



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1999

VI Legislatura

Núm. 750

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO GRIÑÁN MARTÍNEZ

Sesión núm. 40

celebrada el martes, 28 de septiembre de 1999

Página

ORDEN DEL DÍA:

Elección de vacantes. Mesa Comisión.

— Elección de] vicepresidente segundo de la Mesa de la Comisión. (Número de expediente 041/000022) 22028

Comparecencia del señor presidente del Instituto Nacional de la Salud (Núñez Feijóo) para informar sobre:

— La privatización de la gestión de 1,3 millones de historias clínicas del hospital 12 de Octubre de Madrid. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 212/002112) 22029

— Medidas que piensa adoptar para garantizar la confidencialidad de los historiales clínicos y el derecho a la intimidad de los pacientes de los centros sanitarios autorizados para la práctica de la interrupción legal del embarazo. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 213/000590) 22029

— La contratación por hospitales del Insalud con empresas privadas, de la gestión de los archivos de historiales médicos, del contenido de estos contratos y de las garantías efectivas que se inclu-

	Página
yan en los mismos para asegurar el derecho a la intimidad de los pacientes. (Número de expediente 212/002111)	22029
Comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo (Castellón Leal) para informar sobre:	
— Previsiones del Ministerio de Sanidad y Consumo respecto del establecimiento de infraestructuras y actuaciones sanitarias dedicadas al tratamiento de la anorexia. A solicitud del Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 213/000665)	22043
— Medidas adoptadas en la mesa sectorial sobre trastornos de la alimentación, reunida el día 26 de marzo de 1999, así como sobre la previsión de futuras actuaciones. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 213/001126)	22043
Proposiciones no de ley:	
— Sobre reconocimiento de las funciones enumeradas al establecer el título de técnico superior de dietética y su ciclo formativo como propias del técnico superior en dietética para ejercerlas en el sistema nacional de salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/001465)	22051
— Sobre medidas precisas para generalizar la implantación de servicios integrales de reumatología y homogeneizar la oferta de los mismos en todo el territorio. Presentada por el Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001461)	22051

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

ELECCIÓN DE VACANTES MESA COMISIÓN.

— ELECCIÓN DEL VICEPRESIDENTE SEGUNDO DE LA MESA DE LA COMISIÓN. (Número de expediente 041/000022.)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo al orden del día de la Comisión de Sanidad y Consumo. Como conocen SS.SS., el punto primero es la elección del vicepresidente segundo de la Mesa de la Comisión. El señor Alcalde, que era vicepresidente segundo, ha pasado al Parlamento autonómico de Aragón y el Grupo Parlamentario Popular propone para dicho puesto, según me comunica su portavoz, a don Mario Mingo.

Vamos a proceder a la votación, para lo cual ruego al señor letrado que cite a todos los miembros de la Comisión.

(Por el señor letrado de la Comisión se procede al llamamiento de los miembros de la Comisión que depositan su voto en la urna preparada al efecto.)

Efectuada la votación y verificado el escrutinio dijo

El señor **PRESIDENTE**: Por 27 votos a favor de don Mario Mingo, queda elegido vicepresidente segundo de la Comisión de Sanidad y Consumo. Cuando quiera, don Mario, puede tomar posesión de su cargo. **(Aplausos.)**

Señorías, someto a la consideración del pleno de la Comisión el cambio del orden del día, solicitado por el Grupo Parlamentario Socialista y Grupo Parlamentario

Mixto, y la retirada de una solicitud de comparecencia que figuraba en el orden del día de hoy. Por acuerdo de la Mesa y portavoces, y habiendo unanimidad, creo que debemos aceptarlo por asentimiento, puesto que los temas tienen el mismo contenido, el mismo debate. Quiero hacer la salvedad a los proponentes del cambio y la inclusión en el orden del día de una nueva comparecencia, que no creo exista inconveniente por parte del compareciente en aceptar también este cambio, pero pido a los portavoces del Grupo Mixto y del Grupo Socialista su comprensión por si no viene preparado para contestar a algún dato de los que se le puedan recabar, porque es otra comparecencia aparte que se agrega al orden del día. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, esta portavoz no ha sido consultada. **(La señora Riera i Ben: Yo tampoco.)** Supongo que estaré de acuerdo, pero me gustaría saber en concreto cuál es el cambio.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le ruego perdone; ha sido un lapsus de la Presidencia. Había hablado con los portavoces proponentes del cambio y con el portavoz del grupo mayoritario; en aquel momento no estaban SS.SS. aquí y por eso lo di por hecho. El cambio consiste en lo siguiente.

El primer escrito dice: a la Mesa del Congreso de los Diputados. Por medio del presente escrito el Grupo Mixto comunica la retirada de su solicitud de comparecencia en la Comisión de Sanidad y Consumo del ministro de Sanidad y Consumo, con número de expediente 213/000665, incluida en el orden del día de la sesión de mañana martes, día 28 de septiembre. Es en relación con la anorexia.

El segundo escrito dice lo siguiente: al presidente de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados. Por medio del presente escrito, al amparo de lo establecido en el apartado 2 del artículo 68 del Reglamento de la Cámara, los grupos parlamentarios abajo firmantes solicitan la alteración del orden del día de la sesión convocada para el próximo martes día 28 de septiembre, a los efectos de incluir la comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Mixto, con número de expediente 212/002111, para su celebración acumulada a las que figuran en los puntos 2 y 3 del orden del día. Viene firmado por el Grupo Parlamentario Socialista y por el Grupo Parlamentario Mixto. Como está relacionado con los historiales clínicos, pienso que no habrá inconveniente por parte de ningún miembro de la Comisión en que, con la salvedad que he dicho anteriormente, se incorpore al orden del día. **(Pausa.)**

Muchas gracias, queda aprobada la modificación del orden del día.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (NÚÑEZ FEIJÓO) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LA PRIVATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE 1,3 MILLONES DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 212/002112)**
- **MEDIDAS QUE PIENSA ADOPTAR PARA GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS HISTORIALES CLÍNICOS Y EL DERECHO A LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES DE LOS CENTROS SANITARIOS AUTORIZADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 213/000590)**
- **LA CONTRATACIÓN POR HOSPITALES DEL INSALUD CON EMPRESAS PRIVADAS, DE LA GESTIÓN DE ARCHIVOS DE HISTORIALES MÉDICOS, DEL CONTENIDO DE ESTOS CONTRATOS Y DE LAS GARANTÍAS EFECTIVAS QUE SE INCLUYAN EN LOS MISMOS PARA ASEGURAR EL DERECHO A LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES. (Número de expediente 212/002111)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos la bienvenida al presidente del Instituto Nacional de la Salud una vez más ante esta Comisión, para celebrar las comparecencias solicitadas, en primer lugar por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y el Grupo Parlamentario Socialista, y anuncio al presidente del Insalud que por acuerdo del pleno de la Comisión se introduce también en su comparecencia la solicitud realizada por el Grupo Parlamentario Mixto, que literalmente, puesto que no figuraba en el orden del día, dice: Solicitud de comparecencia del

presidente del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) ante la Comisión de Sanidad y Consumo para informar de la contratación por hospitales del Insalud con empresas privadas de la gestión de archivos de historiales médicos, del contenido de estos contratos y de las garantías efectivas que se incluyan en los mismos para asegurar el derecho a la intimidad de los pacientes.

Comunico al señor presidente del Insalud que por parte de esta Presidencia, y contando con la generosidad del señor López Garrido que ha sido el peticionario de la comparecencia, aceptaríamos las lagunas que pudiesen existir en su documentación ante esta comparecencia, y si el peticionario de la comparecencia estimase que no está bien informado o bien documentado, se le remita por escrito o someterlo a la consideración que estime el proponente de la comparecencia. Sin más, damos la palabra al presidente del Insalud, haciéndole la observación de que por acuerdo de Mesa y portavoces se resolvió que las comparecencias fuesen una sola, que admita en el orden del día esa tercera y tratar todo unido en un mismo bloque.

Tiene la palabra el señor presidente del Insalud.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Señoras y señores diputados, antes de nada, quiero pedir disculpas por este retraso involuntario, toda vez que la asesoría parlamentaria del Ministerio había previsto que mi comparecencia fuese en torno a las doce de la mañana.

Sin más trámite, comparezco ante SS.SS. a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, del Grupo Parlamentario Socialista y ahora también del Grupo Parlamentario Mixto para informar, a petición del primero sobre la contratación externa de la gestión de 1.300.000 historias clínicas del Hospital 12 de Octubre; a petición del Grupo Parlamentario Socialista para exponer las medidas que pensamos adoptar para garantizar la confidencialidad de los historiales clínicos y el derecho a la intimidad de los pacientes de los centros sanitarios autorizados para la práctica de la interrupción legal del embarazo; y a petición del Grupo Parlamentario Mixto en relación con la contratación por hospitales del Insalud con empresas de la gestión de archivo y de historiales médicos, del contenido de estos contratos y de las garantías efectivas que se incluyen en los mismos para asegurar el derecho a la intimidad de los pacientes.

Como SS.SS. conocen perfectamente, los complejos hospitalarios públicos en nuestro país son edificios de uso muy intensivo, siendo uno de los departamentos que mayor necesidad de espacio precisan en los últimos años el departamento de admisión, documentación y archivo de historias clínicas, por varias razones: por el mayor número de pruebas complementarias que se realizan, por la cada vez mayor edad de los pacientes y enfermedades crónicas que presentan, por el cada vez mayor número de visitas que se realizan al hospital y, en definitiva, por el cada vez mayor número de documentos necesarios, tanto clínicos como administrativos.

La subcontratación de un servicio hospitalario no asistencial, como el que motiva la comparecencia, lleva realizándose de manera ininterrumpida y con toda normalidad, al menos en el ámbito del Insalud, desde hace más

de diez años. Al que se refiere más concretamente la petición de comparecencia, es decir, al complejo hospitalario 12 de Octubre, por primera vez fue contratado externamente dicho servicio en el año 1988 mediante el procedimiento de adjudicación directa, sistema que se volvió a utilizar en 1989 y en 1990. Posteriormente, y como digo de forma ininterrumpida, volvieron a utilizarse contratos de asistencia para este fin en 1991 y en 1992, y en este último año, 1992, sale por primera vez un concurso público para la gestión de parte del archivo de historias clínicas, concurso que fue prorrogado hasta estas fechas; esta prórroga vencerá a finales del mes de octubre, y en consecuencia la gerencia del hospital, cumpliendo los principios de publicidad y concurrencia de la Ley de Contratos del Estado, ha considerado oportuno licitar nuevamente concurso público para la gestión del archivo de historias clínicas de dicho hospital.

Otros grandes hospitales del Insalud decidieron, por las mismas razones que el 12 de Octubre, la contratación de este servicio. Así, el Hospital La Paz, el hospital más grande de todo el Insalud, quizá el segundo hospital más grande de todo el país, lo viene haciendo desde 1988; el Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, desde 1991 y el Hospital Puerta de Hierro desde 1994. En consecuencia, cuatro de los cinco grandes hospitales del Insalud vienen gestionando de forma ininterrumpida y con absoluta normalidad en su totalidad o en parte el archivo de historias clínicas relativo a los pacientes que tienen o han tenido una relación con dichos centros.

¿Por qué se realizan estas contrataciones? Por varios motivos. El fundamental, sin duda, es para ganar espacios para la asistencia sanitaria. En aquellos hospitales de mayor tamaño y antigüedad, como los que me he referido, se llegan a acumular más de un millón de historias clínicas sin que parezca en modo alguno aconsejable sustituir espacio hospitalario dedicado a la atención del paciente, siempre escaso, para destinarlo a estos menesteres. Se calcula que la superficie óptima de archivo por cada 250.000 historias serían 1.500 metros cuadrados. Si hacemos una reflexión sobre qué suponen 1.500 metros cuadrados por cada 250.000 historias llegaríamos a considerar que para el archivo de aproximadamente un millón de historias serían necesarios unos 7.500 metros cuadrados. Señorías, 7.500 metros cuadrados es prácticamente igual superficie que se va a utilizar para el total de hospitalización, médica y quirúrgica, del hospital de Fuenlabrada. Estamos construyendo un hospital, como ustedes saben, en la zona Sur de Madrid; este hospital tendrá unos 8.000 metros cuadrados dedicados a la hospitalización médica y quirúrgica, y esto equivale prácticamente a la superficie óptima de archivo del Hospital 12 de Octubre. Esto quiere decir, sin duda, que el valor del espacio necesario para estas historias clínicas en el interior de un hospital adquiere una importancia relativamente mucho menor que el del espacio, siempre escaso insisto, dedicado a la asistencia.

Otro de los objetivos de este tipo de servicios, además de conseguir espacio para la actividad sanitaria o la actividad asistencial propiamente dicha, es garantizar la organización, garantizar la unificación y garantizar la depuración de las historias dispersas entre diferentes edificios del mismo centro. Se cuenta para ello con empresas especiali-

zadas en gestión documental. Son empresas cuyo objeto, entre otros o el único, es justamente la gestión de documentos que —y esto es muy importante y lo recalco desde el principio— no hacen más que ordenar, archivar y custodiar las historias y cuando el hospital necesita de una de ellas se le proporciona, pero no se trabaja en la historia clínica más que para informatizar el nombre del paciente y localizarlo rápidamente en su ubicación; dicho de otra forma, esta empresa en ningún caso podrá manipular los documentos ni podrá modificar los contenidos de la historia y lo único que hará será garantizar que existe una historia por paciente y remitir y trasladar al hospital, cada vez que fuere necesario, la historia de ese paciente sin conocer, sin manipular y sin tener acceso a ninguno de los datos que se contienen en la misma.

Es evidente que surgen dudas sobre la garantía de confidencialidad de estos trabajos. Es evidente también que en nuestro país tenemos legislación suficiente para acomodar la actuación de estas empresas especializadas a la normativa que aprueban las Cortes Generales. No solamente la Constitución Española, no solamente la Ley General de Sanidad, sino también la Ley orgánica sobre el tratamiento automatizado de datos de carácter personal —la Lortad— son imperativos legislativos que se han de cumplir tanto por parte de los hospitales como por parte de las empresas especializadas en documentación que trabajan para los hospitales. Estas garantías se contienen no solamente en planteamientos teóricos, sino en documentos escritos. Así el pliego en todos los concursos públicos contempla cláusulas adicionales de confidencialidad a las que se someten las contrataciones antedichas.

Si me permiten, contestando ya en parte a una de las propuestas del Grupo Mixto, quiero decir lo siguiente. En el pliego último de contratación del Hospital Doce de Octubre, en cuanto a confidencialidad se refiere, el apartado 4 dice: Son obligaciones del adjudicatario garantizar la confidencialidad de la información documental y de toda información referente al archivo; cláusula séptima: El personal del archivo de historias clínicas dependerá del responsable designado por la empresa siempre bajo la supervisión del jefe del servicio de archivo del hospital; cláusula octava: El adjudicatario se hará responsable de las historias clínicas obligándose a su custodia, conservación y disponibilidad, así como a guardar la más estricta confidencialidad con respecto al contenido de las mismas. Esto es lo que exige el pliego de contratación y, obviamente, estas cláusulas se concretan después en el contrato administrativo con la empresa adjudicataria.

Conviene resaltar —creo que es importante, señorías— que en estos más de diez años que se lleva realizando este tipo de externalización no hemos conocido ninguna denuncia sobre la falta de confidencialidad o sobre la pérdida de historiales clínicos. Nos parece también importante resaltar el informe elaborado por la Agencia de Protección de Datos, un acta de inspección de hace unos días, concretamente el 8 de septiembre de 1999, a una de las empresas de mayor volumen en cuanto a la actividad de gestión de archivos clínicos se refiere, que viene funcionando desde 1987 y que mantiene contrato con varios hospitales de Madrid y de Andalucía. Me permito darles cuatro o cinco conclusiones del acta de la referida Agencia de Protección

de Datos, órgano competente para cumplir y hacer cumplir los mandatos de la Ley orgánica sobre el tratamiento automatizado de datos de carácter personal.

Dice el acta de la referida agencia: primero, la actividad principal de la empresa inspeccionada es la de inventario, custodia y movilidad; segundo, la unidad de archivo es la propia historia clínica y no se automatiza ninguno de los datos de los documentos obrantes en el interior de los sobres; tercero, se registra toda la actividad asociada a la historia clínica peticiones, devoluciones, traslados; cuarto, tras el proceso inicial de generación de referencias, el fichero únicamente registra el número de historia clínica sin identificar el nombre del paciente al que pertenece; y quinto, los empleados han firmado un compromiso de confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en el ejercicio de su trabajo. Éste es el acta, como digo, de la Agencia de Protección de Datos del día 8 de este mes de septiembre a una de las empresas que tiene mayor contratación con las administraciones públicas en lo relativo a la gestión de archivos de historias clínicas.

Contesto, aunque sea parcialmente, no solamente al Grupo Federal de Izquierda Unida, sino también a SS.SS., del Grupo Mixto, en relación con qué hospitales del Insalud tienen externalizado el archivo de historias clínicas y en qué año se inició la externalización. Como decía, el Hospital La Paz en el año 1988; el Hospital Doce de Octubre en el mismo año; el Hospital Clínico San Carlos en 1991; el Hospital Puerta de Hierro en 1994; el Hospital de Móstoles en 1990; el Hospital Severo Ochoa y el Hospital Virgen de la Torre, los dos de Madrid, en 1997; los hospitales de Asturias Valle del Nalón y Central en 1996 y el de Cabueñes en 1998; el Hospital Talavera de la Reina en 1998; el Hospital Clínico de Madrid en 1997 y se encuentran en trámite el Hospital de Salamanca y el Hospital de Virgen de la Arrixaca de Murcia. Otros hospitales no gestionados por el Insalud y a los que ha tenido acceso el Insalud cuando ha pedido información son a los siguientes: el Hospital La Fe de Valencia, Hospital Clínico de Alicante, Hospital General de Alicante y Hospital General de Valencia, es decir, los dos hospitales más grandes de Valencia y los dos hospitales más grandes de Alicante; el Hospital Arnau, de Vilanova, de Valle Hebrón, de Barcelona —uno de los más grandes hospitales del país y, sin duda, más grande de Cataluña— y el Hospital Universitario Juan XXIII, de Tarragona. En cuanto a los hospitales andaluces, a los que, insisto, hemos tenido acceso a través de distinta documentación sin necesidad de pedir informe —porque lo considerábamos innecesario— a las autoridades de los servicios comunitarios de salud: el Hospital Reina Sofía, de Córdoba, el Hospital Carlos Haya, de Málaga, y el Hospital Universitario de Granada; el Hospital Juan Canalejo, en La Coruña, el Hospital de Basurto, en Bilbao y el Hospital de Aránzazu, en San Sebastián. Otros hospitales privados o concertados que, también nos consta, tienen externalizada la totalidad o parte del archivo de historias clínicas: la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, el Hospital San Pablo, en Barcelona, la Clínica Dexeus, en Barcelona y la Clínica Universitaria de Navarra, en Pamplona.

Por lo que se refiere, señorías, al caso concreto del Hospital Doce de Octubre, podría ampliarle la siguiente información. Los contratos firmados desde el año 1988 hasta

ahora corresponden a las siguientes fechas: 10 de febrero de 1988, 12 de noviembre de 1991, 3 de septiembre de 1992, 31 de octubre de 1992 y 1 de febrero de 1999. El servicio que se contrata se denomina Servicio de Logística Externa del Archivo de Historias Clínicas del Hospital Doce de Octubre, según pliego de cláusulas administrativas a las que me he referido y por una duración de tres años. Aparece publicado en el Boletín Oficial del Estado, número 186, de 5 de agosto de 1998.

Los objetivos principales que el Hospital Doce de Octubre plantea para realizar este proyecto son los siguientes: organización modernizada del archivo, actualización del archivo activo, almacenamiento del archivo pasivo, mejora de la gestión global del archivo, mejora de la disponibilidad de la historia durante las 24 horas del día y unificación de todos los archivos existentes en este hospital.

La situación que a esta fecha tienen los archivos del Hospital Doce de Octubre es la siguiente. Existen tres archivos internos con unas 638.000 historias aproximadamente, existe un archivo externo con cerca de medio millón de historias aproximadamente y existen múltiples archivos departamentales con un total de aproximadamente 200.000 historias clínicas, todos ellos con numeraciones y sistemas de archivado diferentes y, lo que es más grave, con imposibilidad de tener acceso a historias de pacientes las 24 horas del día toda vez que están dispersos dichos archivos como acabo de referir. Estos problemas del archivo de historias han sido denunciados por la propia junta técnico-asistencial del centro que, ejerciendo sus funciones como órgano representante del personal del hospital en lo que se refiere a la atención y responsabilidad ante los enfermos, considera que es necesario solventar este problema crónico ya del Hospital Doce de Octubre del que ahora estamos dando cuenta.

Hemos de dejar claro que el servicio de gestión global del archivo está bajo el control y la responsabilidad exclusiva del hospital, bajo la dirección y control del jefe del archivo —personal del hospital, lógicamente— y otras seis personas que seguirán siendo las responsables y los contactos permanentes con las empresas con las que resulten adjudicatarias.

El proyecto de externalización de archivo fue sometido a los siguientes órganos de participación y asesoramiento: a la junta técnico-asistencial, a la comisión central de garantía de calidad y a la comisión de documentación clínica. Por ser de interés, me referiré a lo que han planteado estos órganos especializados en archivo y documentación en el hospital y a lo que ha referido la junta técnico-asistencial, como representante de los profesionales del centro.

La junta técnico-asistencial ha considerado hacer públicas las siguientes manifestaciones. El archivo de historias clínicas del hospital es fundamental para que la asistencia a los pacientes se realice adecuadamente y, como representantes del personal del hospital cuya responsabilidad es el tratamiento y atención a los enfermos, ante la situación conflictiva que se ha planteado respecto al archivo de historias clínicas, quiere recordar lo siguiente: primero, que desde hace ya muchos años existen graves problemas dada la estructura del hospital y el ingente volumen documental, lo que dificulta cada vez más el manejo de las historias clínicas; segundo, que cuando en el año 1988 se organizó el

archivo externo, se mejoró claramente, pero, dado el rápido y progresivo incremento de la información archivada en los últimos años, esta situación ha empeorado; por último, y más importante, exigimos de usted —esto está remitido al gerente— que, respetando escrupulosamente, por supuesto, la legalidad vigente, lleve adelante el proyecto de mejora del archivo externo de las historias clínicas en bien de los pacientes del hospital. Esto es lo que dice el acta de la junta técnico-asistencial del hospital, que tiene fecha 24 de septiembre de 1999.

El presidente de la comisión de historias clínicas, con fecha 23 de marzo de 1999, refiere también informe que remite a la gerencia, y el último párrafo del mismo dice: Asimismo, insistimos y deseamos que este proyecto se realice lo antes posible, dada la vital importancia del archivo en el funcionamiento del hospital.

Por consiguiente, dichos órganos han manifestado no solamente su conformidad, sino, además, su apoyo directo al proyecto de externalización del archivo y, dado el carácter profesional de los mismos y su composición, SS.SS. tomarán buena nota del contenido de dichos informes. Además, pese a ser un asunto de organización interna que no afecta a las condiciones retributivas ni laborales de los trabajadores, se ha considerado oportuno informar a la junta de personal. En esta junta de personal hay tres sindicatos que se oponen al proyecto, frente a otra serie de sindicatos, que refiero a continuación, que no tienen un planteamiento contrario al proyecto. Los sindicatos que han manifestado que no tienen un planteamiento contrario al proyecto son: la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, el Sindicato de ATS DUE, la CGT y el CSI-CSIF.

En resumen, se considera, en primer lugar, que la externalización temporal o definitiva de los archivos de historias clínicas en los hospitales se inscribe en un proceso ininterrumpido y generalizado desde más de una década en el ámbito del Insalud; en segundo lugar, que los mayores hospitales del país han necesitado de esta contratación externa y la vienen haciendo, entendemos, sin que se haya producido denuncia alguna por problemas de confidencialidad o de gestión; en tercer lugar, que un archivo donde permanezcan, por ejemplo, 500.000 historias clínicas supone el mismo espacio que se necesitaría para albergar todas las consultas externas para una población de 360.000 habitantes; en cuarto lugar, que el proceso es valorado y refrendado por los órganos del hospital, en este caso el Hospital Doce de Octubre, órganos cuya responsabilidad directa es la atención al enfermo; en quinto lugar, creemos que está garantizada la confidencialidad de los datos clínicos a través de los pliegos de prescripciones técnicas y de los contratos que se suscriben con las empresas especializadas que resultaren adjudicatarias.

En relación con el interés del Grupo Parlamentario Socialista sobre las medidas para garantizar la confidencialidad de las historias clínicas y el derecho a la intimidad de los pacientes de los centros sanitarios autorizados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, quiero decir a SS.SS. que las medidas han de ser y son exactamente las mismas que tienen las historias clínicas del resto de los pacientes que son atendidos en la red asistencial propia o concertada y que han de ser las derivadas de las leyes que

rigen el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y de las que regulan el tratamiento automatizado de datos de carácter personal a las que me he referido anteriormente. Cada centro es responsable de la historia clínica del paciente, de la confidencialidad de los datos y ha de cumplimentar los mismos de acuerdo con las leyes vigentes y, en el supuesto de que no lo hiciera, será exigido por parte del Insalud, como servicio de salud responsable subsidiario de todas las actuaciones que se puedan realizar en centros donde por iniciativa de la Administración o por concierto con la Administración se realice asistencia sanitaria a cualquiera de los asegurados dentro del Insalud.

Nada más. Quedo a su disposición para aclararles lo que consideren oportuno.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo, por las explicaciones aportadas, que, como no podía ser de otra manera, mi grupo parlamentario considera claramente insuficientes, sobre todo porque han bordeado la preocupación fundamental que ha llevado a este grupo parlamentario a pedir su comparecencia, deteniéndose en aspectos accesorios.

Hay dos aspectos que quiero resaltar en mi intervención: el primero es la ilegalidad y presunta inconstitucionalidad de la cesión de la custodia de datos relativos a la salud y el segundo es la pertinencia de la privatización de la gestión de los archivos y los datos que hablan en contra de la calidad del nuevo procedimiento adoptado. Quiero recordar al señor presidente del Insalud que la Constitución plantea la protección estricta y concreta del derecho a la intimidad, estableciéndose en la Ley Orgánica 5/1992, sobre regulación de tratamiento de datos de carácter personal, en su exposición de motivos, la necesidad de exigir el consentimiento consciente e informado del afectado para que sea lícita la custodia o recogida de datos y que sus contornos, es decir, este tipo de exigencia, se refuerza singularmente en los denominados datos sensibles, como son, entre otros, la salud y la vida sexual. La ley refiere una serie de cautelas para otro tipo de datos relativos a la ideología, etcétera y, concretamente, en lo relativo a la salud dice: Los segundos solamente serán susceptibles de tratamiento mediando dicho consentimiento o una habilitación legal expresa, habilitación que, según exigencia de la propia ley orgánica, ha de fundarse en razones de interés personal. Además, en su articulado se insiste en la necesidad de que los datos solamente sean recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, lo disponga una ley o el afectado lo consienta expresamente. Se habla específicamente de las infracciones de las administraciones públicas: Cuando las infracciones fuesen cometidas en ficheros de los que sean responsables las administraciones públicas, el director de la Agencia de Protección de Datos dictará una resolución estableciendo las medidas que proceda adoptar para que cesen o se corrijan los efectos de la infracción. Recuerdo a SS.SS. que existe un convenio firmado en Estrasburgo para la protección de las personas con respecto

al tratamiento automatizado de datos de carácter personal en el que se establecen categorías particulares de datos, entre los que se identifican los datos de carácter personal relativos a la salud o a la vida sexual, especificando que no podrán tratarse automáticamente o cederse a menos que el derecho interno prevea garantías apropiadas.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 10, al referirse a los derechos de los pacientes, habla, como no podía ser de otra manera, del derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, etcétera, e incluso, en el artículo 61, se establece explícitamente que en cada área de salud deberá mantenerse la historia clínica sanitaria única para todo el área al menos dentro de los límites de cada institución asistencial y que estará a disposición de los enfermos y facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. Por último, en los hospitales que están dentro de la Comunidad de Madrid hay también legislación del año 1995 sobre el uso de la informática en el tratamiento de los datos personales de la Comunidad de Madrid, en la cual se reitera la necesidad del conocimiento informado de los pacientes y se establece en su artículo 9 que sólo la ley podrá autorizar las cesiones de datos de carácter personal que se hicieran precisas con posterioridad a la recogida de datos.

Como sabe el señor Núñez Feijóo, ha habido denuncias de diferentes entidades ciudadanas (asociaciones de vecinos, centrales sindicales, etcétera), tanto al Defensor del Pueblo como a la Agencia de Protección de Datos, que están en estos momentos tramitándose y que evidentemente no resuelve el acta de inspección que el señor Núñez Feijóo ha tenido a bien relatarnos.

Hay un tema básico que no es el de carácter legal, que los tribunales o las instancias administrativas correspondientes resolverán, y es la necesidad o la pertinencia de la privatización; me resisto a utilizar la palabra externalización que además me parece que está mal definida en el diccionario o por lo menos su adecuación a este tipo de objetivos. La privatización del archivo de historias clínicas del Hospital Doce de Octubre no está justificada. Existe, y usted lo sabe tan bien como yo —no sé si es que pensaba que no habíamos tenido acceso a esa documentación cuando no la ha mencionado en su intervención—, una auditoría, solicitada en la etapa de su presencia al frente del Insalud, que tiene fecha del 2 al 6 de junio de 1997 —desconozco si es la empresa Arthur Andersen la que hace la auditoría, pero, en cualquier caso, es una auditoría, solicitada por el Insalud, del Hospital Doce de Octubre—, y usted sabe tan bien como yo lo que la auditoría identifica como problemas y lo que recomienda. Evidentemente, identifica como un problema la situación del archivo de historias clínicas. En concreto, recomienda abordar como tarea de máxima prioridad la remodelación total del archivo, incluyendo el soporte informatizado de al menos los informes de alta de cada episodio de las historias activas con posibilidad de acceso desde los servicios.

Cuando el Insalud se ha gastado tal cantidad de miles de millones de pesetas en la informatización de la, valga la redundancia, información sanitaria, ¿podrá decirme el señor Núñez Feijóo por qué no se plantea la utilización de esta técnica para limitar el espacio necesario para el acce-

so real y en condiciones adecuadas a los datos? Todos sabemos que hay pruebas complementarias que son difíciles de informatizar, o que no se deben informatizar, o que la información que retienen no puede volcarse exclusivamente en unos datos informáticos, como pueden ser los datos radiológicos, o los datos electrocardiográficos, pero existen técnicas como es la del microfilmado y es evidente que los datos de la historia clínica son susceptibles de tener un tratamiento informatizado. Continúa diciendo la auditoría que, abordado este problema, podría resultar innecesaria la contratación del actual servicio externo, es decir, del ya privatizado, que gestiona parte de las historias, lo que a medio plazo constituiría una fuente de ahorro y convierte la resolución del problema del archivo en una inversión más que en un gasto. Dice en sus conclusiones que se trata de un archivo muy poco dotado para el volumen del centro, donde la mecanización existe solamente a nivel de localización de existencia, entradas y salidas de historias, y también dice que el personal, señor presidente, para su satisfacción y la mía, tiene experiencia y motivación por lo que podría abordarse una remodelación total partiendo de esta base.

Su preocupación lícita y legítima por el ahorro a veces lleva, como usted sabe bien que este grupo parlamentario ha denunciado, a atentar contra la calidad de los servicios, y sorprende que cuando se trata de externalizar —como usted dice—, de privatizar —como digo yo—, dicha preocupación por el ahorro desaparece y a usted le parece del máximo interés ceder la gestión del archivo a empresas cuando hay auditorías externas que dicen que hay base material y de personal y que la inversión sería un ahorro para que el hospital gestione directamente el archivo.

He tenido ocasión de consultar con profesionales de hospitales que tienen sus archivos cedidos a empresas privadas para su gestión y la realidad es que cuando hay un ingreso de una persona que tiene historia en el hospital se tarda, como mínimo, 24 horas en que el médico de urgencias tenga acceso a un documento tan básico para el tratamiento del enfermo y para la valoración en un servicio de urgencias como es la historia clínica. En el caso de que el ingreso se produzca un viernes por la tarde, se tarda 72 horas en tener acceso real, no lo que dice la cláusula de condiciones, a la historia correspondiente.

Hay una nota de prensa publicada en un diario médico en la cual el responsable de Comisiones Obreras del Hospital Severo Ochoa desmonta las razones, una detrás de otra, que han llevado a la privatización del archivo de este hospital, incluida la relativa a la explosión demográfica que se dice que ha tenido la zona sur. Yo creo que crecimiento de población sí ha habido, pero catástrofes demográficas no parece que sean las que en nuestro país estén justificando semejantes decisiones.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le ruego vaya concluyendo.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Sí, voy terminando, señor presidente.

Mi grupo parlamentario tiene la tranquilidad de conciencia y la autoridad política como para decir, señor Núñez Feijóo, que ha denunciado con anteriores gobiernos

y con el suyo los procesos de privatización injustificados y que corresponden a una ola que evidentemente persigue trasladar fondos públicos a manos privadas, sin que haya ninguna garantía de que se produzcan mejoras de la calidad sino todo lo contrario. Yo sé que, en general, la técnica del Gobierno del Partido Popular es decirle al Partido Socialista y tú más, o, y tú antes. Para este grupo parlamentario, cuando se producen denuncias, la respuesta es que tú empezaste mucho antes y además mucho más que yo. Evidentemente, eso no es una justificación que legitime actuaciones de las que es usted directamente responsable y que, afortunadamente, montados en la ola privatizadora del Gobierno del Partido Popular, han tenido mayor trascendencia en los medios de comunicación, desgraciadamente para usted.

Quiero preguntarle, señor Núñez Feijóo, si van a tomar alguna medida que paralice este proceso o van a esperar a que haya decisiones al respecto en el ámbito administrativo judicial. Quiero preguntarle también cuál es el motivo para que, entre las instancias del hospital informadas, se olvidaran ustedes de hacerlo a la junta de personal o lo hicieran cuando el escándalo ya estaba en el calle. Asimismo, quiero llamar la atención sobre usted y sobre el resto de los grupos parlamentarios de la Comisión acerca de los documentos que usted nos ha leído de la junta técnico-asistencial y me parece que de la comisión de historias clínicas, que insistían en lo mismo en que insistía la auditoría: la necesidad de mejorar el archivo y la gestión de las historias clínicas y de ninguna manera exigían al señor gerente del hospital la privatización urgente del archivo de historias clínicas.

Espero sus respuestas. Si está en condiciones, le ruego que especifique el nombre de las empresas, si no es posible de todas, al menos de algunas, que en estos momentos están gestionando los archivos de historias clínicas de hospitales del Insalud.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: La intervención del señor Núñez, presidente del Insalud, nos ha trasladado un problema, que es conocido, antiguo y físico: la ubicación y archivo de las historias clínicas que se van almacenando en los hospitales. Inmediatamente, él mismo nos ha puesto en guardia sobre que la solución de este problema, mediante la privatización de la gestión del archivo de las historias clínicas en los hospitales, no genera un segundo problema añadido —según él—, que es el de la vulneración del derecho a la intimidad que todas las personas tenemos reconocido en la Constitución. Yo creo que hay un consenso generalizado entre todos los aquí presentes en que la utilización de los datos sensibles sobre las características biológicas de las personas, las condiciones físicas, su estado de salud, pertenece al más estricto ámbito de la intimidad de las personas. Pues bien, la solución que nos ofrece y que está poniendo en marcha el Insalud en determinados hospitales para solventar un problema físico, de metros cuadrados, según ha expuesto el señor Núñez, a nuestro juicio, vulnera la Constitución. Creemos que se está vulnerando o se

puede vulnerar la intimidad de las personas. Un problema físico no se puede solucionar vulnerando, presuntamente, la legalidad, la Constitución y tampoco se puede amparar nadie en que esto ya se estaba haciendo, porque las referencias que ha dado el señor Núñez a la Comisión, salvo que se explique de otra manera, es que los archivos se habían externalizado, palabra que tampoco me gusta. Esto es decir eufemísticamente que se gestione privadamente un servicio, que se había hecho en parte o en todo, aunque no nos ha dicho en qué consistía esa externalización, y mucho menos los datos de hospitales, que dice que tiene de referencia, pero sin haber consultado con los mismos. Estos no son datos de fiar. Se debe decir exactamente en qué consistía la gestión previa al Gobierno actual y además se consulta directamente con las autoridades sanitarias de los hospitales en las comunidades autónomas, pero no se puede venir a la Comisión a decir que esto lo saben de oídas y además es certero porque tienen unos amigos allí.

Dicho esto, a mi grupo le interesa resaltar que ninguna de las dos premisas o justificaciones pueden tapar lo que, a nuestro juicio, ha creado una alarma social, que es la presunta vulneración de la intimidad de las personas. La intimidad, señorías, es aquello que afecta a lo más secreto de las personas, aquello que no puede ser conocido. También se vulnera esa privacidad, ese ámbito de lo privado, cuando presuntamente se pueden transferir datos —y de esto hablaré luego— de aquello que, siendo conocido, puede ser propalado a ámbitos que no le interesan al propio afectado.

Pues bien, hay nada menos que cuatro leyes que desarrollan la Constitución, que forman un bloque jurídico sobre el tema de la intimidad, la confidencialidad y el ámbito privado. Algunas se han citado aquí: la Ley general de sanidad, la Ley de protección de datos personales, la Ley del derecho al honor y también existe una Ley muy concreta, la Ley de prevención de riesgos laborales, que en su artículo 22.4 dice textualmente: sólo el personal médico y las autoridades sanitarias podrán tener acceso a la información médica de carácter personal, sin que se pueda facilitar al empresario u a otras personas sin el consentimiento expreso del interesado. Esto mismo del consentimiento expreso del interesado está regado —valga la expresión— en todos los artículos de la Ley de protección de datos personales.

Señorías, la historia clínica pertenece al interesado, al paciente. Hay un dicho en España muy conocido para calificar a las personas que son retraídas o que no quieren comunicarse o recelan de otras personas, que dice: este no dice la verdad ni al médico, haciendo énfasis en ni al médico. Es verdad. Los ciudadanos confían en el médico, pero no confían en lo que dicen al médico, que puede afectar a sus familiares, porque la historia clínica no es solamente de un paciente, sino que en ella se reflejan datos de familiares; los ciudadanos no confían a terceras personas, empresas u otros entes que estén gestionando que no sean los profesionales del centro médico los datos que ha facilitado.

Nos parece que se está vulnerando la ley, la intimidad de las personas, la confidencialidad, etcétera y no creemos que sean válidas las justificaciones que se han expresado aquí, tanto las de que ya se estaba haciendo —si de verdad se estaba haciendo, se estaba haciendo mal—, como las del espacio físico.

Luego pasa el señor Núñez a explicarnos cómo se realizan los contratos con las empresas privadas que gestionan los archivos. Nos dice que sólo se informatiza el nombre del enfermo. Cuando nos relata el informe que ha recibido, casualmente anteayer —y subrayo lo de casualmente—, de la Agencia de Protección de Datos, dice que lo que se identifica es el número de historia. ¿En qué quedamos? ¿Se informatiza el nombre del paciente o el número de historia? Aquí algo falla. Si se está informatizando el nombre del paciente sin su permiso, se está vulnerando la ley. Y si se informatiza el número de historia, señor Núñez, le tendré que decir que también se está vulnerando la ley porque aquí lo que se está haciendo es una transferencia de datos a terceras personas sin el consentimiento del ciudadano, que en ese caso es paciente en un hospital o en una institución sanitaria.

Nos dice que no ha habido denuncia. Yo creo que esto se lo debería callar, señor Núñez, porque el uso indebido de los datos personales que hayan sido conocidos por razón profesional —datos en este caso de la salud—, sin que éstos lleguen a su divulgación, constituye una intromisión ilegítima en el honor o en la intimidad de las personas. Se lo vuelvo a repetir: el uso indebido de esos datos que hayan sido conocidos por razón profesional constituye en sí mismo una intromisión ilegítima y sancionable, como establecen las leyes, por parte de la justicia. Por lo tanto, si no se divulga ese tipo de actuaciones, no se conocen y no puede haber denuncias. Sin embargo, tal como ha sido publicado y dicho en medios de comunicación escrita y en radio, se trata de una empresa multinacional, para más detalles parece ser que australiana; esta empresa multinacional puede tener otras empresas filiales en el ámbito de los seguros, en el de la contratación de trabajadores, empresas de trabajo temporal, puede tener diversificado su riesgo en otro tipo de empresas. ¿Quién impide, señor Núñez, que se transfieran datos del nombre del paciente que se informatiza y, luego, al hacerse un seguro, por tener un defecto físico, una tara, una enfermedad crónica que no le impida realizar con normalidad su trabajo, que se le rechace, que se le suba la cuota del seguro o que se le impida hacer un seguro de vida? Este es el riesgo real que pueden tener personas corrientes y molientes como nosotros, cualquiera que pueda acceder a un hospital.

Desde luego, he leído declaraciones muy peregrinas, unas del señor ministro diciendo que solamente se va a gestionar las historias de los muertos, que se acumulan y hay que almacenarlas, y de aquellos que tardan cinco años en acudir de nuevo al hospital; como si tardan diez, los datos están ahí y el hecho es que las personas están vivas y en actividad ciudadana, ejerciendo un trabajo y no quieren que se conozcan esos datos.

Ha habido un precedente, señor Núñez, que es el tratamiento que se ha pretendido dar a la externalización, también a otra empresa, de la recogida de datos para los infectados del VIH y los enfermos de sida, y ustedes han tenido que dar marcha atrás, porque querían hacer la recogida de datos con nombres y apellidos y conocimiento directo de los pacientes, y han tenido que introducir códigos de salvaguarda para que no se conozca directamente a los pacientes. Aquí también van a tener que dar marcha atrás, esto no puede ser...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco, le ruego vaya concluyendo.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Acabo, señor presidente, solicitándole su benevolencia para terminar la intervención en dos minutos.

Como ha dicho la diputada portavoz del Grupo Federal de Izquierda Unida, existen nuevas tecnologías. Ustedes han pedido una auditoría (y no lo repito porque ya lo ha expresado ella de manera extensa) que les indica que con esas nuevas tecnologías se pueden organizar nuevos servicios de archivo de historias clínicas por los que se reduce de manera infinitesimal el espacio físico. Por tanto, señor Núñez, las justificaciones que usted ha dado aquí no han calmado nuestra inquietud sobre lo que puede suponer esta externalización masiva de historias clínicas. Desde luego no creemos que estén justificadas si no se ponen en práctica otras medidas que existen y no la tan directa y fácil como es la privatización.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor López Garrido.

El señor **LÓPEZ GARRIDO**: Gracias, señor Núñez Feijóo, por su comparecencia ante esta Comisión y por su contestación acumulada también a la petición de comparecencia que hizo nuestro grupo y que se ha incluido esta mañana en el orden del día con la generosidad de los demás grupos, aunque trata, como se ve en su enunciado, de las mismas cuestiones a las que se han referido los anteriores intervinientes en esta Comisión, es decir, la noticia que salta a los medios de comunicación en agosto y septiembre de este año según la cual nada menos que catorce hospitales del Insalud han privatizado la gestión de los historiales de sus pacientes, lo que crea, como decía el señor Blanco, una importante alarma social. También tiene un carácter sorpresivo, es decir, puede que esto se estuviera haciendo hace tiempo en algunos lugares, lo que todavía hace más grave el asunto, porque esto se lleva haciendo años, la opinión pública no lo ha conocido para nada y la Administración actual no solamente no lo hace público ni interviene al respecto sino que profundiza en lo que se estuvo haciendo mal posiblemente antes de que llegara esta Administración del Partido Popular.

Creo que la cuestión, que salta a raíz de denuncias de sindicatos del Hospital 12 de Octubre de Madrid, va mucho más allá de ese hospital, por lo que no podemos limitarnos a algo que tenga que ver solamente con ese hospital. Este asunto afecta a muchos hospitales —usted ha hecho un relato de hospitales públicos y de hospitales privados—, por lo que la cuestión va más allá de un hospital, se adopta una determinada política a ese respecto que, coincidiendo con mis compañeros y compañera en esta Comisión, contraviene claramente la Constitución y la legislación actual. Me parece que es lo más grave de todo lo que está sucediendo.

No es extraño que haya habido protestas, que usted conoce, desde diferentes ámbitos, pues no solamente hay preocupación en esta comisión parlamentaria —debe haberla y es nuestra obligación sentirla así—, sino que hay protestas de sindicatos. Usted ha citado algunos sindicatos

que no se oponen, pero da la casualidad de que los que sí se oponen son los que tienen mayor presencia en este país; los sindicatos con mayor representación se oponen: desde luego Comisiones Obreras y UGT se oponen claramente a esta privatización de historias clínicas de los hospitales. Tengo delante unas declaraciones del secretario general de Comisión Obreras de Madrid donde dice que esto que se llama eufemísticamente externalización de historiales clínicos es grave, porque ahí están no solamente los datos personales, como número de hijos, toxicomanías o enfermedades mentales, sino también antecedentes familiares y cuestiones que afectan a la intimidad, hábitos sexuales y costumbres, todos ellos datos útiles para alcanzar un diagnóstico.

A su vez, la Confederación de vecinos y consumidores critica el secretismo con el cual el Insalud ha llevado a cabo la privatización de historiales clínicos en numerosos hospitales. También hay que tener en cuenta el hecho de que la Agencia de Protección de Datos ha abierto 493 expedientes a empresas privadas y organismos públicos por presuntos incumplimientos en la custodia de los datos.

Todo esto hace que la cuestión tenga una enorme importancia. Seguramente estamos asistiendo a uno de los mayores atentados a la intimidad que se han producido en este país y a una de las mayores vulneraciones de la intimidad en cantidad y en calidad, vulneraciones difíciles de conocer. Usted dice que no ha habido protesta, que no ha habido denuncia, y ahí radica precisamente la importancia de defender la intimidad frente a la utilización indebida de las tecnologías de la información porque, a diferencia de la vulneración de otros derechos fundamentales, en este caso la víctima no se entera de que es víctima. Ésa es sin duda la mayor vulnerabilidad, la mayor indefensión que hay ante las técnicas de informatización. Estoy convencido de que la inmensa mayoría, el 99,9 por ciento de los pacientes cuyos historiales clínicos ya no están en el hospital sino en otro sitio, no tiene ni la menor idea de que están en otro sitio. Desde luego, no tuvieron oportunidad de oponerse a ello porque, por definición, estas cosas tienen un carácter secreto, y nadie sabe de esos datos ni si esos datos tienen errores, porque a nadie se comunica los avatares de esos datos.

Yo quisiera centrarme, señor presidente, en el elemento de vulneración de la legalidad, flagrante, que se produce en este caso, con los datos seguramente más íntimos de las personas. Probablemente no haya violación más grave a la intimidad que la que se produce en relación con los datos sobre la salud. Por tanto, es lo que hay que proteger con más cuidado y respecto de lo que se deben cometer menos imprudencias. Las autoridades públicas y los hospitales públicos sobre todo deben tener un especial cuidado en no vulnerar la legalidad y la intimidad cuando estamos, nada menos, ante los datos personales relativos a la salud. Estoy convencido de que si a la inmensa mayoría de la gente le dan a elegir entre lo que no querrían que se supusiese sobre su vida privada, seguro que empezarían por los datos relativos a su salud. Es lo más íntimo para una persona. Por eso la ley establece, y no por casualidad, especiales garantías. Fíjese, señor Núñez Feijóo, que la ley vigente a la que ha hecho alusión en términos genéricos de cumplimiento, la llamada Lortad, Ley de ordenamiento de datos, es obsesiva

en cuanto a la prohibición del tratamiento automatizado de los datos relativos a la salud, salvo autorización personal. El artículo 7.3 de la Lortad lo dice con toda claridad: los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados automatizadamente y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente. Es muy contundente lo que dice la Lortad.

El artículo 11.2.f) dice: Será posible la cesión de datos relativos a la salud cuando sea necesario para solucionar una urgencia (una urgencia) o para realizar determinados estudios epidemiológicos, en el sentido del artículo 8 de la Ley General de Sanidad. Por tanto, el tratamiento automatizado de datos está absolutamente prohibido, salvo autorización, y la cesión también está absolutamente prohibida.

Es verdad que la Ley orgánica de Regulación del tratamiento automatizado de datos tiene una excepción a la cesión y, como hay que ser absolutamente honestos a la hora de dar argumentos ante esta Comisión, conviene decirlo. La Lortad en el artículo 27 dice que en la prestación de servicios de tratamiento automatizado de datos de carácter personal por cuenta de terceros (que sería este caso) hay una serie de garantías como la de que no podrán aplicar o utilizar los obtenidos con fin distinto, y los datos de carácter personal serán destruidos una vez cumplida la prestación contractual; por tanto, admite la posibilidad de prestación de servicios del tratamiento automatizado de datos de carácter personal. La Lortad admite la famosa externalización en el artículo 27, pero hete ahí que la admite sólo para ficheros de titularidad privada, nunca para ficheros de titularidad pública. El artículo 27 figura en la Lortad dentro del capítulo II, ficheros de titularidad privada. Precisamente por eso el Grupo Popular ha querido solucionar esta limitación, que para él es que sólo sea posible este tratamiento externalizado en ficheros de titularidad privada, con un nuevo artículo que introduce en un proyecto de ley que está en esta Cámara y que se va a discutir pasado mañana en el Pleno, que es la nueva ley de protección de datos que propone este Gobierno. El Gobierno introduce algo parecido a la prestación de tratamiento automatizado de datos por terceros en el artículo 12 del proyecto, en la parte general, cuando se refiere al acceso a los datos por cuenta de terceros; dice: No se considerará el acceso de un tercero a los datos cuando dicho acceso sea necesario para la prestación de un servicio al responsable del tratamiento. Ni siquiera con este artículo ustedes podrían haber hecho lo que han hecho, porque de las anteriores intervenciones ha quedado claro que no es necesario o por lo menos es discutible que sea necesario hacer esto para que se produzca el servicio médico, para que se dé un adecuado tratamiento médico que es, en definitiva, el objetivo de los hospitales.

El Grupo Popular ha tenido que introducir esto en un artículo de la parte general porque, tal como está ahora mismo la ley, eso es imposible con ficheros de titularidad pública, luego la violación de la legalidad es absolutamente clara y, si hubiera alguna duda al respecto, ustedes tendrían que haber consultado. Es absolutamente temerario que esto se haga sin una consulta a la Agencia de Protección de Datos sobre un plan general de externalización —estoy uti-

lizando su palabra, no la mía, que sería más bien la de privatización— y sin consultar a los interesados, que por supuesto no se ha hecho para nada.

El señor **PRESIDENTE**: Señor López Garrido, le ruego vaya terminando.

El señor **LÓPEZ GARRIDO**: Ya voy terminando, señor presidente.

No tiene sentido que ustedes hayan hecho esto sin haber hecho una consulta —que entiendo que no debe haberla— a un supuesto plan de privatización.

Termino rápidamente proponiéndole conteste a estas preguntas que expongo. Primera, ¿tienen un plan global para la gestión de la historia clínica en el Insalud, o se trata de una cuestión a salto de mata que se hace según le parece a un hospital? Segunda, ¿tienen algún plan de informatización de las historias clínicas en el Insalud? Tercera, ¿en algún momento tuvo el Insalud algún plan de inversiones para estas cuestiones? Cuarta, dejando claro que la historia clínica de una persona es un proceso clínico asistencial de primer orden, con datos sensibles para la intimidad, ¿por qué nos enteramos ahora de eso que usted llama externalización? Quinta, suponiendo que hayan valorado estas cuestiones anteriores, ¿qué controles efectúa el Insalud para exigir la confidencialidad de los datos, teniendo en cuenta que si no estaría violando el espíritu y la letra de la Lortad? Por cierto, nuestro grupo ha pedido los contratos, no los pliegos a los que ha hecho usted alusión, donde deben asegurarse esas supuestas seguridades, valga la redundancia, porque no basta con los pliegos; hace falta saber cómo se asegura esa confidencialidad en los contratos concretos. Sexta, por último, ¿por qué se trasvasa dinero público a entidades privadas, teniendo recursos en el Insalud para estos trabajos? No estamos ante un proceso encubierto de privatización, pero ¿por qué se ha hecho esto sin la autorización de la Agencia de Protección de datos y sin autorización de los interesados? No es suficiente una esporádica inspección que usted ha citado, con lo cual ya nos hemos dado cuenta de que no ha habido autorización previa

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir?

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Intervengo para fijar la posición de nuestro grupo parlamentario en relación con la comparecencia del señor presidente del Insalud, que es ya habitual en casi todas las reuniones de la Comisión de Sanidad, para dar cumplida respuesta de la acción de gobierno en el Insalud.

Debatimos hoy tres peticiones de comparecencia y todas ellas tienen que ver con un tema concreto: las historias clínicas y su archivo. No es un tema nuevo, ha venido ya varias veces al Parlamento hace bastantes años y tiene un doble enfoque. Hace unos cuantos años todos los profesionales sanitarios, los médicos de los hospitales públicos, los gerentes y los responsables, hablábamos del caos de las historias clínicas —y aquí hay sanitarios y médicos que lo conocen porque lo han vivido— en relación con los distin-

tos servicios, las historias clínicas almacenadas en los distintos departamentos, la imposibilidad de que el médico de urgencia o no el de urgencia, pudiera llegar a esas historias clínicas y pudiera consultar en ellas los antecedentes de otras visitas del paciente al hospital. Toda la sociedad reclamó en aquella época un cambio y una mejora y modernización en el sistema de recogida de datos de las historias clínicas, de su archivo y siempre con una doble cualidad: que se garantizara la seguridad y la confidencialidad de los datos.

Se hicieron esfuerzos económicos y el Gobierno, dentro de la legalidad, hizo mejoras en los archivos de las historias clínicas y planteó; dentro de la Ley General de Sanidad y del Sistema Nacional de Salud, algunos criterios que debían cumplirse en la plasmación de esas historias clínicas, en la informatización de las mismas y en el control del archivo que guardaban esas historias clínicas, y se tomaron medidas gracias a la presión de los profesionales y también de este Parlametno.

Hoy, unos cuantos años después, vemos el fruto de aquellas medidas. Se externalizaron, se informatizaron, se modernizaron los archivos de las historias clínicas y gracias a ello pudo mejorarse el procedimiento de su archivos. Hoy continuamos con aquel procedimiento que entendíamos (y que la experiencia demostró, como ha dicho muy bien el presidente del Insalud) que era bueno, y continuamos en la misma línea de bondad para mejorar la asistencia sanitaria que, a fin de cuentas, es la responsabilidad del que gobierna.

No parece muy congruente decir, si se hizo entonces, se hizo mal. Por tanto, cambiamos. No, se hizo bien y se hizo bajo la legislación vigente, y se hizo con todas las garantías de la jurisprudencia. Pensar que el archivo de las historias clínicas, esos documentos tan importantes como han recalado los distintos portavoces, su custodia, se hace mejor en un habitáculo público o en un habitáculo privado, es un tema que me parece que escapa a toda racionalidad. Discutir que esto es, una vez más, una faceta de la pretendida privatización que pretende el Gobierno del Partido Popular, me parece que es además una falacia.

Creo que el presidente del Insalud ha hecho una exposición donde se han marcado perfectamente los objetivos que se persiguen con estas medidas, que han sido avaladas, en su aspecto positivo, por la experiencia; ha argumentado razones de peso para llevarlas a cabo y, además, ha garantizado la especialización de las empresas, manteniendo siempre esos dos criterios que todos los grupos compartimos, que no son otros sino la seguridad y la confidencialidad de los datos.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Núñez Feijóo, cuando quiera, puede dar respuestas a las distintas intervenciones de los grupos parlamentario.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Voy a intentar, si les parece, dar una respuesta lo más sistemática posible a las cuestiones que han referido sus señorías.

Sin duda estamos ante un debate, si me permiten, que yo calificaría como el debate de la confusión, porque una cosa es lo que se hace y otra es lo que ustedes dicen que se

hace, y son cuestiones sustancialmente distintas. No voy a decir lo que está haciendo el Insalud. Voy a decir lo que dice la Agencia de Protección de Datos que están haciendo las empresas especializadas en el tratamiento de los archivos, y lo voy a decir literalmente conforme al acta: La unidad de archivo es la propia historia clínica. No se automatiza ninguno de los datos de los documentos obrantes en el interior de los sobres. Y recalca: El fichero único que existe en estas empresas es el que registra el número de la historia clínica, sin identificar el nombre del paciente al que pertenece.

Ustedes han intentado trasladar lo que es ordenar una historia, meter todos los documentos, duplicados o no, que existan en esa historia en un único sobre con un número de la historia clínica, que es lo único que se informatiza y decir que esto significa tratar los datos de la historia clínica y que esto puede significar ceder los datos de la historia clínica.

Señorías, creo que esto no es un buen servicio a la sanidad pública en nuestro país, y quiero decirlo de una forma absolutamente contundente: no es un buen servicio a la sanidad pública de nuestro país enterarnos de que la mayoría de las historias de los alicantinos, de los valencianos, de los bilbaínos, de los malacitanos, de los granadinos o de los madrileños, puedan estar siendo tratadas e incluso puedan estar cediéndose esos datos a empresas con intereses en el sector. Vuelvo a insistir, señorías, que una cosa es el cumplimiento escrupuloso de una única historia por paciente, la inevitable necesidad de tener esa historia permanentemente a disposición de los facultativos, y otra cosa es intentar decir que lo que se persigue es tratar automatizadamente los datos que contiene la historia y, a lo mejor, ceder esos datos a terceros.

Lo que prohíbe la Lortad es justamente esto: tratar automatizadamente los datos y, por supuesto, ceder esos datos a terceros. Cosa que en ningún caso está haciendo el Insalud y que en ningún caso admitirá que se haga en ninguno de los archivos de alguno de sus hospitales que pueda estar externalizado. Cosa que estoy convencido de que ni las autoridades andaluzas ni las catalanas ni las gallegas ni las valencianas van a permitir. Estoy convencido de que nadie del sector sanitario público va a permitir que se utilice un dato o que se traten informatizadamente datos que sólo corresponden al personal médico, como el diputado y portavoz, en este caso, del Grupo Parlamentario Socialista ha dicho de forma muy clara. Solamente el personal médico tiene derecho y solamente a él le corresponde el acceso a la información que se contiene en la historia clínica. En ningún caso una empresa, por muy especializada que esté, con independencia del sector que esté y con independencia de que en el archivo de historias clínicas en ese hospital trabajen personas de ese hospital, en ningún caso una persona que trabaja en un archivo en un hospital público tiene derecho a acceder a la historia clínica, solamente lo tiene el facultativo. Esto ocurre así, ya sea dentro del espacio del hospital o fuera del espacio del hospital.

Por tanto, señorías, nosotros, como no podía ser de otra forma, nos comprometemos a cumplir taxativamente la legalidad vigente, la que fuere, la que ustedes aprueben en el momento en que lo consideren oportuno, y dejen ustedes a la Agencia de Protección de Datos que haga juicios de valor sobre si lo que se está haciendo en este momento es

correcto o incorrecto. Porque decir desde estas tribunas que lo que se está haciendo en la mayoría de los grandes hospitales de nuestro país desde hace diez, ocho, nueve, siete, seis o cuatro meses es ilegal, es tanto como ser juez y parte y espero que SS.SS. no puedan trasladar fuera de este recinto que es inconstitucional, ilegal y, por tanto, se está tratando informatizadamente la documentación que aparece en las historias, e incluso se ha llegado a decir que se pueden ceder esos datos a terceros. Creo que esto es especialmente grave y que SS.SS. en modo alguno pueden permitir que algún ciudadano dude de que lo que están haciendo estas empresas es adueñarse de su historial clínico e incluso algunas de éstas podrían ceder estos historiales a terceros.

Insisto, señoría, en que los contratos y los pliegos de condiciones dicen exactamente cuáles son las obligaciones de las partes, y todas las empresas en nuestro país, públicas o privadas, están sometidas al ordenamiento jurídico del Estado español, y el Estado español prohíbe de forma taxativa este tipo de utilizaciones, y por eso dejamos perfectamente claro, y la Agencia de Protección de Datos lo confirma, que lo que se está haciendo no es, en ningún caso, procediendo a la automatización de datos, y en ningún caso, como es natural, procediendo a la utilización de esos datos. Esto no lo digo yo. Esto lo recogen los medios de comunicación en boca del director de la Agencia de Protección de Datos que leo textualmente: El hecho de que empresas privadas especializadas traten informáticamente y gestionen los antecedentes de salud de millones de pacientes es completamente legal, siempre y cuando no cedan luego dichos datos a aseguradoras u otras instituciones que puedan utilizarlos. Esto es lo que dice el director de la Agencia de Protección de Datos que es, insisto, el órgano competente en velar por la intimidad de los datos de todos los ciudadanos españoles, y creo que hacer juicios de valor sobre este aspecto es un flaco favor, insisto una vez más, al servicio sanitario público de nuestro país.

Yo no sé si la junta técnico-asistencial o la comisión de historias clínicas del Hospital 12 de Octubre son igual de irresponsables como parece ser que pueden ser los dirigentes, y en este caso el presidente del Insalud. Estoy convencido de que no, y estoy convencido de que cuando la junta técnico-asistencial no dice lo que usted dice, señoría, sino que se lleve adelante el proyecto de mejora del archivo externo de las historias clínicas, está diciendo lo que quiere decir, y en la junta técnico-asistencial están los médicos, la enfermería, los jefes de departamento y jefes de servicio que han sido democráticamente elegidos entre sus compañeros. Y el presidente de la comisión de historias clínicas, que supongo que será un profesional cuya misión en el hospital es velar fundamentalmente por la intimidad de las historias clínicas, cuando apoya este proyecto supongo que no estará pensando que es un proyecto ilegal, inconstitucional, y que de aquí se va a derivar que sus pacientes van a perder la intimidad de sus datos y que él es corresponsable de este atentado contra la intimidad de los datos de los pacientes.

Señora Maestro, era evidente que iba a salir la privatización, como es natural, lo que ocurre es que este debate está empezando ya, en mi opinión, a cansar a los ciudadanos, y quizás los ciudadanos lo que no pueden es pensar que no estamos hablando en serio de temas importantes. Yo no sé si usted cree en la autarquía hospitalaria. Yo no sé si

usted cree que los hospitales deberían tener panaderos, guardias de seguridad, jardineros, carniceros, estoy convencido de que no. ¿Pero es importante o no que en un hospital todas las dietas que van a las plantas todos los días estén perfectamente controladas y los alimentos correctamente manipulados? Sin embargo, el 99 por ciento de los hospitales de este país han externalizado su servicio de alimentación. Señoría, de seguir por estos derroteros, sin duda podremos hacernos las siguientes preguntas: ¿es razonable que una empresa privada realice todos los productos farmacéuticos que existen en el mundo? O dicho de otra forma: ¿es razonable que el sector público no sea el que investigue y establezca las moléculas y, por consiguiente, sea el sector de la farmacia de todo el mundo? ¿Es importante que la alta tecnología, con la que puede morir un paciente o la que puede producir daños irreversibles, como un acelerador lineal, esté en manos de empresas privadas y que, para obtener el lucro que evidentemente obtienen las empresas privadas, hagan aceleradores lineales incorrectos o resonancias nucleares magnéticas de mala definición? ¿Este es el debate que interesa a los ciudadanos? Señorías, créame, a los ciudadanos no les interesa este debate, lo que sí les interesa es tener un servicio sanitario público, universal, equitativo y que trate a todos por igual, con independencia de su renta o de su origen.

Recuerdo, señoría, acusaciones de privatización a las que usted se refiere con frecuencia. Usted ha dicho en distintos foros que la ley de fórmulas de gestión es una privatización del sistema. Creo que eso en ningún caso se puede considerar, salvo que el sistema sanitario público español esté ya privatizado. Sé que le molesta hablar de la privatización. A mí no y, por consiguiente, cada vez que salga el debate no habrá dificultades para hablar sobre estos asuntos.

Señor Blanco, yo agradezco el tono de su intervención. Empieza usted diciendo que el problema de los espacios físicos en los hospitales es ya antiguo y conocido. Estoy absolutamente de acuerdo con usted. Hemos dicho que el espacio adecuado para mantener en condiciones de dignidad el archivo del 12 de Octubre, uno de los mayores hospitales de nuestro país, es igual a toda la superficie de hospitalización médica y quirúrgica que estamos construyendo para un hospital del sur, en este caso para el hospital de Fuenlabrada. Por consiguiente, la prioridad es espacios para la asistencia sanitaria directa a los pacientes, y otras prioridades, entre las que puede estar el archivo y otros menesteres del hospital, también han de ser reflejadas, pero, como es lógico, una vez solventada la prioridad de la asistencia sanitaria.

Señoría, ya no estamos de acuerdo en decir que si se estaba haciendo se estaba haciendo mal. Yo creo que es difícil venir después de diez años y decir que lo que estaba haciendo un Gobierno, si se estaba haciendo, se estaba haciendo mal, porque no solamente se estaba haciendo, es que se está haciendo. No es un problema de pasado, es un problema de presente. Los hospitales a los que me refiero son hospitales gestionados por otros gobiernos, que también coinciden en que en determinados casos en que las razones lo justifican, el archivo se puede tener físicamente fuera del hospital, siempre que se garantice, como es natural, que no hay un tratamiento automatizado de los datos y

que no se están cediendo los datos, que es lo que exige, con buen criterio, nuestra legislación aprobada por sus señorías. No se informatiza el nombre del paciente, señoría, el único fichero (he dicho) informatizado es el del número de historia. Otra cosa es que se ponga el número del paciente con código de barras en los sobres. Pero lo que informatiza la empresa, según la inspección de la Agencia, es el número de historias.

Señorías, es evidente que las empresas pueden tener intereses y que pueden delinquir; es evidente que cualquier organización, cualquier persona física puede cometer delitos, pero de eso a decir que la externalización del archivo va a conllevar ael que las empresas que lo gestionen estén delinquiendo, es una afirmación que seguro que usted no comparte y que hemos de medir de una forma muy clara. Porque lo que ha hecho el Insalud y los demás servicios de salud lo están haciendo otras organizaciones del Estado. ¿Ustedes creen que los sumarios judiciales no tienen, no sé si más, pero cuando menos igual importancia que las historias clínicas? Pues con la información que tenemos le puedo asegurar que la Audiencia Nacional o el Tribunal Supremo tienen externalizada parte de sus archivos. ¿Eso atenta contra la intimidad? Señorías, la máxima instancia jurisdiccional de nuestro país entiende que por tener un sumario secreto o todo el sumario judicial de un acto no está considerando que se está rompiendo la Lortad que regula este asunto.

Decía el diputado López Garrido que llevamos años sin saber esto. Pues quizá llevemos años sin saber esto porque no se publica en el BOE o porque no se leía el BOE, porque el último concurso del Hospital 12 de Octubre se acredita que sale en el Boletín Oficial del Estado en 1992. Por tanto, no nos hemos enterado en julio, agosto o septiembre de lo que estaba ocurriendo. El Insalud no ha actuado con ningún secretismo. La diferencia entre la actuación del 12 de Octubre antes y ahora es muy clara, y es que ahora se publica en el Boletín Oficial del Estado el concurso público y antes, hasta el año 1992, no se había publicado, a pesar de que se venía haciendo de forma ininterrumpida desde el año 1988. Vuelvo a reiterar, señor López Garrido, por lo menos para que conste en acta, que no se está haciendo un tratamiento automatizado de datos ni se están cediendo los datos, que es la preocupación, que comparto, de la señoría del Grupo Mixto. Si esto fuera así, evidentemente las empresas no estarían ajustadas al contrato ni al pliego y estarían incumpliendo la Lortad.

Por último, señorías, voy a intentar responder, de una forma lo más concreta posible, a las preguntas que se han planteado. En cuanto a si pensamos paralizar la externalización del 12 de Octubre, evidentemente que no. Desde luego, a lo que sí nos comprometemos es a que si alguna autoridad, la Agencia de Protección de Datos o cualquier otra, nos dice que lo que hacemos no es correcto, por supuesto cumpliremos taxativamente lo que se nos diga, pero decir ahora que lo que venimos haciendo desde hace diez años no es correcto, es decirle a las personas que llevan sus historias clínicas externalizadas desde hace diez años que alguien les ha tomado el pelo o que lo que está haciendo el Insalud, antes y después, no es serio. Yo creo que lo que hacía el Insalud antes y después es serio. Por consiguiente, vamos a seguir con este planteamiento, salvo,

insisto, que la Agencia o cualquier otra autoridad nos proponga modificar, en todo o en parte, las cuestiones que aquí se concretan. Desde luego, el futuro de las historias, señora Maestro, pasa por la microfilmación sin duda. Por si tiene interés, le diré que la Fundación Hospital Alcorcón tiene microfilmadas las historias. Es un buen ejemplo y lo digo porque estoy seguro de que usted siempre quiere tener datos actualizados de la fundación Hospital de Alcorcón. La empresa que conozco (no he pedido más información, pero no tengo ningún inconveniente en hacerlo) sobre la que la Agencia de Protección de Datos ha girado visita es Documentalia. Si quiere tener una relación de empresas que puedan tener contratos en el ámbito del Insalud, como es natural, estoy a su disposición para dársela.

Respondo a las preguntas concretas del señor López Garrido. Pregunta si tenemos un plan de informatización de las historias clínicas. Sí; el problema es que de los planes de informatización a los que estamos comprometidos éste no ocupa un lugar prioritario por las cuestiones que he mencionado. Pregunta asimismo si tenemos un plan de inversiones. Por supuesto, el plan de inversiones del Insalud, en los últimos tres años, ha crecido un 72 por ciento y el personal del 12 de Octubre lo sabe. ¿Por qué nos enteramos ahora de la externalización? Es muy difícil contestar al señor López Garrido, porque esta externalización viene haciéndose, como digo, desde hace once años en el mismo hospital. Controles de garantía y de confidencialidad. Absolutamente, nos comprometemos a que haya los controles de garantía y confidencialidad que proceden.

Estas eran las preguntas que hacía el señor diputado que por cuestiones de agenda no puede estar presente, aunque creo que está en otra sala. Entiendo que ha de proceder su contestación para que conste en el «Diario de Sesiones.» **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señora Maestro, ¿para qué solicita la palabra?

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Señor presidente, porque hay algunas inconcreciones en la intervención del señor Núñez Feijóo; hay ausencia total de respuesta a una de las partes fundamentales de mi intervención, basada en las recomendaciones de la auditoría. Luego, el señor Núñez Feijóo se ha extendido en aspectos que tienen que ver con la autarquía, el sistema farmacéutico privado, que evidentemente salen fuera del contenido de la solicitud de comparecencia que usted ha tenido a bien no interrumpir, pero que evidentemente me obligan a responder.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Maestro, en cuanto al último planteamiento que hace, usted ha sido la que ha hablado de privatización con unos argumentos y el señor Núñez Feijóo ha replicado con los que ha estimado oportunos para replicar a su intervención.

Le doy un tiempo de tres minutos para realizar las aclaraciones puntuales a las que usted se ha referido. **(El señor Blanco García pide la palabra.)**

Señor Blanco, ¿a qué efectos?

El señor **BLANCO GARCÍA:** Señor presidente, yo le rogaría también un par de minutos para poder puntualizar algunas cuestiones sobre las que no he sido respondido o sobre las que he sido malinterpretado en la exposición.

El señor **PRESIDENTE:** De acuerdo.
Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** En relación con la respuesta del señor Núñez Feijóo, quiero decirle que en estos momentos hay denuncias ante las instancias judiciales correspondientes, hay miles de denuncias según un modelo que tengo en las manos y que corresponde a la federación regional de asociaciones de vecinos y que sobre las que la Agencia de Protección de Datos se pronunciará.

Hay otras leyes, no solamente la Lortad, como he mencionado en mi intervención, que hablan de la necesidad de que los datos estén protegidos, en sobre abierto, en sobre cerrado, porque en las leyes no se especifica, sólo se dice que los datos no deben salir del poder de las autoridades sanitarias correspondientes. Usted no ha mencionado para nada uno de los elementos fundamentales. Sobre lo que está *sub iudice* la justicia dirá, pero qué dice S.S. sobre la justificación política, la justificación administrativa de la privatización de la gestión del archivo, cuando hay una auditoría pedida por ustedes en el año 1997 que recomienda un tratamiento concreto dentro del hospital, que incluso señala que eso se va a traducir en un ahorro que hará innecesaria la privatización anterior. Señor Núñez Feijóo, yo le pregunto directamente qué está haciendo usted con el dinero público. Primero pide una auditoría de la que usted no hace ningún caso y, en segundo lugar, desoye lo que supuestamente organismos expertos recomiendan que haga; justo cuando le recomiendan que lo mantenga en manos públicas y cuando, además, insisten en que eso es un ahorro. ¿Por qué, señor Núñez Feijóo, en contra de un informe técnico reciente y solicitado por ustedes, usted lo privatiza, cuando los datos aconsejan que mejore y desarrolle ese archivo con los recursos humanos propios del hospital? ¿Cuál es la justificación? ¿Qué hace con el dinero público, señor Núñez Feijóo?

Yo le digo que las cosas ocurren. Hay denuncias judiciales de personas que han tenido accidentes, que han sido atendidos por servicios sanitarios y que han recibido cartas de aseguradoras que hacían referencia al conocimiento concreto del accidente producido. Eso es lo que ha sucedido. Parece que a usted le da lo mismo lo público que lo privado. A mí, no. Hay hechos bien concretos, como es el que nos ocupa, que las leyes se han preocupado de proteger porque es material extremadamente sensible.

Ha hecho usted mención al servicio farmacéutico. ¡Claro que no da lo mismo lo público que lo privado! Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud recomienda a todos los países que los medicamentos estratégicos sean fabricados nacionalmente y por empresas públicas para que no pase lo que sucedió con el contagio del sida a los hemofílicos, porque da la casualidad de que los temas de salud son especialmente sensibles y que cuando hay intereses económicos concretos de por medio se prioriza el beneficio económico en detrimento de la seguridad y la calidad de la atención. No tengo nada contra empresas privadas que

fabrican determinados productos de consumo, pero hay aspectos de la vida, como es la salud, que es una irresponsabilidad situarlos en manos que priorizan la obtención de beneficios privados en detrimento de la preocupación por la salud de los ciudadanos, que le corresponde a usted, señor Núñez Feijóo.

Por otro lado, quiero decir...

El señor **PRESIDENTE**: Debe terminar, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Termino en este momento, señor presidente.

Deduce de una inspección de una empresa, realizada a toda prisa hace unos días, como ha señalado bien el señor Blanco, para tener un argumento que exponer en esta comparecencia que el tema está bien resuelto. A los hechos me remito. No es un argumento de autoridad el que usted ha señalado con toda profusión destacando la cantidad de servicios sanitarios afectados por el tema que me ocupa, que, en el más perfecto castellano, señor presidente, señor Núñez Feijóo, se llama privatización.

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

El señor **BLANCO GARCÍA**: Con el mismo tono que antes agradecía el señor Núñez mi intervención, le diré que se lo agradezco, es mi manera de expresar mis diferencias políticas con otras personas.

Lo que no podemos admitir, señor Núñez, es que quiera achacar a los miembros de esta Comisión, de manera generalizada, que estamos haciendo un mal servicio a la sanidad pública, palabras textuales que he oído de su boca. Tal parece que seamos nosotros los que hemos decidido esta cuestión de las historias clínicas. La diferencia entre el año 1988 y la actualidad es que hay por medio una ley que se llama Ley de tratamiento de datos, que es de 1992. Insisto, usted nos ha hablado del almacenamiento parcial del archivo, por eso no ha querido ahondar en esa cuestión.

Le he puesto ejemplos anteriores porque esto tiene precedentes. Le he hablado del VIH y hemos tenido debates en esta Comisión y en el Pleno con el señor ministro sobre la utilización del TAIR y las posibles consecuencias en la vulneración de la intimidad que tenía esa terminal de ordenador, donde salen los datos en las recetas que luego gestiona el Consejo de Colegios farmacéuticos.

Después de decirnos que estábamos haciendo un perjuicio a la sanidad, que estábamos creando alarma social, han tenido que modificar la orden ministerial por la Orden Ministerial de 19 de enero de 1999.

Han tenido que modificarla porque la Agencia de Protección de Datos les ha dicho que eso vulneraba la intimidad. Sí, señor Núñez. Le voy a enseñar la prueba. La prueba son estas recetas. Su señoría no puede decir que los diputados de esta Comisión —o los diputados del Grupo Socialista, como se nos dijo en el debate sobre el TAIR— generábamos alarma social y que esos datos los iba a gestionar una entidad muy profesional, de lo cual yo no dudo, que es el Consejo General del Colegio de Farmacéuticos. Estas recetas constituyen el antes y el después. En cuanto

al antes, usted verá que la parte de abajo de esta receta está en blanco; en cuanto al después, según les ha dicho la Agencia de Datos la receta dice: En cumplimiento del artículo 5.º de la Ley 5/1992 —la Ley de protección de datos personales— se informa —al paciente— de que los datos de la receta van a ser incorporados al fichero gestión de la prestación farmacéutica para la gestión y control de la misma, cuyo órgano responsable es el Insalud. (Parece mentira que usted se extrañe cuando le he enseñado la receta.) La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación podrá realizarse a través de las gerencias de atención primaria del Insalud. La Agencia de Protección de Datos les ha obligado a poner esto, una vez que ustedes dijeron que nosotros generábamos alarma social, que estábamos equivocados y que no se vulneraba nada. Pero esto tampoco resuelve el problema, señor Núñez, porque lo que dice la ley es que tiene que ser con el consentimiento expreso del afectado. Esto no es un consentimiento expreso, es como lo que se recoge en las cajetillas de tabaco: La Dirección General de Sanidad dice que puede producir cáncer, pero aquí no hay ningún consentimiento expreso del afectado. Nos seguimos ratificando, señor Núñez. Independientemente de que en el año 1988 no se estaban haciendo las cosas como ustedes ahora y de que era otro el sentido del almacenamiento de las historias, hay una ley, del año 1992, que hay que cumplir y que es donde se genera el acerbo general de todas las leyes que afectan a la intimidad.

No podemos admitir que la intervención de los diputados del Grupo Socialista, en concreto la mía, pueda generar ninguna alarma que vaya en perjuicio de la sanidad pública, sino todo lo contrario. Estamos velando por la seguridad de los ciudadanos, por su intimidad, por su privacidad, por su confidencialidad y, en definitiva, por resolver un problema de espacio que, efectivamente, existe en los hospitales, sin generar otro problema cual es el de vulnerar la Constitución.

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

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Señorías, muy brevemente.

Señora Maestro, en ningún caso obviamos los debates de las auditorías. Me parece bien que cada vez le haga S.S. más caso a las auditorías, a pesar de que, como dice, es una empresa evidentemente privada la que la ha hecho. Como usted tiene la auditoría completa yo le puedo decir cuáles son las prioridades que se han adoptado en el hospital 12 de Octubre a raíz de esa auditoría y del cambio de gobierno desde el año 1996. Las prioridades han sido las siguientes: adquirir cuatro tacs, dos aceleradores lineales, la segunda resonancia y la cuarta ganmacámara, importe 1.100 millones de pesetas; equipamiento electrónico y electromédico, 937 millones de pesetas. Hasta hemos tenido que cambiar todos los ascensores porque tardaban más de un cuarto de hora en subir a las plantas. Fíjese en las prioridades. Hemos remodelado, por un importe de 250 millones de pesetas, las urgencias pediátricas, la ampliación de la farmacia, la anatomía patológica, el banco de cordón de consultas de car-

diología, la oftalmología, la radiología pediátrica y la segunda sala de hemodinámica. Y ahora estamos enfrascados en otro proyecto que consiste en incrementar la superficie hospitalaria del 12 de Octubre en 30.000 metros cuadrados, por un importe de 5.500 millones de pesetas, porque necesitamos locales de consulta, porque necesitamos locales para tratamientos, porque necesitamos locales para todo el ámbito ambulatorio del hospital y porque no los tenemos. En consecuencia, inversiones de más de 8.000 millones de pesetas, como las que acabo de mencionar, son prioritarias antes de invertir en una nave, eso sí, dentro del recinto hospitalario, como es natural, porque si queda fuera del recinto hospitalario puede influir en algún aspecto en la intimidad de los pacientes. Esto, señoría, es muy difícil de explicar a los ciudadanos. Antes de esto hemos tenido que invertir en proyectos asistenciales por valor de 8.000 millones de pesetas y, simultáneamente, en otros que los ciudadanos y la población del 12 de Octubre conocen muy bien, como es la demora. La demora media para ser intervenido en el 12 de Octubre superaba un año, quiere decirse que un paciente tardaba de media un año para ser intervenido en el 12 de Octubre y en marzo, tres años después, en 1999, estaba tardando 89 días. **(Rumores.)** Esto es lo que hemos interpretado como prioritario en el 12 de Octubre. Desde luego, hay otras prioridades que esa auditoría puede contemplar, pero me imagino que el nivel de prioridad que acabo de comentar es, desde el punto de vista asistencial y desde el punto de vista público, más importante que el objeto al que nos estamos refiriendo ahora.

A mí no me da igual lo público y lo privado. Primero, porque trabajo en el sector público; segundo, porque creo firmemente en la sanidad pública de mi país y, tercero, porque las propiedades de yo más público —como usted decía— me parece, cuando menos, un planteamiento poco razonable, considerando que se ha de juzgar por las actuaciones que ha acometido cada uno y no simplemente por eslóganes que pueden sonar más o menos bien en determinados momentos.

Nosotros no hemos propuesto a la Agencia de Protección de Datos que inspeccione a las empresas, han sido ustedes, con buen criterio, o los ciudadanos, las asociaciones de vecinos. Nosotros no se lo hemos dicho a la Agencia de Protección de Datos. Por tanto, no diga que este acta se ha levando con rapidez. ¿Somos también nosotros culpables de que se levanten con rapidez las actas que ustedes piden? En todo caso es bueno que se levanten con rapidez las actas que puedan de alguna forma intranquilizar a los ciudadanos. El acta o actas que se puedan levantar al 12 de Octubre o a cualquier hospital del Insalud las vamos a cumplir taxativamente, como ha dicho el señor Blanco. Ahora bien, la Agencia de Protección de Datos ha dejado muy claro que se puede utilizar el TAIR. Se puede utilizar cumpliendo la legalidad y nosotros cumpliremos en éste, en el TAIR y en cualquier otro caso, la legalidad que se nos exija. Lo que no podemos cumplir, señoría, es con todas y cada una de las cuestiones que, desde luego, en su legítima actividad parlamentaria planteen. Nosotros tendremos que cumplir la legalidad que la Agencia de Protección de Datos considere en cada momento.

Señor Blanco, honradamente quiero decir que el debate sobre que lo hacían ustedes de una forma distinta no bene-

ficia a nadie y al Grupo Parlamentario Socialista tampoco, porque después del año 1992 sigue habiendo contratos en hospitales de externalización de historias. No es que los siga habiendo en el Insalud, es que ustedes lo están haciendo. No es bueno decir que lo que están haciendo ustedes está mal hecho, salvo que, evidentemente, rectifiquen, porque lo que están haciendo, lógicamente conforme a su criterio, no está bien hecho. No nos traslade la culpabilidad de las gestiones que ustedes han hecho antes y que siguen haciendo ahora por un mínimo de coherencia a la que usted hace gala en sus intervenciones.

Respecto a que la externalización era igual pero distinta, le quiero decir que la externalización anterior era externalizar todas las historias de la 1 al 500.000; es lo distinto, señoría. Parece que los ciudadanos que estén entre la historia 1 y 500.000 son de una forma y para los que estén de la 500.000 en adelante se pueden vulnerar sus derechos. Este era el contrato del hospital 12 de Octubre firmado en el año 1988, prorrogado hasta el año 1992, que, como puede ver, es prácticamente idéntico, aunque yo no diría idéntico por si usted no está de acuerdo.

Por último, vuelvo a reiterar que los responsables de las historias del 12 de Octubre son la junta técnico-asistencial y el responsable de los archivos y documentación a los cuales me refiero de una forma muy clara respecto a las cuestiones que, no oralmente sino por escrito, han remitido a la gerencia del hospital. Esos son los profesionales responsables que han de dar cuenta a la opinión pública y a los usuarios del 12 de Octubre sobre si lo que se hace en su hospital, con su conformidad, es correcto o no. Desde luego, los responsables del 12 de Octubre no sólo consideran que es correcto, sino que se han atrevido a decirlo por escrito en un momento de cierta confusión.

Nada más. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, no tiene S.S. la palabra. Esta Presidencia ha interpretado que usted ha tenido su tiempo, ha expuesto sus sugerencias o sus dudas y el señor Núñez Feijóo le ha contestado.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente si me permite, solicito diez segundos para aclarar un dato que ha dado el señor Núñez Feijóo, que puede llevar a error a los profesionales de los medios de comunicación que están cumpliendo con su función de informar y al propio «Diario de Sesiones». Le pido diez segundos para dar un dato.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, estoy plenamente convencido de que los representantes de los medios de comunicación han interpretado perfectamente a la señora Maestro y al señor Núñez Feijóo. Estoy convencido de que su capacidad de síntesis y de captación de los mensajes es máxima.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Me refiero a un dato nuevo. Permítame diez segundos, porque tardamos menos.

El señor **PRESIDENTE**: No introduzca un nuevo debate. Usted quiere introducir un dato y abrir un nuevo debate.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: No es un nuevo debate; es una aclaración en relación con la intervención del señor Núñez Feijóo. Exclusivamente un dato.

El señor **PRESIDENTE**: ¿En relación con qué?

La señora **MAESTRO MARTÍN**: En relación con la intervención del señor Núñez Feijóo sobre la licitación del concurso de la gestión del archivo. Un dato exclusivamente.

El señor **PRESIDENTE**: Diez segundos.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Cuando ha hablado de la auditoría, parece que la empresa adjudicataria lo realiza gratuitamente, y el presupuesto base de licitación de esa empresa es de 225 millones de pesetas.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Terminada la comparecencia del señor Núñez Feijóo, le agradecemos una vez más —son muchas las que le hemos agradecido— su comparecencia en esta Comisión.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTELLÓN LEAL) PARA INFORMAR SOBRE:

— **PREVISIONES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO RESPECTO DEL ESTABLECIMIENTO DE INFRAESTRUCTURAS Y ACTUACIONES SANITARIAS DEDICADAS AL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 213/000665.)**

— **MEDIDAS ADOPTADAS EN LA MESA SECTORIAL SOBRE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, REUNIDA EL DÍA 26 DE MARZO DE 1999, ASÍ COMO SOBRE LA PREVISIÓN DE FUTURAS ACTUACIONES. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 213/001126)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, seguimos el orden del día con la comparecencia, por acuerdo de Mesa y portavoces, del señor subsecretario de Sanidad y Consumo, señor Castellón. Como saben SS.SS., se ha retirado del orden del día una de las solicitudes de comparecencia, formulada por el Grupo Parlamentario Mixto, y queda viva la del Grupo Parlamentario Socialista, que dice: Comparecencia del ministro de Sanidad y Consumo ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre las medidas adoptadas en la mesa sectorial sobre trastornos de la alimentación, reunida el día 26 de marzo de 1999, así como sobre la previsión de futuras actuaciones.

Sin más preámbulo, tiene la palabra el señor Castellón.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, es motivo de satisfacción para mí acudir nuevamente a esta Comisión de Sanidad para dar respuesta a la

petición de comparecencia formulada por el Grupo Parlamentario Socialista sobre las medidas adoptadas en la mesa sectorial sobre trastornos de la alimentación, reunida el 26 de marzo de este año, y previsión de futuras actuaciones.

Iniciaré la comparecencia recordando que los trastornos de alimentación en los que se incluye la anorexia y la bulimia son, de hecho, problemas de salud pública que generan preocupación tanto en la sociedad como en las administraciones sanitarias y justifican las medidas que se están desarrollando y que responden también a diversas iniciativas parlamentarias que se han aprobado en el Congreso de los Diputados y en el Senado en relación con ambas enfermedades. También es evidente que los trastornos de la conducta alimentaria han traspasado la barrera de lo estrictamente médico y profesional para ser motivo de actualidad en los medios de comunicación. Aunque el conocimiento de estos trastornos se remonta a muchos años atrás —de hecho, hay descripciones de esta enfermedad en el siglo XVIII—, su presencia en las consultas médicas se ha incrementado en las últimas décadas, especialmente en los últimos años, fundamentalmente debido a tres razones: la convicción de que es una enfermedad, lo que implica que se solicita consulta por casos por los que antes no se acudía a los servicios sanitarios; que son enfermedades muy relacionadas con factores socioculturales, y que provocan distorsiones en la dinámica familiar con mayor frecuencia e intensidad que otros trastornos psiquiátricos. Siendo la anorexia el trastorno de conducta alimentaria que más interés general suscita, bajo la denominación de trastornos de la conducta alimentaria se incluye un conjunto amplio de trastornos que van desde la anorexia restrictiva pura, pasando por la anorexia con ataques de bulimia, o la bulimia pura, para llegar a la obesidad con ataques de bulimia y también a la obesidad sin ataques de bulimia. Se trata, en cualquier caso, de enfermedades que tienen mucha mayor prevalencia en mujeres —sólo un 5 ó 10 por ciento de los casos corresponden a varones— y con una mayor incidencia entre 17 y 19 años. La gravedad de estas patologías y su impacto sobre las familias son intensos y prolongados e incluso, por las complejas características que tienen, favorecen el desarrollo de nuevos casos en los mismos entornos familiares. Esta circunstancia pone de manifiesto la posible capacidad de la familia para influir en el circuito de propagación de estas enfermedades. Como he indicado, la población en riesgo es sobre todo la mujer joven, la adolescente, aquella que hace dieta para adelgazar sin control médico, y especialmente si está sometida a actividades o conductas de riesgo o a ciertos elementos que actúan como desencadenante y que coinciden con un estado emocional negativo.

Para resumir, ambas enfermedades constituyen un problema complejo, multicausal, y su abordaje, lógicamente, ha de ser multidisciplinar e incluye actuaciones en el ámbito sanitario para impulsar programas específicos de atención y tratamiento, así como estudios epidemiológicos que permitan conocer exactamente el alcance de la enfermedad en el ámbito educativo, a fin de promocionar a través de la educación para la salud una alimentación saludable, y en el entorno social, desarrollando iniciativas que permitan modificar determinadas presiones que se consideran coadyuvantes en la aparición de las enfermedades.

En lo que se refiere al ámbito asistencial —y me referiré exclusivamente al ámbito del Insalud—, los trastornos de la conducta alimentaria se atienden a través de un dispositivo sanitario general. Los pacientes son mayoritariamente captados en el entorno de la atención primaria, y, a la vista del cuadro clínico, es el médico de atención primaria, cuando lo considera justificado, el que deriva al escalón especializado. El tratamiento en el nivel de atención especializada radica fundamentalmente en los servicios de psiquiatría, aunque colaboran también en la atención a estos pacientes especialistas de otras especialidades, fundamentalmente de endocrinología y nutrición y pediatría, dada la edad de los pacientes, ya que, como saben, ocurren los primeros síntomas habitualmente en la adolescencia. Sin embargo, el tratamiento se realiza en la mayor parte de los casos de manera ambulatoria, y sólo en un reducido número de casos existe indicación clínica de ingreso hospitalario. A este respecto sí que tengo que decir que en todas las comunidades autónomas, al menos en las gestionadas por el Insalud, existe al menos un hospital con unidades donde pueden hospitalizarse estos pacientes cuando requieren hospitalización.

Con el objetivo adicional de dar una respuesta en cualquier caso más eficaz, si cabe, a los problemas que se plantean con estos pacientes, se procedió ya hace algún tiempo a constituir un grupo de expertos que se designaron por las sociedades científicas de las especialidades que están más implicadas en el manejo de estos casos, —psiquiatría, pediatría y endocrinología, como comenté—, grupo que se constituyó el pasado mes de abril y que trabaja con dos objetivos fundamentales: el primero de ellos es establecer los criterios de ordenación de recursos que seguirán los hospitales de la red del Insalud para garantizar un tratamiento integral de estos trastornos, por tanto, bien la creación de unidades específicas o bien la creación de una red utilizando las unidades ya existentes por especialidades; y en segundo lugar, actualizar el protocolo de actuación ante los trastornos de las conductas alimentarias, elaborado en 1995 también por un grupo de expertos, que ahora, lógicamente, conviene actualizar.

Hay una derivada de este grupo que está trabajando a la que se han incorporado médicos de atención primaria, a través de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, con objeto de establecer un protocolo claro que hasta ahora no existía de manejo de esos casos en atención primaria y de criterios para su derivación a los hospitales. La atención primaria, es un escalón esencial para el manejo de los casos de manera precoz y, evidentemente, también para la prevención terciaria, es decir, para el manejo de casos que ya han pasado por hospitales y que lo que se pretende es evitar recaídas.

Aparte de este grupo de trabajo y de las actividades que está llevando a cabo, se han desarrollado acciones de incremento de la capacidad de los hospitales para atender a esos pacientes de forma general. Me refiero exclusivamente a lo que se hace en unidades de psiquiatría. En los años 1997 y 1998 se han puesto en marcha tres nuevas unidades para la hospitalización de agudos de psiquiatría, pero no voy a detenerme en hacer una referencia de los hospitales en concreto. En 1999 se pondrán en marcha en algunos hospitales nuevas unidades de hospitalización de agudos de psiquia-

tría y en hospitales concertados con un sistema público, concretamente en la fundación Jiménez Díaz, se pondrán asimismo en marcha unidades de psiquiatría de hospitalización de agudos.

Específicamente para los trastornos alimentarios se han incrementado plantillas en algunos hospitales de la red, aparte de que a finales de año se creará en León una unidad adicional de atención a los pacientes con trastornos agudos alimentarios. Además de esto, se está ampliando la capacidad de acceso para pacientes psiquiátricos en los hospitales de día con programas específicos en trastornos alimentarios. Diré de paso que una de las cuestiones más concretas en la que está trabajando el grupo de expertos es en especificar cuáles son las actuaciones que se tienen que realizar tanto en los niveles de institucionalización como de atención ambulatoria y en los hospitales de día, aparte de, como he dicho también antes, en el nivel primario.

Las sociedades científicas han elaborado una guía de organización y funcionamiento del hospital de día psiquiátrico, que se publicará previsiblemente en las próximas semanas. En este caso se entiende que es el hospital de día el dispositivo de elección para el abordaje de los casos más graves de trastornos de conducta alimentaria. Ahora mismo hay en la red del Insalud nueve hospitales de día psiquiátricos, además de haberse iniciado las actividades de un importante hospital de día psiquiátrico, el Marqués de Valdecilla, en Santander. Asimismo se ha iniciado una remodelación para añadir otra unidad de hospitalización de día en psiquiatría de agudos en el hospital Ramón y Cajal, de Madrid.

Esto por lo que se refiere al ámbito asistencial. Con respecto al ámbito de la educación para la salud y la promoción de hábitos de vida saludable, es una estrategia eficaz en relación con la anorexia y la bulimia, si bien realizando una serie de actividades que voy a describir muy someramente, un convenio que ya existía del año 1989 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Cultura, para impulsar acciones educativas en materia de alimentación. En el marco de este convenio, durante los años 1997 y 1998, se han elaborado materiales didácticos dirigidos a la formación del profesorado y también a los padres de los alumnos, incluyendo una guía sobre recursos y educación para la salud en la escuela que recopila todos los programas sobre alimentación saludable. Para apoyar estas actividades, también se están haciendo cursos dirigidos específicamente al profesorado y en estos años se han subvencionado diversos proyectos sobre alimentación saludable. El año pasado además se elaboró, en colaboración con el Instituto de la Mujer, una guía sobre anorexia y bulimia, cuyo objetivo es prevenir e informar sobre estas enfermedades.

Por lo que respecta a promoción y prevención de la salud, en el año 1998 se transfirieron 335 millones de pesetas a las comunidades autónomas para el desarrollo de actuaciones específicas frente a enfermedades emergentes y reemergentes, incluyéndose los trastornos de alimentación en enfermedades emergentes. Esperamos ahora mismo recibir —no puedo informar más a SS.SS.—, las actividades que durante el ejercicio pasado desarrollaron las comunidades autónomas con estos recursos que se les destinó. En el año 1999 también se destinaron recursos en

la misma cuantía para esta finalidad, de manera que se pudieran consolidar las acciones que se hubiesen iniciado.

Paso a referirme ahora a las actuaciones en el ámbito social. Quizás el aspecto más complejo en relación con estas patologías, en la medida en que se pretende una modificación de las presiones sociales, que parecen ser coadyuvantes de estas enfermedades, es la moda o la transmisión a través de la publicidad de imágenes personales supuestamente ideales, cuya imitación en algunos casos se relaciona directamente con la aparición de trastornos nutricionales. Precisamente para avanzar en estas cuestiones, el pasado 13 de enero el Instituto Nacional de Consumo firmó un convenio de colaboración con la Asociación de Autocontrol de la Publicidad, en la que participa también el Consejo de Consumidores y Usuarios, siendo el foro adecuado para lograr la promoción de acuerdos de autocontrol publicitario que desde un planteamiento positivo contribuya a reducir estas situaciones. Para valorar otras posibles acciones a desarrollar, tanto desde el punto de vista sanitario como desde el punto de vista del consumo, el Ministerio está manteniendo contactos aparte de con expertos en estas enfermedades, como antes he comentado, con asociaciones de afectados, con agencias de publicidad anunciantes y con agencias de modelos, con el objeto de tener un intercambio de información que permita detectar, y en su caso impulsar, acciones concretas en este ámbito.

Justamente en este marco de relación se reunió, el pasado 26 de marzo, con motivo de mi comparecencia, una mesa sectorial sobre trastornos de alimentación. A esta reunión asistieron representantes del Consejo General del Colegio de Farmacéuticos de España, de la Asociación de Agencias de Modelos de España, de la Asociación de Agencias de Publicidad, de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad, de la Federación de Empresarios de la Confección, de la Asociación de Anunciantes, de la Asociación de Padres de Enfermos de Anorexia, del Consejo de Consumidores y Usuarios, del Instituto Nacional de la Juventud y una representación del Ministerio de Educación y Cultura. El objetivo de esta reunión era analizar de una forma global ambos problemas, anorexia y bulimia, y definir acciones basadas en un compromiso de las partes que permitiera contribuir a hacer frente a este problema de salud. Además de proceder a un análisis de la situación, el objetivo era la generación de recomendaciones que obtuvieran un buen nivel de seguimiento por parte de los sectores implicados una vez que éstos estuvieran persuadidos de la importancia y la gravedad del problema y, conocidas sus circunstancias, en qué medida la actividad respectiva de cada uno de ellos podía influir sobre estos problemas.

En el curso de la reunión se puso de manifiesto que la preocupación por el problema era compartida por todos, con el convencimiento de que el origen de esta enfermedad es multisectorial y que hay factores sociales importantes vinculados al mismo, así como la dificultad de intervenir a través de medidas meramente administrativas o coercitivas, y la voluntad compartida de hacer frente al problema y adoptar medidas por cada una de las partes implicadas. Se constató que era muy importante una implicación general de la sociedad para hacer frente a estos problemas de alimentación y que habría que hacer un esfuerzo sostenido

porque no se podía esperar un éxito de este tipo de medidas en un plazo corto.

Por resumir, en esta reunión los distintos sectores implicados anunciaron una serie de iniciativas que voy a exponer brevemente. Por su parte, el Consejo General del Colegio de Farmacéuticos de España acordó dar más énfasis a su labor de asesoramiento sanitario, especialmente en relación con los sectores más vulnerables, extremar —esto es importante— la vigilancia en la dispensación de medicamentos diuréticos y laxantes, exigiendo la receta médica en los casos que proceda, sobre todo cuando se trate de diuréticos y laxantes de carácter osmótico; el ejercicio del consejo sanitario a personas de riesgo que solicitan este tipo de medicación y la incorporación de las alteraciones de la alimentación en el programa de educación nutricional que el Consejo está llevando a cabo en 4.000 colegios junto con el Ministerio de Educación y Cultura. Las agencias de modelos acordaron extremar la vigilancia médica de las personas que con ellos están trabajando, el no colaborar con empresas que manipulen o alteren la numeración de las tallas y alejarse de las imágenes de extrema delgadez. Por su parte, la Asociación de Agencias de Publicidad mostró su intención de hacer una campaña general de información y, eventualmente, negociar con los medios de comunicación su difusión. La Asociación para el Autocontrol de la Publicidad propuso determinar con todos sus asociados el establecimiento de patrones nutricionales que pudieran suponer un riesgo para la salud y colaborar con la campaña propuesta por la Asociación de Agencias de Publicidad. La Federación de Empresarios de la Confección expuso su intención de hacer un llamamiento a las industrias de la confección para que pongan a disposición del consumidor un amplio abanico de tallas en distintas líneas de moda y, en colaboración con la administración de industria, acometer un estudio antropométrico de la población que sirva de base para una mejor elaboración de tallas que respondan a las medidas del consumidor actual y/o realizar unas jornadas técnicas sobre la actualización de tallas y su repercusión en la sociedad española actual. Los anunciantes manifestaron su intención de apoyar estas mismas líneas que acabo de mencionar y el Consejo de Consumidores y Usuarios ofreció convertir las asociaciones de consumidores en cauce de transmisión e información a los ciudadanos, aparte de ejercer una activa labor de denuncia antes aquellas situaciones que propicien la propagación de factores de riesgo.

El Instituto Nacional de la Juventud acordó utilizar sus estructuras para difundir la información necesaria y el Ministerio de Educación y Cultura señaló también su objetivo de intensificar incentivos para la formación de personal docente, la redacción de un documento de guía práctica para profesores y la difusión de materiales que sirvan de apoyo para esta actividad.

El Ministerio, como ya he comentado antes, destinó unos fondos para el ejercicio actual, y evidentemente para el futuro, en relación con las campañas y actividades que se pudieran llevar a cabo en las comunidades autónomas en esta materia, para mantener e impulsar los contenidos y los hábitos constructivos en ejercicios a desarrollar. En base al convenio suscrito por el Ministerio de Educación y Cultura, la Dirección General de Farmacia se dirigió a los órga-

nos colegiales a fin de que los farmacéuticos extremen la exigencia de receta médica en la dispensación de diuréticos y laxantes aparte de ejercer el consejo sanitario.

En definitiva, todas estas medidas y acciones, acordadas de manera unánime por todos los asistentes, constituyen un plan de acción en el ámbito social frente a la anorexia y la bulimia. Más recientemente, en el mes de julio, se volvió a reunir esta mesa con objeto de analizar la situación existente en cuanto a los avances que hayan podido constatar. En el curso de esa reunión los representantes del Consejo general de colegios farmacéuticos informaron sobre las actuaciones que se estaban desarrollando en las farmacias y el grado de respuesta que se había encontrado en esa actuación de formación e información que están realizando.

Además, para el próximo curso el Consejo ya comentó que iba a salir un plan de educación nutricional en el que participarán 4.000 colegios. Las asociaciones, concretamente la Asociación española de agentes de publicidad, avanzó las líneas generales de la campaña informativa que están diseñando, aparte de comentar que se están realizando un seguimiento de las campañas publicitarias actualmente en marcha, para prevenir la emisión de mensajes que puedan generar problemas en esta materia.

La Federación de empresarios de la confección informó sobre las actividades realizadas para efectuar el estudio antropométrico al que antes me he referido; el Instituto de la Juventud informó que había diseñado una campaña de comunicación, tal y como se había comprometido, y el consejo de consumidores y usuarios señaló que diversas asociaciones han elaborado campañas específicas de información, para cuya ejecución ya habían solicitado las correspondientes subvenciones al Instituto de la Mujer. Por su parte, y para finalizar, la Asociación de autocontrol de la publicidad confirmó la introducción de un código de autocontrol de nuevo artículo, en la línea ya señalada.

Como conclusión, señorías, quiero insistir en que nos hallamos ante un problema complejo, de alguna manera vinculado a modelos sociales, preocupaciones propias de la adolescencia o aspectos relacionados con los usos y las modas, por lo que los resultados de las acciones que estamos desarrollando difícilmente se podrán evaluar en el corto plazo. Por tanto, la cuestión no sería la búsqueda de culpables sino lograr movilizar a los distintos interlocutores sociales, y es lo que se ha pretendido hacer.

Independientemente de ello, se están atendiendo las necesidades asistenciales de los pacientes, mejorando cuando es preciso las unidades que resultan más adecuadas para atender de forma integral y eficaz una patología tan variada, diversa y compleja como son los trastornos de la alimentación y buscando el máximo consenso científico en el diseño de las acciones que se puedan emprender.

Con esto finaliza la comparecencia, y a continuación, contestaré con mucho gusto a las preguntas que SS.SS. deseen formularme sobre esta cuestión.

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

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Quiero comenzar diciendo que parece que nos empezamos a dar cuenta de que la dictadura estética de las sílfides está conduciendo a

una especie de autocanibalismo femenino que devora cada año a un escuadrón de mujeres de occidente. Además, tengo que decir que somos las mujeres las que nos hemos dejado enredar en esta locura de la estética del mondadien-tes. Somos en gran mayoría las mujeres y en menor medida los hombres los que consentimos que todo lo que no tenga que ver con el suplicio que obliga a mantener el palpito vital a base de bioManán o dietas de campos de concentración se convierta en anatema. Después padecemos bulimia y anorexia.

Sin embargo, señor subsecretario, también hay que decir que nadie duda de que los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran directamente relacionados con los valores de la cultura occidental en lo que se refiere a criterios estéticos y a la creencia de la relación entre aspecto físico con la aceptación social y posibilidades de éxito.

El caso es que la problemática planteada, el número de personas afectadas y la gravedad de los trastornos en la conducta alimentaria ya se ha puesto de manifiesto tanto en el Congreso como en el Senado, por lo que creo que ha quedado constancia de la gran preocupación que existe sobre este tema en el Grupo Parlamentario Socialista. Hay que resaltar que gracias a esa preocupación y gracias a sendas proposiciones no de ley se ha creado una ponencia en el Senado para el estudio en profundidad de la anorexia y la bulimia y que también el Gobierno, a raíz de esas proposiciones ha decidido constituir una mesa sectorial con todas las partes que se considera que no sólo tienen algo que decir sobre el tema sino que también pueden aportar su grano de arena en el intento de paliar o solucionar el problema que estamos tratando.

Por eso, señor subsecretario, por la preocupación que existe en el Grupo Socialista por la gravedad y la importancia del tema y porque sabemos que se ha reunido en dos ocasiones la mesa sectorial, es por lo que hemos solicitado la comparecencia, para que nos explique los acuerdos, las decisiones que se han tomado en dicha mesa. Hemos solicitado la comparecencia para que nos hablen del seguimiento que desde su ministerio se va a hacer de este tema, del cumplimiento o no cumplimiento de esos acuerdos y sobre todo —y a nuestro juicio fundamental— del método para evaluar la efectividad o no efectividad de los acuerdos tomados en esa mesa sectorial.

Señor subsecretario, no le he oído hablar de la evaluación, y comprenderá que no sirve de nada reunirse cada tres meses con los sectores implicados si las decisiones sólo quedan sobre el papel, si no se concretiza nada, y sobre todo si lo que se escribe es tan ambiguo que sólo sirve para hacer por parte de todos los sectores una declaración de buenas intenciones.

Permítame, señor Castellón, un breve repaso a esas reuniones, en las que los distintos sectores implicados han anunciado iniciativas voluntarias, y fíjese que digo voluntarias. El Consejo General de colegios farmacéuticos de España dijo que iba a poner a disposición de los distintos sectores las oficinas de farmacia para informar a la población. También dijeron que iba a haber una vigilancia del no despacho de diuréticos sin receta médica y que iban a aconsejar sanitariamente a personas de riesgo, como usted ha dicho, que solitasen laxantes. ¿Sabe usted si todo esto se está haciendo de verdad? Dése una vuelta por las farmacias y verá qué sorpre-

sa tan desagradable se lleva. También manifestaron que iban a incorporar el tema en el programa de educación nutricional que llevan a cabo 4.000 colegios, junto con el Ministerio de Educación y Cultura. ¿Lo han incorporado? ¿De qué manera? ¿Puede mostrarnos el programa?

La Asociación de modelos de España manifestó que iba a vigilar médicamente a las modelos y anunció una no colaboración con empresas que manipulasen las tallas, pero mi grupo se pregunta ¿cómo se sabe qué empresas manipulan las tallas si no hay normativa sobre las mismas? ¿Cuándo ha cumplido el Gobierno la proposición no de ley que se ha aprobado en el Congreso, en el sentido de que se regule, mediante una normativa, los tallajes de las prendas de vestir, al igual que ya están regulados los tallajes para las prendas de punto?

La Federación de empresarios de la confección se comprometió a hacer un llamamiento a dichas industrias, para que pongan a disposición del consumidor un amplio abanico de tallas en las distintas áreas de moda. Pues bien, señor subsecretario, vaya por los comercios y comprobará que todo sigue igual. También anunciaron que en colaboración con la Administración iban a acometer un estudio antropométrico como base para elaborar unas tallas que sirvan mejor a las medidas del consumidor actual. ¿Puede decirnos, señor Castellón, si ha comenzado ese estudio? ¿Cuál es el coste estimado del mismo? ¿Quiénes participan? Y lo más importante ¿cuándo va a estar finalizado ese estudio? Sobre todo y a ver si me puede contestar, ¿se financia con dinero público ese estudio? ¿Se va a financiar desde el Ministerio de Industria? Si ese estudio se financia desde el Ministerio de Industria es un estudio realizado con dinero público, y por tanto debe venir a este Parlamento, no puede estar en manos privadas.

Nos gustaría que usted hubiese explicado con todo detalle qué ha hecho en este terreno el Consejo de la Juventud, así como qué tipo de información se ha realizado a través de los 2.500 centros de información para jóvenes que hay en España. En educación y cultura las actividades de formación del personal docente brillan por su ausencia, al menos en la comunidad gallega, en la que precisamente soy docente.

Desearíamos poder disponer ya del documento o guía práctica para profesores, así como de los materiales docentes que el Ministerio de Educación y Cultura se comprometió a elaborar y saber con exactitud cuál ha sido el alcance de la difusión de esos materiales, si es que los hay, y saber a qué centros y a qué comunidades se les ha remitido; porque, señor subsecretario, usted mismo es conocedor de que lo que han acordado en la mesa sectorial si no se pone en práctica de forma inmediata y si no se hace un seguimiento de los temas resulta una gran fantasmada que no sirve absolutamente de nada.

Ahora voy a entrar a valorar lo que su Ministerio, el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha comprometido a realizar ante la mesa sectorial sobre los trastornos de la alimentación; pero tengo que adelantarle, señor subsecretario, que siento vergüenza ajena por los compromisos tan pobres que ha realizado su Ministerio en esta materia, y espero, porque sé que es usted inteligente, que se vaya poniendo colorado a medida que avanzo en mi exposición. Su Ministerio se compromete a enviar una circular de la Dirección

General de Farmacia a los farmacéuticos para que intensifiquen la exigencia de receta médica para la dispensación de los diuréticos y para que ejerzan el consejo sanitario en la dispensación de laxantes. Mire, señor Castellón, no más de diez minutos es lo que le lleva a una secretaria medianamente normal escribir esta carta. Han acordado también la inclusión de hábitos nutritivos en las acciones a desarrollar en los programas de educación para la salud en el medio escolar, y yo le pregunto: ¿cómo? ¿De qué manera? ¿Con qué contenidos? ¿Qué objetivos alcanzan en cada curso? ¿Qué evaluación van a realizar para saber si los alumnos alcanzar esos hábitos? Cuando hablamos de hábitos nutritivos, ¿hablamos sólo de los alumnos o alcanza también a los padres? ¿Qué me dice de los profesores encargados de los comedores escolares? Si tiene el material, ¿nos lo puede remitir a este Parlamento? El tercer compromiso de su Ministerio es la priorización de la vigilancia epidemiológica en los trastornos de la nutrición entre los programas a financiar a cargo de los 375 millones de pesetas que su Ministerio transferirá a las comunidades autónomas. Mire, señor Castellón, con ese presupuesto, como vulgarmente se dice: «ni para chufas». Aquí se acaba todo el compromiso del Ministerio de Sanidad.

Creo habré comprendido por qué le decía al principio que sentía vergüenza ajena, pero además, de vergüenza lo que siento es pena; pena por todas aquellas personas que tienen problemas de anorexia y bulimia y también por esos padres que ven con impotencia lo que ocurre a sus hijos, que ven en muchos casos que se les escapa la vida y que ven, en definitiva, que tienen un Ministerio de Sanidad que no es capaz de dar solución a este problema. Señor subsecretario, las organizaciones de afectados denuncian una escasa respuesta a nivel institucional y tienen razón. Porque, ¿puede decirnos usted cuál es la valoración de los recursos disponibles para tratar esta tipología? ¿Puede el Ministerio enjuiciar y valorar la efectividad de los recursos asistenciales con que contamos ahora para tratar esta patología? ¿Los tratamientos y dispositivos asistenciales actuales son los correctos? ¿Necesitan mejorarse? ¿Cuál es la valoración que hace el Ministerio? ¿Cuál es el conocimiento que los responsables, por ejemplo, de la asistencia psiquiátrica tienen de la gravedad del problema y de sus efectos? Señor Castellón, los trastornos de la conducta alimentaria no estaban presentes con la intensidad que ahora tienen cuando se diseñó la reforma psiquiátrica, y por ello nos encontramos con que los dispositivos creados, diseñados e instaurados con tanto esfuerzo, que han supuesto un salto de calidad en relación a la asistencia psiquiátrica previa y que han demostrado su eficacia para tratar a los enfermos psicóticos y las enfermedades del ánimo, con una distinción útil entre infantil y adulto, resulta que son deficientes en este momento para el manejo de la anorexia y la bulimia. Señor subsecretario, ¿saben usted y su Ministerio qué requerimientos asistenciales serían necesarios para atender adecuadamente a esos pacientes? Humildemente, le rogaría que escuche y tome nota. Serían necesarios equipos de atención multidisciplinar en los que se integren psicólogos, psiquiatras, internistas, nutricionistas, ginecólogos, endocrinólogos, rehabilitadores, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales. Serían necesarios programas de psicoterapia individual, serían necesarios pro-

gramas de tratamiento sistémico, sería necesaria psicoterapia de grupo, serían necesarios grupos de apoyo y psicoeducación de padres y familiares, serían necesarias hospitalizaciones de día que permitan comidas vigiladas, actividades post-ingesta, grupos de manejo para la aceptación de la figura corporal y programas de habilidades sociales. Habría que evitar ingresos hospitalarios, hacerlos más cortos y facilitar el alta hospitalaria. Son necesarios también ingresos hospitalarios en camas específicas que permitan el control por el personal de enfermería de la ingesta y la atención adecuada a las posibles complicaciones somáticas. Son necesarios medios de coordinación con la atención primaria, facilitando la consulta, valoración y apoyo a los pacientes que fueron dados de alta y que no precisan la incorporación a un programa de atención específico y es importante tener la capacidad de desarrollar estrategias preventivas y de detección en la comunidad. Todo esto, señor subsecretario, es su responsabilidad; los enfermos son responsabilidad de su Ministerio; los anoréxicos y bulímicos son responsabilidad del señor ministro de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Varela, le ruego vaya concluyendo.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Voy terminando.

Por tanto, los dispositivos asistenciales para las personas que padecen trastornos de la alimentación son de su competencia y los compromisos que ustedes tienen que asumir no pueden ser voluntarios, sino que tienen que ser de obligado cumplimiento y tienen que hacerlo, señor subsecretario, para que cuando nos reunamos con los padres o con las asociaciones de afectados no nos digan que el problema es más grave de lo que parece; tienen que hacerlo para que cuando visitemos diversos puntos de nuestro país no tengamos que oír lo que estamos oyendo: que los padres de los afectados venden sus pisos, venden sus propiedades para llevar a sus hijos a clínicas y a psiquiatras privados, porque el sistema sanitario público en nuestro país no es capaz de dar cobertura a este problema.

Señor Castellón, para que la problemática no siga estando en nuestra sociedad, reúnanse cuantas veces lo necesiten con la mesa sectorial, pero cumplan las resoluciones de las proposiciones no de ley aprobadas en esta Cámara y pónganse a trabajar seriamente en este tema para solucionar el problema.

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

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

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Señor subsecretario, el Grupo Parlamentario Catalán no había solicitado esta comparecencia, pero como SS.SS. conocen éste es un tema que desde sus inicios ha preocupado a Convergència i Unió.

El 10 de marzo de 1997, en el seno de esta Comisión se aprobó una proposición no de ley que instaba al Gobierno a procurar las medidas terapéuticas y preventivas destinadas a afrontar, dentro del Sistema Nacional de Salud, la creciente problemática de estas enfermedades, de la anorexia y la bulimia. Desde esa fecha, y dentro de esta legislatura,

hemos dado nuestra aprobación a varias iniciativas parlamentarias con demandas muy concretas avaladas por el consenso de todos los grupos parlamentarios. Es por tanto que nos parece apropiado que a las puertas de finalizar esta legislatura hagamos balance y el Ministerio venga a rendir cuentas del trabajo realizado y el grado de cumplimiento de los acuerdos de esta Comisión en materia de trastornos alimentarios de anorexia y de bulimia.

Señorías, al Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) le preocupa que el trabajo parlamentario llevado a cabo por todos los grupos políticos en esta comisión, que se ha desarrollado desde el sentido común y la responsabilidad, ya que todas las iniciativas aprobadas en esta comisión han sido fruto de la negociación y del consenso, no lleguen a ser aplicadas.

Señor subsecretario, le reiteramos nuestro agradecimiento por su comparecencia y por su exposición. Teníamos varias preguntas que formularle, pero ya han sido contestadas por usted. Nuestro objetivo es exigir al Ministerio de Sanidad y Consumo el total cumplimiento de todas y cada una de las medidas aprobadas en esta comisión. Ésta es la actitud que esperamos mantenga el Gobierno en cumplimiento de sus obligaciones, con todos los compromisos adquiridos por nosotros en esta comisión.

Nada más, señor subsecretario.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Pérez Vega.

La señora **PÉREZ VEGA**: En primer lugar, quiero agradecer al subsecretario su presencia aquí para explicarnos las medidas que se adoptaron en la mesa sectorial sobre trastornos de la alimentación, el pasado 26 de marzo.

Los problemas generados desde hace unos años por los trastornos de la alimentación son una preocupación compartida por todos los grupos. Prueba de ello son la cantidad de iniciativas que hemos planteado en esta Comisión; así como la creación, a solicitud del Grupo Popular, de una subcomisión que está trabajando sobre los efectos extrasanitarios de la anorexia.

Quizás lo más alarmante de estas enfermedades es que ha descendido la edad en que comienzan a padecer, llegando a sufrirla los niños de ocho años, aunque afecta principalmente a las adolescentes, como ha dicho el señor subsecretario. Por todo ello era necesario que se actuara rápidamente y se tomaran todas las medidas necesarias, tanto para atender a las pacientes que sufren los efectos de esta enfermedad, como para corregir las presiones sociales o modas que pueden hacer desembocar en la anorexia. Por esto es por lo que mi grupo valora muy positivamente el avance conseguido en la lucha contra los trastornos de la alimentación, con la reunión celebrada el 26 de marzo entre el Ministerio y los representantes de los sectores implicados. Si es importante haber conseguido alcanzar unos acuerdos, lo cual evidencia el interés de esos sectores por erradicar la enfermedad, no lo es menos que esos acuerdos se estén cumpliendo de forma voluntaria, sin necesidad de llevar a cabo ninguna medida coercitiva. Creo que todavía hay que avanzar más, y así desde mi grupo parlamentario haremos un control y seguimiento exhaustivo de todas las actuaciones del Gobierno en este asunto, pero también con-

sidero que se está tomando la dirección adecuada. Por último, y dada la importancia de esta mesa sectorial, me gustaría saber si se van a celebrar más reuniones.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede dar contestación el señor subsecretario de Sanidad y Consumo.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): La mesa sectorial se constituyó para abordar un aspecto de las posibles causas. Hay que decir que a veces tenemos una idea preconcebida acerca de las causas de las enfermedades, pero esa idea hay que demostrarla, de manera que no se sabe exactamente cuál es el impacto que los problemas que se han mencionado ejercen sobre el desarrollo de esta enfermedad, teniendo en cuenta que ya existía antes de que estas causas tuviesen el apogeo que ahora tienen en cuanto a medios de comunicación, modas y demás historias. Esto significa que nosotros optamos por trabajar en dos sentidos: uno, intentar mejorar al máximo algunas de las condiciones sociales que pudieran influir en esta enfermedad, sin que supiésemos con total certeza cuál es ese impacto, y dos, trabajar intensamente en la vía asistencial, tanto en el nivel de prevención como en el nivel de atención a estos casos. La mesa sectorial se constituyó dándole enfoque social para ver lo que podían hacer los distintos sectores para contribuir a paliar ese impacto que todos atribuimos, pero que no está suficientemente demostrado.

Se constituyó en marzo y se quedó en hacer revisiones trimestrales, si bien todo el mundo era consciente de que en tan poco tiempo, cada tres meses, muchas de las medidas difícilmente iban a poder ofrecer un impacto neto como para hacer una valoración positiva de ellas, de manera que creo habrá que esperar más reuniones. Esta primera que hubo en julio, después de la inicial de marzo, tenía como objeto únicamente ver si se habían iniciado ya los compromisos que las partes habían aceptado, algunos de los cuales quizá omití en la exposición previa, pero repetiré con sumo gusto el estado de los compromisos, aunque difícilmente de marzo a julio ha podido diseñarse y llevarse a cabo una encuesta, un programa educativo para el próximo ejercicio; son cosas que por desgracia llevan más tiempo del que nos gustaría. Además insisto en una cuestión que creo es evidente: aunque seamos capaces de tocar con cierta efectividad todos esos factores sociales que pueden influir en el desarrollo de estas enfermedades, ese impacto no lo vamos a ver en algún tiempo por la propia característica de la enfermedad y por la propia dificultad de alterar una cultura general sobre este tipo de cuestiones, que, primero, no se implanta en poco tiempo, y desde luego no se desactiva en poco tiempo.

Ha dicho S.S. algo que es verdad. Cuando uno toma alguna medida es esencial evaluar los resultados, pero en este caso no es fácil por una razón muy sencilla, porque hay pocos estudios epidemiológicos aquí y en otros países, no solamente aquí. Si se revisa la comunicación, todo lo que ha publicado la comisión sobre enfermedades, la relación entre sanidad y mujer en lo que se refiere a casos de trastornos alimentarios, no se ponen de acuerdo los distintos países y se manejan tasas tan distintas de casos de trastornos de la dieta alimentaria como el 1 por ciento para el

conjunto de la población de los países occidentales y el 1 por cien mil en el caso de Suecia, el 8 por cien mil en el caso de Holanda o el 3 por cien mil —me parece que es— en el caso de Reino Unido. Es decir, hay tasas muy variables que tienen mucho que ver con varias cuestiones: primero, son enfermedades que no siempre las personas que las padecen acuden a consultar en ciertos momentos, con lo cual hay un déficit de información; segundo, para medir, por ejemplo, la mortalidad que puede tener este tipo de problemas, como en los certificados aparecen otras causas inmediatas de la muerte, como insuficiencia cardíaca o suicidio, es muy difícil trazar hacia atrás si la causa mediata era alimentaria, con lo cual tampoco tenemos una información, y después porque este ambiente que se ha generado en la opinión pública bastante recientemente ha condicionado la aparición de casos atípicos que los propios especialistas dudan si considerar trastorno de la conducta alimentaria o las manifestaciones más graves de anorexia y bulimia.

Comentan los psiquiatras que trabajan en los grupos de estudio que tienen dificultades serias, incluso con los códigos internacionales de diagnóstico, para poder catalogar estas enfermedades como anorexia o bulimia, de manera que hay una sensación de que se están produciendo ahora más casos de los que realmente corresponden a estas enfermedades. Me han llegado a comentar algunos especialistas (me refiero a la gravedad del problema, como comentó S.S., relacionando lo que sucede ahora mismo con lo que ocurría hace tiempo, cuando se hicieron algunas cosas de salud mental) que algunos servicios han constatado que ahora tienen del orden de dos casos mensuales hospitalizados, mientras que en el período anterior tuvieron cuatro casos diagnosticados por mes, es decir, parece como si ahora tuvieran menos casos si quitan todos aquellos atípicos que aparecen con vómitos muy acusados y pérdida rápida de peso que no se corresponden con los diagnósticos del código internacional de diagnósticos, es decir código y situación de diagnóstico. De manera que tenemos dificultades, nosotros y todos los demás países, para determinados casos y para tener una percepción exacta de cuál es la gravedad del problema, que no se mide por lo que digan los periódicos, sino por los datos biológicos, que desconocemos y los desconocen otros también, por tanto también tenemos dificultades para evaluar el impacto, pero esto no debe impedir que tomemos algunas medidas, aunque sea un poco a ciegas, y reconozco que a veces merece la pena abordar algunas medidas en la esperanza de que puedan contribuir a mejorar el problema sin poder ser capaces de precisar el impacto con todo rigor. Yo creo que las comunidades y el Ministerio se han comprometido y en el seno de la Unión Europea otros países también, a auspiciar con criterios uniformes el conocimiento exacto de la epidemiología de estas enfermedades. Es un paso fundamental, pero tampoco se improvisa, como se pueden imaginar.

Voy a repasar muy brevemente los compromisos y el grado de cumplimiento. Estoy hablando de la reunión de julio respecto a la de marzo, y quiero que S.S. entienda que los grados de cumplimiento son modestos, teniendo en cuenta que sólo pasaron tres meses. Es verdad que la Dirección General de Farmacia se dirigió al Consejo de farmacéuticos, éste dice que ya ha impulsado información a todas

sus oficinas de farmacia para que se extremen las medidas de rigor en la no dispensación de este tipo de productos, concretamente laxantes y diuréticos osmóticos que no vayan acompañados de receta. Como sabe también, el control de este tipo de cuestiones corresponde a los servicios de salud de las comunidades autónomas. Es verdad que también el Consejo de colegios de farmacéuticos se comprometió, y ha dicho que está trabajando en ello para el próximo curso, a desarrollar un programa de educación nutricional. Yo no tengo ningún inconveniente, en una ulterior comparecencia, en requerir el diseño de esos programas para traerlos a su conocimiento. También la Asociación española de agencias de publicidad dijo en julio que ya tenía avanzada la campaña informativa, pero que todavía la estaba diseñando, y tampoco tengo ningún inconveniente, cuando esté ya la campaña disponible, en traerla para su consideración. La Federación española de la confección informó de que ya están iniciando el diseño del estudio antropométrico previsto, que va a contar, por lo que yo sé, con colaboración de la Administración, pero no sé qué parte van a poner ellos y cuál la Administración, aunque no tengo ningún inconveniente, cuando lo conozca con exactitud y cuando se produzca esa aportación de la Administración, en comunicárselo a S.S. Ese estudio es esencial, por enlazar con otra cuestión de las que comenté, para el tema de las tallas, que no se puede regular hasta que no se conozca esta cuestión, ni tampoco normalizar el etiquetado, de manera que dependemos de que ese estudio se haga cuanto antes para poder avanzar en este tema.

El Instituto de la Juventud también informó que el próximo curso desarrollará la campaña informativa sobre la que ya nos dijo en julio que estaba trabajando, y en la reunión de otoño de la mesa sectorial probablemente la tengamos ya en nuestras manos. El Consejo de consumidores y usuarios informó de que había elaborado campañas de información que tendremos disponibles en la próxima reunión, y propuso realizar un estudio sobre hábitos alimenticios de los niños que pondrá a nuestra disposición en la próxima convocatoria.

Es verdad que la sociedad de afectados, como pasa en general con las sociedades de afectados y con mucha razón por otra parte, aspira a más y más rápido, pero yo creo que hay cuestiones en las que los ritmos difícilmente pueden acelerarse, sobre todo cuando estamos hablando de una mesa para tomar medidas de largo alcance que se constituyó en el mes de marzo y en la que, por desgracia, muchos de los compromisos que cristalizan en información y educación, en programas y diseños de estudios y de campañas, difícilmente se pueden implementar desde que se decide hacerlo en un plazo de tiempo tan breve. Yo espero que para este curso ya empiece a estar disponible el material educativo y que las encuestas y las campañas de información estén disponibles para empezar este otoño, pero, como digo, lo confirmaré en cuanto tengamos la próxima mesa de seguimiento.

En cuanto a lo que hay que hacer desde el punto de vista asistencial, creo que lo que ha dicho S.S. coincide con lo que yo he dicho, aunque quizá he sido excesivamente breve, pero por supuesto que lo conocemos, porque ya tenemos parte del trabajo de los grupos de expertos que han protocolizado la cuestión hospitalaria, tanto a nivel de

consultas externas como a nivel de hospital de día y de internamiento. Evidentemente estos protocolos —tengo el borrador encima de la mesa pero no me voy a extender mucho en ellos— especifican claramente la labor de los psiquiatras, terapeutas ocupacionales, ATS, nutricionistas, psicólogos en los distintos escalones de atención y dejan muy claro cuál es el rol que tiene que ocupar cada uno de ellos.

Insisto en que el sistema es perfectamente capaz, pero nosotros no prejuzgamos el comportamiento de pacientes o familiares de los mismos para atender el problema donde consideren oportuno. El sistema público es absolutamente capaz de abordar estas patologías en los distintos niveles. Lo que se está discutiendo con los expertos es cómo prevenir esa patología, cómo producir derivaciones lógicas desde los distintos niveles asistenciales y cómo organizar los servicios hospitalarios para ser más eficaz en la respuesta y permitir una mejor coordinación de todos los especialistas implicados en el manejo de este tipo de enfermedades. Sobre esto hay acuerdos muy sensibles que probablemente cristalizarán en breve. También es una cuestión de índole práctica, pero nosotros no podemos traer expertos que están trabajando en sus servicios todos los días y ellos marcan el ritmo de sus reuniones. Por lo que respecta al protocolo de actuación de atención primaria, tanto de prevención primaria, como prevención terciaria, como criterios de derivación a centros asistenciales especializados, espero que lo podamos presentar —y este es el compromiso que negocié con el grupo de trabajo— en el próximo Consejo interterritorial de finales de octubre, con objeto de que las comunidades autónomas, con los servicios transferidos, puedan manejar esos protocolos. El protocolo de atención dentro de los hospitales, los hospitales de día y consulta ambulatoria, están prácticamente ultimados, solo falta que los expertos nos los pasen definitivamente.

Creo que los expertos han hecho un buen trabajo. Las ideas están muy claras. Estoy convencido de que S.S. ha consultado con alguno de los expertos o con algún otro profesional porque están en la misma línea, como es lógico. No tiene sentido que este tema se maneje de diferente manera por los especialistas. Confío en el incremento de unidades de atención de agudos en psiquiatría, en general, y que, por lo menos, se cree un hospital de referencia en cada una de las comunidades con una unidad de atención específica para los trastornos de la conducta alimentaria; en la presencia de múltiples especialistas en estas unidades y que la conexión entre los niveles primario, ambulatorio, hospital de día, atención especializada funcione con fluidez y podamos trabajar más eficazmente en este tipo de problemas.

Para finalizar quería insistir a S.S. en que hay que medir muy bien las campañas educativas porque los propios especialistas confirman que la forma de captar mensajes por los adolescentes es muy variable y no vale cualquier campaña educativa. No se puede uno apresurar, no puede uno improvisar. Hay que medir muy bien lo que se dice y cómo se dice, porque en este tipo de problemas, con campañas educativas hechas atropelladamente, a veces se corre el riesgo de provocar el efecto contrario, y es el de crear un ambiente en el que este tipo de problemas puede utilizarse de manera chantajista por posibles pacientes o por adolescen-

tes dentro de sus propias familias. Este es un tema que hay que evitar con mucho cuidado.

Por lo demás, estoy absolutamente de acuerdo en S.S. en que deberíamos trabajar intensamente en intentar mejorar el manejo de estos problemas y en este deseo lo estamos haciendo. **(La señora Varela Vázquez, pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para qué solicita la palabra?

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Para hacer una aclaración.

El señor **PRESIDENTE**: Usted sabe que no hay turno de réplica en este tipo de intervenciones.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Es en relación a un dato que tiene confundido.

El señor **PRESIDENTE**: Si es para una aclaración puntual, tiene la palabra por dos minutos.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Creo que he sido muy clara en mi intervención. En el Grupo Parlamentario Socialista tenemos la sensación de que la solución a este problema ustedes la descargan sobre todos los componentes de la mesa sectorial, menos sobre ustedes mismos, el Ministerio de Sanidad. Le repito que sus compromisos, no los suyos personales sino los del ministerio, son escasos por no decir que son vergonzantes.

Quería añadirle una cosa. Está diciendo que están elaborando un borrador de protocolo. El protocolo existe. Se hizo por el Gobierno socialista en el año 1995 y se envió a todas las comunidades autónomas. Búsquenlo. Se habrá perdido en el ministerio. Búsquelo y mientras no tengan nada mejor aplíquenlo.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): El borrador que tengo yo es en el que han trabajado la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Nutrición y se refiere a la actualización del borrador a que hace referencia S.S. Los protocolos en el borrador sobre tipo de enfermedades hay que actualizarlos. Éste es un poco el sentido del trabajo de grupo.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizada la intervención del señor Castellón, le agradecemos su comparecencia en esta Comisión.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE RECONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES ENUMERADAS AL ESTABLECER EL TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR EN DIETÉTICA Y SU CICLO FORMATIVO COMO PROPIAS DEL TÉCNICO SUPERIOR EN DIETÉTICA PARA EJERCERLAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/001465.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al tercer punto del orden del día: Debate y votación de las siguientes proposiciones no de ley.

Pongo en su conocimiento que ha sido retirada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida la segunda proposición no de ley.

— **SOBRE MEDIDAS PRECISAS PARA GENERALIZAR LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE REUMATOLOGÍA Y HOMOGENEIZAR LA OFERTA DE LOS MISMOS EN TODO EL TERRITORIO. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001461)**

El señor **PRESIDENTE**: Sometemos a debate la proposición no de ley sobre medidas precisas para generalizar la implantación de servicios integrales de reumatología y homogeneizar la oferta de los mismos en todo el territorio. El proponente es el Grupo Parlamentario Socialista.

Tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Este es un tema que creemos que tiene una importancia social de fuerte transcendencia y, quizá, para centrar el tema vale la pena empezar con alguna cuestión estrictamente técnica, como es, por ejemplo, la definición que de reumatología ha hecho la Comisión Nacional de Especialidades. Ésta señala y define a la reumatología como aquella disciplina médica que se ocupa del estudio en sus diversas vertientes de los trastornos médicos del aparato locomotor y de aquellas entidades que se manifiestan predominantemente en él, esto es, todas las enfermedades del tejido conectivo.

Esta definición, que ya ha adquirido, por tanto, carta de naturaleza por la propia Comisión Nacional de Especialidades, supone admitir que el campo de trabajo de la reumatología es amplio y que abarca aproximadamente un conjunto de unas 236 enfermedades que están relacionadas con este campo de la reumatología. Lo cual ya da muestra de la importancia que tiene esta especialidad médica.

Por otra parte, debemos señalar que el desarrollo e implantación de la asistencia reumatológica, guiada por especialistas en nuestro sistema sanitario, presenta una evolución muy poco homogénea a lo largo del territorio nacional. Podríamos señalar que la media europea de reumatólogos en la Unión Europea está alrededor de 1,7 por cada cien mil habitantes y la media española está algo más baja, se sitúa en 1,07; pero esto, que podría dar una cierta necesidad de incrementar las plazas de reumatología en todo el sistema sanitario, se agrava mucho más si analizamos lo que sucede en las distintas comunidades autónomas. Esta media de reumatólogos por cada cien mil habitantes presenta unas variabilidades extraordinarias, desde Baleares que presenta un índice de 0,25 reumatólogos por cada cien mil habitantes, a La Rioja que presenta 1,86, es decir, en línea con la media europea.

Aparte de esta cifra, hay también otro elemento cualitativo importante a señalar en la dispersión de los servicios y en la mala homogeneización que hay en nuestro país. Podemos observar cómo en algunas comunidades, concretamente en Cataluña y Madrid, la especialidad está plena-

mente integrada en el nivel asistencial primario y se hace una atención integral de los enfermos reumáticos en los distintos niveles de la asistencia sanitaria. En otras comunidades, como por ejemplo Baleares y Asturias, se observa que hay una alarmante escasez de reumatólogos, incluso en hospitales de segundo y tercer nivel. Es decir, que además de los déficit cuantitativos, hay también déficit cualitativos en la organización sanitaria. Este es un problema que afecta a un número importante de ciudadanos de nuestro país. Se cifra en aproximadamente más de 4 millones y medio los ciudadanos españoles que presentan algún trastorno de tipo reumatológico, de ahí la importancia que este problema tiene.

Aparte de todo ello, quisiera señalar también la extraordinaria importancia que desde el punto de vista social y económico tienen estos trastornos patológicos. Podríamos decir que el impacto social que crea la enfermedad reumatológica se puede apreciar en el hecho de que, por ejemplo, de las personas activas que están en el mundo laboral, aproximadamente un 21 por ciento de los reumáticos presentan bajas laborales ocasionales y el 17,5 tienen invalidez permanente como consecuencia de sus trastornos reumatológicos. El coste de la enfermedad de los trastornos reumáticos en España en el año 1999 era ya de 508.000 millones de pesetas, y se preveían incrementos en el quinquenio 1990-1995 del 13,5 por ciento, y en el quinquenio 1995-2000 del 16 por ciento.

Para justificar también esta proposición no de ley, que yo espero y deseo que todos los grupos parlamentarios apoyen, quiero señalar que hay una demanda social tanto de los profesionales como de los usuarios en este tema, y buena prueba de ello es, por ejemplo, la solicitud de petición que se presentó al Congreso de los Diputados por el Principado de Asturias en diciembre de 1998, avalada por 104.522 ciudadanos solicitando que se normalizara esta situación. Por tanto, el Grupo Parlamentario Socialista presenta esta proposición no de ley, en el sentido de que el Gobierno encargue al Insalud la posibilidad de que se cree servicios integrales de reumatología, que es la forma adecuada en todos los niveles asistenciales, y que, además, se intente homogeneizar. Nosotros pensamos que una de las obligaciones básicas del Sistema Nacional de Salud es que en todo el territorio nacional haya las mismas posibilidades para todos los ciudadanos, y no es de recibo que haya comunidades que tengan un nivel tan escaso de atención a este tipo de trastornos, como sucede en este caso, en el que, como decía, hay diferencias cuantitativas y cualitativas muy importantes.

En el primer punto de la proposición no de ley se solicita que paulatinamente se vaya normalizando y adecuando, para que todos los ciudadanos tengan el mismo nivel de prestación asistencial, y en segundo lugar, para obviar ya de una manera inmediata el que en las comunidades, que además son competencia del Insalud, se intente paliar este problema, y por ello que se doten con la máxima urgencia plazas en las comunidades de Asturias y Baleares a lo largo del año 1999 —debo señalar que esta proposición no de ley entró a primeros del mes de marzo y por eso se ponía este plazo del año 1999— para paliar este escandaloso déficit. Pensamos que el Congreso de los Diputados debe dar muestra de su sensibilidad hacia los problemas que de una

manera directa afectan a los ciudadanos, y en este caso concreto a un número muy importante, más del 10 por ciento de la población, porque a estas alturas, finales del siglo XX, no es de recibo que haya comunidades con tan escasa cobertura en unos trastornos tan importantes como los que presentan los enfermos reumatológicos. Por ello, presentamos esta proposición no de ley, que espero sea apoyada por todos los grupos parlamentarios.

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

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

La señora **RIERA I BEN**: Con toda brevedad.

El Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) no va a dar apoyo a esta proposición no de ley del Grupo Socialista. Esta proposición, por un lado, insta al Gobierno a que en el ámbito del Insalud se busque un servicio integrado de todos los tratamientos de reumatología. Podría ser interpretado por parte del Grupo Socialista que, ya que se refiere al Insalud, el Grupo Catalán nos abstuviéramos de posicionarnos en este tema. Pero es que de actuar de esta manera, se entendería que estamos prescindiendo de aquello que no nos compete directamente, y de ninguna manera queremos dar a entender este criterio. No apoyamos la medida porque pensamos que es preferible que aquellos centros, aquellas comunidades aún dependientes del Insalud que por razones de la propia morbilidad de su población, por los recursos que tienen, por sus posibilidades crean conveniente prestar unos servicios integrales en reumatología, esto sea así, pero no opinamos que se tenga que instar a actuar forzosamente de esta manera.

En cuanto al criterio que establece la proposición del número de colegiados necesarios en reumatología para atender correctamente a la población, aquí sí que tengo que decir que ese criterio es el que contempla la propia normativa europea y que en Cataluña se están dando con satisfacción. En este sentido, coincidimos en que el porcentaje de doce reumatólogos al menos por millón de personas atendidas tiene que ser el modelo al cual todos los que no estén en estos momentos en estos parámetros tienen que aspirar.

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

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: También con toda brevedad quiero fijar la posición de mi grupo, que es contraria a la aprobación de la proposición no de ley del Grupo Socialista.

Nuestro criterio lo basamos no solamente en los aspectos cuantitativos y cualitativos que ha expresado el portavoz del Grupo Socialista. En este sentido, antes que nada quiero decir que coincidimos con el señor portavoz del Grupo Socialista en que las patologías reumáticas necesitan un apoyo integral y un tratamiento multidisciplinar. Por ello, los citados enfermos reumatológicos en cualquier consulta de cualquier hospital no solamente son tratados o diagnosticados por profesionales sanitarios reumatológicos, sin también, basado en este concepto que el señor portavoz dijo de definición de lo que era la reumatología, por

traumatólogos, rehabilitadores, internistas, fisioterapeutas y, en algunos casos, dependiendo de esa discapacidad que el señor portavoz del Grupo Socialista ha puesto encima de la mesa, por psicólogos especializados que enseñen al enfermo reumático a convivir con su enfermedad.

Salvando este aspecto doctrinal que me interesaba ponerlo de manifiesto, tenemos que señalar varios argumentos por los que damos nuestro voto contrario a la proposición no de ley reseñada. En primer lugar, desde el año 1996 el Gobierno del Partido Popular está llevando una importante política de dotación de recursos, tanto en el ámbito territorial del Insalud como en los demás, conjugando la demanda sanitaria que pueda existir en las distintas áreas de salud con la paulatina corrección de las desigualdades, si puede hablarse de esa forma. Hay que reseñar que en el año 1996 la dotación de facultativos especialistas en reumatología dentro del territorio del Insalud era de 139. En el año 1998 esta dotación se ha incrementado hasta 163, es decir, que en dos años se ha incrementado la plantilla de reumatólogos cerca del 17,5 por ciento, lo que indica, con independencia de los aspectos cuantitativos que acabo de reseñar, el indudable interés institucional por dotar las plantillas hospitalarias de esta especialidad.

Y una vez dicho esto, señor presidente, me permito señalar y analizar brevísimamente, con dos pinceladas más, el contenido de la proposición no de ley, entendiendo, como decía antes, que la misma debía de ser rechazada no sólo por los argumentos que en principio dije, sino porque, en nuestro criterio, la ampliación de la cartera de servicios de cualquier centro sanitario debe realizarse en respuesta a un estudio de planificación integral de la demanda existente en esas áreas de salud y con independencia de las iniciativas parlamentarias que puedan realizarse en esta Cámara.

También quiero decir que el Insalud de forma habitual realiza estos estudios de las necesidades asistenciales de las distintas áreas sanitarias, modificando, en función de estas

necesidades, la dotación de recursos. Cuantos hemos negociado alguna vez algún contrato de gestión damos fe de lo que estamos diciendo. Así, para dar más énfasis a lo que estoy diciendo, señor presidente, cada año y dentro de los contratos de gestión se establecen, con los responsables de cada centro, las necesidades previstas para cada ejercicio, siendo este el instrumento adecuado para modificar plantillas o para dar dotación de servicios a aquellas especialidades más parcamente dotadas.

Por último, debo señalar a lo que ha dicho el señor portavoz del Grupo Socialista algo sobre el contrato de gestión en los hospitales. El hospital de Cabueñes dispondrá de dos reumatólogos más para este ejercicio y el Hospital Central de Asturias incorpora en su contrato de gestión para este año un nuevo especialista de reumatología.

Basado en estos argumentos, señor presidente, y para no ser más prolijo en la explicación, siento decir que la posición de mi grupo es contraria a la admisión de la proposición no de ley del Grupo Socialista en el Congreso para generalizar la implantación de servicios integrados de reumatología y homogeneizar las ofertas de los mismos en todo el territorio.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el debate, vamos a proceder a la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 10; en contra, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada la proposición no de ley.

Finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

Era la una y treinta y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**. C/. Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional**. B.O.E.
Avda. Manoteras, 54. 28050 Madrid. Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: M. 12.580 - 1961