



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2000

VII Legislatura

Núm. 81

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁNQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 5

celebrada el jueves, 19 de octubre de 2000

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo (Villalobos Talero) para informar sobre:

- | | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| — La situación de los pacientes en espera de cirugía cardíaca en el territorio español. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000070.). | 2188 |
| — Urgente para informar detalladamente sobre el plan de choque de Insalud para la reducción de las listas de espera de cirugía cardíaca. A solicitud del grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000100.) | 2188 |
| — Contenido del plan de choque del Ministerio para acabar con las listas de espera. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000103.). | 2188 |

— Urgente para informar sobre la política de trasplantes del Ministerio. A solicitud de Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000157.)	2204
Comparecencia del señor director general del Instituto de Salud Carlos III (Campos Muñoz) para informar sobre:	
— Los programas de investigación desarrollados por el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III y de las necesidades presupuestarias que requieren estos programas. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000062.).....	2212
— Los proyectos de investigación desarrollados por el Centro de Salud Carlos III y centros dependientes de él, así como las actuaciones que piensa realizar en la VII Legislatura en su área. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/000079.).....	2212

Se abre la sesión a las cuatro de la tarde.

COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (VILLALOBOS TALERO) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES EN ESPERA DE CIRUGÍA CARDIACA EN EL TERRITORIO ESPAÑOL. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (NÚMERO DE EXPEDIENTE 213/000070)**
- **URGENTE PARA INFORMAR DETALLADAMENTE SOBRE EL PLAN DE CHOQUE DEL INSALUD PARA LA REDUCCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA CARDÍACA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000100)**
- **CONTENIDO DEL PLAN DE CHOQUE DEL MINISTERIO PARA ACABAR CON LAS LISTAS DE ESPERA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (NÚMERO DE EXPEDIENTE 213/000103)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenas tardes. Damos comienzo a la sesión del día de hoy con el orden del día que todas SS.SS. conocen. En primer lugar, la comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo para informar acerca de la situación de los pacientes en espera de cirugía cardíaca en el territorio español, a petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. En segundo lugar, la comparecencia urgente de la ministra de Sanidad y Consumo

para informar detalladamente sobre el plan de choque del Insalud para reducción de listas de espera de cirugía cardíaca, solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista. En tercer lugar, la comparecencia de la señora ministra para explicar el contenido del plan de choque —también el plan de choque— de dicho Ministerio para acabar con las listas de espera a petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Sin más preámbulos, damos la bienvenida a la señora ministra y, en atención a que es jueves por la tarde, a la hora y a las comparecencias posteriores, yo pediría tanto a la señora ministra como a los intervinientes de los distintos grupos parlamentarios brevedad en sus exposiciones para que SS. SS. puedan, ausentarse del Parlamento sin riesgo de perder los medios de comunicación aérea o terrestre para desplazarse a sus puntos de origen. Tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Gracias, señor presidente. Muchísimas gracias, señoras y señores diputados de la Comisión de Sanidad del Parlamento nacional. Efectivamente, mi comparecencia para hablar sobre las listas de espera de cirugía cardiovascular es debida a las peticiones del Grupo Socialista y de Izquierda Unida.

Antes de iniciar mi exposición, debo aclarar que no podré informar sobre las listas de espera de cirugía cardiovascular del territorio nacional puesto que las comunidades autónomas con competencias transferidas en la gestión de la sanidad tienen absoluta autonomía y, por tanto, no participan en las decisiones que podamos tomar en el terreno del Insalud, competencia del Ministerio. Por tanto, que es muy difícil que yo pueda dar una explicación amplia sobre la situación de las listas de espera cardíaca en Galicia, en Andalucía y en las demás comunidades autónomas transferidas. Sí puedo decir que es cierto que en un momento determinado en la sociedad española se crea una alarma social por la

situación de las listas de espera en cirugía cardiovascular y el Insalud y las comunidades autónomas que tienen transferidas las competencias en materia sanitaria deciden, cada una en el ámbito de sus competencias, poner en marcha una serie de actuaciones encaminadas a incrementar la actividad quirúrgica y a reducir la demora máxima para intervenciones de cirugía cardíaca. En ese sentido el Insalud presentó un plan de choque, que se puso en marcha el 13 de junio del año 2000, con la participación de los tres hospitales de su competencia que disponen de servicio de cirugía cardíaca y de los centros concertados que habían participado en el concierto marco parrilla para procedimientos quirúrgicos adjudicado el 23 de junio de 1999. Tras la revisión de la situación de listas de espera quirúrgicas de cirugía cardíaca en los hospitales implicados, se constató que existía a 18 de junio del año 2000 un total de 1.147 pacientes de los cuales 602 tenían una espera superior a dos meses para ser intervenidos y 545 inferior a dos meses. A la vista de estos datos se fijó como objetivo prioritario a 30 de septiembre del año 2000 que la demora máxima para una intervención en cirugía cardíaca en los hospitales del Insalud se situara en 60 días. Para ello se hizo necesario incrementar la actividad en centros propios en 417 intervenciones respecto a las realizadas en el mismo período del año anterior. Para realizar esta actividad se estimó un gasto adicional de 474 millones de pesetas, 181 millones para gastos de personal, referidos a retribuciones de prolongación de jornada, contrataciones, etcétera, y el resto, 293 millones, iban destinados a material como prótesis, suturas, válvulas, etcétera. El plan también preveía incrementar la derivación a centros concertados en 172 intervenciones respecto a las realizadas en el mismo período del año anterior. Para realizar esta actividad concertada se estimó un gasto adicional de 257 millones de pesetas. Con el fin de facilitar la derivación de pacientes y la planificación de la actividad quirúrgica en centros propios, a cada servicio de cirugía cardíaca se le asignó un área de influencia lo más similar posible a su captación histórica de pacientes. Simultáneamente, para prevenir una posible saturación de determinados centros concertados, a cada área sanitaria se le recomendó un centro concertado de elección en función de criterios de cercanía geográfica, flujos históricos y capacidad quirúrgica ofertada por el centro concertado. Sólo a dos áreas sanitarias que disponían de un concierto singular, previo a la instauración del plan, no se les asignó un centro propio del Insalud, sino que la derivación se hizo directamente al centro concertado. Con estas dos únicas excepciones el plan estableció que, ante la indicación de una intervención quirúrgica de cirugía, al paciente debería ofertársele como primera opción un centro propio y sólo si éste no se comprometía a intervenirle en el plazo máximo establecido por el plan se le debía ofertar un centro concertado. Se estableció como requisito ineludible que todas las actuaciones, la solici-

tud de derivación, la oferta al paciente y la decisión que éste adoptara, deberían ser obligatoriamente por escrito y se canalizarían a través de los respectivos servicios de admisión de los centros hospitalarios. Se deben señalar, asimismo, los problemas que aunque en su mayor parte estaban previstos han surgido durante la ejecución de este plan: obras que han afectado al bloque quirúrgico de varios hospitales participados en el plan. Como es habitual, y SS.SS. lo conocen, en los meses de verano, al decrecer la actividad hospitalaria se realizan las obras necesarias de mantenimiento, conservación y reforma, con la consiguiente reducción de las jornadas quirúrgicas. Al mismo tiempo, el período vacacional que corresponde al personal sanitario y no sanitario de los hospitales también constituía un problema añadido al desarrollo y normalización del plan. También había algún hospital que tenía problemas estructurales que afectaban de forma importante al área de cirugía cardiovascular, en concreto me refiero a Valdecilla.

Respecto al aumento de la inclusión en lista de espera, entre el 1 de junio y el 30 de septiembre, en los hospitales con servicio de cirugía cardíaca se incluyeron en lista de espera quirúrgica 1.286 pacientes, 395 más que en el mismo período del año anterior, lo que representa un 44,3 por ciento.

Señorías, a continuación les voy a señalar los resultados definitivos del plan de choque, cerrados a 30 de septiembre. Se realizaron en centros propios un total de 2.274 intervenciones quirúrgicas, 1.860 fueron intervenciones programadas con hospitalización. El incremento de actividad sobre el mismo período del año anterior fue de 532 intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización, de ellas 88 se hicieron en jornada de mañana, un 7 por ciento, y 444 en prolongación de jornada, es decir, jornada de tarde, lo que supone un 487 por ciento respecto al año anterior. El incremento de actividad en centros propios del Insalud ha sido un 27,5 por ciento superior al inicialmente establecido, es decir, se han efectuado 532 intervenciones quirúrgicas más frente a las 417 inicialmente previstas. Este incremento se ha debido al aumento de entradas en lista de espera cardíaca que se han producido entre el 1 de junio y el 30 de septiembre, al ser 395 pacientes más que en el mismo período del año anterior. Fueron intervenciones urgentes 414, todas ellas efectuadas sobre pacientes que no estaban incluidos en lista de espera a 18 de junio. Las intervenciones urgentes que se han realizado a lo largo del plan suponen un 16 por ciento más que en el mismo período del año anterior. Este parámetro indica claramente que el incremento de la actividad programada no se ha debido a una reducción de la cirugía urgente, ya que ésta también ha aumentado con respecto al mismo período del año 1999. Asimismo, en los centros concertados se ha efectuado un total de 229 intervenciones adicionales, lo que supone que se han realizado 57 más, es decir, un 33 por

ciento de las previstas inicialmente. Ello se debió al aumento de entradas en lista de espera quirúrgica, tal como he dicho anteriormente. No obstante todo lo anterior, debo señalar que en las derivaciones a los hospitales con servicio de cirugía cardíaca se produjo un rechazo de la oferta de derivación de un 81,5 por ciento de los casos; se ofertó la derivación a 547 pacientes, de los que tan sólo lo aceptaron 101. Ello pone de manifiesto el alto grado de fidelización del paciente con el hospital que formaliza la indicación quirúrgica. Al cierre del plan, el total de pacientes en lista de espera ascendía a 504, de los cuales 74 se encontraban en espera por un período superior a dos meses. De estos 74 el 68 por ciento, es decir, 51, corresponde a pacientes que se les ha ofertado la intervención en otros centros concertados habiendo renunciado expresamente a ser desviados, y el resto, 23 pacientes, fueron incluidos en la programación de la primera semana del mes de octubre, habiéndose realizado las 23 intervenciones en la fecha programada. El coste definitivo del plan ha sido de 843 millones, 92 millones más de lo previsto, ya que la actividad realizada ha sido superior a la inicialmente prevista.

Para finalizar, señorías, quiero señalar que el resultado del plan de choque para la reducción de las listas de espera quirúrgica y objeto de esta comparecencia se puede valorar como muy satisfactorio, ya que el objetivo propuesto, es decir, que los pacientes no esperaran más de dos meses en lista de espera, se ha cumplido prácticamente al cien por cien, objetivo que no se hubiera alcanzado sin el alto grado de compromiso de los profesionales sanitarios implicados y la coordinación entre las gerencias hospitalarias, lo que viene a demostrar nuevamente que nuestro sistema público es uno de los mejores, que tenemos los mejores profesionales y la capacidad de resolver los problemas que todavía están pendientes en el sistema sanitario. Además, el ciudadano, con la fidelidad demostrada a su centro hospitalario a lo largo del plan, nos ha demostrado la confianza que tiene en el sistema. No obstante todo ello, vamos a continuar trabajando para mantener el nivel preciso para que la actividad que se desarrolla en los centros hospitalarios dé la respuesta adecuada a fin de que los pacientes sean intervenidos en los plazos establecidos. Porque, señorías, no se trata de tomar medidas diferentes, sino de prolongar la actividad quirúrgica para impedir que tengamos que hacer un nuevo plan de choque.

Muchísimas gracias. Quedo a disposición de SS.SS. para lo que quieran aclarar.

El señor **PRESIDENTE:** Por los grupos que han realizado la petición de la comparecencia de la señora ministra, en primer lugar tiene la palabra, la señora Castro por el grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

La señora **CASTRO FONSECA:** Señorías, buenas tardes. Gracias, señora ministra, por su comparecencia, aunque me hubiera gustado que se hubiera producido antes, dado que estamos tratando un tema que ha causado una gran alarma social en este país y que además ha tenido una gran influencia mediática. Pero nunca es tarde si la dicha es buena y, afortunadamente, hoy contamos con su presencia en esta Cámara.

Según informaciones de su Ministerio, señora ministra, los resultados del plan de choque contra las listas de espera para operaciones de cirugía cardíaca, iniciado el pasado 13 de junio, ha dejado sólo a 73 pacientes en lista superior a dos meses, mientras que 301 enfermos han sido intervenidos quirúrgicamente antes de ese plazo en hospitales que pertenecen al Insalud y otros 145 han sido atendidos en hospitales concertados. El coste global de este plan se ha situado en 843 millones de pesetas, de los cuales 511 millones se destinaron a hospitales del Insalud y 332 millones de pesetas fueron para hospitales concertados. Este presupuesto, señora ministra, ha superado un 15 por ciento al inicialmente calculado de 731 millones de pesetas, los cuales fueron distribuidos de una manera directamente proporcional en el Insalud y en los hospitales concertados. Por su parte, hay que decir que los cirujanos cobraron 35.000 pesetas por intervención quirúrgica. Las dificultades a las que tenía que hacer frente este plan pasan por obras de adecuación o mejoras llevadas a cabo en los hospitales en los que se ha desarrollado el plan de choque; la coincidencia, como usted señalaba, con el período vacacional, o la negativa de algunos pacientes a ser trasladados para ser intervenidos quirúrgicamente. Según las informaciones que su Ministerio nos brinda, se ha incrementado en 532 la cifra de operaciones realizadas con respecto al mismo período del año anterior. Esto es verdaderamente escandaloso (parece que es fácil deducir que antes que no se estaba trabajando en la sanidad pública) porque el incremento es notabilísimo. Lo que denota que tenemos razón cuando decimos que hay una infrautilización de los recursos propios. La mayor parte de los pacientes en lista de espera superior a dos meses se encuentra, señora ministra, en hospitales madrileños: 25 enfermos en el hospital Doce de Octubre y 19 enfermos en el hospital Puerta de Hierro. No obstante, y según usted misma reconoce, hasta el mes de noviembre no va a estar redactado el informe que el Consejo interterritorial de Salud está elaborando sobre listas de espera de cirugía cardiovascular.

Frente a esta valoración que ustedes hacen del plan de choque, que entendemos nosotros que es triunfalista, al menos la que se ha efectuado desde el Ministerio, se alzan otras valoraciones que, espero y supongo que a usted no se le escapan, y que lo califican, unas de fracaso y otras de plan que en definitiva no ha podido cumplir los objetivos fijados. La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, señora

Ministra, ha manifestado públicamente que el plan de choque contra las listas de espera en cirugía cardíaca ha fracasado, ya que un numeroso grupo de enfermos continúa con una demora superior a 60 días para su intervención. Considera, asimismo, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública que al detraerse el dinero del plan de choque de otras actividades asistenciales (supongo que a estas alturas la señora ministra no ignora que no hay presupuestada ninguna partida para este plan de choque, por tanto de alguna parte tiene que salir el dinero y el señor Rato no lo va a sacar de ninguna parte que no sea de los presupuestos de salud) las listas de espera para otras patologías también se han incrementado y se ha deteriorado notablemente la calidad de la atención sanitaria. Considera también que este plan ha supuesto la derivación de enfermos de la sanidad pública hacia el sector privado en términos económicamente ineficientes, con lo que aparte de la descapitalización que obviamente esto produce en el sector público, se produce también una subvención encubierta a los intereses económicos privados.

Señora ministra, los planes de choque puntuales no son una solución para la sanidad pública. Nosotros lo que le planteamos es que establezca estrategias de intervención a corto, medio y largo plazo y que esas estrategias estén avaladas por los presupuestos, porque lo demás es un brindis al sol. El presidente de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular sostiene que el plan de choque, programado por su Ministerio para reducir las listas de espera durante el verano, no se ha podido cumplir en los objetivos fijados por este departamento. Frente a los 60 días que Sanidad estableció como tope, la demora media se ha situado entre los meses de julio y agosto en torno a los cien días. La Sociedad Española de Cardiología y Cirugía Cardiovascular considera que las listas de espera no podrán eliminarse sin un aumento de recursos, sin que por parte de su Ministerio se haya presentado en los presupuestos para el 2001 ninguna cantidad, cero pesetas—esta es la verdad—, para aumentar los recursos materiales y humanos que nos van a situar en la posibilidad de alcanzar el objetivo. Asimismo, el presidente de dicha sociedad manifiesta que se debería alcanzar la cifra de 40 servicios de cirugía cardiovascular, con cinco o seis cirujanos que podrían realizar entre 500 o 600 operaciones al año.

Todo esto que yo le estoy diciendo que dicen otros lo llevamos diciendo nosotros mucho tiempo, pero a lo mejor si lo dicen otros se escucha con más atención y por eso prefiero dar hoy la palabra en el Parlamento a las asociaciones y a las personas que están preocupadas como nosotros por el tema. También manifiesta el presidente de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, señora ministra, la necesidad de apertura al cien por cien de los quirófanos en horario de tarde, considerando ridícula la cifra de una operación diaria por quirófano, situación que no se permite ningún país del

contexto socioeconómico, por no decir ningún país civilizado.

Las listas de espera, la masificación de las consultas y el tiempo insuficiente destinado a actividades preventivas de diagnóstico precoz o de educación sanitaria son el resultado necesario de unas infraestructuras y un personal claramente insuficientes para atender incluso necesidades sanitarias acuciantes. Esta situación viene de lejos y sus raíces hay que buscarlas en decisiones de gobiernos anteriores, esencialmente correctas, de extender el derecho de la asistencia sanitaria a prácticamente la totalidad de la población, pero sin el incremento correspondiente de recursos económicos. Mientras la cobertura sanitaria se amplió a siete millones de personas más entre 1982 y 1999, el índice de camas por mil habitantes bajó desde 4,6 en 1980 a 4 en 1999 y el tanto por ciento del producto interior bruto destinado a gasto sanitario público, es el más bajo de la Unión Europea. Desde hace una década se realizan planes de modernización en hospitales, a los que hay que dotar de mayor confort, y se reduce el número de camas por habitación. Sin embargo, este hecho, que nosotros saludamos, no se ha compensado con la construcción de otras nuevas, produciéndose una importante reducción del número de camas hospitalarias en la sanidad pública. A todo ello, señora ministra, hay que añadir una política de personal caracterizada por una proporción creciente de empleo precario, la amortización de plazas y la práctica desaparición de las sustituciones por enfermedad, maternidad, vacaciones, etcétera. Se lo dice una sanitaria: ponerse enfermo en verano es el mayor riesgo que puede sufrir una persona en este país, y yo creo que el tema de vacaciones es bien fácil de resolver. Este último hecho determina que tal y como denunció en su día el jefe de cirugía cardíaca del hospital de Sant Pau, en Barcelona, plantas enteras de los hospitales, unidades de vigilancia intensiva, quirófanos, etcétera, se cierran en verano a pesar del problema que tenemos con las listas de espera de pacientes graves.

Señora ministra, la duración del tiempo de espera tiene diferente trascendencia según los casos. La demora para realizar pruebas diagnósticas es especialmente grave. Las mujeres que, tras una autoexploración o una exploración realizada por un profesional, se descubren, un bulto en el pecho tienen que esperar hasta un año para realizarse una mamografía, un año de angustia permanente para realizarse una simple mamografía. Hay otros pacientes que asimismo aguardan períodos injustificablemente largos para ser vistos por el especialista y, por tanto, para contar con un diagnóstico capaz...

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Señor presidente, me va usted a permitir que termine porque tengo solici-

tada la comparecencia de la señora ministra para dos cuestiones. He tratado de ser rigurosa; he intervenido, sobre la primera comparecencia y estoy interviniendo sobre la segunda. Le ruego que me dé cinco segundos porque no voy a tardar más.

El señor **PRESIDENTE**: Los tiene, señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Muchísimas gracias, señor presidente.

Decía que hay otros pacientes que tienen que aguardar períodos muy largos para ser vistos por el especialista y, por tanto, para contar con un diagnóstico capaz de establecer la urgencia con que un determinado tratamiento debe ser aplicado, y todo esto, señora ministra, evidentemente es inaceptable.

El retraso en la adopción de medidas en enfermedades en las que el tiempo es un factor fundamental, debido a la escasez de recursos sanitarios, es un grave atentado al derecho que todas y todos tenemos a la salud y que las propias leyes y nuestra Constitución nos reconocen a las españolas y a los españoles. Pero a la hora de identificar las causas que a lo largo de los años han dado lugar a esta situación, no hay que olvidar, señora ministra, que esta situación configura un caldo de cultivo más adecuado para que las aseguradoras privadas amplíen su cuota de mercado ¿Es esta la solución que nos propone el Partido Popular? Yo la he escuchado esta mañana en Los desayunos de TVE con mucha atención, como siempre. Tiene usted buena voluntad, pero más allá de la buena voluntad hay que tener recursos, y si los recursos sanitarios públicos son insuficientes, señora ministra, usted no va a poder resolver estos problemas; téngalo claro desde ya. Es decir, que le conviene convencer al señor Rato para que financie la sanidad pública.

Para acabar, Izquierda Unida piensa que detrás de la propuesta que ustedes han hecho de la libre elección de médico y de hospital se esconde el hecho incontrovertible de que, bien al contrario, es la sanidad privada la que con toda crudeza y eficacia selecciona pacientes y enfermedades rentables. En este caso está bien claro que quienes necesitan las intervenciones quirúrgicas que se realizan en serie y con equipos poco costosos —extirpación de apéndice, vesícula biliar, amígdalas, vegetaciones, prostatitis, cataratas, etcétera— no tendrán que esperar mucho si quieren acceder a ser operados en una clínica privada. Otra cosa bien diferente sucede si es una persona mayor o un enfermo crónico que necesita una intervención costosa; entonces, de forma absurda y totalmente evitable, desgraciadamente puede ser una víctima de las listas de espera. Yo le pregunté por escrito al Gobierno cuántas operaciones se realizaban en los hospitales de la sanidad pública por médico y año. Señora ministra, léase la respuesta del Gobierno. Es imposible acabar con las listas de espera porque ustedes no están utilizando los recursos propios.

Ustedes están intentando dar agua, como dicen en Vallecas, a los señores de la privada.

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señora ministra, el día 15 de junio de 2000, el Grupo Parlamentario Socialista solicitó la comparecencia urgente de la ministra de Sanidad ante esta Comisión para que nos explicara, de forma detallada, cuál era ese plan de choque de listas de espera para reducir los tiempos de espera en cirugía cardíaca. Sinceramente, que venga al Parlamento usted hoy, día 19 de octubre, cuatro meses después de solicitar la comparecencia con carácter de urgencia, me parece una tomadura de pelo, una actitud absolutamente impresentable y que no es de recibo. Repito, que cuatro meses después venga usted a comparecer para explicarnos un plan de choque de listas de espera cuya aclaración pedíamos el día 15 de junio, empezó el 13 de junio, y encima tuvo usted la poca delicadeza y el poco respeto a este Parlamento de que cuando compareció en al última Comisión de Sanidad, en el mes de junio, no nos informó a los grupos políticos de ese plan de choque y sí salió al pasillo a dárselo a la prensa, desde mi punto de vista significa, repito, el poco respeto que le tiene usted al Parlamento, aunque intente demostrar que lo aprecia y lo valora mucho. Me da la sensación de que le preocupan más los medios de comunicación y la opinión pública que los propios ciudadanos que están esperando en su casa meses y meses para poder ser intervenidos.

No sé si he escuchado bien, pero he anotado que ha habido un incremento de actividad quirúrgico del 400 por ciento como consecuencia del plan de choque de listas de espera de cirugía cardíaca respecto al mismo período del año anterior. ¿Es así, señora ministra? Se lo pregunto porque el dato lo he anotado y, repito, no sé si estoy equivocada o es que realmente lo ha dicho usted así. Me gustaría, si es así, que me lo confirmara, porque la verdad es que es un dato muy llamativo. Al oír esto, la única cuestión que a mí me surge de forma inmediata es hacerle la siguiente pregunta: ¿Qué estaban haciendo en los hospitales del Insalud los servicios de cirugía cardíaca en estos años anteriores? El plan de choque que ya puso en marcha su antecesor, el señor Romay Beccaría, el día 14 de junio de 1996 (otro plan de choque para disminuir la lista de espera en cirugía, para operar a 21.000 enfermos y gastar 2.700 millones de pesetas) no debió de tener absolutamente ningún resultado positivo; si no no puedo entender esta cifra que —repito—, si no he entendido mal, yo he anotado como un incremento de actividad quirúrgica como consecuencia del plan de choque y referida al mismo período del año anterior.

Señora ministra, su Gobierno, el Gobierno del Partido Popular, sigue utilizando las listas de espera como

un instrumento absolutamente demagógico y de propaganda. En las páginas 88 y 89 del proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado, en la sección de gastos del Insalud, se pueden leer cosas tan peregrinas como ésta: La demora máxima quirúrgica se sitúa en seis meses, salvo para cirugía cardíaca que es de dos. ¿Este es un criterio serio de necesidad, señora ministra? ¿Es más urgente una comunicación interauricular, sin compromiso hemodinámico, que un cáncer de mama o uno de pulmón? Este tipo de criterios son profundamente lesivos para los intereses de los pacientes y totalmente desmotivadores para los profesionales de la sanidad. Los tiempos máximos de espera se han de fijar, desde nuestro punto de vista, en función de especialidades, y especialidad no significa en ningún momento urgencia. Sinceramente, es un insulto a la inteligencia el establecer el plazo de dos meses para cualquier tipo de patología cardíaca, cuando hay otro tipo de patologías que son mucho más graves y que se sitúan en el plazo de demora máxima quirúrgica de seis meses. Se establecen estos criterios sin que la Comisión que usted creó en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud haya dicho esta boca es mía con respecto a los criterios para gestionar las listas de espera o para incluir pacientes en lista de espera. Los responsables que acuden a esa comisión y con los que he tenido la posibilidad de hablar, la verdad es que me dicen que se han reunido dos o tres veces y que no avanzan absolutamente nada. En el presupuesto de gastos del Insalud para el año 2001, en el mismo documento que he mencionado, se señala que la demora máxima en consultas de atención especializada será de 60 días, con excepción de un reducido número de especialidades. ¿Qué especialidades, señora ministra? Nuevamente se establece un criterio de prioridad que no está basado en la necesidad.

El Gobierno del Partido Popular, en la legislatura pasada, hizo de las listas de espera su punta de lanza, con algún otro ingrediente añadido como podían ser las fundaciones sanitarias públicas; pero después de todo esto me da la sensación de que lo que se estaba vendiendo era puro humo. ¿No decía el señor Romay Becarria que había terminado prácticamente con las listas de espera, señora ministra? ¿Por qué establecen, entonces, entre los objetivos máximos a conseguir en el año 2001 que la demora máxima en cirugía se sitúe en los seis meses? En la intervención del director general del Insalud, que tuvo lugar el día 11 de este mismo mes, se nos comunicaba que la lista de espera quirúrgica se había incrementado un 12 por ciento en el mes de septiembre con respecto al mismo mes del año pasado, que la previsión de cierre eran unos 158.000 pacientes en lista de espera y que las listas de espera en consultas externas y en exploraciones también se habían incrementado un 14 por ciento. Pero decía: Sin embargo, se nota una disminución en los pacientes que están esperando para ecografías. Concretamente, hablaba de un

14 por ciento menos de pacientes con respecto a septiembre de 1999 que estaban esperando para ecografías.

Señora ministra, un presidente de una sociedad científica de atención primaria me hace llegar un escrito en el que denuncia que a las señoras embarazadas la primera ecografía se les está haciendo en torno al quinto o sexto mes, y en este mismo escrito plantea este profesional que la primera ecografía precisamente sirve, con carácter preventivo, para determinar si existe alguna malformación en el feto y si se hace al quinto o sexto mes no sirve absolutamente para nada. ¿Es así como están disminuyendo ustedes las listas de pacientes que tienen que hacerse una ecografía, señora ministra?

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, si no leo mal, su solicitud de comparecencia para la sesión del día de hoy es para que la señora ministra informe detalladamente sobre el plan de choque del Insalud para la reducción de las listas de espera de cirugía cardíaca.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, si me permite, en el orden del día había dos peticiones de comparecencia de la ministra...

El señor **PRESIDENTE**: Me cuesta mucho interpretar lo que es una ecografía en un embarazo en un problema de listas de espera de cirugía cardíaca.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, si me permite, había en el orden del día dos peticiones de comparecencia para la señora ministra, una para hablar de listas de espera de cirugía cardíaca y otra para hablar de listas de espera en general, con lo cual, como preocupada no solamente por la cirugía cardíaca y los enfermos que están esperando, sino también por aquellos otros anónimos a quienes, como no arman algarabía, no se les oye la voz, estoy interviniendo en nombre del Grupo Socialista planteando precisamente el problema general de las listas de espera en este país, señor presidente. Si me deja usted terminar, se lo agradecería.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, usted es consciente de la generosidad de este presidente, que la ha demostrado con la señora Castro, pero si nos atenemos estrictamente al espíritu y a la letra de las comparecencias, las dos hablan del plan de choque. No han hablado en ningún momento ni la señora ministra ni el Ministerio de plan de choque de listas de espera en problemas de embarazo, en problemas de cataratas, etcétera. Se ha hablado del plan de choque en listas de espera de cirugía cardíaca. He aceptado hasta ahora, pero ya, señora Valentín, le ruego que se centre en el tema de su solicitud de comparecencia.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, me parece absolutamente intolerable que des-

pués de estar esperando cuatro meses a que venga la señora ministra para hablar de listas de espera de cirugía cardíaca y listas de espera general, no nos deje usted a los grupos parlamentarios dar nuestra opinión. Cuando se dicen verdades pueden molestar.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, también le quiero aclarar a usted...

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, le ruego que si en el orden del día aparecen dos comparecencias, una para cirugía cardíaca y otra para listas de espera general, nos deje hacer uso de nuestro turno de palabra para poder decir lo que consideremos oportuno.

El señor **PRESIDENTE**: Nunca este presidente ha coartado la libertad a ningún portavoz para expresarse como quiera y sobre lo que quiera, pero, señora Valentín, quiero puntualizarle dos cosas: la primera, que las comparecencias son para lo que son, lo que dice la letra; la segunda, que usted ha iniciado su intervención acusando a la señora ministra de si ha comparecido o no cuatro meses después de la solicitud de comparecencia. Usted como portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, podía haberla solicitado en distintas sesiones que ha habido previas a ésta, y usted y la Mesa de la Comisión han considerado oportuno pedir otras comparecencias y no ésta de la ministra. **(Varios señores diputados: ¡No, no! Y en ésta ha habido acuerdo unánime. (Protestas.)**

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Perdone, señor presidente, pero no es cierto. En la primera Comisión que tuvimos en el mes de septiembre reiteró el Grupo Socialista la necesidad de que la ministra compareciera precisamente para explicarnos lo que en el mes de junio le habíamos pedido. Ustedes, como Partido Popular, consideraron que no era conveniente y fue cuando les rogamos que al menos nos remitieran el documento que se había elaborado en el Insalud, ya que no teníamos ningún dato.

El señor **PRESIDENTE**: Se les remitió el documento y se elaboró el orden del día por acuerdo unánime de Mesa y portavoces y en él no se incluía la comparecencia de la ministra.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, solicitamos que se incluyera en el orden del día la comparecencia de la ministra...

El señor **PRESIDENTE**: Hemos zanjado el tema y no tiene la palabra.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: ...y el Partido Popular no lo aceptó.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, le ruego termine usted su intervención en relación con el punto del orden del día relativo a las listas de espera de cirugía cardíaca.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, el punto 3 del orden del día, ciñéndome a él, habla de explicar el contenido del plan de choque de dicho Ministerio para acabar con las listas de espera. Ahí se termina el párrafo, con lo cual espero que en base a este punto 3 del orden del día me dejen expresar con absoluta libertad. Estamos perdiendo un tiempo precioso y yo voy a intentar terminar cuanto antes.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Ha terminado, señora Valentín?

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: No, no he terminado.

Estaba hablando de si esta es la forma de terminar con las listas de espera en ecografías y así poder reducir un 14 por ciento la espera de los ciudadanos para hacerse este tipo de prueba diagnóstica. También quería preguntarle a la señora ministra si siguen en vigor las circulares que el Insalud dictó en los años 1997 y 1998 dando instrucciones, las cuales dicen textualmente: Se recuerda la necesidad de disminuir las indicaciones quirúrgicas en los procesos que así lo permitan, de tal manera que el índice de entradas y salidas en lista de espera quirúrgica sea menor a la unidad. ¿Señora ministra, siguen en vigor todavía estas dos instrucciones, una dada en Palencia y otra en Cáceres, sobre regulación de las listas de espera para que al final de año la estadística les cuadrara?

Voy terminando. En relación con el plan de choque de las listas de espera de cirugía cardíaca, señora ministra, me gustaría, y le hago la petición formal desde esta Comisión, que al igual que nos llegó, aunque muy tarde, hace prácticamente una semana, el documento del plan de choque que usted puso en marcha el día 13 de junio, los resultados de dicho plan nos pudieran ser remitidos totalmente documentados, al menos al Grupo Socialista para poder compararlos con los datos que en él figuren. Porque, señora ministra, en un hospital de Madrid, por ejemplo, se hicieron durante el período de duración del plan de choque de listas de espera de cirugía cardíaca 147 intervenciones, nueve más que en el mismo período del año 1999. Durante ese espacio de tiempo de vigencia del plan de choque, señora ministra, se produjo además una significativa bajada de la actividad en el área de cirugía cardíaca en jornada de mañana. ¿Cómo se explica entonces que con un incremento de la actividad quirúrgica del 6,5 por ciento, es decir, nueve intervenciones más que el año inmediatamente anterior en el mismo período, haya disminuido la lista de espera de cirugía en este hospital en un 50 por ciento? Sinceramente, nos gustaría que nos lo explicara.

Por último, quisiera recordar que no el Grupo Socialista sino los cardiólogos están diciendo que ni siquiera se ha cumplido la mitad del plan de choque y están añadiendo —hoy mismo lo podemos leer— que de poco vale poner en marcha un plan de choque de listas de espera de cirugía cardíaca si no se abordan las listas de espera, de las que ustedes por lo visto no quieren oír hablar, de cirugía general, pruebas diagnósticas o consultas externas. ¿Señora ministra, se siguen desprogramando todavía intervenciones de cirugía cardíaca por falta de camas de reanimación? ¿Cuántas de estas camas se han aumentado y en qué hospitales se han puesto? ¿Hay déficit de especialistas, señora ministra? Porque si hay déficit de personal especializado para hacer este tipo de intervenciones, el Ministerio debería adecuar la oferta MIR a la demanda, planificando de una forma adecuada la formación de los médicos. ¿Hay déficit de recursos económicos en los hospitales? Porque yo no me creo, bajo ningún concepto, que sean los propios profesionales sanitarios los que hayan producido estas listas de espera o la explicación que puede tener que se haya incrementado en un 400 por ciento la actividad quirúrgica con respecto al año anterior. ¿Para cuándo, señora ministra, un plan absolutamente transparente de listas de espera de todo tipo, atendiendo a criterios de necesidad y no a criterios caprichosos, como parece que son los que desde su propio Ministerio se incorporan entre los objetivos del Insalud para el año 2001, de manera que cualquier ciudadano en cualquier momento pueda conocer los tiempos máximos que tiene que esperar para ser intervenido, para hacer una prueba diagnóstica o para ser visto por un especialista cuando lo necesite? De otro modo, lo que estamos haciendo es publicidad engañosa, señora ministra, y eso los ciudadanos españoles no se lo merecen.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: Entendiendo que las tres preguntas sobre las que se está debatiendo van dirigidas fundamentalmente a los problemas de la lista de espera en el territorio Insalud, voy a hacer una reflexión general sobre la misma.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Me preguntaba a mí?

La señora **JULIOS REYES**: No. Me retrasé un par de minutos al principio de la sesión y entiendo que se están debatiendo conjuntamente tres preguntas, dos sobre cirugía cardíaca y una sobre las listas de espera en general, aunque de diferentes grupos. Lo digo porque voy a intervenir en ese sentido.

El señor **PRESIDENTE**: La Presidencia no lo ha interpretado así, a los portavoces les ha convenido

interpretarlo así, pero la Presidencia no lo ha interpretado así. (**Rumores.**)

La señora **JULIOS REYES**: No era mi intención volver a abrir el debate.

El señor **PRESIDENTE**: No quiero reabrir el debate. Dejo al mejor criterio de la señora Julios su intervención.

La señora **JULIOS REYES**: Quería hacer brevemente una reflexión sobre las listas de espera en general. En concreto, en la Comunidad Autónoma de Canarias ahora mismo no tenemos problemas de listas de espera en cirugía cardíaca, pero los hemos tenido hace poco y es previsible que se vuelvan a producir porque es un problema recurrente. Quisiera resaltar que el problema de las listas de espera existe en el territorio Insalud y prácticamente en todas las comunidades con competencias transferidas, no es un problema exclusivo del Sistema Nacional de Salud español, sino que se da en otros sistemas de salud y en otros servicios sanitarios, aunque eso no justifica que no sigamos emprendiendo actuaciones y estrategias para paliar las listas de espera. No deberíamos caer en la tentación de hacer demagogia sobre las listas de espera, ni tomar posiciones partidistas ante un problema que tiene un calado social importante y que es responsabilidad de todos tratarlo de forma adecuada puesto que, entre otras cosas, sin querer podemos estar dañando gravemente la propia imagen del sistema público sanitario ante el ciudadano.

En todo el Sistema Nacional de Salud existen problemas de gestión en relación con la oferta y la demanda. Existe una inadecuación para poder dar respuesta de una forma ágil a un aumento creciente y que no va a parar de la demanda que genera la lista de espera. Este aumento de la demanda es muy complejo de analizar y quizá no sea el momento. Son múltiples las razones, desde el cambio de los patrones epidemiológicos que se dan en la población, el aumento de las enfermedades crónicas y el aumento de la esperanza de vida hasta el aumento de la cobertura del nuevo modelo de atención primaria en los territorios de Insalud y de las comunidades con competencias transferidas lo que conlleva un aumento de la actividad preventiva, un aumento del diagnóstico precoz y una demanda de pruebas complementarias y las subsiguientes intervenciones quirúrgicas programadas. Otro aumento de la demanda obedece a la mayor confianza del ciudadano —lo ha comentado la señora ministra— no sólo en el sistema hospitalario sino también en la atención primaria. La mejora en las tecnologías, que va a seguir creciendo, hace que en muchas ocasiones se facilite un mayor acceso a las mismas puesto que las intervenciones son cada vez menos cruentas y se puede llegar a intervenir patologías en edades mayores que antes no eran susceptibles de entrar en lista de espera.

En conclusión, hay que seguir apostando por mejoras en la gestión y en la eficiencia, pero, no nos engañemos, existe un problema que es la necesidad de adecuar la financiación. Entendemos que ha de haber una suficiencia financiera para dar respuesta a las exigencias de la demanda, que es creciente. Mejorar la gestión y buscar la eficiencia son elementos importantes que van a ayudar a contener el crecimiento en el gasto, el crecimiento en algunos aspectos de la demanda, pero tenemos que ser conscientes de que esto no puede suplir la deficiencia financiera. Por el contrario, la existencia de deficiencia financiera es un elemento importante en cuanto a que dificulta la gestión y acelera la ineficiencia, una espiral de la que es difícil salir. Desde nuestro grupo político seguiremos insistiendo en este tema a lo largo de la legislatura. Debemos asumir todos, con responsabilidad, el afrontar en torno a la sanidad un pacto de Estado en esta legislatura que incluya lo que es el gasto farmacéutico, que hemos debatido varias veces y tiene mucho que ver con las dificultades financieras, y que incluya qué prioridades vamos a dar a la prestación de salud y al uso racional de la misma. Es necesario concienciar no sólo al Ministerio de Sanidad, que por supuesto lo está porque lo sufre, al igual que a las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas, sino al Ministerio de Economía y a los consejeros de Economía de las comunidades autónomas que tienen transferidas las competencias sanitarias de que los déficit de financiación en el Sistema Nacional de Salud fomentan un círculo de ineficiencia que a la larga deteriora la calidad del sistema.

Concluyo ya, pero quisiera que la ministra en su contestación nos aclare los aspectos financieros del plan de choque sobre listas de espera. Hemos estudiado el programa de choque de cirugía cardíaca y sabemos los costes que conlleva, pero me refiero a que nos explique qué partidas presupuestarias tiene previstas para dar respuesta a lo largo del año a los planes de choque de lista de espera.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señora ministra, reciban usted y su equipo el saludo del Grupo Vasco al que represento en esta Comisión, junto con nuestras reflexiones sobre el documento que sobre el plan de reducción de las listas de demora en cirugía cardíaca se nos ha presentado y que entiendo obedecen a lo que fue el primer gran problema de relevancia pública al que usted hubo de enfrentarse recién nombrada ministra, que es el de la alarma creada por las demoras en las listas de espera, frente a las que usted, como mujer lista que es, reaccionó con rapidez, reunió al Consejo interterritorial —en el que creo que encontró tremenda receptividad y voluntad de ayuda— y, fruto de sus trabajos y de los del Ministerio, se nos ha presentado el

documento al que se circunscriben las comparencias de hoy. Mi grupo ha considerado que esta sesión se configura como las de control al Gobierno. Es decir, que integra a su normal contenido no sólo la información que se nos ha facilitado sino también las carencias que sobre lo abordado hayan podido encontrar los grupos en el documento. Por tanto, no desborda el contenido de la comparencia que nos refiramos a que el documento tiene un mero carácter coyuntural, sin entrar en las cuestiones de fondo; por lo menos, tal es el alcance que a su comparencia o a su intervención pretende dar el Grupo Vasco, al que pertenezco. Se nos ha presentado un documento que tiene su validez, pero hay más fondo en el asunto —repito— y nos parece importante que también sea conocido por la señora ministra y por su equipo.

Creemos que convendría aclarar, en primer lugar, de qué estamos hablando en realidad. A la hora de valorar las listas de espera quirúrgica en las diferentes comunidades autónomas y en el territorio Insalud, se utilizan diferentes indicadores de medida y sistemas de compatibilización de los pacientes. Así, hay comunidades que utilizan el concepto de demora técnica o cola de programación, entendiéndose por tal el número de pacientes en espera necesarios para programar con eficacia los quirófanos, pacientes que no compatibilizan con la lista de espera. Este concepto de demora técnica se utiliza en comunidades del más variado signo. En Cataluña no se incluyen hasta los tres meses; en Galicia, Valencia o Andalucía, hasta los dos o tres meses, variando de unas comunidades a otras; en las demás comunidades autónomas y en el territorio Insalud se compatibilizan todos los pacientes desde el momento en que se hace la indicación quirúrgica. A fin de resolver estas diferencias, el grupo de expertos en listas de espera que se creó en el Consejo interterritorial del Servicio Nacional de Salud está trabajando en la unificación de estos criterios para poder analizar y comparar el conjunto de las listas de espera en todo el Estado. Creemos que hablar de las mismas magnitudes es importante. La propuesta que desde el Gobierno Vasco se ha hecho en este grupo ha sido la de compatibilizar todos los pacientes desde el momento en que se da la indicación de intervención y todos aquellos cuya atención se financia con fondos públicos, tanto si definitivamente son atendidos en centros de titularidad pública como si son enviados a hospitales concertados. Creemos que éste debe ser el criterio a utilizar.

En cuanto al fondo, en esencia las listas de espera, o mejor las demoras, son el resultado de una demanda y/o indicación de servicios que excede la capacidad de producción de los propios servicios. Es obvio que hace falta adoptar medidas coyunturales, como las que plantea el documento, capaces de paliar el problema agudo, pero, salvo que se desee estar permanentemente aplicando medidas puntuales, también es obvio que en paralelo deben adoptarse medidas de fondo que ata-

quen las raíces del problema. Por ello cabe preguntarse si existe en el Ministerio alguna previsión en cuanto a medidas capaces de contener la demanda o algún plan para mejorar la productividad de los actuales servicios y/o para aumentar la dotación de los mismos.

En segundo lugar, la demora en cirugía cardíaca es uno de los aspectos más sangrantes de la lista de espera, pero no es el único ni el más grave en términos de pacientes afectados ni de sufrimiento. Por ese motivo cabe también preguntarse por qué no se aborda por todos el compromiso de un plan debidamente organizado para poner todas las demoras en términos sanitarios y socialmente asumibles.

En tercer lugar, está bien que el Gobierno informe de los planes que tiene, puesto que constituye un elemental ejercicio de transparencia que cumple usted en esta Cámara, pero además de las medidas técnicas y de gestión, también debe saberse qué objetivos y qué recursos económicos —ya se han referido a ello intervinientes anteriores— se van a ocupar finalmente, así como los costes de oportunidad que se puedan producir. Dicho de otra forma, el Congreso debe ser informado del contenido del plan, pero su principal objeto de interés debe centrarse en debatir cuál es la demora máxima aceptable, en qué plazo se va a conseguir y la financiación adicional requerida. Igualmente compete al Congreso discutir y optar por alternativas en cuanto a los costes de oportunidad que sin duda se van a producir, puesto que los fondos necesarios se obtendrán normalmente de una minoración de las intervenciones o que la mayor ocupación de quirófanos por un tipo de intervenciones acarree la disminución de otras evidentemente. Por ello, independientemente de la demora máxima y del volumen de recursos implicados, le pregunto cuál va a ser el origen de los recursos económicos necesarios, si se quitará de un sitio para cubrir otro —puesto que no parece que haya posibilidad de mayor alegría presupuestaria por parte del vicepresidente segundo— y que significaría lo anterior en términos de coste de oportunidad.

En cuarto lugar, estamos o podemos estar ante un debate de medidas concretas, propuestas para llevar adelante, y que nos encontremos en el típico supuesto de los árboles que no dejan ver el bosque. En cualquier caso, sí hay aspectos que aunque puntuales interesan a algunas comunidades autónomas que han asumido la transferencia sanitaria y tengan un adecuado control de las listas de espera, como es el caso de la comunidad vasca.

Hay una preocupación, por ejemplo, sobre cuál es la repercusión que va a tener la dotación económica adicional prevista por el Gobierno en cada comunidad, incluyendo aquí la debida consideración de mecanismos específicos de financiación, como en el caso de las relaciones económicas de Euskadi con el Estado o de la Comunidad Foral de Navarra con el Gobierno central. Al margen de estas peculiaridades, es obvio que las

comunidades autónomas deben tener una compensación proporcional al esfuerzo que se les requiere. En este sentido, y puesto que las demoras afectan a todo el Estado, entendemos que si el Gobierno central aplica al problema una dotación adicional de fondos, no hay razón alguna para que la misma sólo beneficie al territorio que se gestiona directamente por el Gobierno central y no por ejemplo a las dos comunidades concertadas que he citado, la foral y la propia comunidad vasca. La solución del problema, desde nuestra perspectiva, no está en repartirlo con independencia de la absoluta solidaridad interterritorial que pueda existir, pudiendo penalizar en definitiva a quien tiene razonablemente controlado el problema, sino en abordarlo adecuadamente. Estando en principio todos saturados —nadie está mano sobre mano—, la vía en este momento pasa, entre otras, por buscar soluciones específicas para incrementar la eficiencia de los centros donde existe esta problemática e incrementar de forma notable la concertación con centros que cumplan las garantías de calidad necesarias mientras aquellas otras unidades de fondo a las que se aludía al principio no den los resultados esperados, y en controlar adecuadamente los flujos de pacientes entre los diferentes servicios de salud. Repito, sin demérito de la solidaridad que no se potencie que el que mejor lo hace resulte en definitiva peor parado.

Todas estas son las incógnitas que el plan que usted nos ha presentado le suscitan al grupo al que pertenezco y que nos gustaría conocer para que en un futuro podamos hablar de soluciones definitivas y no sólo de planes de choque.

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

La señora **RIERA I BEN**: Señora ministra, gracias por su comparecencia. Le doy la bienvenida en nombre de mi grupo parlamentario.

Señor presidente, interpreto y entiendo que hablamos de todo lo que son listas de espera en un solo bloque y como mi grupo no solicitó la comparecencia voy a hacer una reflexión en conjunto —tiene más este matiz que otro—, no referida sólo a cirugía cardíaca sino a la idea en general de lo que entendemos por la problemática de listas de espera.

Señora ministra, mi discurso le va a sonar a usted a algo ya oído o a algo sabido, pero es que pienso que a veces, incluso corriendo el riesgo de sonar algo reiterativo, cuando uno está convencido de lo que dice no está mal repetir los mismos argumentos. En esta línea, voy a repetir argumentos que a usted le sonarán, seguro que le suenan porque mi conseller de Sanidad, Eduard Rius, se los ha comentado a usted en cuantas ocasiones ha tenido y en el propio Consejo Interterritorial de Salud.

Señora ministra, opinamos que las listas de espera son un problema complejo en el que inciden múltiples factores; también opinamos —y lo hemos manifestado incluso en medios de comunicación— que nuestro sistema sanitario público tiene muchas cualidades y virtudes, pero a su vez tiene algunos efectos no deseables que son consustanciales a estas cualidades y a estas virtudes. Estos efectos no deseables son las listas de espera.

Dicho esto para que quede muy claro, es evidente que hay situaciones en las que no pueden permitirse determinadas esperas, en todo caso deben reducirse porque nos estamos jugando la vida, la salud de las personas. También quiero insistir, señor ministra, en que cualquier medida que se adopte para reducir estas listas de espera tiene, sin duda, una incidencia en temas de gestión, pero a su vez estos temas de gestión tienen una repercusión directa en el coste económico. No dudamos de las medidas que la ministra ha implementado, en el sentido de dar oportunidad a que pacientes que estaban en listas de espera del sistema público pudieran ser operados, tratados en centros concertados o abrir los quirófanos por la tarde, de tal manera que se optimice el horario de la disponibilidad de los quirófanos. Es una buena medida, sobre todo cuando tenemos en cuenta que estamos hablando, como la necesidad nos obligó, de plan de choque. Todas estas medidas terminan en algo que debe ser excesivamente pesado reiterar —pero es tan real, señora ministra—, y ese algo es dinero, coste.

Por tanto, cualquier propuesta, cualquier voluntad de atacar el problema debe ver reflejada una partida presupuestaria que sea coherente con los propósitos que tenemos. De no hacer las cosas así, las comunidades autónomas con transferencias y competencias en materia de sanidad (quiero recordarle, y abro un paréntesis, que en la primera comparecencia que usted efectuó como ministra de Sanidad en esta comisión en nombre de mi grupo le deseé que usted fuese ministra de todo el sistema del Estado español de salud, que no sólo fuese la ministra del Insalud, y me reitero en este deseo), en mi caso Cataluña, estamos convencidas de que nos necesitamos mutuamente y de que del trabajo mutuo puede salir un gran provecho para el conjunto de la sociedad española. Por consiguiente, señora ministra, tenemos esta voluntad de ayudarla pero de que nos ayude. Nosotros pensamos que en el tema de listas de espera hay que profundizar en criterios que por descontado se alejen del alarmismo, de la demagogia política, que se trate este tema con seriedad, con serenidad e intentando alejarse de la presión mediática que a veces obliga a decir cosas que pueden quedar más o menos bien pero que luego no son posibles. Nosotros pensamos que es muy importante trabajar en criterios de inclusión y protocolarización de las listas de espera a través de la creación de grupos de consenso que las definan. Hay que tener muy en cuenta los criterios de los profesionales de las correspondientes especialida-

des a través de las sociedades científicas y servicios clínicos. Estos criterios de priorización tienen que incluir por descontado, criterios de mejora sanitaria y también criterios sociales.

Nosotros, señora ministra, estamos empeñados en apoyarla y en colaborar con el Ministerio en este tema, pero nos preocupa y mucho —quiero ser bien sincera— si vamos a ser capaces de ayudarnos mutuamente, porque constantemente se tiene la sensación al hablar de sanidad con el Gobierno —y la libero a usted de este problema, pero usted pertenece al gabinete que pertenece—, de que en su Ministerio, y usted lo manifiesta siempre que tiene la oportunidad, hay una férrea voluntad —que nosotros aplaudimos— de defender con todo entusiasmo, con toda contundencia el sistema público de salud, y por descontado tiene muy claro que es un sistema en el que no tan sólo queremos consolidarnos, sino que además queremos modernizarlo, tal como acordó la ponencia de trabajo de estudio del Sistema Nacional de Salud. Tenemos en cuenta que por un lado van las intenciones, las que se pueden extraer de su Ministerio, pero por otro y de manera paralela van los presupuestos.

En este debate muchas veces tenemos la impresión de que seguimos en precario, y lo digo con toda claridad, señora ministra. En la subcomisión de sanidad (usted entonces no era la ministra, pero seguro que está informada de ello) uno de los temas que se ponía siempre encima de la mesa, que salía de manera transversal con cualquier compareciente y viniese de cualquier grupo político o formación, era que nadie aún le había puesto el cascabel al gato, en el sentido de definir exactamente cuál era la deuda del Sistema Nacional de Salud y cuánto dinero se necesitaba para afrontar bien unas políticas de salud coherentes con lo que nos proponemos. Nosotros hemos insistido mucho, también lo sabe la señora ministra, en la necesidad de formalizar todas las transferencias a las comunidades autónomas que ahora tienen pendientes, porque pensamos que es la única manera de que podamos decir al final que el Sistema Nacional de Salud necesita equis dinero. Mientras no hagamos esto, señora ministra, corremos el riesgo, que seguro que usted no desea y nosotros tampoco, de que las intenciones vayan por un lado y la triste realidad, la que viene ceñida por un presupuesto, vaya por otro.

Señora ministra, quiero terminar de forma optimista: le reitero nuestro apoyo, le reitero nuestra colaboración y espero y confío en que nosotros tengamos la suya.

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

El señor **MINGO ZAPATERO:** Señora ministra, señorías, buenas tardes a todos.

Lo primero que quiero manifestar en esta sesión es que la interpretación que el Grupo Parlamentario Popu-

lar dio a las tres comparencias es que trataban sobre el plan de choque de cirugía cardíaca. La redacción del punto 3 de las comparencias, por parte del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, da lugar a distintos criterios, así lo reconozco, y quiero manifestar claramente que al ser en la redacción plan de choque, el criterio se centraba fundamentalmente, como ha dicho antes el presidente, en relación con el problema que nos afectaba en el mes de junio y del que hoy la ministra ha comparecido y está compareciendo para dar los resultados globales.

En segundo lugar, presidente, también quiero dejar bien claro que la ministra en su primera comparencia en esta Comisión, y a requerimiento de este portavoz, y así consta en las actas de la Comisión de Sanidad, cuenta de cuáles eran los acuerdos y las propuestas del plan de choque en cirugía cardíaca. Ruego a SS.SS. que lo lean en el acta (**La señora Valentín Navarro: Sería en otra Comisión.**) Le ruego, señora Valentín, que lo lea usted atentamente en el acta de la Comisión de Sanidad. (**La señora Valentín Navarro: He leído todo.**)

En tercer lugar, señor presidente, también quiero decir que en la reunión de Mesa y Portavoces se pidió por parte de los distintos grupos parlamentarios el plan de choque en su totalidad, que por unanimidad de la Mesa fue enviado después de solicitarlo al Ministerio, y todos los grupos políticos lo recibieron. (**Rumores.**)

Por último, como cuarta afirmación antes de entrar en la exposición, quiero manifestar, señor presidente, que el plan de choque en la lista de espera de cirugía cardíaca terminó el día 30 de septiembre, ésta es la primera Comisión de Sanidad que se celebra desde entonces, y en la primera Comisión por unánime acuerdo de la Mesa y portavoces, la ministra viene a exponer al Parlamento cuáles son los resultados. Ésta es la realidad.

En relación con los resultados de plan de choque tengo que celebrar, señora ministra, que sea un acuerdo de Consejo Interterritorial. Usted le convocó, por unanimidad del Consejo se redactó un plan de choque que aprobaron todos los miembros de ese Consejo Interterritorial, y ese plan venía a afrontar una situación de hecho bien clara y definida (**La señora Valentín Navarro: No se aprobó ningún plan de choque. No es así.**); que había 1.147 enfermos pacientes en espera para ser intervenidos de cirugía cardíaca. El objetivo era ambicioso y al mismo tiempo realista, venía a realizar 589 intervenciones más de las que habitualmente se celebran es este período estival en el territorio del Insalud.

Los resultados los ha aportado la ministra. El esfuerzo de los profesionales y el esfuerzo del Ministerio ha sido eficaz. El éxito del plan ha resultado destacable porque se han hecho 628 intervenciones nuevas, y porque a fin de cuentas hoy hay solamente 519 pacientes que están esperando ser operados de cirugía cardíaca. Hay 73 pacientes que esperan más de dos meses, y la ministra ha especificado las dos cuantías en relación

con las características: 21 de ellos han sido operados ya en los primeros diez días de este mes de octubre, los otros están esperando ser intervenidos, porque han preferido, por confianza en su médico, por confianza en su centro hospitalario y en su cirujano cardiovascular, ser operados en el mismo centro; y hay 446 enfermos que están esperando menos de dos meses.

Por tanto, el éxito del plan es claro, así lo ha reconocido el Consejo Interterritorial, así lo reconoce el grupo parlamentario, y le felicita por ello, señora ministra. Esta es la primera parte del plan, y quiero destacar a la Comisión que hay una segunda parte, que es el mantenimiento del esfuerzo para acabar con las listas de espera en cirugía cardíaca. No olvidemos que hay enfermos en listas de espera de distinta magnitud, y lo mismo que prácticamente todos los grupos políticos reconocen que no hay lista de espera en cirugía oncológica, y por tanto no hay lista de espera en medios diagnósticos que determinan la enfermedad neoplásica, es lógico que por la gravedad y las consecuencias de la cirugía cardíaca tampoco exista lista de espera en esta especialidad. Es el objetivo del Consejo Interterritorial y de la sección especial que dentro de este Consejo está realizando sus trabajos en estos meses. En consecuencia, felicidades por los resultados de este plan de choque y exigencias para que continuemos en la segunda parte del plan en la mejora de las listas de espera en cirugía cardíaca.

Para terminar y ser breve, señor presidente, no voy a entrar en la valoración global de las listas de espera, pero sí hacer una afirmación rotunda y sincera: las listas de espera para el Grupo Parlamentario Popular son todo menos propaganda. Queremos y podemos hablar de listas de espera, porque a fin de cuentas es un gran reto que tiene la sanidad pública y un gran reto que tiene el Sistema Nacional de Salud. En ese reto, señora ministra, el Grupo Parlamentario Popular siempre estará.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Mingo.

Para dar contestación a las distintas intervenciones, tiene la palabra la señora ministra, reiterándose esta Presidencia en el orden del día por el cual ha sido convocada la Comisión.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Agradezco las intervenciones de los portavoces de todos los grupos, sea cual sea el carácter de su posición respecto a mi intervención.

Reitero que tengo un enorme respeto al Parlamento y a lo que significa de representación de los ciudadanos. Soy y he sido miembro de esta Cámara desde el año 1986; sé muy bien lo que es tardar dos años en comparecer en ella (**Una señora diputada: Lleva camino.**), y desde luego no es intención de esta ministra repetir actuaciones que siempre le han parecido profundamente negativas. Eso que quede claro, en primer lugar.

En segundo lugar, agradecer de forma muy especial a la señora Castro su enorme delicadeza hacia esta ministra, y al mismo tiempo de la señora Valentín, puesto que he venido a hablar del plan de choque de las listas de espera de cirugía cardiovascular, pues la tercera comparecencia, que es del Grupo de Izquierda Unida, dice: contenido del plan de choque; y nada más lejos de mi voluntad y por supuesto de mi intención, que ofender la inteligencia de nadie, cuanto menos la de la señora Valentín ¡faltaría más!

La primera comparecencia se refiere a la situación de los pacientes en espera de cirugía cardíaca en el territorio español. Tanto en un caso como en otro he dicho que no puedo informar de los pacientes de cirugía cardíaca del territorio español a los que se refiere la primera comparecencia de Izquierda Unida, porque no tengo datos de las comunidades transferidas y además porque forma parte de la competencia exclusiva de esas comunidades la gestión de sus hospitales y por tanto sus listas de espera. De modo que es difícil —y lo he dicho al principio de mi intervención— contestar a esta comparecencia. Exactamente igual he dicho que el plan de choque que estamos haciendo desde el Ministerio se circunscribe a cirugía cardiovascular, y agradezco, con el corazón en la mano, señora Valentín, que usted no me haya acusado de ocultar datos, de no querer hablar de las listas de espera generales, porque en mi intervención no las he nombrado, pero no por ocultar nada, sino porque no formaban parte de esta comparecencia. He sido diputada de la oposición muchos años y sé cuál es la utilización que se puede hacer o no de una comparecencia; para mí todas las intervenciones son válidas, incluso la suya, y me hubiera encantado que los presidentes correspondientes de las comisiones cuando yo estaba en la oposición me lo hubieran permitido. No me lo permitieron nunca, pero me parece bien. La expresión democrática de los grupos que están representados aquí en función de los votos populares la respeto al máximo, y sobre eso no tengo nada que decir, salvo que no quiero que nadie de esta Comisión ni nadie que pueda leer más tarde la transcripción de esta comparecencia pueda interpretar que la señora ministra de Sanidad y Consumo ha obviado un control parlamentario, se ha reído de la Comisión de Sanidad y Consumo que le pide hablar de listas de espera quirúrgicas en su totalidad y no lo ha hecho. Por tanto, como se habla de plan de choque y sólo hay plan de choque en cirugía cardiovascular, es la razón por la cual he hablado de esto; pero a mí me parece bien que usted utilice los argumentos que estime oportuno, señora Valentín.

A lo largo de las diferentes intervenciones de los portavoces hay una pregunta que siempre me queda en la cabeza, y esta vez la voy a expresar públicamente. Hay una acusación por parte de la señora Castro, de Izquierda Unida —y lo siento, no la veo, creo que se ha ido—, que siempre es la misma: que estamos favoreciendo a la sanidad privada, que hay intereses ocultos para favo-

recer a la sanidad privada, y utiliza datos de la Federación por la defensa de la sanidad pública. Me pregunto si realmente están defendiendo la sanidad pública o no, porque desde luego no se puede dar una visión más negativa del sistema público, en lo que se refiere al Insalud, porque aquí no podemos meter las comunidades autónomas que no están integradas dentro de la responsabilidad del Insalud, pues me parecería cuanto menos atrevido hablar de Andalucía, de Galicia, de la Comunidad Valencia, de Canarias, de Cataluña o de Navarra, en tanto en cuanto están transferidas y tienen allí sus propios controles parlamentarios. Me da la sensación de que esa visión tan absolutamente negativa del sistema sanitario público ayuda bastante más a que la gente se quiera ir al privado, que simplemente trabajar por intentar resolver los problemas —que los hay— que todavía tiene nuestro sistema público. Desde luego, si yo fuera un ciudadano o ciudadana y leyera la intervención de algunos diputados de esta Cámara, les puedo garantizar que me haría una póliza. Yo no la tengo ni la tendré nunca; pero las intervenciones de algunos portavoces que utilizan siempre como argumento la sanidad pública, atacan al Partido Popular y en este caso a esta ministra de defender a la sanidad privada, da la sensación de que lo único que están defendiendo no sé muy bien qué es, pero desde luego no es ni el interés del ciudadano ni el conjunto del sistema público sanitario, que vuelvo a reiterar es el mejor que existe. Invito a algunos portavoces de este Parlamento a que se desplacen a otros países que en un momento determinado fueron modelos de sistemas públicos sanitarios, para que vean las diferencias fundamentales. Por tanto, yo sigo defendiendo la sanidad pública y lo haré siempre, porque es la decisión del Partido Popular y del partido en el Gobierno y por tanto estaría obligada por ello, pero es que además es lo que creo profundamente; lo he hecho y lo seguiré haciendo.

A mí me gustaría tener mucho tiempo para analizar todo el conjunto de listas de espera, porque yo no estoy ocultando ningún dato ni, por supuesto, estoy evitando el debate. Por tanto, señor presidente, le ruego que convoque mi comparecencia, a petición propia, en esta Comisión para explicar el conjunto de medidas en torno a las listas de espera del conjunto de cirugía más pruebas diagnósticas (**La señora Valentín Navarro: Pues hoy era la ocasión.**), porque no intento ocultar ningún dato. Además, no tengo por qué hacerlo. Sería una estupidez por mi parte, señora Valentín, y una es casi de todo, pero estúpida poco. Otras cosas tal vez, despistada a veces, no tan inteligente, por supuesto, y no quiero ofender de nuevo, por favor, su inteligencia, por Dios, nada más lejos de mi voluntad. Por tanto, quiero comparecer ante esta Comisión en el más breve plazo posible, para hablar del conjunto de las listas de espera, que en este momento interesan tanto a la señora Valentín. (**La señora Valentín Navarro: Ahora, en este momento.**) No me estoy refiriendo al momento

que estamos viviendo ahora, sino a la filosofía que el Partido Socialista mantiene respecto al concepto de lista de espera. Yo no voy a entrar en algo tan burdo como decir (como usted ha hecho, y también se lo he escuchado a varios portavoces de su grupo) que la época del señor Romay ha sido un fracaso; todo lo contrario, señora Valentín. (**Rumores.**) Le recuerdo que cuando el señor Romay fue nombrado ministro de Sanidad y Consumo porque el Partido Popular gana unas elecciones, en aquel momento la demora en las listas de espera en cirugía estaba en más de dos años. Aquí tiene usted a la ministra de aquel momento y estoy convencida de que hizo todo lo posible por resolverlo, porque tengo la seguridad de que todos los ministros que han ido teniendo esta responsabilidad en la democracia, han intentado resolver los problemas; tal vez no han tenido capacidad, no han tenido equipos o no han tenido ganas; pero en cualquier caso eso era lo que había hace cuatro años. Por tanto, el señor Romay ha hecho mucho por mejorar uno de los parámetros que para ustedes no existía, porque aquí tengo una respuesta a una pregunta escrita de un senador del Partido Popular, en la que el ministro de aquel momento le dice: Como reiteradamente desde 1988 se viene exponiendo, tanto a través de respuestas a preguntas parlamentarias como en diversas comparecencias, las listas de espera hace tiempo que dejaron de considerarse como indicador fiable respecto a la gestión y evolución de la actividad sanitaria. Hoy es el índice prácticamente abandonado por la mayoría de los países. En España, el análisis de la situación se viene realizando desde 1987 a través de indicadores más fiables y exactos, con los datos de estancias medias, número de consultas, índice de intervenciones quirúrgicas y seguimiento de inversiones. Por todo lo expuesto, es imposible facilitar la información solicitada por S.S. Respuesta del ministro, en aquel momento del Partido Socialista al senador Domingo de Guzmán Álvarez Ruiz, el 29 de octubre del año 1990. Ese criterio era tan válido como el de ahora, pero no me convierta usted ahora lo malo en bueno porque supondría cierta incoherencia. Claro que cierta incoherencia en el Partido Socialista es cada vez más evidente, porque no hace demasiado tiempo —dos semanas— comparecí en el Senado, a petición del señor Sabando, portavoz del Grupo Socialista en el Senado para estas cuestiones, y felicité a la ministra, al Insalud, a los ciudadanos y a los profesionales. Ahora llego aquí y su compañera de partido casi dice: Señores, salgan corriendo porque el Insalud no opera y no resuelve problemas. Mal vamos. En cualquier caso, su incoherencia la resolverán ustedes como tengan a bien, pero eso es lo que está pasando en este momento.

Es cierto que el señor Pomar (veo que la señora Castro se ha incorporado a la Comisión), presidente de la Sociedad de cirugía cardiovascular hizo una serie de aseveraciones (que usted ha utilizado, posiblemente porque no tenga el resto de los datos; estoy convencida de ello)

que el propio señor Pomar rectifica más tarde porque han sido mal utilizadas, pero yo diría que no porque haya habido una intención de hacerlo mal, sino porque ha mezclado datos de comunidades transferidas, de determinados hospitales que no están dentro del sistema, y por tanto son datos muy difíciles de equiparar. La propia Sociedad cardiovascular pidió disculpas a los medios de comunicación que había transmitido esa información, porque efectivamente había mezclado datos. Cuando quiera S.S., se lo remito por escrito. Sin embargo, tanto el conjunto de la sociedad científica como el de los jefes de servicio de cirugía cardiovascular, más los cardiólogos, han felicitado a sus compañeros del sistema Insalud (que es del único que yo puedo hablar) por lo bien que han trabajado a lo largo de estos meses. Por tanto, yo creo que la situación es totalmente diferente.

La intención de esta ministra (y con esto contesto también a otra cuestión que ha planteado la señora Valentín) es que las convocatorias MIR se cumplan en su totalidad. Es más, incluso estamos impulsando nuevas especialidades y potenciando aquellas que entendemos tienen una enorme capacidad de futuro. En este país hay escasez de médicos especialistas, por ejemplo, en salud laboral. Es algo que reconocen los sindicatos, los empresarios y el sector en torno a los accidentes laborales. Por tanto, también pretendemos que se cumpla el objetivo de que se convoquen todas las plazas que están dotadas para los servicios de cirugía cardiovascular. Señora Castro, ya que está utilizando usted datos de sociedades científicas y de sindicatos, me gustaría que me ayudara a convencer a mucha gente, sobre todo del entorno de la cirugía cardiovascular, de que es necesario que se cubran todas las plazas, que no es positivo para el sistema que para este año la propuesta para cirugía cardiovascular sea solamente de siete, porque usted y yo estaremos de acuerdo en que son pocas. El propósito de esta ministra y del equipo que represento es concluir el conjunto de plazas ofertadas por las diferentes comunidades autónomas a través de los diferentes hospitales; es decir, que no queden plazas sin cubrir, porque entendemos que en determinadas especialidades es necesario que se cubran, y nunca se ha hecho en cirugía cardiovascular. Es más, en la documentación de la propia sociedad se dice que no es bueno que aparezcan más servicios de cirugía cardiovascular, y yo creo que tenemos que buscar el equilibrio entre la necesidad de garantizar la buena praxis de esos cirujanos, porque hacen el número de intervenciones suficientes, con el cumplimiento constitucional de cubrir todas las necesidades de la población española. Creo que es posible buscar un equilibrio adecuado para que existan los servicios de cirugía cardiovascular necesarios. En ese sentido, el Insalud tiene previsto crear en Son Dureta en el corto plazo un servicio de cirugía cardiovascular, porque entendemos que en Baleares es imprescindible que se cree. Hasta ahora no se ha hecho; Son Dureta es muy viejo, pero es neces-

rio que eso se haga en Baleares, y estamos trabajando en ese sentido.

Voy a aclarar algo que me ha preguntado, señora Valentín, sobre mi comparecencia. Le repito que he dicho que en la jornada de mañana se han incrementado el 7 por ciento las operaciones, y en prolongación de jornada, es decir por la tarde, se han incrementado el 488 por ciento. Se han hecho 444 operaciones, y la mayoría de los quirófanos, como usted y yo sabemos, en época normal no se han usado ahora ni nunca, y por tanto se ha producido ese incremento. No se ha podido producir el incremento que dice en el conjunto, sino simplemente en la jornada de tarde. Por eso se lo aclaro, para que tenga usted los datos exactos, que encontrará si revisa la comparecencia. El incremento global ha sido del 40 por ciento.

Respecto a la demora quirúrgica en el conjunto del sistema (y perdone que le hable sin tener los datos exactos porque no respondían al propósito de esta comparecencia) es de seis meses como máximo en determinadas patologías que usted y yo sabemos que no son graves. Usted sabe que hay patologías de diferente calibre, y yo siempre he dicho que para la ministra de Sanidad tiene tanto valor una patología que pone en peligro la vida del paciente como una patología que produce simplemente daños e incomodidades. Yo siempre he dicho que lo que le afecta a un paciente le parece lo más grande, pero usted tiene que entender que en el sistema tengamos que dar prioridad a aquellas patologías que tienen mayor incidencia en la posibilidad de mortalidad de los pacientes que las sufren. Le voy a dar un dato. Uno de los objetivos del plan del señor Blair para el año 2008, al que el señor Sabando hizo referencia en una pregunta suya en el Senado, elogiándolo mucho —como usted sabe, el señor Blair ha hecho por sí mismo este proyecto de reforma del sistema sanitario público inglés—, son seis meses para el conjunto de las cirugías y tres meses para cirugía cardiovascular. Le doy este dato simplemente para que vea que tenemos un sistema que funciona y que lo hace muy bien.

En relación con la pregunta que usted también me ha hecho sobre las consultas externas y las pruebas diagnósticas, a mí siempre me ha preocupado, y he sido la primera que lo ha puesto encima de la mesa, la necesidad de adecuar los tiempos en determinadas pruebas diagnósticas a períodos más cortos. Efectivamente, en cirugía oncológica, dado que son patologías que avanzan a velocidad de vértigo, no hay listas de espera, realizándose la mayoría de las operaciones por urgencia y no se produce ese retraso. Sin embargo, en pruebas diagnósticas se ha producido a lo largo del tiempo un retraso importante y en ese sentido nosotros tenemos intención clarísima cara al año 2001 de realizar actuaciones concretas que hagan posible unos cambios profundos en la asistencia primaria, así como en las pruebas diagnósticas en determinadas patologías a las que usted también se ha referido, como mamografías, ecografías, TAC, etcétera,

porque entendemos que es necesario ir más rápido. En ese sentido, estamos estudiando reformas profundas en el sistema de atención primaria, que lógicamente vendremos a exponer a esta Cámara y que tienen fundamentalmente mucho que ver con una atención por encima del tiempo establecido en estos momentos por pacientes para cada uno de los médicos de atención primaria. Intentamos que la mayor parte del tiempo de un médico de atención primaria no sea para temas relacionados con la burocracia interna del sistema, sino que lo dedique fundamentalmente al paciente, que a fin de cuentas es lo que quieren, lo que deben y lo que nosotros, como el conjunto del sistema, necesitamos.

Para la primera consulta de atención especializada se fijan los siguientes objetivos a 31 de diciembre del 2001. La demora media será de 15 días en el conjunto de las especialidades mientras que para TAC y resonancias magnéticas se situará en 18 días y para ecografías en 20. La demora máxima para mamografías con sospecha de patología maligna será de 15 días durante el ejercicio y para TAC, resonancias magnéticas y ecografías en pacientes con sospecha de patología maligna será de 20 días en los tres procesos de mayor prevalencia. En cualquier caso, se desarrollarán protocolos tendientes a dar preferencia a las citas de exploraciones en todos los casos de sospecha de patología maligna. La consecución de estos objetivos será posible con la aplicación de las siguientes medidas: aumentar el 1,5 por ciento la actividad de primeras consultas en el global del conjunto Insalud; mantener el índice de consultas sucesivas y primeras; adherencia estricta a la guía de gestión de consultas externas; aumentar el grado de resolución de atención primaria especializada a través de la protocolización de la derivación a centros especializados, evaluación del grado de cumplimiento de dichos protocolos y del porcentaje de altas en consultas; fijación de pactos consumo-demora realistas y posibilistas entre atención primaria y especializada, el estrecho seguimiento de las mismas por ambas gerencias y la monitorización del mutuo cumplimiento de las mismas por las direcciones provinciales; realizar el seguimiento de los pacientes derivados a atención especializada por el médico de cabecera una vez emitido el informe por el especialista y en cualquier caso realizar el seguimiento de los pacientes crónicos en atención primaria de acuerdo a protocolos. Es imprescindible aumentar el porcentaje de agendas de consulta informatizadas, de tal manera que a 30 de marzo todos los hospitales que tengan implantado el módulo de consultas externas por el plan de renovación tecnológica han de tener informatizada la cita y la captura de actividad. Se establecerán los mecanismos pertinentes, no necesariamente de conexión informática en tiempo real, para tener informatizadas en atención especializada las citaciones de las agendas gestionadas por atención primaria.

Ahora paso a otro tema planteado por la señora Riera y por la señora Uría y también por el portavoz del Partido Popular, al que agradezco su apoyo, referido al grupo de técnicos que han elaborado por acuerdo del Consejo Interterritorial de la Salud, un documento que con los mismos plazos que nos dimos en el Consejo y que aprobamos el conjunto de los consejeros cuyo plan se acaba el 31 de diciembre del año 2000, sobre protocolización y adecuación de medidas en las listas de espera de cirugía cardiovascular.

Espero que fuera de esta comparecencia la señora Valentín me explique cómo ha tenido acceso a esos técnicos, porque vamos a quedar todos fatal. **(La señora Valentín Navarro: En su sueldo va, señora ministra.)** En primer lugar, porque los técnicos están trabajando al margen de los políticos, incluida lógicamente la ministra. A día de hoy, le puedo decir que yo no conozco los trabajos de esa comisión de técnicos, no lo conoce la ministra de Sanidad ni lo conoce el conjunto de consejeros de sanidad del territorio que componemos el Consejo Interterritorial de la Salud. **(La señora Valentín Navarro: Vergonzoso.)** Me imagino que algún consejero habrá podido hablar con sus compañeros. Desde luego, la ministra desconoce —como debe ser y fue el compromiso de esta ministra con el conjunto de los consejeros— los trabajos que se van elaborando y era lógico que así fuera. Era lógico porque el trabajo es delicado, es importante y se está realizando con una serie de documentos aportados por las diferentes consejerías, por la práctica que cada una de estas consejerías está llevando a cabo a lo largo de estos años en función de la experiencia que tienen desde que se transfiere la gestión de asistencia tanto primaria como especializada, y al mismo tiempo con los documentos que las sociedades científicas nos han hecho llegar, de forma y manera que será ese equipo de técnicos, sin que intervengamos los políticos, los que tengan que elaborar ese documento que será elevado al conjunto de consejeros y será discutido para tomar las medidas de consenso entre todos para poder ponerlo en práctica, de acuerdo con los parámetros que ha explicado perfectamente bien la señora Uría en su intervención y que no voy a repetir. Eso es lo que pretendemos porque intentamos que las cuestiones que se relacionan con este tema tan delicado se hagan por consenso. Creo que es bueno y pienso seguir trabajando en este sentido, porque es positivo para el conjunto del sistema.

Cuando tratamos este tema siempre aparece la palabra financiación. Es cierto que al final el debate sobre la sanidad —como no podía ser menos— gira en torno a qué cantidad de financiación queremos dedicar a sanidad el conjunto de los españoles, ante la nueva demanda y ante la exigencia de los ciudadanos que tienen derecho a ella. Durante estos seis últimos años, desde 1994, se ha producido un incremento importante en la financiación del sistema sanitario. De cara al año 2001 me hubiera encantado poder discutirlo con el

señor Montoro, porque aquí seguimos hablando del señor Rato, pero el ministro de Hacienda y por tanto el que elabora los presupuestos es el señor Montoro. **(La señora Valentín Navarro: Pero manda el señor Rato.)** Me hubiera gustado de cara al año 2001 poder discutir con el señor Montoro y también con el señor Rato de financiación, pero cada una de las diferentes sensibilidades tanto políticas como territoriales tendrán que plantearse con los consejeros de Hacienda de las diferentes comunidades autónomas, que firmaron en el Consejo de Política Fiscal y Financiera el acuerdo de financiación y que volverán a hacerlo en el año 2002. Es intención de esta ministra como del conjunto de los consejeros de sanidad, tanto de las comunidades con competencias transferidas como de las que no lo son, poder tener una opinión conjunta para ser fuertes frente a una discusión complicada, pero no necesariamente con los ministros de economía del Gobierno central, también con los consejeros de economía de las diferentes comunidades autónomas que tienen sus preferencias y sus prioridades. En este sentido, espero que entre todos seamos capaces de dotar a nuestra sanidad de una financiación adecuada, la financiación que se necesita en estos momentos.

Por último, señora Valentín, respecto a la circular a la que ha hecho referencia, la guía de gestión de listas de espera del Insalud anuló todo tipo de circular anterior. **(Las señoras Valentín Navarro y Castro Fonseca piden la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín y señora Castro, saben SS.SS. que no existe turno de intervención en este tipo de comparecencias. Esta Presidencia estima que la señora ministra ha contestado exhaustivamente y saliéndose de lo que tenían solicitado en las comparecencias, hablando incluso de listas de espera general. No obstante, ha hecho un ofrecimiento del cual esta Presidencia toma buena nota, para comparecer en esta Comisión y hablar de las listas de espera en general.

En cuanto al problema de las listas del plan de choque, esta Presidencia estima que está debatido en profundidad y no admite intervenciones en este sentido.

No obstante, dígame la señora Valentín para qué solicita la palabra.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Para elevar una protesta, señor presidente.

Durante el desarrollo de la sesión de esta Comisión, sin haber terminado todavía, se está repartiendo el discurso de la señora ministra entre algunos miembros de la Comisión y los medios de comunicación. Estamos intentando que la señora ministra nos explique —y controlar así la acción de Gobierno— sobre las listas de espera, y es —lo siento mucho, señora ministra—

una falta de respeto total y absoluta al Parlamento y a los grupos parlamentarios que estamos aquí.

El señor **PRESIDENTE**: Esta Presidencia no es consciente de a qué tema se puede referir la señora Valentín ni del debate que pueda haber entre los distintos miembros de la Comisión.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Perdón, señor presidente, se lo ha advertido un miembro de la Mesa, del Grupo Socialista, cuando estaba ocurriendo y ha hecho caso omiso. Me gustaría que nos midiera a todos por el mismo rasero, por favor. **(El señor Blanco García hace signos afirmativos.)**

El señor **PRESIDENTE**: Este presidente en su práctica parlamentaria ha visto repartir documentos en distintos momentos de muchas intervenciones, en sesiones de Pleno o de Comisión. No tengo atribuciones para impedir las comunicaciones que se puedan establecer entre los medios de comunicación. Me parece legítimo, y estimo imprudente por su parte, coartar la libertad a los medios de comunicación para que puedan tomar las decisiones que quieran.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: ¿Antes de terminar la intervención?

Señor presidente, al menos que se tenga el respeto de esperar a que se termine la comparecencia para repartirlos. No quiero coartar a nadie la libertad y menos a los medios de comunicación. Eso quizá lo hagan ustedes.

— **URGENTE PARA INFORMAR SOBRE LA POLÍTICA DE TRASPLANTES DEL MINISTERIO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000157)**

El señor **PRESIDENTE**: Tenemos problema de tiempo y pasamos al cuarto punto del orden del día que es la comparecencia de la señora ministra para que informe sobre política de trasplantes del Ministerio. El autor es el Grupo Socialista. **(Rumores.)**

Tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Señorías, mi segunda comparecencia será, tal como ha sido solicitada por el Grupo Socialista, sobre la política de trasplantes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Aun siendo concedora de que muchos de ustedes lo saben, recordaré que los trasplantes constituyen una actividad médica más en nuestros hospitales, pero una actividad especial que se mueve en un marco legal específico y propio, y además es la única actividad médica que no puede progresar sólo con más recursos

humanos o económicos, con más tecnología o con más I+D, es una actividad que requiere del concurso de la ciudadanía que con sus donaciones pone en marcha cada día los procedimientos de trasplantes.

Cada procedimiento de donación y trasplante pone en marcha a muchísimas personas a lo largo y ancho del territorio español, desde los anónimos y solidarios donantes a los dolientes y esperanzados receptores, los familiares directos de ambos y todos aquellos profesionales que saben lo que han de hacer en cada momento y fase de la cadena. Este proceso que involucra a miles de profesionales, entre sanitarios y no sanitarios, se sucede en diferentes lugares en ocasiones geográficamente muy separados, y precisa de un mecanismo de coordinación y funcionamiento bien engrasado y a prueba de cualquier eventualidad. Coordinar y ordenar el trabajo de nuestros profesionales es fácil porque todos ellos son excelentes trabajadores, pero a la vez complejo, pues son muchos los factores que se ponen en juego y porque no debe haber ni el más mínimo fallo. Del perfecto engranaje de la cadena dependen muchas vidas.

La estructura de trabajo está organizada en tres niveles: nacional, regional y autonómico y hospitalario. En 1998 apenas había en España 25 equipos de coordinación de trasplantes y hoy son 139, uno por cada hospital autorizado para llevar a cabo programas de donación, compuestos por 233 profesionales médicos y de enfermería que se responsabilizan de todo el proceso desde el punto de vista técnico y asistencial.

En un plano menos asistencial y más organizativo se sitúan las coordinaciones autonómicas encargadas de canalizar los esfuerzos de los profesionales y de actuar como interfase entre ellos y sus respectivas administraciones sanitarias. Cada uno será responsable de sus éxitos pero también de sus fracasos; y todo asunto, problemático o no, que exceda del ámbito de una comunidad autónoma tiene su foro de discusión en la Comisión permanente de trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que constituye un verdadero grupo de cohesión en la planificación general en materia de trasplantes.

En este contexto, y como reza textualmente el Real Decreto 2070/1999, la oficina central de la organización nacional de trasplantes mantiene un nivel de trabajo mixto entre su actuación como soporte de todo el sistema y su actividad asistencial de coordinación de operativos, que se realiza para todo el territorio del Estado, excepto Cataluña cuya actividad es coordinada por la oficina de la organización catalana de trasplantes.

La oficina central la organización nacional de trasplantes, además de coordinar procedimientos de extracción y trasplantes 24 horas sobre 24, mantiene y actualiza las listas de espera de trasplantes en el Estado, procede a la adjudicación de órganos según los criterios previamente consensuados, registra y analiza datos de actividad, da información puntual de todos los resul-

tados y mantiene un sistema de información al público y a los profesionales mediante una línea telefónica durante 24 horas. Además, mediante su página web, coordina proyectos y estudios de diversa índole, promueve actividades docentes, sugiere modificaciones normativas y elabora normas, diseña planes de actuación y sistemas operativos y organizativos, establece programas de control de calidad, coordina documentos técnicos de consenso y actúa, en fin, como soporte y garantía de equidad y transparencia en todo el proceso.

Desde hace diez años, no han cesado de progresar las tasas de donación y consecuentemente de trasplante, habiéndose reducido la lista de espera renal en más de 1.500 pacientes. En la década de los noventa, más de 100.000 españoles recibieron un trasplante de algún órgano o tejido. Los pacientes españoles que precisan un trasplante tienen muchas posibilidades de conseguirlo, y ello esperando mucho menos tiempo que en cualquier otro país. Así, un paciente español esperará dos meses un corazón, mientras que esta misma espera en Francia, Alemania o Estados Unidos, puede llegar a nueve meses.

La organización nacional de trasplantes mantiene una constante actividad de cooperación internacional con países como Suecia, Canadá, Italia, Australia, Argentina, México, Chile o Cuba; países que ven con asombro cómo la actividad de nuestro país duplica la media de la Unión Europea o supera en diez puntos la tasa de Estados Unidos. Hoy día España cuenta con el adecuado complemento de una ciudadanía solidaria y concienciada, una organización profesional eficaz y eficiente, cuyos puntos básicos de funcionamiento han sido incorporados total o parcialmente en otros sistemas y recomendados por organismos internacionales, como el Consejo de Europa o la Unión Europea.

Conviene realizar un punto y aparte para hablar de los aspectos técnicos de la organización nacional de trasplantes que sin duda son de suma importancia. Desde sus inicios, la organización consideró de máxima importancia funcionar de acuerdo con protocolos y documentos de recomendación que tuvieran en cuenta los aspectos técnicos científicamente admitidos, y en aquellos temas en los que existiera controversia intentar obtener normas de actuación consensuadas entre los profesionales implicados. En todos los casos, además de tener en cuenta el conocimiento científico del momento, se han aplicado los aspectos legales y éticos oportunos.

Desde 1997, y a partir de la reunión anual de los grupos de trasplantes hepáticos celebrada en Sevilla en 1996, se constituyó el registro español de trasplante hepático. Este registro nació de la necesidad de disponer de información no sólo de la actividad contable de trasplantes y donantes, sino también sobre la evolución de los implantes. El 85 por ciento de los centros de trasplante participa en este registro. Cada centro de trasplante dispone de un representante que a su vez es responsable de la introducción y el envío de los datos con

periodicidad semestral. El registro tiene su sede en la organización nacional de trasplantes, donde se llevan a cabo la depuración y el análisis de datos, el mantenimiento de la base de datos y la relación de dicho registro con el registro europeo de trasplante hepático. La explotación y análisis estadístico de los datos se realizan conforme a las directrices de los responsables del registro.

Desde 1998, la organización nacional de trasplantes puso en marcha un programa de garantía de calidad en el proceso de donación con el objeto de determinar las áreas del proceso en las que se puede intervenir con el fin de mejorar los resultados. Este programa, realizado inicialmente en los hospitales del Insalud acreditados para la extracción de órganos y tejidos, puso de manifiesto que a pesar de que España es el país con mayores tasas de donación del mundo, existe aún un margen considerable de mejora sobre nuestro potencial de donación, y en la actualidad se realiza en el área Insalud y en otras comunidades autónomas como el País Vasco, Canarias, Andalucía y la Comunidad Valenciana.

En otro orden de cosas, cabe señalar que la organización nacional de trasplantes siempre ha tenido en mente la importancia de los aspectos docentes y desde el Ministerio de Sanidad se han organizado diversos programas y proyectos educativos en colaboración con los diversos niveles de la coordinación de trasplantes, y en ocasiones con entidades externas a la red nacional de coordinación, como por ejemplo las universidades de Barcelona, de Alicante, Alcalá de Henares, la Complutense de Madrid, la del País Vasco, la Internacional Menéndez Pelayo, Castilla-La Mancha, fundaciones, entre otras la Bosch i Gimpera de Barcelona, la Ramón Areces de Madrid y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, la Escuela Nacional de Sanidad y la Escuela andaluza de salud pública.

En esta misma línea, la organización nacional de trasplantes ha editado varios libros que compendian los aspectos más relevantes en los cursos, proyectos y programas docentes realizados y publica periódicamente los resultados de sus proyectos en revistas nacionales e internacionales: producción nacional, 315 publicaciones, y a nivel internacional 107.

En la actualidad, y desde 1996, la organización nacional de trasplantes ha emprendido el reto de adaptar la legislación de trasplantes de órganos vigente en España desde 1980, y plasmada en el Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, por el que se desarrolla la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, adaptándola a los progresos científico-técnicos de los últimos años en el campo de la medicina y de la biología y concretamente en lo relativo al diagnóstico de muerte encefálica, a la preservación de órganos y a la práctica de los trasplantes, en el sentido de regular los requisitos que deben reunir los centros para ser autorizados a realizar actividades de extracción y trasplante de órganos y adaptar los procedimientos administrativos a la distribución de competencias terri-

toriales hoy existentes, así como a prever mecanismos de evaluación y supervisión de las citadas actividades.

A este fin, son innumerables las reuniones que desde la organización nacional de trasplantes se han realizado con profesionales sanitarios y sociedades científicas, así como con jueces y con el Consejo General del Poder Judicial. En el momento actual, contamos ya con una nueva situación legislativa que regula las actividades relacionadas con el trasplante de órganos en nuestro país: el Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, que incluye diferentes aspectos, como la obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos humanos, los criterios diagnósticos de muerte, etcétera.

Con ser muy importantes los logros conseguidos, no constituye un rasgo de los profesionales de la donación y el trasplante dormirse en los resultados obtenidos sino tratar de superarse cada día en la tarea de consolidar y apuntalar más y mejor nuestro sistema. Es voluntad de este Ejecutivo dotar a la organización nacional de trasplantes con mayores y mejores efectivos técnicos y humanos para hacer frente a proyectos de enorme importancia y gran envergadura que habrán de vertebrar en el futuro inmediato la actividad de este colectivo. Está en estudio la posibilidad de dotar a la organización nacional de trasplantes de una estructura administrativa más flexible y definitiva, así como un más amplio espacio de trabajo con más trabajadores. Están asimismo en fase de elaboración la unidad de acreditación que siguiendo estándares de excelencia estará encargada de la evaluación de las unidades de donación y trasplantes, la extensión del programa de garantía y gestión de calidad en los procesos de donación en todo el territorio del Estado, la aplicación de la metodología de estudios de coste desarrollada en los últimos años o la extensión de los programas docentes desarrollados mediante sistemas de comunicación virtual. Asimismo se está estudiando la posibilidad de mejorar los sistemas de comunicación de la oficina central de coordinación con las diferentes estructuras de trabajo, hospitales, bancos de tejidos, unidades autonómicas, mediante una red especial de Intranet entre ellos.

Desde el punto de vista normativo, están ya en fase de preparación dos importantes textos: uno sobre calidad y seguridad de órganos y tejidos para trasplantes, y otro sobre el control de los ensayos clínicos con células y elementos biológicos del cuerpo humano. En una palabra, es voluntad de este Ejecutivo que tengo el honor de dirigir en la parcela que corresponde al Ministerio de Sanidad, promover las actividades de los profesionales de la donación y el trasplante de nuestro país a través de un apoyo decidido a los proyectos de la organización nacional de trasplantes, que es el organismo técnico del Ministerio de Sanidad en esta materia. Estamos comprometidos en la lucha por la vida, en la labor de llevar a buen puerto las voluntades de donación de nuestros conciudadanos, con el fin de poner nuestro grano de arena en esa

noble tarea de hacer retroceder el sufrimiento de algunos gracias a la generosidad de otros.

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

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señora ministra, mi bienvenida a esta Comisión a nivel particular, aunque desde mi grupo ya se le ha dado esa bienvenida en las anteriores intervenciones. Me va a permitir, señora ministra, aclarar una cosa para que no haya ningún malentendido y, sobre todo, que no se pueda retorcer ningún argumento de lo que yo pueda hoy decir aquí, en el sentido de qué es lo que se defiende o se deja de defender. Nos conocemos desde hace tiempo.

Señora ministra, sabe usted que yo soy médico del Insalud, no he ejercido nunca la medicina privada y, por lo tanto, mi defensa va a ser siempre por la sanidad pública. Yo sé de lo que hablo, señora ministra, y también espero que S.S. sepa de lo que habla. He echado en falta, señora ministra, en referencia a la anterior intervención, que usted comparecía aquí como si fuese solamente la responsable del Insalud en materia de listas de espera o de demoras. Sin embargo, en esto de los trasplantes, que funciona bien, usted se ha erigido en lo que debe ser, en ministra del Gobierno de España, ministra de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, con todo el respeto, por supuesto, para la gestión que tienen que llevar en la práctica las comunidades autónomas que tienen transferida esta materia. Se lo digo con todo el cariño, señora ministra, y por su bien y, además, por los profesionales y por aquellos que dedican en estos momentos su actividad a la sanidad. Usted tiene que liderar un proyecto, que es el proyecto del conjunto de la sanidad en toda España, lo mismo en los trasplantes que en las listas de espera. No puede ser que en las listas de espera usted sea la directora general del Insalud y en los trasplantes la ministra de Sanidad y Consumo. Señor presidente, le agradezco este prolegómeno, esta introducción para que las reglas del juego queden fijadas perfectamente. No puede ser que se juegue al balonmano con el reglamento del fútbol.

Pues bien, señora ministra, coincido con S.S. en muchas cosas de las que usted ha dicho aquí hoy. Usted nos ha dicho que la Organización Nacional de Trasplantes no solamente funciona muy bien, ha funcionado muy bien, sino que en la actualidad están mejorando los resultados. Felicito a todos aquellos que participan en la Organización Nacional de Trasplantes porque se han esmerado y se siguen esmerando en que los resultados sean cada vez mejores. Nos ha dicho que la Organización Nacional de Trasplantes tiene el reconocimiento internacional y esto lo afirmo y lo proclamo a los cuatro vientos. Nos dice que tiene un mecanismo de funcionamiento bien engrasado y que, además, da confianza a los profesionales y a la población que son, en definitiva, los artífices del conjunto, porque —ha subra-

yado— tenemos en España prácticamente la mayor tasa de donación del conjunto de Europa o de occidente.

A mí me saltan dos preguntas. La primera: usted, que es tan aficionada, señora ministra, a hablar del pasado, podría hablar del pasado también en esta materia, porque ¿quién ha puesto en marcha la Organización Nacional de Trasplantes? ¿Quién la ha desarrollado? Mejor dicho, para no arrogarse nadie los tantos a favor: ¿sobre qué gobiernos se ha ido montando la Organización Nacional de Trasplantes? En fin, a usted le gusta mirar para el pasado y solamente en algunas cosas hablar de futuro. Usted nos ha hablado de una especie de catálogo de rendición de cuentas de lo que se ha hecho, de lo que piensa hacer, de legislación que en el momento presente es la que se ajusta en esta materia, pero no nos ha hablado de la política de trasplantes, que es hablar del futuro de los trasplantes.

La segunda pregunta, es que si todo esto funciona tan bien, tenemos el reconocimiento internacional, la población tiene confianza, los profesionales más confianza todavía, hay una organización que está perfectamente engrasada, ¿por qué se quita al responsable de toda la organización que ha sido en buena parte el artífice de esta cuestión? Estoy hablando de un cargo de responsabilidad del Partido Popular, no estoy hablando de una persona por adscripción política etcétera. No, estoy hablando de una persona a la cual ustedes hicieron director general y que merecía toda su confianza en el pasado y que, de repente, funcionando todo esto muy bien, y siendo el presidente de la Organización Nacional en el Consejo de Europa en materia de trasplantes, ustedes le han quitado la confianza, hemos perdido la presidencia en Europa en esta materia, por tanto, hemos perdido la influencia en Europa para que los otros países, como usted ha dicho, señora ministra, copien cosas buenas que estamos haciendo en España. Además, se le ha vetado para que participe en la Organización Nacional de Trasplantes en España en el puesto que le correspondiera, con la protesta no digo unánime, pero sí mayoritariamente sentida del Consejo Territorial de Trasplantes en el día de ayer, y creo que hasta el día de hoy, en A Coruña. Estas son las cosas que nos tiene que responder, señora ministra, porque es que, si no, la población se puede sentir un poco confusa. Todo esto va muy bien, pero quitamos al responsable y al artífice de una buena parte de estos logros.

Señora Ministra, hay que hablar de futuro. Usted nos ha venido aquí a decir toda una serie de cosas que se han hecho, pero no responde de por qué se ha tomado esa decisión, que involucra en el futuro toda una serie de desarrollos que está por ver, y que la ciudadanía puede ver (en general los profesionales, los ciudadanos, los que están esperando trasplantes) como una situación de incertidumbre. Quiero que hablemos de futuro porque el futuro de la Organización Nacional de Trasplantes, a juicio del Grupo Socialista, requiere una mayor solidez, si cabe. Dejando la incertidumbre y sin

menoscabo de la personalidad de la actual directora, doña Blanca Miranda, ni muchísimo menos de su profesionalidad, de sus conocimientos, no entro en eso, lo que sí nos parece al Grupo Socialista es que dar solidez significa dar una estructura orgánica a la Organización Nacional de Trasplantes. No vale decir que hay que hacer una estructura más flexible, porque con esto no estamos diciendo nada. Tampoco le queremos decir desde el Grupo Socialista que una estructura organizativa más sólida suponga una mayor burocratización.

Podemos estar hablando casi de una especie de ONG, ya que los que se dedican, dentro de los profesionales, a esta materia son personas que se vuelcan en sus cometidos y lo hacen con la perfección que usted misma ha descrito, pero creo que hay que darle una estructura y no vale solamente con la palabra flexible. Nos tiene que decir qué estructura se le va a dar, para cuándo y qué soporte presupuestario va a tener esa estructura porque, si no, estamos hablando en el vacío. Y hablar aquí en el vacío sirve para muy poco, como usted bien sabe, porque dice que conoce bien esta casa, y así es. Por tanto, hay que dar solidez organizativa y despejar incertidumbres que usted, señora ministra, desde sus competencias ha generado a la hora de retirar, de vetar incluso, la participación de esta persona, que ha sido el presidente en el Consejo de Europa en materia de trasplantes y que ahora no tiene cabida en la Organización Española de Trasplantes.

Pero hay más, señora ministra. Estamos en un momento en el que hay que revisar (porque el conjunto de los países europeos en eso están y los profesionales españoles que se dedican a los trasplantes están en ello también) los criterios que sustentan los trasplantes de todo tipo: de hígado, de pulmón, de corazón, es decir, a qué personas se les realiza, con qué criterios, cuál es el orden en la espera, qué preferencias tienen, algo que es un protocolo y donde España ha sido pionera. Por eso tenemos esa fama, dentro del conjunto de Europa, de que el sistema funciona, porque hemos protocolarizado un sistema de trasplantes que los demás países no habían llegado a hacer, o lo habían hecho de una manera más imperfecta, que incluso ha sido copiado por países fuera de la Unión Europea.

Pues bien, Europa está por cambiar ese protocolo, actualizarlo, modernizarlo, y es necesario que usted nos hable de por dónde van a ir esas líneas de cambio. Es verdad que los criterios generales los tienen que dar los profesionales del sector, pero el Gobierno tiene que liderar estas propuestas. Ha habido un caso en que se ha rechazado a una persona que se iba a hacer un trasplante hepático en un determinado hospital territorio del Insalud y se le intervino en otro hospital que no es territorio del Insalud y luego no se le abonó la costosa intervención que ello supone, estando los dos hospitales dentro de la coordinación de la Organización Nacional de Trasplantes. La razón es que hay contraindicaciones del trasplante hepático como, por ejemplo, la

insuficiencia o disfunción grave de otro parénquima. Esto es muy vago, porque la insuficiencia o disfunción de otro parénquima depende del profesional que va a hacer el propio trasplante.

Es necesario actualizar —y estamos hablando del futuro— el protocolo de trasplantes, y en eso está la Unión Europea. Yo lo que quiero, señora ministra, por el bien de este país, por el bien de los profesionales, por el bien de las personas que necesitan trasplante y por el bien del prestigio de un ministerio que en este momento dirige es que usted se erija en la portavoz del conjunto de las administraciones de España, después de consultado el Consejo Territorial, las comunidades autónomas, quien ustedes crean; que sea usted la portavoz, la que lidere el proceso para que la Organización Nacional de Trasplantes siga siendo un modelo en toda Europa y siga siendo copiada en el resto del mundo.

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

Por el Grupo de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: Brevemente para hacer algunos comentarios. No me voy a extender en lo que se refiere al cambio en la dirección o al cese del señor Matesanz en este caso, entre otras cosas por respeto al propio doctor. Desde mi punto de vista, la Organización Nacional de Trasplantes es un conjunto de profesionales. Hago extensiva la felicitación a la Organización por las conquistas conseguidas hasta ahora en España con respecto al trasplante y por el liderazgo que ha tenido, que esperamos que siga teniendo, en el contexto de Europa. Es justo reconocer el importante papel que en este caso el señor Matesanz ha realizado estando a la cabeza del desarrollo de toda la estructura de la ONT en España.

Insisto en que, por respeto al propio señor Matesanz, que no lo conozco personalmente, debemos valorar la Organización Nacional de Trasplantes en su conjunto y con perspectiva de futuro, porque bajo su dirección se desarrolló un período muy fructífero en relación a los trasplantes en España y hemos conseguido tener un gran prestigio en ese sentido y, sobre todo, porque, desde nuestro punto de vista, se supo desarrollar la organización y la política de trasplantes bajo unas bases sólidas —y quizás eso es uno de los méritos más importantes—, que esperemos permitan seguir construyendo el desarrollo de los trasplantes en España. Por lo menos así lo vemos desde la propia Consejería de Sanidad en el Gobierno de Canarias y desde la coordinación de trasplantes en el Gobierno de Canarias. Hasta ahora se ha desarrollado con una participación y un consenso importante entre el Ministerio y las comunidades autónomas.

Las estructuras en torno a la ONT, las coordinaciones autonómicas de trasplantes y las líneas de trabajo que

han sabido desarrollarse, desde mi punto de vista son las que más contenido han dado al propio Consejo interterritorial, en el sentido de que se ha jugado un papel de liderazgo por parte del Ministerio, basado en el consenso con las comunidades autónomas y, por tanto, con la organización periférica de trasplantes. Desde nuestro punto de vista, como ha sido hasta ahora, debe seguir prevaleciendo en la organización la profesionalidad, el rigor científico y técnico con el que se viene trabajando, y esperamos que se continúe en esta línea.

Creemos que es necesario, para dar estabilidad y continuidad al desarrollo de las políticas de trasplante en España y para que sigamos siendo pioneros en este sentido, dotar de estabilidad a la propia estructura orgánica de la ONT y de los profesionales. Éstos necesitan tener estabilidad y continuidad para que su trabajo no esté sujeto a incertidumbre, con independencia de que, como a toda estructura, se le intente dotar de mecanismos de gestión flexibles. Es necesario que en el Ministerio exista una estructura que sustente la labor de estos profesionales, que tenga su expresión en los propios presupuestos. Me gustaría que nos explicara un poco la ministra en su contestación, dentro de las nuevas reformas estructurales que están produciéndose en el Ministerio, cuál va a ser la ubicación y la relación que se tiene previsto que tenga la ONT con el resto del Ministerio y a su vez con el resto de las comunidades autónomas.

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

La señora **RIERA I BEN**: Voy a ser telegráfica, se lo prometo, por respeto a la hora que es, a la señora ministra y porque además pienso, con toda sinceridad, que sobre este tema la exposición que han hecho tanto el portavoz del Partido Socialista señor Blanco, como la señora Julios, de Coalición Canaria, me parece que tiende a resumir quizás lo que todos pensamos. En nombre de mi grupo, quisiera aprovechar la interpelación que le hacen a la ministra sobre este tema para decir, con toda satisfacción, que es de aquellas materias en que todos podemos felicitarnos por lo que en el conjunto del Estado español (y permítanme que diga con mucha satisfacción que en Cataluña de alguna manera hemos liderado también todo este proceso) hemos conseguido hasta ahora. Somos pioneros y modelo en el conjunto de nuestro entorno europeo en este tema. Señora ministra, sin entrar en la polémica de por qué ha cesado o ha dimitido —no quiero entrar en calificativos— al señor Matesanz, quiero felicitar, en nombre de mi grupo parlamentario, a este doctor por todo lo que ha hecho hasta ahora y quiero manifestar un deseo: que la marcha del señor Matesanz no signifique en absoluto un retroceso en un aspecto que España en su conjunto ha liderado en toda Europa.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor presidente, intervengo muy brevemente para mostrar la satisfacción del Grupo Parlamentario Popular porque en este punto haya un acuerdo prácticamente unánime de la Cámara, como lo ha habido desde hace quince años cuando se ha felicitado a los gobiernos sucesivos en la Organización Nacional de Trasplantes, que representa un gran esfuerzo de los profesionales y, sobre todo, marca cómo es la sociedad española, cuál es su generosidad, cuál es su tendencia inequívoca a preocuparse por los demás. Quiero decir que el Partido Popular comparte con los distintos grupos la felicitación al doctor Matesanz, que durante seis años fue el máximo responsable de la Organización Nacional de Trasplantes, pero también quiere felicitar efusivamente al doctor Zamarrón, que le precedió en el cargo y durante muchísimos años tuvo esa responsabilidad, así como a la doctora Miranda, que en los cuatro años pasados ha sido la máxima responsable de la Organización Nacional de Trasplantes.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Señor Blanco, agradezco sus palabras de bienvenida a la Comisión. Efectivamente, usted y yo no habíamos tenido un debate en esta Comisión. Por lo tanto, se lo agradezco personalmente y espero que su conocimiento profundo de los temas sanitarios pueda ayudarnos a todos a resolver algunos problemas. Desde luego, para mí sería muy de agradecer que usted estuviera en esa posición; le conozco y sé que siempre estará en esa posición.

Yo no me atrevería (no sé si por ser mujer, pero siempre tengo unas ciertas dudas sobre mí) a decir con esa rotundidad que sé de lo que hablo. Yo lo de la duda lo tengo bastante claro y las rotundidades, en temas muy limitados. Creo que de sanidad nunca se sabe todo, por mucho que se lleve en el sector desde que se inicia la carrera, si es que se es médico, enfermera o enfermero. En el Ministerio de Sanidad ha habido pocos médicos, enfermeras o enfermeros que hayan sido ministras o ministros. Tal vez entre todos podamos buscar el equilibrio adecuado para resolver esos problemas.

En democracia, las reglas del juego no las marco yo ni me las marca nadie. Las marca la Constitución, las marcan las leyes y hay un reglamento de la Cámara que establece cómo funcionamos. Después, desde el punto de vista dialéctico, cada cual tiene la capacidad dialéctica que tiene. Unos utilizan un tono agresivo sin contenido y otros utilizan un tono suave con muchísimo contenido y con muchísima fuerza en lo que dicen. Pero eso depende de cada cual, lógicamente. Unos

hablan con más razón y otros con menos, pero así somos los seres humanos.

En relación con esas reglas de juego a las que usted ha aludido (se tenía que referir más al debate dialéctico entre usted y yo que a otra cosa), yo no dije en la anterior comparecencia que renunciara a ser la ministra del Sistema Nacional de Salud, sería una locura por mi parte. Si usted analiza la composición del Ministerio, se dará cuenta de que no estoy dispuesta a que el Ministerio de Sanidad y Consumo renuncie a las competencias que le otorga la Constitución española y, por lo tanto, la Ley de Sanidad, que la desarrolla en las materias sanitarias. En ningún caso, señor Blanco, de modo que, en ese sentido, tranquilícese.

Lo que yo no puedo hacer es explicar aquí qué ha hecho el señor Vallejo con las listas de espera de cirugía cardiovascular que tenía, porque posiblemente el señor Vallejo o el señor Eduard Rius, de la Generalitat catalana, me dirían que qué hacía yo metiéndome donde no me corresponde. Difícilmente puedo opinar sobre lo que ellos hacen, porque se me acusaría de introducirme en un terreno cuando menos resbaladizo y en competencias que no me corresponden. Lo lógico es que yo, desde el Ministerio (porque todavía tenemos el Insalud y dentro de unos años no lo tendremos), sólo pueda opinar sobre lo que ha sucedido en los hospitales del sistema Insalud; de los demás, no. Ahora bien, si usted me pregunta qué pienso de lo que ha hecho el señor Vallejo, estaré encantada de contestarle en la próxima comparecencia, pero este no es el momento; tendría que ser a instancia de parte. Espero que el señor Vallejo se lo perdone a usted, porque a mí, desde luego, no me lo iba a perdonar, y con razón, porque ellos tienen su Parlamento y la oposición controla exactamente igual que ustedes me controlan a mí.

Por otro lado, yo no intento retorcer ningún argumento, señor Blanco, ni muchísimo menos, y tanto en la anterior comparecencia como en esta soy la ministra del Sistema Nacional de Salud. Por eso, el documento que están elaborando los técnicos del conjunto de comunidades autónomas —a las que esta competencia se ha transferido y a las que no—, se refiere a qué vamos a hacer, qué protocolización vamos a hacer, qué modelo vamos a seguir a la hora de homogeneizar la lista de espera en cirugía cardiovascular. Me gustaría que llegáramos después a más, pero por lo pronto vamos a empezar por lo pequeño para intentar consensos que nos unan a todos y no nos dividan. La respuesta del conjunto de consejeros de todos los colores políticos ha sido profundamente positiva, lo que creo que es bueno para todos. En ese sentido, actué como ministra de Sanidad y Consumo porque esa sí es mi responsabilidad y en esa línea trabajo.

Efectivamente, usted sabe como yo que la Organización Nacional de Trasplantes tiene una concepción muy diferente y poco administrativa. Posiblemente por eso ha sido un éxito. Si usted ha seguido mi interven-

ción con una mínima atención —y lo puede comprobar después en el «Diario de Sesiones»—, verá que he hablado de la Organización Nacional de Transplantes desde que empieza a funcionar de forma más activa, y, por supuesto, en los años 1987, 1988 y 1989 estaba gobernando el Partido Socialista Obrero Español. Pero eso lo sabemos todos, y me imagino que usted lo recuerda con más alegría que yo, ¿verdad que sí? Pero si usted quiere, se la cuento, y no la cuento yo, la cuenta, como ha dicho el portavoz del Grupo Popular, a quien agradezco sus palabras, el doctor Zamarrón, que fue el primer coordinador de transplantes que el Partido Socialista Obrero Español puso al frente de esa función. Él mismo dice, en un artículo que intentó publicar en algún medio de comunicación (pero parece que el nombre del doctor Zamarrón, que es miembro de UGT y vicepresidente del Consejo del Insalud en representación de su sindicato, no es de actualidad), lo siguiente: Siendo presidente del Gobierno el señor Suárez, de UCD, el Grupo Parlamentario Socialista presentó una proposición de ley de transplantes que, tras el pertinente tira y afloja y el debate parlamentario, se transformó en la Ley 30/1979, de extracción y trasplante de órganos, siendo ministro de Sanidad el señor Rovira Tazona. Se desarrolla esta ley, y la Secretaría de Estado de Sanidad la ocupaba el señor Segovia Arana, quien pone en marcha esta organización.

En nuestro país se habían iniciado los transplantes en el año 1971 —y perdone, señora Riera, pero no fue en Cataluña, aunque da igual, fue en Andalucía, ¡qué le vamos a hacer!—. En aquel momento se estaban produciendo transplantes en España, pero no había una organización. Se crea ésta, estando el Partido Socialista entonces en la oposición, y se va desarrollando. El señor Fernández Noriega decide adscribir la Organización Nacional de Transplantes a su subsecretaría, y nace como tal su coordinación, y coloca al señor Zamarrón, como digo, de primer coordinador. Y ahí empieza la historia de la Organización Nacional de Transplantes, para que vea que no oculto nada, porque además, como decía la señora Riera, es que no hay nada que ocultar. Espero que en el futuro todo pueda funcionar como la Organización Nacional de Transplantes, que, insisto, a lo mejor, al ser menos burocratizada ha sido capaz de desarrollar sus posibilidades en el Sistema Nacional de Salud.

Dice que comparte conmigo la mayor parte de lo que he ido diciendo. Debo decirle que la mayor parte de mi comparecencia se ha referido a lo que estamos haciendo y a lo que vamos a hacer —y aquí contesto también a la señora Julios—, y cuando hablo de flexibilidad lo hago para mantener el espíritu real de la Organización Nacional de Transplantes. Creemos que, una vez completado el mapa de transferencias, el papel que corresponde al Ministerio en este tema concreto es exactamente el que se está realizando en este instante, de tutela, de coordinación, de adecuación de determinados protocolos, etcétera, que hacen más moderna y más efi-

caz la Organización Nacional de Transplantes. En este sentido, la Organización Nacional de Transplantes está estudiando y analizando posibilidades de organización más eficaces, más descentralizadas y más positivas, de manera que el conjunto de comunidades autónomas vean con buenos ojos y sin recelos esta estructura y siga el nivel de colaboración existente en este momento, que es absolutamente adecuado.

El pasado se lo he analizado. Ahora bien, me ha hecho usted una pregunta y la verdad es que hasta que no ha intervenido la señora Julios no sabía de qué me hablaba. Perdóneme. Me ha preguntado usted por qué he destituido al responsable si todo va bien. Yo no he hecho nada eso. La persona responsable de la Organización Nacional de Transplantes es la señora Blanca Miranda, a la cual tampoco conocía cuando llegué al Ministerio. Los resultados los tiene usted en la página web y tiene acceso a ellos permanentemente, pero veo con dolor que no hacen ustedes referencia a estos cuatro años de la señora Blanca Miranda. Solamente voy a dar un dato: del 31 de marzo de 1999 al 31 de marzo de 2000, que son los últimos meses en que ha estado la señora Miranda, donantes se ha incrementado un 7,7, el trasplante renal un 1,8, el hepático un 6,9, el cardíaco un 8,2, el pulmonar un 13,8 y el de páncreas un 55 por ciento. Parece que lo hace bien, por lo que no he podido destituirla. Si lleva desde 1996 y lo hace divinamente, ¿cómo voy a cesarla? Es más, me trae sin cuidado la filosofía política de la señora Miranda, porque he defendido siempre y seguiré defendiendo que en la Administración pública no vale colocar a las personas en función de las siglas políticas. Lo hemos padecido en este país durante mucho tiempo y usted lo sabe mejor que yo, señor Blanco. Me trae sin cuidado lo que piense políticamente la señora Miranda, es su competencia y su responsabilidad. Votará a quien quiera y no seré yo quien se lo pregunte. Por lo tanto, si la señora Miranda cumple magníficamente bien con el trabajo que tiene que realizar en la Organización Nacional de Transplantes, incluso va a más de lo que hereda, no la cambio, señor Blanco; al contrario, la mantengo.

Usted ni siquiera ha mencionado, aunque sí lo ha hecho la señora Julios y los portavoces de los grupos Popular y Catalán (Convergència i Unió), la palabra por lo visto fatídica del doctor Matesanz. En la época en que el señor Matesanz ha sido coordinador nacional, ha seguido avanzando. Fíjese si ha seguido avanzando que el Partido Popular —eso de rojo peligroso no sé de dónde se lo ha sacado este señor— lo hace director general de Asistencia Primaria y Especializada del Insalud. Luego no parece que tuviera que haber ningún tipo de recelo hacia un profesional. Nadie lo ha cesado. Desaparece la Dirección General porque yo decido que el Insalud no necesita tener cuatro direcciones generales y lo hago porque tengo la capacidad suficiente para ello, al igual que hicieron los ministros y ministras anteriores, que organizaron el Ministerio como lo entendían al

ser responsables del mismo. Yo no soy la ministra del Insalud, sino que hay un director general que es el responsable de su organización. Yo soy la ministra del Sistema Nacional de Salud y también del Insalud como una comunidad autónoma grande, pero una más. Así pues, decido otra organización y el señor Matesanz deja de ser director general, como otros muchos, ofreciéndosele una salida, pero este señor decide buscarla él. Qué quiere que le diga, yo no puedo controlar la voluntad personal de cada cual, porque además me parecería terrible poder controlar la voluntad y la actuación de cualquiera. No se me ocurre bajo ningún concepto perseguir al señor Matesanz por el hecho de que esté trabajando en el Insalud, me parecería cuanto menos impresentable. Desde luego, no entra en mi ética moral ni política perseguir a nadie, hasta ahí podría llegar la broma. Este señor decide dejar la Organización Nacional de Transplantes posiblemente porque quería entrar en una dimensión diferente o porque a lo mejor estaba cansado y quería dar una oportunidad a una persona que él sugiere al anterior ministro, el cual lo acepta.

Resulta que en todo este ínterin, en el año 1999, aparece un real decreto de organización de la Organización Nacional de Transplantes, que dice que la Comisión de Transplantes del Consejo interterritorial está compuesta por el coordinador nacional y los coordinadores autonómicos. Lo dice la ley, salvo que usted me pida que no la cumpla, podré hacerlo, pero tendré que cumplirla. Este doctor no es coordinador de ninguna comunidad autónoma. ¿Por qué no lo ha nombrado Andalucía como coordinador de esa comunidad autónoma? Tal vez tenía alguna posibilidad, pero es que no es coordinador de ninguna comunidad autónoma ni es coordinador nacional. Todo tiene una explicación razonable. Ahora bien, si alguien se quiere dar una importancia más allá de la que tiene o un partido político ha entendido que podía ser un buen instrumento para atacar a la ministra, bien está. Pero no se tergiversa la verdad, porque al final va a parecer que la señora Miranda pasaba por allí, que era amiga de alguien y que la han puesto allí. No. La señora Miranda ha ido progresando y mejorando los resultados que ha ido heredando —como no podía ser menos— y si lo hubiera hecho mal no estaría ahí ni con el anterior ministro ni con la actual ministra. Por tanto, señor Blanco, he hecho lo que tenía que hacer, yo no he vetado a nadie.

Usted sabe como yo, porque lleva muchos años en política (tal vez los que acaban de llegar pueden no tener la información suficiente, pero usted y yo sí), que en las comisiones del Consejo de Europa van rotando las presidencias cada cuatro o cinco reuniones. En ese sentido, unas veces preside un país otras veces otro, en una de las cientos de comisiones técnicas que hay en el Consejo de Europa. La señora Blanca Miranda lleva cuatro años yendo. Evidentemente, si se habla de coordinación europea sobre transplantes, ¿quién va a ir? La coordinadora nacional, eso es de cajón, pero no porque

sea mujer y yo la quiera apoyar. Me parece fantástico que sea mujer y que sepa tanto de esto, pero no es esa la razón. La razón es que es la coordinadora nacional, si se habla de coordinación de transplantes en Europa, es lógico que vaya la coordinadora nacional. Esa es la realidad en la que nos movemos y lo demás son ganas de liar la guita, ganas de que sigamos hablando de una persona, que me parece bien si eso les da tranquilidad, pero no confundamos porque estamos confundiendo a los ciudadanos y eso no es bueno ni para usted ni para mí.

No he cesado lo que no podía cesar, porque lo está haciendo muy bien la señora Miranda. Mientras yo sea ministra y ella quiera va a presidir la Organización Nacional de Transplantes porque tiene capacidad, imaginación, voluntad, capacidad de consenso, conocimientos, información; tiene todas las cualidades para hacerlo de forma y manera que yo no me he inventado su nombre y en ese sentido seguiremos trabajando. Todos los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, y dentro de los sanitarios, tanto médicos como especialistas, ATS, etcétera, que están en el mundo del transplante, van a seguir colaborando. Y el doctor al que nos referimos, que está en un servicio de nefrología, seguirá colaborando, estoy convencida, porque ama por encima de todo el sistema, como todos los que están en la Organización Nacional de Transplantes. Decir —como he leído hoy— que la Organización Nacional de Transplantes va a desaparecer porque él no está me parece excesivo. Yo creí que con Franco los dioses en este país habían muerto, y los salvadores de la patria, pero veo que de vez en cuando a alguien se le va el ramalazo y aparecen como salvadores de la patria. Aquí no hacen falta salvadores de la patria, ni son necesarios, ni existen. Una organización colectiva, de voluntades colectivas, como es la Organización Nacional de Transplantes, tiene que seguir funcionando como es y tan eficazmente como lo está haciendo. Esa es la auténtica verdad y siento que un doctor, en principio conocedor y técnico en la materia, haya querido empañar su propio papel.

Respecto a la reunión de ayer, al señor Matesanz lo convocamos nosotros mismos, porque continúa provisionalmente como presidente hasta que se regularice esa comisión, como usted sabe y yo también. Si yo hubiera querido vetarlo, no le habría llevado, ni siquiera le habría invitado a esa reunión. Por favor, seamos serios y no ofendamos, porque en cosas como estas tenemos que ser mínimamente serios. Si yo hubiera quitado a la señora Miranda, porque me apetecía poner al señor Matesanz, estoy convencida de que usted me estaría diciendo que he sido negativa, que he cometido una arbitrariedad, que he cometido una injusticia por quitar a una persona que lo hace bien, para poner a alguien que se fue hace cuatro años porque quiso. ¿O no, señor Blanco? Ese es el problema. Dejemos que la Organización Nacional de Transplantes siga funcionando como lo está haciendo, con la colaboración de todos, y estudiemos en esta Comisión todos los temas relacionados con el futuro de la Organi-

zación Nacional de Transplantes. Estoy convencida de que usted, señor Blanco —porque sé que sabe de estas cuestiones—, va a colaborar con entrega y sin ningún tipo de reservas a que la Organización Nacional de Transplantes sea cada vez mejor.

Señora Riera, señora Julios, señor Mingo, muchísimas gracias por sus palabras. Seguiremos trabajando en la coordinación y en la mejora de la organización. **(El señor Blanco García pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco, le reitero lo dicho a lo largo de todos los debates: no me abra debate.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor presidente, simplemente quiero hacer una aclaración.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, para una aclaración puntual.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Estará recogido en el «Diario de Sesiones» que mis palabras sobre la actual directora, Blanca Miranda, han sido que todo lo que estaba diciendo era sin demérito ninguno para esta persona. Con eso queda aclarado todo lo que se ha dicho. Todo lo demás, la exposición de la señora ministra, las loas o no loas, sobran.

Segundo. Señora ministra, si en su mandato España pierde la Presidencia del Comité de expertos en transplantes del Consejo de Europa, ¿usted se siente muy feliz porque hay unos decretos que la obligan? Pues a mí me parece una frivolidad, qué quiere que le diga.

El señor **PRESIDENTE**: Señora ministra, cuando quiera puede contestar.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Señor Blanco, eso le he entendido y por ello estaba perpleja, porque se ha pasado usted todo el tiempo alabando a la señora Miranda, y después me pide que la cese. La verdad, no le he entendido muy bien. Ella lleva cuatro años de coordinadora nacional. Fue propuesta por el doctor Matesanz, porque era su colaboradora más directa y él se iba a otras responsabilidades; y se iba porque quería, porque nadie lo quiso quitar de ahí. Y ahora resulta que tengo que quitar a una señora que ha mejorado y ha multiplicado, como no se había hecho en los últimos años, el trabajo de la Organización Nacional de Transplantes. Pues vaya una arbitrariedad que tengo que cometer. Usted alaba el trabajo de la señora Miranda, como no podía ser menos, porque lo ha hecho muy bien, y después me dice que por qué no la ceso para poner a un señor que se fue hace cuatro años porque quiso. Pues mire, porque yo de arbitrariedades, pocas. Comprendo que a lo mejor usted está más acostumbrado; yo, no.

Segundo tema Señor Blanco, ya verá usted —espero que lo podamos ver juntos, porque estoy convencida de ello— cómo la señora Miranda va a presidir durante un

tiempo importante esa Comisión. **(El señor Blanco García: ¡Ojalá!)** Porque la Comisión de Transplantes, que es temporal, que no es vinculante y que no tiene ningún tipo de reconocimiento en el Consejo de Europa, la volverá a recuperar España dentro de muy poco. Porque usted sabe que el juego entre los diferentes países en el Consejo de Europa está en la presidencia de las comisiones, que son más de doscientas. Los países se reparten las presidencias normalmente cada año o año y medio, en función de la capacidad de influencia que tienen, en función de su población, etcétera. Por tanto, no hagamos de la necesidad virtud. Eso es torcer los argumentos. Desde luego, flaco favor le está usted haciendo, señor Blanco, a la Organización Nacional de Transplantes y a la doctora Miranda, que tiene tanta capacidad o más que el doctor Matesanz.

El señor **PRESIDENTE**: Damos las gracias a la señora ministra por su comparecencia. Hacemos un receso de dos minutos para despedirla, y recibimos al siguiente compareciente. **(Pausa.)**

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (CAMPOS MUÑOZ) PARA INFORMAR SOBRE:

— **LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN DESARROLLADOS POR EL CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CARLOS III Y DE LAS NECESIDADES PRESUPUESTARIAS QUE REQUIEREN ESTOS PROGRAMAS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000062)**

— **LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DESARROLLADOS POR EL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III Y CENTROS DEPENDIENTES DE ÉL, ASÍ COMO LAS ACTUACIONES QUE PIENSA REALIZAR EN LA VII LEGISLATURA EN SU ÁREA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000079)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la comparecencia de don Antonio Campos, director general del Instituto de Salud Carlos III, para informar sobre los proyectos de investigación desarrollados por el citado Instituto y centros dependientes de él, así como sobre las actuaciones que piensa realizar en la VII legislatura en su área.

La Mesa y la Junta de Portavoces, en su reunión del 11 de octubre, acordaron subsumir en una sola comparecencia efectuada por el director general del Instituto de Salud Carlos III la solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista del director del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III, para que infor-

mara sobre los programas de investigación desarrollados por el Centro y las necesidades presupuestarias que requieren estos programas, y la que había solicitado el Grupo Parlamentario Popular del director general del Instituto de Salud Carlos III.

Damos la bienvenida a don Antonio Campos, en su primera comparecencia ante esta Comisión, le deseamos una grata estancia entre nosotros y, sin más preámbulos, le damos la palabra. Hago al señor Campos el mismo ruego que hice al inicio de la primera comparecencia, que intente resumir lo más posible; lo mismo digo a los portavoces, teniendo en cuenta la hora que es. Ha habido algún miembro de la Comisión que me ha dicho que puede perder el tren o el avión; entra dentro de las cargas del cargo. No obstante, y dentro del cumplimiento del reglamento, les pido a todos que sean lo más breves, concisos y claros posible.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Campos Muñoz): Señor presidente, señorías, comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo para exponer las líneas generales que vamos a impulsar y a desarrollar en el Instituto de Salud Carlos III constituye para mí, no solo el cumplimiento de un deber como responsable de dicho Instituto en la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino también un motivo de satisfacción por poder transmitir a SS.SS., como máximos representantes del pueblo español, los proyectos en los que ilusionadamente venimos trabajando todos los que formamos parte del Instituto.

El Instituto de Salud Carlos III, como conocen SS.SS., fue creado por la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, y constituye el órgano de apoyo científico y técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas. Es un organismo, por tanto, al servicio de la mejor salud de todos los ciudadanos.

En su comparecencia del pasado mes de junio, la señora ministra de Sanidad y Consumo afirmaba ante esta Comisión que la calidad tenía que ser la seña de identidad del Sistema de Salud y que, al logro de dicho propósito, el Instituto de Salud Carlos III va a dedicar tiempo y recursos con el objeto de alcanzar una buena puesta a punto de todas las prestaciones y servicios que ofrece a dicho Sistema de Salud.

El presupuesto previsto para el próximo año apunta ya en esa dirección y alcanza un incremento sobre el anterior de 1.246.836.000 pesetas, lo que supone un 6,6 por ciento más en relación con el presupuesto del año 2000, como reveló en su comparecencia el secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria. Estas dotaciones se verán completadas de forma considerable en el transcurso del ejercicio mediante financiación externa, especialmente con las aportaciones de la industria farmacéutica, que se articularán a través de un acuerdo para el fomento de la investigación científica

ca y técnica en el ámbito sanitario y que pueden suponer en torno a 5.500 millones adicionales para asignar a los programas de investigación.

¿Cuáles son los servicios que el Instituto presta al Sistema Nacional de Salud y cuya buena puesta a punto —en palabras de la señora ministra— hay que mejorar y potenciar? Por otra parte, ¿cuáles son los objetivos que pretenden dichos servicios? Los servicios que presta el Instituto de Salud Carlos III son fundamentalmente dos: la formación en el ámbito de la salud pública, que en los próximos presupuestos se prevé incrementar en un 9 por ciento, y la investigación y control sanitarios, que en los próximos presupuestos se prevé incrementar en un 6,5 por ciento.

En relación con la formación, ¿cuáles son los objetivos? La formación de los profesionales del Sistema Nacional de Salud en los ámbitos que corresponden a la salud pública, considerada ésta en su sentido más amplio, constituye un objetivo fundamental del Instituto de Salud Carlos III. Ello no sólo porque para la mayor eficacia del sistema de salud es necesaria una continua renovación y capacitación profesional, sino también porque los profesionales del sistema demandan cada vez más una formación en este ámbito que las administraciones —Ministerio de Sanidad y Consumo y servicios de Salud de las comunidades autónomas— no pueden desconocer.

Para abordar la puesta en marcha de este objetivo fundamental del Instituto de Salud Carlos III, las acciones a desarrollar pasan por la potenciación de las escuelas nacionales incardinadas en el mismo: la Escuela Nacional de Sanidad y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, adscrita esta última al Instituto en el último real decreto de estructura del Ministerio. Ambas escuelas deben ser el cauce formativo por el que se exprese la actividad docente del Instituto. Para ello se ha diseñado un modelo de organización departamental que va a ejercer su actividad sobre ambos centros docentes, y que consiste en poner a disposición de la docencia todos los centros y unidades del Instituto, hecho este que transforma una Escuela Nacional de Sanidad o una Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, formada en este momento sólo por un número reducido de profesores, en unos centros docentes que tienen tras de sí a todo el potencial de servicio y de investigación del Instituto. De ese modo la proyección de ambos centros sobre el conjunto del Sistema Nacional de Salud se impulsa de forma extraordinaria.

A tal efecto se van a configurar nuevas áreas de actividad formativa en relación con problemas del momento presente y del inmediato futuro, tales como la medicina tropical y enfermedades emergentes, salud laboral, áreas sociosanitarias, seguridad alimentaria, sanidad ambiental, los nuevos sistemas de gestión, educación y pedagogía en ciencias de la salud y terminología médica. Algunas de estas áreas de actividad formativa, como, por ejemplo, un master en gestión sociosanitaria, ya han

podido ser incluidos en el catálogo del año próximo y otras están siendo objeto de estudio en este momento. Es objetivo, asimismo, del Instituto impulsar nuevos mecanismos de innovación pedagógica en ambos centros docentes y desarrollar distintos tipos de formación, presencial, tutorial, a distancia o semipresencial, con actividades no sólo en la propia sede de ambas escuelas en Madrid, sino a lo largo y ancho de todo el territorio nacional, para llegar a todos aquellos profesionales, médicos, enfermeros, odontólogos, farmacéuticos, etcétera, que demanden los servicios docentes del Instituto. Para esto último está previsto alcanzar acuerdos y convenios de colaboración con centros universitarios, hospitales y organizaciones profesionales con las que desarrollar los programas conjuntos de colaboración.

La participación, por otra parte, de los laboratorios del Instituto como departamentos docentes va a facilitar, asimismo, la integración en los mismos de médicos, farmacéuticos o biólogos internos y residentes en programas de rotación que no sólo les capaciten en protocolos técnicos y complejos de diagnóstico e investigación biosanitaria, sino que además les haga en el futuro interlocutores eficaces en ese desarrollo en Red en el que, a través de nuestro país, debe configurarse el Sistema Nacional de Salud. Los docentes de nuestro Instituto, sin embargo, no deben dirigirse sólo a profesionales. Por la naturaleza y singularidad de algunas de las materias como la medicina tropical o la sanidad ambiental, la actividad docente debe también proyectarse a organizaciones sociales tales como cooperantes de ONG, colectivos relacionados con determinadas patologías en las que el Instituto puede y debe ofrecer posibilidades de formación. Para la gestión de este ambicioso programa, la nueva estructura del Instituto contempla la figura de una Subdirección General de Planificación y Coordinación Docente, que tiene además asignada la coordinación de todos los recursos relacionados con la documentación biomédica del Instituto.

¿Cuáles son los objetivos en el área de investigación del Instituto de Salud Carlos III? El fomento de la investigación biomédica constituye —sabemos hoy— un estímulo fundamental e imprescindible para el progreso del Sistema Nacional de Salud y sabemos, además, que este principio, primero, es asumido por la Administración desde el más alto nivel y, segundo, es asumido también por nuestra sociedad, que valora los esfuerzos que en este ámbito se realizan si somos capaces de explicar claramente los objetivos que se persiguen y los resultados que finalmente se obtienen.

Los objetivos que en esta área persigue el Instituto son, fundamentalmente, tres. El primero es la investigación ordinaria de servicio y control sanitario que se realiza en los centros y laboratorios de salud pública de referencia para proteger a los ciudadanos de los riesgos que para la salud humana pueden derivarse del consumo de alimentos, de la interacción con el medio ambiente y de la transmisión de agentes infecciosos,

tanto emergentes como reemergentes, todo ello en estrecha relación con la red de vigilancia epidemiológica establecida en todo el territorio nacional a través de las distintas comunidades autónomas.

El segundo objetivo en el área de la investigación está estrechamente vinculado al anterior y es el desarrollo, en dichos centros y laboratorios, de una investigación de excelencia en el área de la salud que permita abordar la investigación de posibles problemas sanitarios que pudieran presentarse en el futuro, o abordar el estudio de nuevos métodos de diagnóstico y de comunicación, como los biochips, la telemedicina, o nuevas situaciones sanitarias relacionadas con la salud laboral, ambiental o alimentaria.

En relación con la investigación en telemedicina y la sociedad de la información, se ha desarrollado una unidad en la estructura del Instituto que ha comenzado a impulsar proyectos que van a tener, sin duda, una gran trascendencia en el futuro: proyectos sobre la historia clínica electrónica y su aplicación al Sistema Nacional de Salud; sobre el uso sanitario de Internet y las comunicaciones móviles, por ejemplo, el telecontrol de pacientes cardíacos y de la patología del sueño desde el hogar; sobre el desarrollo de una Extranet sanitaria que interrelacione los Intranets territoriales para compartir información y servicios. Con este último proyecto el Instituto de Salud Carlos III mejorará su prestación a todo el Sistema Nacional de Salud al aplicar estas tecnologías al sistema de información para los laboratorios de salud pública, a la red de vigilancia epidemiológica o a la evaluación de las tecnologías emergentes. Este segundo objetivo de investigación de excelencia en problemas sanitarios es el que constituye básicamente el programa de investigación intramural del Instituto, un programa que será gestionado por la Secretaría Técnica establecida en el decreto de estructuras. Para el desarrollo de estos dos primeros objetivos de investigación, la investigación ordinaria de control sanitario y la investigación de excelencia intramural, se está elaborando un plan de modernización y de reforma de los centros y laboratorios de salud pública, cuya ejecución va a suponer la más importante transformación y potenciación de dichos centros desde la construcción de estos laboratorios en los años 60.

En estrecha relación con este proceso, y atendiendo a una necesidad cada vez más evidente, el Instituto va a coordinar los laboratorios y unidades clínicas del hospital Carlos III, dedicados a la medicina tropical y enfermedades emergentes, con distintas unidades existentes en otros hospitales españoles para configurar un centro en Red especialmente dedicado a la investigación básica aplicada y de referencia a este tipo de patología. La importancia de esta acción es obvia y basta con citar algunos datos. Se prevé, por ejemplo, que el turismo se convierta en el primer sector de la economía mundial en el año 2010, con un volumen de negocio de 4.000 millones de dólares. El flujo migratorio intercon-

tinental, que en la actualidad representa un volumen de 150 millones de personas, se incrementará, por otra parte, a un ritmo de 2 a 4 millones de personas al año, siendo su procedencia fundamental de América del sur y central, 45 por ciento; Asia, 33 por ciento; seguidas de Europa del este, 15 por ciento y África del norte y subsahariana, 7 por ciento. Junto a ellos, crecerá el número de desplazados forzosos por persecuciones, guerras, desastres naturales, expulsiones y proceso de limpieza étnica, etcétera; desplazados que, a principios de 1999, alcanzaban ya la cifra de 50 millones de personas según Acnur.

Junto a este plan de modernización y de reforma de laboratorios y centros, el programa de investigación intramural va a contar con partidas ya reflejadas en el anteproyecto de presupuestos, que van a permitir, en primer lugar, impulsar proyectos de investigación específicos con investigadores contratados al efecto en relación con los problemas sanitarios antes apuntados, para lo que se dispondrá, en el año 2001, de 732 millones, lo que representa un incremento del 5 por ciento. En segundo lugar, el programa de investigación intramural va a incorporar becarios de investigación para que se formen y participen en el desarrollo de dichos proyectos, y el incremento para el año próximo previsto es de un 8,3 por ciento respecto del presupuesto anterior. Por primera vez, en dicho programa intramural vamos a impulsar la integración de alumnos universitarios de ciencias de la salud, de medicina, de farmacia, de enfermería, etcétera, en períodos de estancia cortos en el Instituto para que se integren en las tareas de investigación relacionadas con la salud pública. En este apartado, al hablar de la investigación básica y aplicada de servicios y de los centros de laboratorio en los que se realiza, quiero exponer el estado y desarrollo de los dos últimos centros impulsados desde el Instituto, concretamente el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III, y el Instituto de Investigación Cardiovascular Carlos III.

Con relación al CNIO, hay que señalar, como ya anunció en su comparecencia la señora ministra ante esta Cámara, que a partir del próximo año este centro va a ponerse en pleno rendimiento. Concretamente el presupuesto del año próximo está destinado a financiar, además de los gastos de equipamiento previstos, la totalidad de los gastos de inversión. Se trata de las obras de terminación del edificio, el cual dispondrá de 32.000 metros cuadrados construidos, de los cuales más de 10.000 se dedicarán a laboratorios y 3.000 a la construcción de un animalario. Se prevé que en el año 2001 estarán ya operativos la mitad de los cuatro grupos de investigación del centro, pasando de 68 personas entre investigadores, técnicos y becarios, a una cifra, en el año 2001, de 150. Los programas en desarrollo del CNIO son los programas de oncología molecular, genética del cáncer, patología molecular y terapias experimentales. El desarrollo de todo ello, como es fácil comprobar, nos va incorporando poco a poco, en el área de

la oncología, a la medicina molecular; esa revolución silenciosa de la que también nos hablaba la señora ministra de Sanidad en su comparecencia ante esta Cámara. Con relación al Instituto Cardiovascular, el presupuesto se verá reforzado con una dotación de 183 millones de pesetas, alcanzando un total de 683 millones, lo que permitirá continuar con la labor realizada para la constitución y para los primeros pasos del Instituto.

Al principio de este apartado comentaba tres objetivos que tiene el área de investigación del Instituto Carlos III. Tras considerar los dos primeros, que están relacionados con la investigación que se hace en el seno del Instituto, la de control sanitario y la de excelencia intramural, ¿cuál es el tercer objetivo en este área? El tercer objetivo es impulsar la investigación básica y aplicada en ciencias de la salud y en evaluación de tecnologías sanitarias fuera del Instituto en las distintas instituciones del sistema de salud, en las universidades, en los organismos públicos del sistema científico y sanitario español. La finalidad es aprovechar al máximo toda la potencialidad investigadora del sistema y que esa investigación revierta, a su vez, en el conjunto del sistema. El desarrollo de este objetivo constituye el programa de investigación extramural del Instituto de Salud Carlos III, que se va a gestionar por la Subdirección General de Investigación Sanitaria.

¿Qué hemos hecho ya y qué podemos hacer para alcanzar estos objetivos? En primer lugar, adaptar la estructura del Fondo de Investigación Sanitaria al Plan nacional de investigación científica, aprobado por el Gobierno para el período 2000-2003, para lo cual se han establecido ya las cuatro grandes prioridades de investigación que, siguiendo las directrices de dicho plan, van a canalizar la investigación biosanitaria sustentada por el FIS. Estas peculiaridades son: primero, la investigación básica orientada hacia la salud; segundo, la investigación clínica, fisiopatológica y terapéutica; tercero, la investigación en epidemiología, salud pública y servicios de salud; y cuarto, la investigación sociosanitaria y en telemedicina, cuya importancia no es preciso recalcar. En segundo lugar para alcanzar ese objetivo se ha comenzado a recabar a las distintas estructuras del sistema científico-sanitario que tienen algo que decir (universidades, reales academias, sociedades científicas, etcétera) su contribución para que propongan evaluadores que participen en el proceso de selección de actividades a financiar. Y en tercer lugar y para el desarrollo de la investigación extramural, se está elaborando un programa que, manteniendo las modalidades de financiación establecidas (proyectos, contratos de investigación, investigación en enfermería, etcétera), incorpore algunas modalidades nuevas, como la creación, por ejemplo, de redes de investigación y de algunas otras que actualmente se encuentran en estudio.

Con todo ello pretendemos ofrecer a los hospitales y a los centros de salud del Sistema Nacional de Salud un

conjunto de posibilidades en el que los propios hospitales como centros de investigación sean partícipes, responsables y protagonistas en la elección de sus propias opciones en el desarrollo de la investigación. Lógicamente, todas las modalidades de financiación serán objeto de una posterior evaluación que garantice el buen uso de los fondos públicos. Los fondos dedicados por el FIS totalizan la cantidad de 5.138 millones de pesetas, lo que supone un incremento para el desarrollo de la investigación extramural del 9,8 por ciento. Para la mayor eficacia de estas acciones, la coordinación a través del consejo interterritorial y la participación de las comunidades autónomas es decisiva. A este respecto, la estructura del Instituto potencia la coordinación con los servicios de salud de las mismas, así como con la Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Finalmente, el desarrollo de la docencia y de la investigación en el Instituto, en el sentido que anteriormente he expuesto, exige la existencia de un área de servicio de apoyo indispensable para el logro de los objetivos previamente establecidos. Aparte de la adecuación de los servicios administrativos a la estructura de docencia y de investigación que hemos comentado, las acciones en esta área van a potenciar los servicios de documentación biomédica, las publicaciones del Instituto, así como los programas de colaboración que el Instituto mantiene con países de América Latina y África, en los cuales el Instituto de Salud Carlos III desarrolla actividades de docencia, investigación y control de enfermedades emergentes. Quiero destacar que aunque la vinculación del Instituto con los países iberoamericanos es ya especialmente estrecha, es voluntad del mismo impulsar aún más esta colaboración a través de la Agencia Española de Cooperación, utilizando para una más ágil gestión de los proyectos y programas la recién creada Fundación de cooperación y salud internacional.

Señor presidente, señorías, el pasado mes de julio el señor presidente del Gobierno, don José María Aznar, al presentar en Barcelona la política científica y tecnológica para el siglo XXI, afirmaba que la reflexión, la evaluación y el seguimiento son los tres términos que deben enmarcar el esfuerzo público en investigación. Reflexión para saber priorizar los recursos; evaluación para saber recompensar el esfuerzo y dar a todos los investigadores y centros las oportunidades que merecen y seguimiento para que la falta de tenacidad no malogre las líneas emprendidas. En el Instituto de Salud Carlos III, al servicio de la salud de los ciudadanos españoles, tenemos la oportunidad y la capacidad de poner en práctica estos principios y tenemos sobre todo, como también pedía el presidente del Gobierno, la ambición y la determinación de hacerlo. Reitero, señor presidente, señorías, la más absoluta disposición del Instituto de Salud Carlos III para prestar todo tipo de apoyo científico y técnico, todo el que sea necesario, tanto al Ministerio de Sanidad y Consumo como a

los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas. Es nuestro deber, es nuestra responsabilidad y es también nuestro orgullo servir a todo el Sistema Nacional de Salud. Esperamos para ello la ayuda y la colaboración de todos.

Quedo a disposición de sus señorías.

El señor **PRESIDENTE**: En primer lugar, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, el señor Arola Blanquet.

El señor **AROLA BLANQUET**: Bienvenido, señor Campos. Espero que mantenga usted el ímpetu y el énfasis de su comparecencia. Le felicito, uno tiene que estar convencido de aquello que hace y transmitirlo y espero que mantenga, a lo largo de estos cuatro años, el mismo ímpetu y énfasis. Le aseguro que mi grupo parlamentario va a practicar también el consejo del señor Aznar: reflexión, evaluación y seguimiento. Vamos a reflexionar sobre lo que ustedes van a hacer, vamos a evaluarlo y el seguimiento serán, obviamente, las actuaciones parlamentarias que en un momento determinado podamos llevar a cabo.

Dicho esto, usted comprenderá que tengamos que volver a la actualidad más rabiosa: «Sanidad medita transferir centros del Carlos III». Como todos leemos el diario médico, y más el de hoy, es algo que, obviamente, está de actualidad. Aunque usted es el director del centro, no toda la sanidad, evidentemente, ni la ministra, mi primera pregunta tiene que ser obligada ¿Qué puede haber de cierto en una posible transferencia de centros del Carlos III, que parece estar únicamente referida a la Comunidad Autónoma de Madrid y que podría introducir problemas a la hora de evaluar el coste y la financiación sanitaria dentro del sistema sanitario? Repito que es una noticia de la más rabiosa actualidad y, por lo tanto, tengo la obligación de empezar preguntándole por ello.

En el resumen que nos ha hecho, atendiendo, entre otras cosas, a la invitación del presidente que también pienso recoger, no ha citado el desarrollo del plan estratégico del Instituto, que, sin embargo, aparece en las hojas correspondientes del proyecto de presupuestos que se nos ha remitido a la Cámara. Nos habla de una renovación, de nuevos impulsos, etcétera. La pregunta concreta sería: ¿El plan estratégico del Instituto continúa; no; se modifica? ¿Las modificaciones se nos enviarán a la Cámara, las podremos conocer? La pregunta es amplia. Yo no espero que usted ahora, por el tiempo que lleva en el cargo, pueda hacer una gran exposición, pero S.S. entenderá que es una preocupación de nuestro grupo preguntar por este plan estratégico, las posibles variantes y su continuación. Este grupo hace hincapié en esta pregunta por las inquietudes del personal que se nos han trasladado, aumentadas hoy, evidentemente, por las informaciones que aparecen en la prensa especializada. Podría recordar la celebración

del 70 Aniversario del centro, los planes que había, etcétera. Espero sus respuestas, doctor Campos.

Quisiera que nos hiciera una primera evaluación sobre algunas de las cosas que han venido funcionando, por ejemplo, los investigadores en los hospitales, que es un proyecto que ya se está realizando. Por lo que veo en presupuestos, parece que crece el número de investigadores que pueden trabajar en los hospitales, si no me equivoco. Quisiera una evaluación por su parte.

Si me permite una broma. A ver si acaban de una vez de hacer su Web porque nos vuelven a los usuarios locos, la tienen en construcción cada dos meses, y no sólo por los cambios que introducen. En el mismo sentido, por favor, pongan de una vez gratis y en directo el acceso al C-17 que a los que lo hicimos nos costó bastante trabajo y, como usted muy bien sabe, fue un trabajo gratuito. Incluso personalmente —aunque un diputado no debe hablar de lo suyo— uno tiene una cierta relucencia a tener que pedir una contraseña para solicitar algo a lo que ha contribuido. Continúan ustedes también con la labor de la Biblioteca nacional de salud, que es una de las necesidades y carencias de este país y yo espero que vaya mejorando. Usted ha subsumido también otra comparecencia, que es la que había pedido mi grupo parlamentario y por la que usted entenderá que yo también le haga alguna pregunta. Nosotros habíamos pedido la comparecencia del doctor Barbacid para hablar del CNIO, al que usted ha dedicado, dada su brevedad, el tiempo correspondiente. Yo voy a intentar ser breve en mis preguntas. Empezaré por preguntarle cuál es la situación real del proyecto, y no hablo de la construcción de un hospital o de su equipamiento. Puedo ir citándole algunas de las cuestiones que nos interesan: la financiación y las fuentes, los programas de investigación, la línea estratégica del centro tanto en la investigación básica como en la clínica. Usted ha repetido alguno de los conceptos que enunció por primera vez en su comparecencia el señor Barbacid ante esta misma Comisión en la pasada legislatura.

A nosotros nos podría preocupar que las líneas de investigación estuvieran marcadas, no tanto por un proyecto de un centro nacional de investigaciones oncológicas, como por los intereses en un momento determinado lógicos. No estaríamos de acuerdo con que alguna de las empresas puedan contribuir a financiar este proyecto, lo cual no quiere decir que nosotros combatamos que exista cofinanciación privada a un proyecto como este, pero combatiríamos un cierto sesgo en las investigaciones que se puedan hacer. Hay una fundación —usted lo sabe— y nosotros queremos tener un cierto control sobre lo que nos parece un proyecto muy importante y vendido muy a bombo y platillo. Le podría hacer unas preguntas casi de memoria: ¿cómo ha avanzado, por ejemplo, el nivel de colaboración con universidades y con hospitales? En este proceso en que el Centro Nacional de Investigación produzca una capitalización de la investigación —por no llamarle demo-

cratización, pero sí mayor participación—, ¿cómo está en estos momentos? ¿Cuál es la situación actual de uno de los proyectos que fue presentado como estrella en la pasada legislatura?

Esta es una primera aproximación en su primera comparecencia. Le reitero el agradecimiento de mi grupo y nuestra voluntad de reflexionar, evaluar y seguir sus actuaciones.

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

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Sea bienvenido, profesor Campos Muñoz, en esta su primera comparecencia en la Comisión y le deseo, como ya se le ha deseado fervientemente, que su estancia entre nosotros y en la dirección del Instituto sea fructífera y su gestión, eficaz. En ello ganaremos todos.

Señor presidente, antes de fijar nuestra posición, tras haber escuchado al profesor Campos Muñoz, me va a permitir una breve incursión personal que no va a ir en merma ni del rigor parlamentario ni del control que mi grupo está obligado a hacer, ni tema por ello señor presidente, de la brevedad de mi intervención.

Me explicaré. Profesor Campos, usted y yo tenemos bastantes cosas en común: la naturaleza gaditana de nuestro origen, los estudios y la docencia en la misma facultad y, con desventajas para mí que saltan a la vista, hemos cultivado disciplinas que son varillas de un mismo abanico. Si el abanico está a medio cerrar algunas varillas coincidirán, y si está plegado del todo el cierre recibe el nombre de medicina o ciencias de la salud, conforme ahora se dice, que son las que usted y yo profesamos. Hemos tenido muchos maestros comunes, porque lamentablemente sus filas se van mellando terriblemente. Espero de su preparación, de su solidez intelectual, experiencia, ponderación y, sobre todo, de su amplio currículum investigador y científico, que no defraude las expectativas creadas sino que, antes al contrario, a distancia —porque los logros políticos se ven mejor a distancia, como sucede con las esculturas y con la pintura—, podamos evaluar magníficamente su labor.

Pues bien, ciñéndome a su intervención, profesor Campos, coincido en su apreciación de que la calidad tiene que ser la seña de identidad del Sistema Nacional de Salud. El empeño que hoy aquí ha señalado en que el Instituto de Salud Carlos III dedicaría tiempo y recursos con objeto de alcanzar una buena puesta a punto del conjunto de prestaciones y de servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud, es, creemos, una buena noticia para nuestro grupo. Nos congratula oír de S.S. que el presupuesto del próximo año va a suponer cerca de un aumento del 7 por ciento en relación con el presupuesto del 2000, y también desde mi grupo vemos con agrado que en el ámbito de la salud pública los presupuestos se incrementen bastante, un 9 por ciento me parece haber oído, y que los aspectos de

investigación y control sanitario tendrán un aumento superior, del 6,5 por ciento.

Profesor Campos, usted ha dividido su intervención en los aspectos docentes e investigadores del Instituto. Nos parece fundamental, desde el punto de vista de la docencia, la potenciación de las escuelas nacionales que están incardinadas en el Instituto. En concreto, la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, adscrita por el último real decreto a la estructura del Ministerio, y no sólo por lo que usted ha apuntado, de ser el cauce formativo que exprese la actividad docente del Instituto, sino porque es la evidencia palmaria de la transformación no sólo de esta escuela sino de la Escuela Nacional de Sanidad, para que sean de verdad unos centros docentes que tengan rotundamente el potencial de servicio y de investigación del Instituto detrás para optimizar su gestión y facilitar su recursos.

Quizá por ser diputado por Melilla, señor director general, veo importantísimo el impulso que usted ha señalado a problemas del momento presente y del inmediato futuro, como medicina tropical y enfermedades emergentes. Y no quisiera dejar escapar esta comparecencia sin poner a su disposición la voluntad política del Gobierno de mi ciudad. Cuente con ella para cualquier colaboración que sea óptima y eficaz de su Instituto, o correspondencia en esta área, que no sólo precisa por ser ciudad fronteriza sino porque ayudaría a dignificar, desde todos los puntos de vista, a los inmigrantes, que tienen asiento en el centro temporal de acogida, que huyen de las carencias y que quieren encontrar dignidad y ayuda. Espero que en el catálogo del año próximo algunas de estas áreas formativas estén incluidas y que las que están en estudio cristalicen en realidades.

Subrayamos con especial interés y evidente satisfacción el papel que usted asigna, profesor Campos, al Consejo interterritorial de Salud en la definición de las demandas de formación. Mi grupo cree que es un capítulo que habrá que impulsar, en colaboración con los órganos que usted ha mencionado y que, para no ser prolijo, no voy a reiterar. Me ha llamado la atención, y así lo recojo, la figura que usted ha mencionado de la Subdirección General de Planificación y Coordinación Docente, como elemento coordinador de todos los recursos relacionados con la documentación biomédica del Instituto, y estamos convencidos —así lo esperamos— de que, aparte de enriquecer el organigrama del mismo, será un vehículo especialmente valioso para la gestión de cuantos proyectos haya y, sobre todo, de la propia gestión del Instituto.

Por último, en el ámbito de la investigación, señor presidente, mi grupo coincide con la afirmación que usted acaba de hacer de que el fomento de la investigación biomédica es un estímulo fundamental e imprescindible para el Sistema Nacional de Salud. Por eso, con independencia de los impulsos a proyectos de investigación, nos parece fundamental la incorporación

de becarios para que se formen y participen en el desarrollo de dichos proyectos, así como la integración de los alumnos universitarios en períodos de estancias cortas, que también ha señalado en su comparecencia ante la Cámara.

Brevemente señalaré en cuanto al CNIO que esperamos ver, tal como anunció la señora ministra, que el presupuesto del año próximo está destinado a financiar, además de los gastos de equipamientos previstos, los gastos de inversión. Es una buena noticia para que en el año 2001 los investigadores, técnicos y becarios rondan la cifra de 150, superior a los cerca de 70 que en el momento presente tienen.

Quiero hacer hincapié en lo referente al desarrollo de la investigación básica y aplicada en ciencias de la salud en las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud, lo que usted denomina programa de investigación extramural del Instituto de Salud Carlos III, porque no sólo hay que adaptar las estructuras del Fondo de Investigaciones Sanitarias, del FIS, al Plan de investigación científica aprobado por el Gobierno para el período 2000/2003, sino que los evaluadores de las estructuras del sistema sanitario participen de verdad en el proceso de elección de las actividades de financiación.

Quiero felicitarle una vez más, profesor Campos Muñoz, por su comparecencia y agradecerle los datos que nos ha dado, así como su voluntad, después de su briosa intervención, al servicio del Sistema Nacional de Salud y del Instituto Carlos III, así como, en nombre de mi grupo, su comparecencia ante esta Comisión.

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

La señora **JULIOS REYES**: Quiero dar la bienvenida a esta Comisión al director del Instituto, profesor Campos, agradecerle su exposición y desearle, en nombre de mi grupo, los mejores éxitos en el desarrollo de su labor y en el ambicioso programa que nos ha expuesto esta tarde.

Voy a resaltar algunos elementos que nos preocupan y que vamos a suscitar a modo de reflexión. Probablemente nos veremos más en esta Comisión durante la legislatura. En cuanto a la investigación, es importante equilibrar el avance de las diferentes líneas de investigación en el campo de la salud; es decir, es importante la investigación básica, la investigación experimental, la investigación clínica, pero también lo es avanzar en tipos de investigación —como ha dicho en su exposición— epidemiológica y evaluativa de servicios sanitarios.

Con respecto a la investigación epidemiológica, es necesario dar un impulso mayor a la referida a población de riesgo y a factores de riesgo. Existen ya en nuestro país publicados estudios sobre mapas de riesgos de mortalidad, por ejemplo, por cáncer. Como sabe

el profesor Campos, hay diferencias significativamente importantes por el mayor riesgo de mortalidad en algunos tipos de cáncer en nuestro territorio. Es preciso avanzar los estudios de riesgo de cáncer en investigación epidemiológica en general, y en particular en la oncológica desde el punto de vista de la prevención. En cuanto a la investigación evaluativa, la resalto porque hoy por hoy es incipiente en España, en algunas comunidades es inexistente, y es bueno que empecemos a hablar de ella. Es una investigación imprescindible no sólo por la búsqueda de la eficacia sino para evaluar las prestaciones de los servicios sanitarios, así como la efectividad del impacto que producen nuestras prestaciones en la mejora de los indicadores de salud en la población. Es importante tener en cuenta esta investigación a la hora de generalizar la utilización de nuevas tecnologías en las que viene trabajando ya una comisión en el seno del Consejo interterritorial y que debería de ligarse al Instituto de Salud Carlos III. Hay países como Estados Unidos, Canadá, etcétera, que dedican fondos específicos para que pueda avanzar esta investigación evaluativa, ya que muchas veces no es la que más financian los fondos privados siendo, sin embargo, de relevancia para el sistema público. El Instituto ha dado un paso importante porque se han dedicado unos cien millones a esta investigación, esperamos que continúe profundizándose en ella y, si es posible, creciendo en financiación.

También quisiera reconocer el papel de la ANEP (Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva) en cuanto a la evaluación de los proyectos de investigación. Es necesario que cuente con mayores recursos ya que hoy por hoy están ausentes en el Estado perfiles de evaluadores expertos en investigación evaluativa — vuelvo a reiterarlo—, lo cual hace que a veces ciertos proyectos en este campo sean rechazados porque no se les llega a considerar de investigación. Sé que hay un debate abierto sobre la financiación de la investigación en grupos de calidad al objeto de asegurar resultados, pero hemos de recordar que en el Estado de las autonomías hay bastante heterogeneidad en cuanto a la capacidad competitiva. Si queremos que España ocupe un papel cada vez más competitivo en la investigación en Europa y a nivel internacional tendremos que esforzarnos en disminuir estas diferencias en la investigación de las comunidades autónomas del territorio español. Es una labor de las comunidades autónomas, pero también del Ministerio, avanzar con esta visión amplia en la investigación.

Dos cosas nada más. Es importante que el Instituto se implique en lo que ya han pedido bastante grupos en otras comisiones como la de Educación, incluido el Grupo Parlamentario Popular, en la ley de fundaciones, pero no debe perderse de vista el punto de vista sanitario y del Ministerio. Por último, quiero resaltar algo que me ha parecido relevante de su exposición relacionado con el turismo y con las enfermedades infecciosas

y medicinas tropicales. En nuestra comunidad autónoma hemos visto esa necesidad y estamos intentando potenciar unidades de medicina infecciosa y medicina tropical. En ese sentido, ofrecemos nuestra colaboración en esta línea de investigación y de docencia con nuestros profesionales.

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

El señor **AROLA BLANQUET**: Para que me pueda contestar mejor el profesor Campos, querría matizar una de las preguntas que he hecho referida a la Escuela Nacional de Salud, cuando he hablado de las inquietudes del personal por el futuro de este centro, cuya importancia no hace falta reiterarle. Como se podía entender que podían estar implicadas las agencias cuya transferencia se indica, quería matizar la pregunta. Abusando de su amabilidad, quiero hacerle un ruego. Deseo solicitarle la memoria del CNIO de los años 1999 y 2000. Muchas gracias por su amabilidad.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar el profesor Campos.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Campos Muñoz): En primer lugar, quiero agradecer a SS.SS. que han participado en este debate las sugerencias, preguntas y el trabajo constructivo que he podido percibir en todas las intervenciones que se han realizado. Con mucho gusto, paso a contestar las preguntas que se me han formulado.

En primer lugar, quiero darles las gracias por esa percepción del ímpetu. Yo soy así en mi forma de expresión y a veces me cuesta mucho trabajo disimularla. Lo que me ocurre es que creo lo que hago. Y como muy bien ha dicho el señor Arola, eso es muy importante. Señoría, no le quepa la menor duda de que yo creo absolutamente lo que hago. Si en algún momento no lo creyese, dejaría de hacerlo. Estoy encantado con que S.S. siga la evolución, la evaluación y el seguimiento de lo que voy a hacer, porque para mí va a ser un estímulo permanente y con mucho gusto voy a intentar mantener ese ímpetu durante todo el tiempo en el que pueda desempeñar este cargo.

Contesto a la pregunta que me hace en relación con *Diario Médico*. Esta misma mañana me he visto sorprendido con la noticia. Lo que le puedo decir es que no se está valorando nada. No hay previsión de ningún tipo. Todas las actividades que desarrolla el Instituto de Salud Carlos III están orientadas al servicio de todo el Sistema Nacional de Salud. Esto es lo que se hace en este momento, lo que se va a seguir haciendo y lo que he tratado de expresar, en la modestia y síntesis que he podido, en la intervención que he tenido previamente. La orientación del Instituto de Salud Carlos III, como no puede ser de otra manera, porque así lo prevé la Ley

General de Sanidad, en la que se configura el Instituto de Salud Carlos III, es al servicio de todo el Sistema Nacional de Salud. Ésa es la actividad que ha desarrollado y desarrolla el Instituto.

En relación con el plan estratégico, el Instituto de Salud Carlos III tiene marcado claramente el rumbo por la Ley General de Sanidad y por las sucesivas decisiones que se han ido tomando a lo largo de los años para ir potenciando esta actividad de servicio hacia el Sistema Nacional de Salud. Respecto a los planes estratégicos, ya he informado y, por supuesto, con muchísimo gusto, compareceré ante esta Comisión cuantas veces tengan a bien solicitarlo, para ir dando cuenta de las actividades que se llevan a cabo en el desarrollo de este plan estratégico. De forma muy sintética, he comentado aquí que se está elaborando en este momento un plan de reforma y modernización de los laboratorios y de los centros, que tienen fundamentalmente su ubicación en Majadahonda y que van a configurar unas instalaciones que estén a la altura de nuestro tiempo. El trabajo por la salud pública de nuestro país es tan importante que no podemos permitirnos el lujo de que los laboratorios y los centros dedicados precisamente al servicio, al diagnóstico, a la evaluación, al control sanitario y a la investigación de los problemas, no ya de los de ahora sino de los que puedan surgir en el futuro, no estén en el máximo nivel posible. Vamos a dedicar los esfuerzos de inversión en lo que se llama el plan estratégico, que es una de sus líneas fundamentales de desarrollo.

Comparto con usted lo de la web, no tengo ni que decírselo. Yo soy una persona que permanentemente estoy indicando lo mismo a todas las unidades del Instituto. La web tiene que ser una estructura ágil de servicio, pero también tenemos información muy novedosa que podemos ofrecer. Somos la primera web que ofrece información sobre los biochips a todo el sistema sanitario. Eso es lo que pretendemos hacer: incorporar a la web servicios que sirvan a nuestros profesionales y a nuestros ciudadanos. Pero evidentemente, como toda estructura dinámica, la web también tiene todavía algunas pequeña lagunas que iremos resolviendo poco a poco.

En cuanto al programa de contratos y de investigadores en los hospitales, es un programa que se ha desarrollado hace poco tiempo, vamos a someterlo a un proceso de evaluación y queremos mantenerlo incorporándolo a ese conjunto de posibilidades, de modalidades de investigación que queremos ofrecer al sistema de salud, a cada hospital, a cada estructura, para que cada estructura sea protagonista y responsable de la investigación. Es decir, que un hospital elija tener contratos, otros elijan tener determinados tipos de proyectos y otros otra serie de servicios que estamos ahora elaborando. Le informo que ahora estamos en el proceso de evaluación de la convocatoria de este año. Ayer concretamente se reunió la comisión evaluadora y en este momento se está en el proceso de evaluación. Es un programa que lógicamente queremos evaluar y man-

tener, incorporándolo a esa cartera de posibilidades y modalidades de investigación que ofrecer al sistema sanitario desde el Instituto de Salud Carlos III en esa investigación extramural de la que yo antes hablaba.

Los temas relacionados con la biblioteca —y se lo digo en este poco tiempo que llevo al frente del Instituto— van a ser un objetivo fundamental de la dedicación de esta Dirección General y de este Instituto. Yo estoy absolutamente convencido, como S.S. ha comentado, de que lo que podemos ofrecer no es solamente en bibliotecas y en recursos sino, como ya he esbozado —todavía no hay diseñado ningún programa al respecto— en temas relacionados con la terminología médica que pueden ser extraordinariamente útiles no sólo para los profesionales, sino también para todos los ciudadanos.

En relación con el CNIO, efectivamente se formuló una pregunta el 11 de mayo, y el Instituto remitió la respuesta con la memoria en fecha 29 de mayo. Me sorprende que no esté disponible porque con esa fecha se remitió la memoria que se solicitaba. Yo no estaba entonces en el Instituto, pero he podido comprobar estos datos porque he revisado si había alguna cuestión pendiente y le puedo informar de que, con fecha 29 de mayo, salió del Instituto la respuesta con la memoria y con todos los datos que se solicitaban. Respecto al CNIO, le indico que la financiación prevista para el año próximo es la esbozada en la programación de actividades. En cuanto a las inversiones, figura en los presupuestos una partida de 1.546 millones para inversiones en obras y equipamientos y otra de 754 para gastos de funcionamiento, gastos corrientes, y está previsto utilizar esos fondos adicionales, de los que yo hablaba al principio, procedentes de Farmaindustria, también para completar la dotación del Instituto. En las previsiones presupuestarias no hay merma alguna de la programación ni de las actividades previstas para el Instituto. También le puedo informar, sobre la ejecución del presupuesto del año pasado, que en el programa de oncología molecular se han invertido ya 78.566.000 pesetas; en el programa de patología molecular, de los 287 millones previstos en el presupuesto se han ejecutado 196.532.000 pesetas y, en las unidades de apoyo de biotecnología, se han invertido 271.139.000 pesetas. En consecuencia, un porcentaje muy alto de lo previsto para el año 2000 ya está ejecutado y en una actividad de funcionamiento muy aceptable. El año pasado se estableció una comisión asesora de la fundación, formada por un conjunto de científicos, que va a proceder periódicamente a la evaluación de las actividades porque, como bien ha dicho y he comentado en mi intervención, la evaluación es un proceso fundamental de todo tipo de actividad y mucho más cuando esa actividad se realiza con fondos públicos.

Quizás sea un pequeño defecto profesional, pero tengo muy presente —es algo que no he olvidado desde que era estudiante de medicina— algo que leí de Cajal.

Quizás la expresión sea un poco decimonónica porque es la que utilizó Cajal, pero es la suya y por tanto la voy a repetir. Dice Cajal: «Veo a través de cada moneda recibida la tez curtida del campesino que sufraga nuestros lujos académicos y científicos». Lo tengo absolutamente grabado desde que era estudiante, presente en mi vida profesional y ahora como gestor público. Y digo más. Hoy día, afortunadamente, nuestra sociedad ya no considera un lujo, ni académico ni científico, la investigación —fíjese la importante evolución que hemos tenido en nuestro país en estos últimos años—, pero tenemos que seguir viendo la cara de cada contribuyente en cada moneda recibida. No le quepa la menor duda de que, desde esta Dirección General, voy a seguir, de forma absolutamente pormenorizada, cada peseta recibida.

En relación con las líneas estratégicas básicas y clínicas, por las que me ha preguntado también, estos programas están orientados —algunos de ellos mucho más— hacia la actividad de tipo básico, concretamente los relacionados con la oncología molecular, pero el programa de patología molecular está muy incardinado en la colaboración clínica. ¿Por qué? Porque está absolutamente incardinado y coordinado con lo que se llaman los bancos de tumores. La presentación de este programa se va a realizar el próximo mes y se está empezando a desarrollar. El banco de tumores ha comenzado de forma muy activa en la Comunidad de Madrid, pero se está empezando a desarrollar poco a poco. El otro día estuve en Lleida, pues estamos trabajando en el banco de tumores en Lleida, por poner un ejemplo de otra comunidad autónoma, y en Andalucía; así, poco a poco, vamos a ir desarrollando este programa precisamente para que estas inversiones en patología molecular sean absolutamente rentables al sistema y sirvan, además, para establecer mecanismos de pronósticos que van a ser extraordinariamente útiles para la investigación del desarrollo de la enfermedad cancerosa.

En la sesión anterior, a la que he tenido la oportunidad de asistir, se ha hablado del importante modelo de la Organización Nacional de Trasplantes. Ojalá algún día podamos hablar del importante modelo de los bancos de tumores en el programa de patología molecular. Yo, desde luego, haré todo lo posible por que eso sea una realidad; por lo menos, lo intentaré con las modestas fuerzas que pueda tener para ello.

Me pregunta también S.S. sobre el avance en universidades y hospitales. Creo que ya he contestado con este comentario, pero añado que, en relación con las universidades, lo que pretende la Subdirección General de Planificación y Coordinación Docente es establecer esa coordinación con todos los centros del Instituto, incluido el CNIO, de forma que el CNIO es ya un departamento, también docente, de nuestro Instituto de Salud Carlos III. Ya se están programando participaciones en cursos y programas de doctorado, formación de residentes en anatomía patológica, etcétera. Todo esto

entra dentro de esa programación a la que yo hacía referencia en mi intervención. Esperamos que por el CNIO roten los residentes en anatomía patológica y los especialistas que quieran reciclar sus actividades de formación en anatomía patológica, es decir, que no sea solamente un centro de investigación, sino que sea un centro que preste asistencia y que, además, haga docencia. Creo haber contestado razonablemente a sus preguntas. Si alguna no ha quedado resuelta, en su momento procuraré aclarársela con más detalle.

Quiero darle las gracias, por su apoyo, al diputado don Antonio Gutiérrez, al que, como él ha dicho, me unen lazos afectivos muy grandes y comunes y con el que comparto sus preocupaciones, las ilusiones que ha expuesto aquí y su apoyo en los programas que venimos desarrollando. No le quepa ninguna de que Melilla va a estar presente en esos programas que se van a desarrollar en relación con la medicina tropical y las enfermedades emergentes. Quiero agradecerle también su apoyo a esa iniciativa de incorporar a los alumnos al Instituto de Salud Carlos III. Como bien se ha comentado en la intervención anterior del señor Arola, el Instituto de Salud Carlos III está (yo lo he dicho y él ha insistido mucho en ello) al servicio de todo el sistema de salud. Es necesario que los estudiantes de ciencias de la salud se incorporen a nuestro Instituto, lo conozcan y sepan lo que hace el Instituto, porque solamente desde el conocimiento es posible amar algo (si no se conoce, difícilmente se ama), y si no se conoce y se ama algo, difícilmente se utiliza al servicio de la comunidad, en este caso haciendo partícipes a los alumnos.

A la señora Julios Reyes le agradezco todas sus palabras, su estímulo y su apoyo, y quiero resaltar algo en lo que estoy absolutamente de acuerdo. Hay que equilibrar la investigación porque, a veces, se nos va, a todos (quizá porque parece lo natural), hacia la investigación de excelencia. Pero yo parto de un concepto elemental. Si no somos capaces, desde el Instituto de Salud Carlos III, desde la Administración, de impulsar, de llevar el aliento de la investigación hasta el último rincón del Sistema Nacional de Salud, no estamos cumpliendo con nuestro propósito, porque sólo quien tiene esa sensibilidad por la investigación es capaz de ser un profesional que atienda mejor a sus enfermos, que haga mejor asistencia. Sólo teniendo sensibilidad por la investigación se puede alcanzar un grado en la asistencia verdaderamente más eficaz. Por eso, tenemos que proyectar la investigación a todos los niveles y es importante tratar de hacerlo. Uno de los momentos en los que estoy disfrutando más de la actividad que desarrollo es cuando voy a los hospitales, cuando voy a los centros de salud, cuando puedo transmitir todo esto a los médicos, a los enfermeros, a las personas que están allí, porque sé que eso puede ser fundamental para la mejora de su calidad asistencial. En cuanto al equilibrio, una de las líneas que usted ha comentado es la investigación epidemiológica, que es una de las cuatro

grandes áreas a las que precisamente hemos adaptado la convocatoria de los proyectos del FIS, porque es una de las líneas prioritarias establecidas en el plan nacional por el Gobierno. En consecuencia, ésa ha sido una de las líneas en la que los investigadores han tenido que presentar sus proyectos y han tenido que canalizar su actividad investigadora. Por otra parte, en las tecnologías sanitarias, la evaluación es fundamental. Nosotros estamos por impulsar al máximo la Agencia de evaluación de las tecnologías sanitarias, por darle todo el soporte estadístico y matemático que necesita, para que las evaluaciones que se hagan tengan ese soporte y tengan un verdadero substrato científico a la hora de incorporarse y de incorporarse al sistema de salud.

Por otra parte, le agradezco la mención a esa financiación, que este año son 110 millones y que está previsto que para el año que viene sea un poquito más, si las Cortes aprueban el presupuesto. Vamos a poder impulsar en todo el sistema de salud —es una de las labores más importantes del Instituto Carlos III, proyectarse en todo el sistema— este programa, que permita que evaluadores de distintos lugares evalúen las tecnologías que hacen, los servicios que hacen, y luego los ofrezcan a todo el sistema. Por supuesto, la colaboración con la Comisión interterritorial —lo he dicho en mi intervención y lo repito ahora— es absolutamente fundamental.

Me decía algo importante y que me gustaría aclarar: la investigación en algunos problemas de riesgo. A eso es precisamente a lo que se dedica otro de los programas de la investigación extramural, las becas del Instituto Carlos III. Queremos que sean becas prioritarias, queremos establecer la prioridad y, sobre esa prioridad, dedicar becarios profesionales a estudiar ese problema concreto en los sitios donde haga falta. A eso vamos a dedicar las becas de investigación del Instituto Carlos III. Se dice ahora: me alegra mucho que me haya hecho esa pregunta. Pues sí, me alegra que me haya hecho esa pregunta porque me permite decir esto que estoy diciendo, que no he dicho en mi intervención porque es muy limitada. Ahora le digo: sí, vamos a utilizar las becas del Instituto Carlos III para estudiar esos problemas, para ir a los sitios donde están y llevar allí los fondos públicos a investigar y a tratar un problema.

Me habla de la heterogeneidad entre unas instituciones y otras. Le voy a decir algo que he comentado ya brevemente en mi intervención, pero ahora insistiré en

ello. La investigación del futuro es una investigación en red, tiene que ser una investigación en red, no se puede hacer una investigación en un sitio sólo. El CNIO, el Instituto de Investigaciones Cardiovasculares, cualquier centro se equivocaría si considera que la investigación es sólo en su sede. Hoy la investigación tiene que ser en red, tiene que ser en unión con otros grupos que están trabajando sobre esos temas, con sus matices, con sus posibilidades; pero todos ofrecen alguna posibilidad. Por eso es importante trabajar en red y por eso es importante que ofrezcamos programas, que incentivemos a los investigadores, en esas modalidades de la que yo le hablaba, para que trabajen en red. Lo van a hacer y lo vamos a hacer. Y no le quepa la menor duda de que en esa investigación en red van a estar, además, las unidades de medicina tropical y enfermedades emergentes. Ya lo he indicado también muy someramente en mi intervención, pero eso es lo que esperamos hacer en el futuro.

No sé si he podido contestar a todas las preguntas; creo haberlo hecho. En cualquier caso, estoy permanentemente a disposición de todos los miembros de esta Comisión, señor presidente, no sólo en la Comisión, sino en el Instituto Carlos III, para todo lo que quieran, para todo lo que sea menester, sin ningún tipo de limitación.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director general del Instituto de Salud Carlos III, profesor Campos, por la ardorosa y amorosa defensa que ha hecho de su instituto, que yo creo que hará que los portavoces de los distintos grupos parlamentarios, cuando lean detenidamente su intervención y la réplica posterior, mediten sobre su intervención y posiblemente pidan su comparecencia a plazo medio o corto. Será una satisfacción para los miembros de la Comisión, estoy plenamente convencido, contar con su presencia. Su comparecencia ha sido —es mi opinión personal— brillante, instructiva e ilusionante, en un mundo que es apasionante. Nos ha hecho a todos concebir esperanzas de que su tarea tenga un final muy próspero en beneficio de toda la sociedad.

Ha sido una tarde larga, pero provechosa.

Se levanta la sesión.

Eran las ocho y cinco minutos de la noche.

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**
Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid
Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**