadrados cuando menos no antes del 15 ó 20 de enero, que fue lo que ocurrió. ¿Por qué? Porque, volviendo a centrar el tema en un aspecto de estricta gestión, muchos de los pacientes que son enviados desde las

direcciones provinciales a hospitales de apoyo o concertados luego tiene que ser devuelta la ficha y corroborar que han sido intervenidos, de manera que el cierre de los datos se retrasa en relación con ese corte puntual que se dio y hasta el 15 ó 20 de enero no fuimos concedores de los definitivos. Insisto en que siempre se han dado los mismos datos y ahí están las ruedas de prensa y todos los comunicados, así como multitud de preguntas parlamentarias que se han referido a aspectos parciales, totales, transversales o longitudinales del plan de choque; de manera que no existe ni ha existido nunca la más mínima contradicción en todos estos datos.

La señora Maestro ha definido lo conseguido con el plan de choque como una mejora relativa de la situación y yo debo decir que coincido con esta valoración. En ningún momento hemos dicho que con un plan de choque ni con 20 planes se podía acabar con las listas de espera, porque esto sería, primero, falso; y, segundo, una insensatez. Se dijo desde el primer momento que parecía una falta a la equidad que hubiera enfermos que estuvieran esperando durante períodos muy prolongados de tiempo, que sobre esos enfermos íbamos a actuar y, efectivamente, sobre ellos hemos actuado. La corroboración de todo esto supone lo que se ha logrado: que el concepto de demora media, que a mí no me gusta porque es un concepto matemático y como todas las matemáticas esconde grandes mentiras, pero es así, lógicamente al actuar sobre la parte alta de la lista de espera, la demora media ha pasado de siete meses a cuatro y es un hecho que está ahí. Entiendo que los primeros beneficiados de un plan como éste han sido los enfermos con patología no grave, que estaban en lista de espera y que en estos momentos han sido intervenidos en su práctica totalidad.

Hay un aspecto sobre el que me he debido expresar mal, al hablar de los rendimientos de los quirófanos y de si era o no el 65 por ciento. Insisto en que la única alusión que he hecho al año 1995, el año de la conflictividad sanitaria, es para decir que el año 1996 se ha cerrado con 73.000 intervenciones más y he sido yo el que ha dicho que para valorar este dato había que tener en cuenta el parón que se hizo en el período de dos meses durante el año 1995.

La valoración del 65 por ciento en rendimiento de los quirófanos, que yo no he calificado de perversa —y ahora explicaré lo que he querido decir—, fue una valoración que hicimos a mediados del año 1996, que correspondió, como recordarán, a ese período de interinidad que, como cualquier período de interinidad, resulta particularmente nefasto para la gestión. Desde luego, en ese momento la situación en los hospitales, con una sensación de esperar a ver cuál es el futuro, no era la más adecuada. Los rendimientos del primer semestre, en relación con los del segundo, así lo han puesto de manifiesto por ese clima psicológico de qué va a ocurrir en los próximos meses, que les recuerdo duró unos cuantos meses, desde el anuncio de las elecciones hasta la incorporación del nuevo equipo, etcétera.

En ese momento se hizo una valoración puntual de cuál era el rendimiento de los quirófanos y nos encontramos que era, como término medio, del 65 por ciento. También

ese término medio esconde falta de equidad, ya que había hospitales que estaban funcionando perfectamente y otros que funcionaban francamente mal. Por eso dijimos que no íbamos a abrir quirófanos en turno de tarde si antes no se conseguían los rendimientos adecuados en horarios de mañana. ¿Por qué? Porque las vulgarmente llamadas peonadas sí constituyen unas incentivaciones perversas, a eso me refería y lo queríamos evitar desde el primer momento. Naturalmente, no íbamos a trasladar la labor de mañana al horario de tarde, pagando por ello y dejando los quirófanos de la mañana sin rentabilizar. A eso me refería, e insisto que ha retrasado en gran manera el inicio de los procesos de autoconcertación en muchos hospitales; pero en eso sí hemos querido ser absolutamente respetuosos, por ser coherentes, porque si no difícilmente íbamos a conseguir los objetivos propuestos.

Comparto plenamente las observaciones de la señora Maestro en el sentido de que también es perverso poner determinados incentivos en aumentar la producción. Precisamente por eso hemos afirmado desde el primer momento que el plan de choque, por ser una cosa aguda, radicaba en aumentar esa producción, pero que aquello difícilmente iba a tener una repercusión a medio y largo plazo si no se acompañaba de unas medidas más estables, más crónicas.

Tiene razón la señora Maestro cuando hablar de estructurales uno puede pensar que solamente se refiere a un incremento de la dotación sanitaria, ya que, como decía antes, la dotación siempre tiene que ir por detrás de la demanda o de las necesidades. Aparte de que eso se vaya haciendo al ritmo que imponen los Presupuestos Generales del Estado, en el contrato-programa del año 1997, que es lógicamente el documento que define toda la actividad y la política de gestión del Insalud, en los objetivos que hemos introducido en los hospitales, más que un aumento global de la producción, que antes les he citado esas 44.000 intervenciones, hemos planteado como objetivo la contención de los tiempos de demora en unos determinados niveles, porque entendemos que ése debe ser el objetivo a que deben tender los gestores y el que deben pactar con los médicos. Cuando uno observa comunidad por comunidad y hospital por hospital cuál es el índice por mil o por cien mil habitantes de determinadas patologías ve cosas curiosas que ponen en claro la relación de la oferta con la demanda. Así, por ejemplo, hay determinadas comunidades que tienen un índice de entrada de operación de cataratas que multiplica por cinco a otras o demanda de resección trasuretral de próstata que multiplica por cuatro. Todo esto tiene, sin duda, unas explicaciones puntuales. El análisis de esas explicaciones y la corrección de las mismas es lo que yo llamo medidas estructurales y en eso estamos. Desde luego, son medidas mucho menos espectaculares que las que pueda representar aumentar el número de intervenciones, pero a la larga mucho más eficaces. En este momento tenemos contacto con alrededor de 10 sociedades científicas, se han celebrado ya muchas reuniones, se han fijado los criterios de inclusión en lista de espera para muchas de las patologías más frecuentes, se han establecido los criterios de segunda consulta, dentro del mismo hospital y por personas del mismo servicio, que sin duda es

algo que sirve como un mecanismo de autocontrol importante para saber si esas indicaciones son correctas o no, se han fijado con las sociedades científicas y con nuestros profesionales todos esos tiempos máximos de demora que ellos consideran adecuados y que nosotros vamos a incluir en ese programa piloto de seguro de demora máximo y, por supuesto, se han potenciado, como decía antes, todas esas actividades extrahospitalarias, porque hoy es una pauta general en todos los sistemas sanitarios de nuestro entorno, que tienden a disminuir la hospitalización del enfermo y potenciar todas las formas de intervenciones extrahospitalarias, desde la cirugía mayor ambulatoria a los hospitales de día, a los cuidados paliativos, es decir, todo aquello que sirva realmente para descongestionar nuestros hospitales. Todo ello, como digo, se ha ido introduciendo en los contratos-programa.

Vuelvo a insistir en el tema de la realización progresiva de intervenciones de cirugía menor por parte de la primaria, porque creo que es algo que conceptualmente va a tener una importancia grande. Cuando esté plenamente desarrollado entendemos que contribuirá a sacar de los hospitales cerca de 60.000 intervenciones de cirugía menor y eso, como todo, no es algo definitivo pero puede contribuir a ir mejorando toda esta situación —insisto— de demora quirúrgica.

Me preguntaba la señora Maestro sobre la oferta retributiva fuera de jornada. Yo en este momento no tengo los datos, pero con mucho gusto se los haré llegar. Nosotros hicimos algo que antes no estaba hecho, y es uniformizar esa oferta. Nos encontramos en ese momento que aunque teóricamente no se estaba haciendo la autoconcertación, en la práctica algunos hospitales sí la estaban haciendo y había unas diferencias realmente muy espectaculares entre lo que se estaba pagando por un mismo proceso en un hospital y otro. Nosotros entendemos que siempre que se cumplan esos criterios que antes decía respecto a no desviar la actividad de la mañana a la tarde, rentabilizar los quirófanos en horario de tarde es no solamente un derecho sino un deber del sistema. Lo que sí hicimos fue establecer unas condiciones generales para todos los centros, que comunicamos a todos los gerentes y algunos de los profesionales admitieron y otros consideraron que eran insuficientes y que no iban a admitirlo. En ese sentido, fuimos totalmente estrictos porque entendemos que no se puede cambiar un beneficio puntual en un momento determinado por algo que es una política a medio y largo plazo que tiene unas implicaciones grandes.

Se ha preguntado (y yo he dicho que era uno de los aspectos sobre los que estábamos trabajando, pero que, por no extenderme más en mi intervención, no lo había señalado) sobre cuál es en estos momentos la demora en exploraciones diagnósticas y primeras consultas. Les voy a dar los datos y esbozaré todas las acciones que estamos iniciando en estos momentos, poniendo de manifiesto, y coincido con alguna de las manifestaciones que se ha ofrecido, que el tema de la demora en exploraciones diagnósticas y en primeras consultas de especialidad, no sé si es más grave que la demora quirúrgica pero, cuando menos, es tan grave como ella; entendiéndolo que tanto en las demoras

quirúrgicas como en las de primeras consultas, por supuesto, cualquier situación urgente o semiurgente es pasada con antelación, eso no quita para que si una demora es suficientemente grande, ante una patología no detectada, el paciente pueda estar allí ya que no se ha detectado a su debido tiempo.

Nosotros abordamos en un primer momento el tema de la demora quirúrgica, de forma aguda, como les decía y ahora intentamos conectar todas esas acciones con una forma de actuación crónica. El mensaje que hemos lanzado a los gestores en estos momentos es que se debe considerar que todas las acciones del plan de choque del año 1996 deben seguir vigentes. Es decir, la optimización del rendimiento de los quirófanos por la mañana obviamente debe seguir siendo un hecho; la apertura progresiva de los quirófanos por la tarde, bien mediante autoconcertación o mediante las fórmulas que les exponía anteriormente, debe de ser exactamente igual; la utilización al máximo de los hospitales de apoyo debe ser la misma, así como la optimización de ese convenio que finalmente se firmó y que se va desarrollando poco a poco con los hospitales militares. Todos estos puntos en los que se ha basado y el carácter de complementariedad de los conciertos tiene que estar ahí, tiene que dirigirse a seguir mejorando la situación en cuanto a espera quirúrgica en relación con lo que teníamos anteriormente.

Además, vuelvo a insistir, nosotros seguimos actuando de forma selectiva y primordial sobre la parte alta de esa lista de espera. Si ahora la hemos dejado cortada en 12 meses, nuestro objetivo es amputar esa parte entre 9 y 12 meses para conseguir el objetivo que les decíamos de una demora máxima de 9 meses y demora media, a finales de este año, que no supere los 90 días.

Aunque la reducción de la lista de espera quirúrgica sea un objetivo mayoritariamente demandado por la población, nosotros sabemos la importancia que tiene atajar dentro del sistema las demoras en consultas especializadas. Al igual que ocurría con las listas de espera quirúrgicas y por los mismos motivos, realmente ha sido complejo saber exactamente cuál era la situación basal. Acerca de ella vuelvo a decir lo mismo, no voy a hacer ninguna comparación; nunca la he hecho, como tampoco ningún juicio de valor sobre lo que había anteriormente a la toma de posesión del nuevo equipo del Insalud. La situación que constaba en el servicio de información del Insalud, a 31 de marzo de 1996, era la siguiente: En consultas de especialidades médicas, había 194.649 pacientes; en consultas de especialidades quirúrgicas, 381.266 pacientes; en ecografías, 60.404 pacientes; en mamografías, 42.192 pacientes; en los tac 19.255 pacientes y en resonancia nuclear magnética 4.312 pacientes.

Un nuevo corte, en diciembre de 1996, para saber cómo estaba la situación nos da unos datos que les expongo rápidamente. En consultas de especialidades médicas la cifra era de 183.425 enfermos; es decir, había 11.224 menos. En consulta de especialidades quirúrgicas, 32.675 menos; es decir, había 348.591. En ecografías había 47.496; en mamografías, 30.077; en tac, 21.711; y en resonancia nuclear magnética 3.538. Con ello, las demoras medias se sitúan a

31 de diciembre en las cifras siguientes y vuelvo a decir que el tema de la demora media es un concepto que personalmente no me convence en absoluto, pero está ahí y es preciso manejarlo. En consulta de especialidades médicas eran 31 días; en consulta de especialidades quirúrgicas, 35 días; en ecografía, 26 días; en mamografías, 58 días; en tac, 29 días; y en resonancia nuclear magnética, 98 días, con unos picos de sierra realmente muy grandes. Corroboro los datos que ofrecía la señora Maestro y algunos más que se han dado. Hay casos de especialidades que sobrepasan con creces el año en determinados puntos. Como puede observarse, estas cifras son altas o son bajas. De entrada debo decir que de abril a diciembre en mi opinión la variación es prácticamente insignificante. Esas diferencias de 11.000 ó 30.000 enfermos hacen que prácticamente podamos decir que está en meseta. Esas cifras se relativizan, si tenemos en cuenta que el Insalud ha cerrado el año 1997 con alrededor de 7 millones de primeras consultas; de manera que todo, sea mucho o poco, obviamente depende del conjunto que estemos hablando. El Insalud ha cerrado el año 1997 con 7 millones de primeras consultas, 13 millones de sucesivas, en total 20 millones y alrededor de un millón de consultas más que el año pasado. Vuelvo a decir que no queremos comparar con las cifras del año pasado porque, efectivamente, representaría una mala comparación.

Determinadas especialidades como alergia, dermatología, reumatología, digestivo, oftalmología, traumatología y ginecología tienen unas demoras particularmente grandes, más acusadas en estos momentos. Precisamente por eso, como está elaborado ya el plan, actualmente se está pactando, acordando y dando instrucciones con los gestores de los hospitales de lo que hemos llamado el programa de agilización de consulta de especialistas y exploraciones diagnósticas. Básicamente nuestros esfuerzos los hemos centrado ahora en diseñar un plan operativo que pudiera aplicarse a la mayor brevedad, pero que fuera factible, posponiendo así incorporar medidas transitorias que pudieran afectar a profesionales y usuarios con resultados poco efectivos.

El programa de agilización de consultas y exploraciones diagnósticas pretende dar un tratamiento diferenciado a estas actividades. El objetivo que nos hemos planteado es reducir la demora media de las primeras consultas —vuelvo otra vez a este concepto—, entre el 20 y 25 por ciento al finalizar el año, a 31 de diciembre de 1996. Además en esos picos de sierra, a que me refería anteriormente, el objetivo es suprimir las demoras superiores a 4 meses en general. Evidentemente para ciertas especialidades en algunas provincias y en estos momentos, como consecuencia de que la desproporción oferta-demanda es enorme, va a ser muy difícil conseguir este objetivo; pero hemos querido plantearlo genéricamente de forma temporal para ver si luego realmente se puede cumplir en todas y cada una de ellas.

El programa se va a extender a 15 especialidades del área médica, 14 del área quirúrgica y seis de exploraciones diagnósticas, que son las que les he expuesto. No voy a extenderme en la realización del programa que, como

digo, no plantea unas medidas espectaculares de incremento de la producción, aunque existe y se ha pactado en el contrato-programa un aumento de consulta para este año del 5 por ciento en el conjunto Insalud, lo que representa en primeras consultas alrededor de 400.000 consultas más. Fundamentalmente se va a actuar de forma más decidida en donde se está produciendo mucha pérdida de fuerza del sistema, que en realidad es en la coordinación primaria especializada, en analizar cuál es el índice de derivaciones área de salud por área de salud y hospital por hospital. Las derivaciones primarias especialidad por especialidad tienen unas variaciones realmente muy grandes. Nosotros hemos fijado un estándar de 300 derivaciones por 1.000 habitantes que entendemos algo inferior a la media actual, que es de 310, pero sensiblemente inferior a determinadas áreas donde nos encontramos un nivel de derivación que está en 500 ó 600. Naturalmente, pretendemos analizar área por área y, a ser posible, equipo por equipo y médico por médico cuáles son los motivos de esas derivaciones. Insistir en esas reuniones que les decía, que deben ser las que den la clave de la solución del problema con las sociedades científicas es protocolizar cuáles deben ser los motivos de derivación. Intentamos ver si en determinadas especialidades la forma en que se está mandando al especialista es la correcta; diferenciar las agendas en aquellas que tienen una gran demora injustificada; por ejemplo, en ginecología pasar de una agenda a tres y dividir la sospecha de patología por un lado, la planificación familiar por otro o, simplemente, técnicas de *screening* por otro. En oftalmología se desea diferenciar lo que es medición de la agudeza visual de sospecha de patología. Éstas son cosas que ya se están haciendo: analizar si en determinadas especialidades es preciso que sigan siendo de primera elección por parte de primaria o si es preciso que pasen a ser de segunda elección; todo esto (no me voy a extender, porque creo que ya me he extendido demasiado) es algo que forma parte de todo este plan de agilización que entendemos tiene que dar respuesta a esta demanda que, insisto, es tan o incluso más grave que la demora en cirugía.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Matesanz. (La señora Amador Millán pide la palabra.)

Señora Amador, ¿para qué desea hacer uso de la palabra?

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor Presidente, cuando haya concluido la comparecencia, que he entendido que la declaraba ya por concluida, quiero hacer uso de la palabra en relación con un asunto ajeno al orden del día.

El señor **PRESIDENTE**: Según el Reglamento, si es ajeno al orden del día, tendría que haber acuerdo de la Comisión para cambiar el orden del día.

El punto 2 del artículo 68 dice: El orden del día de una Comisión puede ser alterado por acuerdo de ésta, a propuesta de su Presidente o a petición de dos Grupos Parlamentarios o de una quinta parte de los Diputados miembros de la misma.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Si me permite, señor Presidente, se trata de que el Grupo Parlamentario Socialista quiere hacer una declaración en relación con una noticia que aparece hoy en la prensa, relativa a las vacunas contra la meningitis, y, por tanto, si la Presidencia lo considera oportuno, solicito el acuerdo de la Comisión para poder hacer esta declaración. (El señor Villalón Rico pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: A mí no me parece oportuna la intervención de la portavoz del Grupo Socialista, sin tener en cuenta a qué términos se refiere esa declaración, que no sabemos si quiere ser declaración institucional de la Comisión de Sanidad, si quiere ser una declaración partidista por parte del Grupo Parlamentario Socialista, o a qué términos se refiere.

A mí me parece oportuno que, terminada la sesión, la portavoz del Grupo Socialista lo transmita a la Mesa y que, en una posterior sesión de la Comisión, o incluso en la reunión de la subcomisión que se va a celebrar mañana, se tome alguna decisión a este respecto.

Como decía, no me parece oportuno que en este momento se haga una declaración institucional, partidista o de cualquier otro tipo, sobre un tema además conocido por todos y que fue motivo de comparecencia urgente por parte del Ministro de Sanidad. (La señora Aguirre Uribe pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: Señora Aguirre.

La señora **AGUIRRE URIBE**: Nuestro grupo apoyaría la solicitud del Grupo Socialista para poder intervenir fuera del orden del día, o como un punto más en el orden del día, porque creemos que el asunto merece la pena que lo trate esta Comisión. (La señora Maestro Martín pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Quisiera manifestarme en el mismo sentido, apoyando la solicitud. (La señora Riera i Ben pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: Señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Para manifestarme en el mismo sentido, apoyando la solicitud.

El señor **PRESIDENTE**: Según el artículo 68, en su punto 2, hay que votar el cambio del orden del día. (El señor Villalón Rico pide la palabra.)

El señor **VILLALÓN RICO**: Simplemente le quería decir que, haciendo referencia al artículo 68 del Reglamento, con respecto a la modificación del orden del día, ya sea por acuerdo, me parece que dice, de dos quintos de los Diputados de la Comisión, o de más de dos grupos parla-

mentarios, esa modificación hay que hacerla al inicio de la Comisión, no al final, como se pretende hacer ahora. Teniendo establecido el orden del día como estaba establecido en el día de hoy, al inicio de la Comisión era cuando había que haber hecho la modificación con el acuerdo tanto de la Comisión como de los grupos que lo proponen.

El señor **PRESIDENTE**: Pido al señor Letrado la interpretación del Reglamento.

El señor **LETRADO**: Creo que es de aplicación el artículo 68.2, que ha sido leído por el señor Presidente. La solicitud de alteración del orden del día ha sido pedida por más de dos grupos parlamentarios y procede que el acuerdo de alteración del orden del día lo tome la Comisión. No creo que haya ningún precepto reglamentario que obligue a que la alteración del orden del día se haga al inicio de la sesión de un órgano parlamentario, y lo que sí creo que resulta de aplicación es el artículo 78.1 del Reglamento, que dice que, «para adoptar acuerdos, la Cámara y sus órganos deberán estar reunidos reglamentariamente y con asistencia de la mayoría de sus miembros».

El acuerdo que se debe adoptar es el de cambiar el orden del día de la Comisión, el órgano debe estar reunido reglamentariamente y es necesario que estén la mayoría de los miembros de la Comisión para adoptar el acuerdo, es decir, se necesitaría que hubiera 21 miembros de la Comisión en estos momentos para votar y adoptar el acuerdo.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a proceder al recuento. **(Pausa.)** Suman veinte. No hay mayoría. Lo siento mucho, señora Amador. **(El señor Moratalla Molina pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para puntualizar alguna cosa con el señor Matesanz?

El señor **MORATALLA MOLINA**: Sí, porque aunque a mí me parece perfecta la introducción de ese punto, quiero concluir la comparecencia, que sí está en el orden del día.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Moratalla.

El señor **MORATALLA MOLINA**: Señor Matesanz, quiero agradecerle su tono. Usted es un hombre conocedor evidentemente de lo que tiene entre manos. Son ciertas mis palabras, le deseo éxito, porque será el éxito de los ciudadanos.

Pero, al hablar de éxito, no tengo más remedio que referirme a una intervención de un portavoz de un grupo en esta Comisión, que ha tildado de éxito lo que usted ha di-

cho que es dedicación, lo que es una moderación y una relativización de las cifras.

En el tema de consultas, ha hablado de insignificante, de que estamos en meseta; que efectivamente los datos de mayo de 1996, de 168.628, comparados con los de enero de 1997, de 165.735, puede tildarse de éxito; que la previsión del importe del plan de choque de 2.500 millones, que al final han sido de 3.075, puede tildarse de éxito; que hayan quedado a 31 de diciembre 2.624 pacientes puede tildarse de éxito; que 123 como demora media de previsión, y en la realidad 135, según los datos que le he tomado, puede tildarse de éxito. A mí me parece que desde la exposición que usted ha hecho de moderación, deberían aprender algunas personas para relativizar y no volver a ser oposición de la oposición, y de esa manera volver a instrumentalizar las listas de espera.

Sólo un dato, porque me ha dicho 7.233 en actuaciones con conciertos privados, he creído entender, y en una pregunta a la que me han respondido me dan la cifra, a septiembre, de 17.624. Lo digo por la confusión en el tema de las cifras.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, señor Matesanz.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Matesanz Acedos): Debo decirle que si es un éxito o no lo deben decir las personas, más de veintitantas mil, que estaban sin operar y ahora sí están operadas; o lo deben decir las personas, que no partían de 168.000 en realidad, sino de cerca de 190.000, sumando esas bolsas, y que se han reducido en un 5 por ciento y sí están operadas; y desde luego todas esas personas que, o bien estaban invidentes por cataratas de más de un año, o bien no podían desplazarse por prótesis de cadera, y ahora están operadas, debían hablar de éxito o no.

En cuanto a los conciertos, esa cifra que a S. S. le han dado se refiere, entre otras cosas, a que en el plan de choque no solamente fueron medidas además de, sino que unas de las medidas que se tomaron fueron en vez de, y como usted muy bien sabe desde el principio de año se contratan (y ya estaban comprometidas a principio de año) toda una serie de intervenciones quirúrgicas en procesos concertados. De ahí que unas son en vez de y otras son además de.

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

No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

Eran las dos y cinco minutos de la tarde.