CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2001 **VII Legislatura** **Núm. 162**

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 9

celebrada el jueves, 22 de febrero de 2001

Página

ORDEN DEL DÍA:

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

— **El conjunto de medidas adoptadas para la reducción de listas de espera de cirugía y pruebas diagnósticas. A petición propia. (Número de expediente 214/000032)** **4656**

— **Actuaciones en salud pública de todo tipo realizadas por el Gobierno frente a los casos de «legionella» producidos en diversos puntos del país. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000244)** **4672**

Se abre la sesión a las cuatro y treinta y cinco minutos de la tarde.

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

— EL CONJUNTO DE MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000032)

El señor **PRESIDENTE:** Buenas tardes, señorías. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con la comparecencia de la señora ministra. En primer lugar, comparecencia, a petición propia, para explicar el conjunto de medidas adoptadas para la reducción de listas de espera de cirugía y pruebas diagnósticas.

Cuando quiera, tiene la palabra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Buenas tardes a todos, diputadas y diputados. Señorías, efectivamente comparezco ante ustedes para informar sobre las medidas adoptadas para la reducción de listas de espera en cirugía, consultas y pruebas diagnósticas.

Como recordarán SS. SS., en mi comparecencia ante esta Comisión el pasado 13 de junio, para explicar las líneas generales de la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, dije que íbamos a impulsar las transferencias de las competencias correspondientes a la gestión de la asistencia sanitaria a aquellas comunidades autónomas, 10 en concreto, que aún no las tenían. El proceso de negociación está en marcha, a buen ritmo, y creo que va por muy buen camino, de tal suerte que el próximo año —desde luego el siguiente es seguro—, cuando venga a esta Comisión a informar sobre el balance de lo ocurrido el año anterior en materia de listas de espera, habrá determinadas zonas sobre las que ya no tendré que informar porque habrán dejado de pertenecer a lo que llamamos territorio Insalud. Como ya ocurre hoy en siete comunidades, corresponderá a los respectivos parlamentos autonómicos la responsabilidad de controlar la gestión de las distintas consejerías de sanidad en esta materia, pero hoy todavía el 39 por ciento de la población reside en comunidades autónomas que no tienen transferidas las competencias de gestión sanitaria. Corresponde al Insalud la asistencia sanitaria y, por tanto, a esta ministra informar a SS. SS. del desarrollo de las actuaciones y proyectos referidos a las listas de espera.

Señorías, lo he dicho ya muchas veces, pero no me cansaré de repetirlo: en España disponemos de un buen sistema sanitario público. Eso es lo que yo pienso y lo que opina una gran mayoría de los españoles, como demuestran las sistemáticas investigaciones sociológicas que se realizan cada año a través de los barómetros sanitarios del Centro de Investigaciones Sociológicas, pero también sabemos, por esas mismas investigaciones, que los aspectos más negativos en la valoración de los españoles son los concernientes a las listas de espera.

Como SS. SS. recordarán, yo tuve una rápida noticia —digo rápida porque fue inmediatamente después de asumir las competencias y responsabilidades de este Ministerio— de la alarma social creada por las demoras de intervenciones de cirugía cardiaca. Creo que tuvimos una adecuada reacción al problema, un plan de choque de tres meses, de cuyos resultados informé a SS. SS. en mi comparecencia del mes de octubre. Si bien es cierto que hay patologías que, por su gravedad, precisan una atención prioritaria, no es menos cierto que los ciudadanos no pueden entender que, aunque su proceso no revista gravedad, tengan que pasar meses sin que se les atienda. Nunca debemos olvidar que, detrás de las frías cifras de las listas de espera, ya sean éstas de cirugía, de consultas o pruebas diagnósticas, hay personas; que detrás de cada número hay un hombre o una mujer repleto de incertidumbres sobre su salud e incluso sobre su propia vida. Para reducir las listas de espera, la mejor solución es aumentar la productividad del sistema, manteniendo siempre los estándares de calidad. En este sentido, les informo que el número de intervenciones programadas en el territorio Insalud durante el pasado año fue de 796.233, frente a las 751.564 de 1999, es decir, se hicieron 44.669 intervenciones programadas más, lo que representa un incremento del 5,94 por ciento. Si manejamos otras ratios, podemos decir que hemos pasado de 4,01 intervenciones quirúrgicas por quirófano programadas y día hábil en 1999, a 4,06 en el año 2000 o también que, de las 50,34 intervenciones quirúrgicas programadas por cada 1.000 habitantes en el año 1999, hemos pasado a 52,44 por mil habitantes en el año 2000. También han aumentado las intervenciones quirúrgicas urgentes en relación con las realizadas en 1999, concretamente en 4.859 casos, lo que representa un incremento del 3,27 por ciento. Por tanto, es evidente que en materia de intervenciones quirúrgicas la productividad del sistema ha crecido respecto al año anterior en niveles muy notables.

Otro punto necesario a señalar en esta comparecencia es lo que se refiere a consultas externas y pruebas diagnósticas. En ese sentido debo señalar a SS.SS. que se han atendido un total de 21.827.658 pacientes en consultas externas, habiéndose realizado, respecto al año 1999, 284.557 consultas más, lo que supone un incremento del 1,32 por ciento. Asimismo, en pruebas diagnósticas de resonancia magnética, TAC, ecografías y mamografías se han realizado un total de 2.461.504; sólo en ecografías se han realizado, a lo largo del año 2000,

1.246.224. Ahora bien, a 31 de diciembre del año 2000, un total de 158.228 pacientes tenían una indicación de intervención quirúrgica desde el día cero de indicación, es decir en lista de espera, y de ellos 2.826 presentan una espera superior a seis meses, estando la demora media situada en 67 días. Pero hay tres hospitales que prácticamente absorben el número de enfermos en lista de espera de más de seis meses, los 2.826 de los que le hablaba: El hospital Doce de Octubre, con 1.023; el hospital Marqués de Valdecilla, con 774, y el hospital Valle del Nalón, con 404, que alcanzan un total de 2.201 pacientes en lista de espera de más de seis meses, lo que representa un porcentaje del 78 por ciento del total de pacientes que esperan cirugía durante más de seis meses. Tanto el hospital Doce de Octubre, de Madrid, el hospital Marqués de Valdecilla, de Santander, y el hospital Valle del Nalón están sufriendo obras de suma importancia, lo que ha impedido que hayan podido situarse en los niveles de productividad del resto de los hospitales, si descontamos los pacientes de estos hospitales, que han tenido y tienen quirófano en obras, habiéndose finalizado el año con 625 pacientes de más de seis meses en lista de espera quirúrgica, que era el objetivo que nos habíamos marcado para final de año. Una vez finalizadas estas obras, se podrá contar con unos hospitales que den perfecta respuesta a las necesidades asistenciales de la población que atienden.

Un dato importante a destacar, y que dio lugar a una comparecencia monográfica, como he dicho antes, es la cirugía cardiovascular. La demora media en esta cirugía es de 30 días, y sólo 28 enfermos esperan más de dos meses, frente a los 602 que teníamos antes del inicio del plan de choque. Es decir, no sólo funcionó el plan de choque, sino que está funcionando bien el plan de mantenimiento. Las intervenciones quirúrgicas han sido realizadas en un 84,4 por ciento en hospitales propios, en jornada ordinaria; el 3,4 por ciento en hospitales autoconcertados propios, en jornada de tarde; el 5,02 por ciento en hospitales de apoyo propios del Insalud y el 6,7 por ciento en centros concertados.

Analicemos ahora las demoras en pruebas diagnósticas. A 31 de diciembre, para este tipo de pruebas, la demora media se sitúa en 29 días para ecografías; 50, para mamografías; 20, para TAC, y 57, para resonancia magnética. La demora máxima se sitúa en 70, 54, 66 y 62 días respectivamente. La demora media global de primeras consultas en las distintas especialidades ha sido de 28 días, presentándose las demoras mayores en las siguientes especialidades: alergia, 42 días; dermatología, 31 días; neurología, 43 días; reumatología, 42 días; oftalmología, 41 días; ginecología, 45 días, y cirugía maxilofacial, 48 días. Considero importante destacar el esfuerzo que se ha realizado en la especialidad de oncología, ya que en la actualidad, los pacientes que acuden a ella no tienen una demora mayor de una semana en su atención. En radioterapia existe una demora media de 19 días.

Se ha realizado un gran esfuerzo por parte de todos los que han participado en esta gestión, a ellos se debe la mejora en la situación y a ellos hay que reconocérselo. Ahora bien, los ciudadanos, señorías, siguen percibiendo que existen demoras, y a esto debemos dar una respuesta eficaz. Para ello se ha diseñado lo que a partir de este momento voy a denominar programa Avance del Insalud. Este programa se ha configurado para que alcance tres objetivos: avanzar en la capacidad de elección del paciente, avanzar en la consecución de los objetivos de reducción de demoras y avanzar en la modernización de nuestras estructuras de funcionamiento hospitalario. Nuestro fin último es conseguir un modelo con libertad de elección, en el que ciudadanos más y mejor informados encuentren niveles elevados de calidad en todas las dimensiones sanitarias, acceso más rápido a los servicios elegidos y trato personalizado. Con este programa no sólo se pretende mejorar la calidad del servicio prestado al ciudadano, sino que, insisto, se quiere aumentar la libertad de elección de los ciudadanos para recibir asistencia sanitaria.

De igual manera, el programa Avance establece una serie de objetivos a cumplir en lo que se refiere a listas de espera quirúrgicas, que son los recogidos en el contrato de gestión de atención especializada para el 2001: que la demora media, a 31 de diciembre de 2001, se sitúe en 55 días; que la demora máxima durante todo el ejercicio para el conjunto de las intervenciones sea de seis meses, con la excepción de las intervenciones de cirugía cardiaca, cuya demora máxima será tan sólo de dos meses. En cuanto a consultas externas, serán los siguientes: que a 31 de diciembre de 2001 los pacientes remitidos por primera vez a consultas externas de atención especializada, procedentes bien de atención primaria o bien de la propia atención especializada, sean citados en el plazo máximo de 60 días, y que la demora media para ser atendido sea inferior o igual a 15 días y, lo más importante, que estos objetivos se mantengan en el tiempo. Asimismo, que las citas para las revisiones a las que tenga que someterse el paciente como consecuencia de estas primeras consultas sean siempre en los plazos adecuados al proceso clínico. En lo referente a exploraciones diagnósticas, nuestro objetivo es llegar a que la demora media para mamografía, TAC y resonancia magnética no supere los 18 días, y para ecografías, los 20 días. En pacientes con sospecha de patología maligna se establece en este programa que la demora máxima para TAC, resonancia magnética y ecografía no supere nunca los 20 días, para los tres procesos neoplásicos malignos de mayor prevalencia en cada área sanitaria. Asimismo, en base al programa que se presenta, la demora máxima para mamografía con sospecha de patología maligna será de 15 días durante todo el año 2001. Pretendemos reafirmar la capacidad de elección de los pacientes para que elijan el hospital

para ser intervenidos quirúrgicamente en los siguientes procesos, que son los más frecuentes en las listas de espera quirúrgicas. Me estoy refiriendo, señorías, a cataratas, hernia inguinal, osteoartrosis y enfermedades afines, prótesis de cadera y rodilla, varices, hallus valgus, artroscopias, hernias abdominales, colelitiasis, síndrome del túnel carpiano, trastornos sinobiales y del tendón, hiperplasia prostática, extracción de amígdalas y adenoides.

La lista de hospitales y servicios elegidos por los ciudadanos incluirán centros propios del Insalud y centros concertados, aunque se dará preferencia a los centros propios, lo cual implicará que los hospitales de apoyo tendrán que incrementar considerablemente su actividad. De igual manera, cuando en el hospital del facultativo que haya indicado la intervención quirúrgica se prevea que la misma no va a ser realizada en el plazo de 120 días, desde el momento en que el facultativo realice la solicitud de inclusión en lista de espera y el paciente lo acepte, se le ofertará la posibilidad de ser derivado a otro centro, preferiblemente propio, o concertado en segundo lugar. Como es lógico, en el centro de derivación tendrá que ser intervenido necesariamente en este período de tiempo. En este supuesto concreto se le ofertarán al paciente dos posibilidades distintas de elección, al menos una necesariamente en una provincia limítrofe dentro del territorio Insalud. Si el paciente no acepta, y a los cuatro meses de su inclusión en lista de espera no ha sido todavía intervenido, y se prevé que no vaya a serlo dentro del plazo máximo de seis meses desde su inclusión en la lista de espera, se le volverá a ofertar la posibilidad de derivación. El programa recoge que la inclusión en el catálogo de centros elegibles de los hospitales propios del Insalud se hará de acuerdo con los siguientes requisitos: el carácter de elegible irá asociado al servicio o especialidad, no al conjunto del hospital; deberá haber acuerdo mayoritario del personal facultativo de ese servicio; para poder recibir pacientes de otros hospitales, el servicio deberá ser capaz de garantizar que opera a sus pacientes propios del área sanitaria con los recursos que ya tenga asignados y en un plazo máximo de 120 días. Una vez que el paciente formaliza la elección, el centro elegido deberá comprometerse a intervenirlo en un plazo máximo de 70 días. Las derivaciones se realizarán a través de las direcciones provinciales del Insalud, que se responsabilizarán del cumplimiento de los plazos de intervención cuando un paciente sea derivado. Asimismo, se responsabilizarán de que no exista selección adversa por parte de los mismos.

Además, en este programa, a nivel de nuestros hospitales, se establecen una serie de actuaciones para reducir las demoras que son principalmente las siguientes: Seguimiento estricto de la guía de gestión de listas de espera quirúrgicas elaboradas por un grupo de expertos del Insalud; incremento de la actividad; reducción de la estancia media preoperatoria y postoperatoria; incremento de la cirugía mayor ambulatoria; gestión de la estancia media en los procesos quirúrgicos para aumentar la eficiencia donde sea posible; mejora de la gestión de la demanda y disminución de la viabilidad de la práctica médica, analizando el resultado de indicaciones y actualizando de acuerdo con este análisis y la evidencia científica los protocolos de indicación quirúrgica de los procesos más prevalentes en lista de espera quirúrgica, manteniendo los niveles de seguimiento de los protocolos elaborados en colaboración con las sociedades científicas que en este momento están por encima del 90 por ciento; establecimiento de objetivos mensuales de situación de listas de esperas quirúrgicas, calculados a partir de la previsión de entradas mensuales, exigencias de un cumplimiento superior al 90 por ciento de los objetivos mensuales, de situación, en lista de espera quirúrgica de cada hospital. De igual manera, se reordena la actividad fuera de la jornada ordinaria y se seguirá operando por las tardes en la mayoría de nuestros hospitales.

Para conseguir los objetivos de reducción de demora de consultas externas, hay previstas las siguientes actuaciones estructurales: Aumentar un 2,5 por ciento la actividad de primeras consultas en el global del sistema del Insalud; mantener y reducir cuando sea clínicamente posible el índice de consultas sucesivas sobre las primeras consultas; seguimiento estricto de la guía de gestión de consultas externas, recientemente elaborado por un grupo de expertos del Insalud; aumentar el grado de resolución ambulatoria, tanto en atención primaria como de la propia atención especializada, continuando con la protocolización de la derivación a consultas externas, evaluando el 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 atención especializada; el estrecho seguimiento de las mismas por ambas gerencias y el seguimiento del mutuo cumplimiento de las mismas por las direcciones provinciales del Insalud, y para facilitar esto se seguirán protocolizando las derivaciones a consultas y se realizará una evaluación continuada de la adecuación de las mismas. Se incrementará el porcentaje de agendas de consultas informatizadas para tener automatizada la cita y la captura de actividad. Además se prevén actuaciones como en las listas de espera quirúrgicas, para disminuir la variabilidad de la práctica clínica, tal como el establecimiento de protocolos entre atención primaria y atención especializada. Se establecerá un sistema de alarmas de los resultados de explotaciones complementarias solicitadas en la primera consulta por si fuera preciso adelantar la cita de la revisión.

El estudio preoperatorio de pacientes programados se realizará ambulatoriamente y con el modelo de alta resolución. Los estudios ecográficos tocoginecológicos se tenderán a realizar en la misma cita de consulta en aquellos servicios de tocoginecología que incluyan este

procedimiento en su cartera de servicios. Se dimensionarán las agendas y se iniciarán actuaciones de gestión por procesos de manera coordinada entre la atención primaria y la atención especializada, y se continuará realizando la actividad de tardes de la misma manera que la referida al señalar las actuaciones sobre la lista de espera quirúrgica. También, señorías, habrá actuaciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica, se redimensionarán las agendas allí donde sea preciso y se elaborará en colaboración con la Sociedad Española de Radiología una guía de diagnóstico por imagen, así como la informatización de las agendas de los servicios de diagnóstico por imagen. Se profundizará en todas las actividades recogidas en el Plan integral de atención a la mujer, incidiendo de manera especial en las exploraciones mamográficas dentro del grupo de edad recogido en el Plan, para lo cual seguiremos realizando actuaciones conjuntas con la Asociación Española contra el Cáncer y con las comunidades autónomas. Será preciso recurrir, como ya se viene haciendo, a actividades concertadas de acuerdo con los contratos marco publicados por el Insalud.

Para finalizar, señorías, quiero incidir en lo mismo que ya he señalado en esta Cámara con motivo de otras comparecencias. Debemos dar debida respuesta a la fidelidad demostrada al sistema público de salud por los ciudadanos. Nos enfrentamos a un tema complejo. Aspiramos a mejoras continuadas y progresivas, aunque debemos establecer prioridades en función de la gravedad de las patologías. Será difícil llegar a unos niveles óptimos de satisfacción en esta materia pero debemos de luchar porque sea óptimo el tiempo de respuesta a cada patología en función de la gravedad.

Muchísimas gracias, señorías.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señora ministra. ¿Grupos que desean intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Gracias, señora ministra, por comparecer en la Comisión de Sanidad a explicarnos la situación de las listas de espera de cirugía, consultas externas y pruebas diagnósticas, tal como quedó en la Comisión de Sanidad, que se celebró en el mes de octubre del año 2000.

Antes de entrar en materia, me gustaría hacer una consideración previa. Desde el mes de mayo del año pasado, el Grupo Socialista viene pidiendo al Gobierno, al Ministerio de Sanidad, al Insalud, datos de listas de espera de cirugía, de pruebas diagnósticas, de consultas externas, por comunidades autónomas y por hospitales. Es cierto que en el mes de julio, exactamente el día 14 de julio, nos llegó la información pedida referida 31 de mayo del año 2000, pero a partir de ese mes no hemos vuelto a tener información de su Ministerio, del Gobierno de la nación con respecto a las personas que están esperando para ser operadas, para que las vea un especialista o para que les hagan una prueba diagnóstica, y no solamente del número de personas sino, lo que más nos preocupa, de los tiempos reales que esas personas tienen que esperar para solucionar su problema de salud. Señora ministra, la contestación para no mandarnos la información es la siguiente: Dada la complejidad de la recogida de información y al no encontrarse actualmente totalmente informatizada la gestión de las listas de espera, sería prematuro adelantar datos fundamentalmente en la distribución de pacientes por tramos de espera. Los datos referidos al 31 de mayo, sí nos los enviaron, y no tenían el sistema totalmente informatizado ni terminado. Usted nos acaba de exponer unos datos que con independencia de la veracidad o no de los mismos usted los tiene, por lo que me gustaría que nos explicara por qué el Ministerio de Sanidad se niega a dar datos al Parlamento sobre personas que están en lista de espera y tiempos que esperan para hacer cualquier prueba, intervención quirúrgica o consulta externa.

En segundo lugar, me gustaría, señora ministra, reafirmar la postura del Grupo Socialista, que creo que nadie puede tener dudas de ella, de la bondad y del apoyo al sistema sanitario público derivado de la Ley General de Sanidad. Compartimos, señora ministra, y me alegro además que usted se reafirme en la misma posición: que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios. Pero cuando hay alguna deficiencia, cuando existe alguna cosa que funciona mal, sobre todo para los ciudadanos, habrá que poner los medios precisos para corregirlos. Si estamos hablando en estos momentos de listas de espera, señora ministra, es precisamente porque nos preocupan aquellos ciudadanos que están esperando excesivo tiempo para solucionar su problema de salud y la permanencia prolongada en la lista de espera produce efectos negativos para los ciudadanos, para los familiares e incluso para el propio sistema sanitario. La ansiedad y el malestar que causa a las personas que no conocen, ni tienen posibilidades en muchos casos de conocer, cuándo pueden ser atendidos, tiene que evitarse, pero las repercusiones que para el sistema sanitario público tienen las demoras excesivas incrementan los costes, porque muchas veces los tratamientos, cuando una persona lleva ya excesivo tiempo esperando, son más complicados o las intervenciones son más complejas. En el Grupo Socialista nos importa sobre todo que los tiempos de espera se reduzcan sustancialmente, que el número de personas en listas de espera sea el menor posible, pero sobre todo que los tiempos de espera se reduzcan de manera sustancial.

Señora ministra, hay muchas interpretaciones con respecto a cuál es el tiempo real que en este momento hombres y mujeres de este país tienen que estar esperando para ser atendidos en el sistema sanitario y cuál sería el tiempo aceptable para cada una de las patologías

sin tener que sufrir esas demoras excesivas. En Inglaterra publicaban un reciente trabajo sobre la demora media hasta la primera visita de las pacientes que eran remitidas de forma urgente por sospecha de cáncer de mama, y la cifraban en nueve días; en nuestro país un reciente estudio realizado en ocho hospitales de Asturias ponía en evidencia que un 25 por ciento de las mujeres con cáncer de mama habían esperado más de seis meses para el diagnóstico. Esto es absolutamente inaceptable si queremos que la prevención, en este caso del cáncer de mama, sea una realidad. Con lo cual hay que dar soluciones, señora ministra, y las tiene que dar usted, porque le recuerdo que en el ámbito del Insalud usted es la responsable de la asistencia sanitaria de las personas que todavía dependen del Ministerio de Sanidad.

Antes de dar soluciones hay que conocer en qué situación real nos encontramos; antes de dar soluciones tenemos que saber cuál es el compromiso político del Gobierno de la nación con respecto a los recursos que está dispuesto a poner sobre la mesa para invertir en sanidad, hay que aprovechar de una manera más eficiente los recursos para que los ciudadanos se sientan más protegidos, y ustedes, de momento, ni dan información al Parlamento, ni dan información a las comunidades autónomas, ni han explicado qué recursos piensan poner sobre la mesa de forma adicional para poner en marcha estos servicios de refuerzo. Señora ministra, la verdad es que me da la sensación de que lo único que hace usted es venir a explicarnos la diferencia entre el ser y el deber ser. Yo le voy a hablar del ser, porque usted nos ha hablado del deber ser.

Cuando escucho lo que usted nos comenta, cuando recuerdo lo que el anterior ministro de Sanidad permanentemente explicaba a bombo y platillo sobre la reducción drástica de las listas de espera y veo los datos reales de lo que está ocurriendo, lo único que se me ocurre es que todos sus esfuerzos los dedican a inventar cómo maquillar las listas de espera.

Al final de la legislatura pasada habían establecido ustedes el objetivo —que, por cierto, vuelve a aparecer otra vez este año en los Presupuestos Generales del Estado— de fijar el tiempo máximo para intervenciones quirúrgicas en seis meses. Ese es un objetivo institucional, lo establecieron también durante la legislatura pasada y además exactamente con el mismo plazo, pero para lograr este objetivo institucional pusieron ustedes en marcha el sistema de que cuando una persona entre en lista de espera es porque otro ha salido previamente, es decir, el mismo sistema que cuando entramos a un parking y está completo, entra uno cuando sale otro; y además con las recomendaciones de que los pacientes que fueran revisados en consulta no fueran incluidos de forma inmediata en las listas de espera quirúrgica, para que el cuadre a 31 de diciembre, desde el punto de vista de la estadística, les resultara favorable. No contentos con eso, y para enrevesar un poco más, introducen ustedes otro indicador estadístico que me gustaría que nos explicara, señora ministra; el tiempo de demora medio en comparación con el tiempo de espera media. Sinceramente, señora ministra, le pido que nos explique la diferencia que existe entre estos indicadores que ustedes pusieron en marcha para establecer el cómputo de las listas de espera.

Señora ministra, a partir del verano del año pasado, cuando le estalló en las manos el tema de las listas de espera de cirugía cardíaca, se constituyeron varios grupos de trabajo en el propio Ministerio para establecer los sistemas de información, de listas de espera, para homogeneizar los criterios, para estudiar qué cantidad de dinero era necesario implementar en las comunidades autónomas para poder hacer frente a uno de los mayores problemas del Sistema Nacional de Salud y, a pesar de que estos grupos de trabajo están trabajando y están haciendo propuestas, no sabemos todavía qué medidas se han tomado desde el Ministerio con respecto a este tipo de recomendaciones.

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Señor presidente, si después de estar esperando cuatro meses para poder hablar en el Parlamento de listas de espera nos limita tanto el tiempo…

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín, yo no limito el tiempo. Usted ha consumido exactamente el 50 por ciento más del tiempo que le corresponde según el Reglamento de la Cámara. Este presidente no ha hecho el Reglamento. Yo le he pedido a usted con buenas formas que vaya concluyendo. Le ruego que vaya concluyendo.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Voy a ir concluyendo, señor presidente.

Le voy a hablar de lo que es el ser y de lo que es la realidad de los pacientes que están en listas de espera, en contraposición con el cuento de la lechera que nos ha contado la señora ministra. Por ejemplo, datos del día 15 de febrero del año 2001: alergología, área de salud de Toledo, tiempo de espera mínima, un año; ginecología, no se cita, porque está la agenda cerrada. También me gustaría que nos explicara la señora ministra qué es eso de que está cerrada la agenda. Prefiero la transparencia absoluta, que la gente sepa que tiene que estar esperando un año o año y medio antes de que desde el servicio público sanitario le digan a una persona que está cerrada la agenda y que vuelva a llamar dentro de cuatro años. Con respecto a las pruebas que usted comentaba, señora ministra, las ecografías, once y doce meses de espera para hacerse una prueba de una ecografía, datos del día 15 de febrero de 2001; y en Castilla-La Mancha, señora ministra, en los últimos seis meses del año 2000 se ha incrementado en un 40

por ciento la lista de espera de más de tres meses. A mí me gustaría que también nos explicara la señora ministra el porqué están ocurriendo estas cosas y, sobre todo, qué medios se van a poner desde el Ministerio de Sanidad para no seguir engañando a los ciudadanos; para que las listas de espera sean absolutamente transparentes; para que la señora ministra nos informe de forma detallada de cuántos conciertos se han hecho con clínicas privadas para sacar adelante las listas de espera; qué coste ha supuesto ese tipo de conciertos; cuántos quirófanos se han abierto por la tarde en los hospitales del Insalud; cuántas unidades de cirugía ambulatoria se han puesto en marcha de un año a esta parte; y, sobre todo, cuando nos dé los datos y las cifras a que usted hacía referencia, nos gustaría que fuera por grupos de diagnóstico relacionados, porque no se puede meter en el mismo saco una operación de cirugía que una de un juanete, hay mucha diferencia, señora ministra, sobre todo no porque nos interesen, que también nos interesan, sino porque los ciudadanos tienen que tener absoluta transparencia de lo que está ocurriendo con las listas de espera y qué medios se están poniendo en marcha para solucionar este gravísimo problema que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud.

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

La señora **CASTRO FONSECA:** Bienvenida, ministra, y gracias por su comparecencia.

Esto de las listas de espera es como un cuento que me contaba mi madre de pequeña: ¿quieres que te cuente el cuento de las medias azules? Sí. ¿De verdad quieres que te cuente el cuento de las medidas azules? Así se pasaba mi mamá media hora entreteniéndome. Sinceramente, creo que tenemos que ser más serios y más rigurosos todos, porque éste es un problema grave que afecta al conjunto de los españoles.

Las listas de espera del sistema sanitario público para recibir atención sanitaria son múltiples y variadas, y como el Gobierno del PP se pasa la vida diciendo que la oposición sólo hace demagogia y no trabaja, hoy me he esforzado en ser muy rigurosa y voy a intentar dejar claro que, efectivamente, hay fraude cuando se habla de listas de espera, no sé si intencionado o por otras causas, pero lo hay. Existen las listas de espera como manifestación normal, es decir, estar en lista de espera para recibir asistencia sanitaria puede ser algo positivo, ya que supone de hecho el reconocimiento de un derecho, que es el derecho a recibir asistencia. Hay, pues, espera para recibir asistencia sanitaria. En ciertas parcelas asistenciales las listas de espera pueden ser normales y hasta deseables, desde un punto de vista de racionalidad económica de lo que es el sistema sanitario público. Son listas de espera, por tanto, que se producen por problemas previsibles y no urgentes, que precisan algún tipo de intervención sanitaria que se puede demorar un tiempo razonable sin hacer sufrir al afectado ni reducir de forma importante su libertad. Entrarían en este grupo exploraciones, intervenciones sanitarias que se hacen para controlar un proceso crónico o para corregir un problema de salud, cuyo tratamiento se puede demorar semanas o incluso meses. Estarían aquí, por tanto, las intervenciones por cataratas, hernias, juanetes, defectos estéticos, etcétera, y ciertas exploraciones de control de un proceso que no requiere acciones o intervenciones posteriores esenciales. Sin embargo, hay otras listas de espera que son el reflejo o la expresión de una insuficiencia. Señora ministra, cosa distinta son las listas de espera para solucionar problemas inaplazables, tumorales, problemas quirúrgicos con riesgo para el enfermo durante la demora, métodos diagnósticos por presunción tumoral, etcétera. Estas listas de espera suponen un riesgo para el enfermo y su demora, además, produce intranquilidad y falta de confianza en el sistema sanitario público, y hablando de confianza, como parece que cada vez que se hacen unas críticas al Gobierno hay que dejar claro que estamos a favor del sistema sanitario público, pues el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida también quiere dejarlo claro para que conste en acta. Estas segundas son listas de espera inaceptables, y no se pueden meter en el mismo saco que las listas de espera por enfermedades programadas. Había también un cuarto tipo de listas de espera, en las que entrarían aquellas especialidades y medidas diagnósticas y terapéuticas que no responden tampoco a una necesidad de detección urgente, pero que sin embargo es aconsejable prestar en un tiempo determinado porque posponerlas supone aumentar el riesgo del paciente. Aquí podríamos hablar de ciertos tipos de *screenings*, muchas intervenciones quirúrgicas cuya demora suponen un deterioro importante.

En los medios informativos, desgraciadamente, tal vez por un reflejo de la deformación del Parlamento, se habla de listas de espera en general, como una especie de cajón de sastre en el que entran los cuatro tipos de problemas que yo he singularizado, utilizando una nomenclatura común, situación que favorece el confusionismo y permite, por un lado, a los representantes de la Administración ocultar problemas de salud debidos a la insuficiencia de infraestructuras y, por otro, que el tema sea utilizado por distintos sectores de la población o políticos contra el Gobierno de turno, creando intranquilidad y nuevamente desconfianza hacia el sistema. Cuando el Ministerio que usted dirige y el Insalud hablan de listas de espera en general, se refieren a la cirugía de procesos no urgentes. Con ello, obviamente, están ocultando las otras listas de espera, ésas que tienen procesos, desde el punto de vista de esta diputada, inaplazables.

Otra de las listas de espera de la que habla la opinión pública es la de cirugía vascular, señora ministra, que

no ha sido cuantificada por la sociedad científica correspondiente, pero sí se han puesto sobre la mesa algunos problemas derivados de esta lista, como son la gran desigualdad de recursos para operar a este tipo de enfermos en las distintas comunidades autónomas. Pongamos por caso el País Vasco, donde hay 7 camas por 100.000 habitantes, frente a comunidades como el País Valenciá, donde solamente disponemos de 1,1 camas por cada 100.000 habitantes.

Por último, hay listas de espera que ni siquiera salen en los medios informativos, pero que contienen a gran cantidad de pacientes con demoras importantes. Voy a hablar ligeramente de algunas de estas listas de espera que son las invisibles, como el trabajo de las mujeres: listas de espera para estudio y tratamiento de esterilidad, con pacientes que esperan años, señora ministra, para conseguir ser atendidos en la sanidad pública, por lo que un porcentaje mayoritario de estos enfermos desesperados acaban recurriendo como único recurso a la medicina privada. Listas de espera para el estudio de alergias, que en los hospitales del Insalud se atienden con medios insuficientes y con demora de años, señora ministra, y que también en muchísimas ocasiones el propio Insalud termina derivando a centros privados, no siempre con todas las garantías de calidad que deben ser exigibles para ese tipo de derivaciones. Listas de espera para realizar estudios diagnósticos para descartar cáncer de mama, cáncer de cuello uterino. Listas de espera para realizar estudios radiodiagnósticos, como RMN, tac helicoidal, etcétera. Listas de espera para tratamiento de fracturas de cadera en mayores, en gran parte motivadas por la carestía de las prótesis. Listas de espera para acudir a ciertos especialistas en la primera visita, como alergólogos, especialistas de otorrinolaringología, oftalmólogos, endocrinólogos, etcétera.

La causa fundamental de las excesivas listas de espera es, como usted bien sabe, la insuficiencia de recursos. Es decir, o bien menor número de camas o de especialistas. España, señora ministra, volvemos a repetirlo una vez más, es el país con menor número de camas de la Unión Europea: 4 camas por mil habitantes según las últimas estadísticas, frente a 9,6 por mil en Alemania, 8,7 por mil en Francia, 6 por mil en Italia, 11,2 por mil en Holanda ó 4,6 por mil en Gran Bretaña. Y eso se traduce necesariamente en un menor número de enfermos ingresados por cien habitantes/año, lo que genera necesariamente que las listas de espera se engrosen en estos países en donde hay enfermedades y condiciones de salud similares. Como no se puede demorar el ingreso de los enfermos que proceden de las urgencias, una parte importante de las camas ocupadas en los hospitales de la sanidad pública de este país lo están por enfermos de urgencia. En muchos hospitales españoles el porcentaje de intervenciones quirúrgicas urgentes sobre el total de intervenciones es superior al 50 por ciento, lo cual es una clara manifestación, señora ministra, de la insuficiencia de recursos. En la mayor parte de los hospitales españoles las camas se ocupan con frecuencia por encima del cien por cien, y luego quedan camas en los pasillos, lo que hace que muchos enfermos programados no puedan ingresar en el momento deseable. Esto se lo explicaba yo a usted incluso en una conversación privada que tuvimos. Además, este caso, cuatro camas por mil habitantes, se refiere a camas totales, que contabilizan en 1998 166.276, según el catálogo de hospitales, pero las camas propias del Insalud y del sistema de Seguridad Social son muchas menos, 54.949 en 1998, que sumadas a las demás camas públicas dan un total de 108.098 camas, lo que supone un índice de 2,7 camas por mil habitantes.

Existe además una irregular distribución de las mismas en las comunidades autónomas. Así, hay comunidades autónomas con cuatro camas públicas por mil habitantes, como Cantabria, y otras como Cataluña con 2,1 camas públicas por mil habitantes, estando por debajo de la media comunidades como Andalucía, Murcia, País Valenciá y Cataluña. Además, tal como ha denunciado la propia Sociedad Española de Cirugía Vascular, existe una irregular distribución de camas para determinadas especialidades y de especialistas también entre las distintas comunidades autónomas, tanto para cirugía vascular como para otras muchas, lo que contribuye, obviamente, a generar listas de espera y sin duda, señora ministra, hay que decir alto y claro que la gestión descentralizada sin la contraprestación de la participación de los usuarios en órganos de control de la gestión está colaborando —además de una financiación que no garantiza la solidaridad territorial— y mucho a aumentar la falta de equidad a la hora de que los ciudadanos accedan a los recursos públicos.

Lo que se dice para camas, señora ministra, vale para todo, también vale para instrumentos de alta tecnología, como los TAC helicoidales, la resonancia magnética nuclear o las gammacámaras, las salas de hemodinámica, las bombas de cobalto, aparatos de litotricia, halógrafos digitales o aceleradores de partículas, existiendo en todos ellos una gran variedad en su distribución dependiendo de qué comunidad autónoma estemos hablando.

Por último, hay problemas de gestión ya que faltan camas de UCI o de reanimación, lo que impide, obviamente, una mayor utilización de los quirófanos; hay especialistas que rinden por debajo de lo normal para engordar peonadas o para pasar enfermos a la consulta privada, etcétera, y esto, señora ministra, con el consentimiento de gerentes y directores médicos.

Creo que ha llegado el momento de que dejemos de hacer utilización de las listas de espera —digo utilización política inadecuada o incorrecta—, porque el Gobierno del Partido Popular, señora ministra, está utilizando el tema de las listas de espera como elemento de propaganda de buena gestión, anunciando periódicamente la reducción de las listas sobre períodos precedentes. En el momento actual el Partido Popular hace

publicaciones periódicas gratuitas, *Noticias Insalud* concretamente, que distribuye entre los enfermos, que anuncian reducciones constantes de las listas de espera y que comparan reiteradamente con el año 1996 —el año en que ustedes llegaron al Gobierno— para tratar de contraponer una mejor gestión del PP a la del Gobierno anterior que era el socialista. En tales publicaciones, señora ministra, se habla sólo de listas de espera de cirugía programada, de listas de espera de consulta de especialista y del rendimiento del programa de cirugía mayor ambulatoria. El tratamiento general que dan ustedes al tema de las listas de espera es el de siempre: maquillar el problema existente omitiendo la variedad de listas de espera —que traté con mayor o menor fortuna de explicar aquí— por problemas urgentes, no citando las muertes de pacientes en lista de espera y utilizando términos engañosos. Así, por ejemplo, el Insalud habla de demora media para cada lista de espera…

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

La señora **CASTRO FONSECA:** Señor presidente, voy a sintetizar lo más posible y voy a tratar de acabar inmediatamente, pero este tema particularmente creo que es importante que quede claro.

El Insalud habla siempre de demora media para cada lista de espera, en vez de hablar de la media de días de espera para ser atendido en cada lista. Para calcular la demora media el Insalud hace la media de días de espera que llevan todos los enfermos de una lista el último día de cada mes. Con esta técnica hace una media entre el enfermo que se apuntó el día antes —es decir, que lleva un día nada más en lista de espera— y el que se va a operar al día siguiente, que lleva varios meses esperando, con lo cual reduce casi los días totales de espera a la mitad aproximadamente, engañando de una manera clara a la opinión pública.

Por tanto, señora ministra, para reducir las listas de espera el Partido Popular sigue recurriendo, como siempre, a los conciertos con clínicas privadas y a las peonadas, con programas especiales y medidas puntuales que se ponen en marcha únicamente cuando surgen escándalos, cuando hay alarma social o cuando se acercan las elecciones, en lugar de tratar de hacer lo que hay que hacer, que es adecuar los recursos propios a la demanda. Por eso, desde el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida le queremos pedir que escuche con atención algunas de las propuestas que hemos venido haciendo sin éxito en la Cámara, pero que tenemos la valentía de volver a plantear hoy aquí. Porque, mire usted, eso de que a la olla de San Francisco lo mismo le da cuatro que cinco es mentira, tiene que haber olla y tiene que haber algo que poner en ella, y para que esto se resuelva tenemos que aumentar la dotación de camas de agudos para conseguir que en cada hospital al menos el 50 por ciento de las intervenciones sean programadas, que ya va siendo hora.

Demandamos —y debe demandar usted también— el aumento de dotación de camas de crónicos con el fin de que los enfermos con problemas crónicos puedan ser hospitalizados y no se deriven de una manera inexorable a sus domicilios. Es decir, un hospital para crónicos tal vez en cada área sanitaria sería la propuesta que convendría estudiar. Hay que exigir medidas para mejorar la gestión de los centros, señora ministra. Hay que estudiar las especialidades en las que existen más listas de espera y aumentar las infraestructuras de estos servicios. Hay que utilizar por la tarde de todos los recursos propios —y por la noche, si fuera preciso—, hablo de quirófanos, de escáner, de RMN, y hay, naturalmente, que aumentar también los recursos humanos, señora ministra, es decir, hay que dotar de personal específico para la tarde y para la noche si fuera preciso. Hay que estudiar también la capacidad de los servicios embudo como las UCI, reanimación, etcétera, ajustándolos a las demandas verdaderas de los servicios quirúrgicos. Hay que demandar información pormenorizada de las listas de espera por servicios y patologías, aparatos de alta tecnología, exigiendo términos claros que definan el número —termino, señor presidente, le estoy viendo aunque soy miope— **(Risas.)** de días que tendrá que esperar el enfermo desde que se apunta hasta que se le atiende. Hay que exigir listas diferenciadas para problemas urgentes o de urgencia relativa y listas de espera para problemas programados y no urgentes exigiendo que el especialista, al enviar al enfermo a una lista de espera, defina claramente ya en la consulta el grado de espera que va a poder soportar o que va a tener que soportar el paciente. Hay que crear comisiones de seguimiento de las listas de espera en las cuales exigimos que participen los sindicatos, los profesionales y los usuarios. Hay que demandar la obligación de la Administración sanitaria de informar periódicamente a los representantes institucionales —Parlamento, parlamentos autonómicos, ayuntamientos, Defensor del Pueblo, etcétera— de cuál es la situación que padecemos en materia de listas de espera. Hay que poner en marcha los consejos de salud que establece la Ley General de Sanidad en cada área sanitaria para hacer el seguimiento de las listas de espera, y aunque me quede sola defendiendo la Ley de Sanidad, que no he sido yo precisamente la que la propuso en este Parlamento, lo voy a hacer toda la vida. Hay una exigencia más de la Ley General de Sanidad, que le vengo reiterando a usted en todas sus comparecencias: es preciso y urgente que se ponga en marcha y se apruebe el plan integrado de salud que establece la Ley General de Sanidad, en el que se planifiquen de una vez las necesidades de infraestructuras a partir de indicadores como el de las listas de espera, buscando soluciones definitivas y no coyunturales. Por cierto, hay que exigir a los profesionales dedicación exclusiva como forma

de evitar el bajo rendimiento en determinados servicios, desde los que se derivan enfermos al sector concertado y hacia peonadas.

Espero y deseo que haya entendido usted el espíritu constructivo de mi intervención, por otra parte a mucha velocidad dada la premura que hay por los tiempos parlamentarios, y desde luego, señora ministra, espero y deseo que tome nota de las cuestiones que preocupan a la oposición, porque no es de recibo que estemos haciendo comparecer a la ministra constantemente para este problema y que salgamos de aquí una y otra vez sin ninguna esperanza. Es decir, que creo que no se puede seguir dándole vueltas al tema si no se aumentan los recursos, tanto materiales como humanos, y esto, señora ministra, depende fundamentalmente de usted y de su Gobierno y para eso cuenta usted con el apoyo del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra el señor Martí.

El señor **MARTÍ I GALBIS:** Señora ministra, señorías, en primer lugar, quiero agradecer a la señora ministra, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán, su presencia en esta Comisión y también la información que nos ha facilitado en relación a las medidas que viene adoptando el Ministerio estos últimos meses al objeto de reducir las listas de espera de cirugía y pruebas diagnósticas.

Quiero empezar mi breve intervención —y digo breve porque seguro que el presidente no me va a llamar la atención, o al menos espero que no me haga ninguna seña— diciendo que aunque las listas de espera representan un fenómeno inherente y consustancial, como todas SS.SS. saben, a todos los sistemas sanitarios públicos que son de cobertura universal, la verdad es que en ocasiones, y todavía hoy, la demora para intervenciones y tratamientos de determinadas patologías continúa excediendo el tiempo que podríamos considerar como asumible o razonable. Es por ello que cualquier iniciativa que se lleve a cabo para paliar esta situación, para minimizar los aspectos negativos de estas esperas como las que ha relacionado la señora ministra, creemos, desde nuestro grupo parlamentario, que deben ser aplaudidas y apoyadas. Digo todas las medidas, porque aunque no se consigan los objetivos que se han marcado seguro que algún beneficio van a conllevar. En consecuencia, y al ser una problemática universal, deberíamos intentar evitar entre todos en la medida de lo posible hacer concesiones a planteamientos demagógicos u oportunistas porque nos afecta a todos y a todas las administraciones sanitarias sean de ámbito estatal, como el Insalud, o las comunidades autónomas que tienen la sanidad transferida, por tanto cualquier administración del color político que sea.

Señora ministra, las cifras que nos ha dado confirman el incremento de la demanda asistencial que se produce año tras año tanto en nuestro país como en los países de nuestro entorno, y más allá de las mejoras de gestión que se deben implementar al objeto de reducir las listas de espera se pone en evidencia la necesidad de incrementar los recursos. A ello han hecho referencia los portavoces de otros grupos parlamentarios, que se referían a la necesidad de incrementar recursos materiales y humanos; pero como SS.SS. podrán imaginar yo voy a centrar mi breve intervención en los recursos económicos.

En cualquier caso, señora ministra, lo cierto es que al margen de las cuestiones técnicas, organizativas o de gestión que usted ha planteado para paliar la problemática que nos ocupa, un aspecto crucial es poner énfasis especial en los recursos económicos y presupuestarios. Se deben destinar más recursos porque si no nos estaremos engañando entre todos; nos engañaremos a nosotros mismos y estaremos engañando a los profesionales sanitarios, a los gestores del sistema y en definitiva estaremos engañando a los usuarios y ciudadanos de nuestro país. Ya sé, señora ministra, señorías, que es una canción recurrente, y lo acepto; pero es la realidad, es lo que hay y por tanto nuestro deber no voy a decir que sea denunciarlo pero sí pedir esos recursos, y el deber de los gobiernos, en este caso del Gobierno del Estado y de su Ministerio, es poner ese dinero en el sistema. Esto, señora ministra, en mi opinión y la de mi grupo parlamentario no se ha hecho en la medida que lo exigen las circunstancias o al menos no nos consta por la información de que disponemos más allá de las cifras y datos que nos ha facilitado hasta ahora en su comparecencia. Como todos saben, las comunidades autónomas con la sanidad transferida han puesto en marcha en los últimos meses diferentes planes y programas para la reducción de las listas de espera. En concreto Cataluña, mi comunidad ha destinado en el año 2000, como sabe la señora ministra, unos 3.000 millones de pesetas del presupuesto de la Generalitat a un plan de choque contra las listas de espera quirúrgicas, así como un plan especial para la cirugía cardiaca. Este año el Gobierno de Cataluña va a seguir realizando un importante esfuerzo, como el resto de gobiernos de las comunidades autónomas con la sanidad transferida. Gracias a estas medidas se han conseguido reducir al menos en parte los tiempos de demora, y es compromiso del Gobierno de la Generalitat que en el plazo de dos años se garantice que la espera máxima para las intervenciones quirúrgicas de las patologías más prevalentes sea inferior a seis meses.

Pero no he venido aquí para explicar lo bien o mal que lo hacemos en unas comunidades autónomas y en otras. He puesto este ejemplo concreto para hacer hincapié en un problema político de fondo que tiene otros frentes, algunos de ellos alejados del ámbito sanitario, otros no tanto. Pondré a continuación dos ejemplos

puntuales: que los ciudadanos de una comunidad autónoma deban financiar de su bolsillo, del presupuesto de su comunidad autónoma, determinadas infraestructuras ferroviarias, o que las instituciones de una comunidad autónoma deban financiar con sus propios recursos la asistencia sanitaria y social de colectivos de inmigrantes en situación irregular, son dos ejemplos que nos llevan a lo mismo, a reconocer que faltan recursos en el sistema. Al final estamos hablando de un trato económico y fiscal justo que atienda a las necesidades reales de los ciudadanos sin discriminaciones de ningún tipo.

Señora ministra, si no estoy mal informado deben iniciarse en breve las conversaciones y negociaciones para definir el nuevo modelo de financiación de la sanidad, que este año van a coincidir con el nuevo sistema de financiación general de las comunidades autónomas. Este tema no es el debate de hoy aunque supongo y espero que llegará a la Cámara en su momento, pero no empezaremos con buen pie si ante una problemática de la entidad y la trascendencia política, social y económica de las listas de espera, el Gobierno del Estado, a través de su Ministerio de Sanidad y Consumo, se limita a convocar reuniones, a crear comisiones o programas de choque parciales entre otras medidas de carácter organizativo o de gestión como las que acaba de describir hace unos instantes pero sin abordar esta problemática con los recursos económicos que hubieran sido necesarios y que seguirán siéndolo en el futuro. No hablamos de hoy, no hablamos del año 2001, hablamos del futuro, de los próximos años. Deseamos, señora ministra, que aprovechemos la oportunidad que nos brinda este marco de diálogo y negociación para que todos trabajemos a fin de dotarnos de un sistema de financiación de la sanidad que sea suficiente, garantice la sostenibilidad del sistema, nos acerque más al producto interior bruto que destinan a la sanidad los países de nuestro entorno a los que queremos parecernos o a los que debemos tener como referencia y permita entre otras cuestiones incrementar los recursos económicos destinados a la reducción de las listas de espera. Usted, señora ministra, y sus antecesores en el cargo conocen la sensibilidad de nuestro grupo parlamentario y nuestro compromiso ante esta problemática desde siempre, también porque hemos tenido y tenemos la ocasión de gestionar ese mismo problema en nuestra comunidad autónoma. Somos conscientes de que no vamos a ser capaces de dar solución definitiva a esta problemática ni entre todos, ni siendo generosos, ni siendo muy imaginativos, porque como todo el mundo coincidirá no existe la varita mágica, no existe la solución definitiva que resuelva la problemática de las listas de espera. Pero a mi modo de ver no podemos dar la sensación de que somos incapaces de mejorar, al menos parcialmente, esta problemática de las listas de espera quirúrgicas y diagnósticas, que por sí sola simboliza muy a menudo para la opinión pública, como la señora ministra ha reconocido en su intervención, las deficiencias del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, y ha aludido usted a encuestas de opinión que son conocidas por todo el mundo. Le reitero pues, señora ministra, nuestro apoyo, como he dicho a todas las medidas, nuestro apoyo a cualquier medida que incida en la reducción de las listas de espera que pueda adoptarse siempre que lleven aparejadas los correspondientes recursos económicos. Le instamos, por tanto, como siempre pasa en estos casos y en todos los gobiernos, sean del signo que sean, a convencer a su compañero el señor ministro de Hacienda —ya se lo dije una vez en una comparecencia anterior— y al Gobierno en su conjunto de la estricta necesidad de poner más presupuesto sobre la mesa para reducir las listas de espera, y digo listas de espera tanto del territorio Insalud como de las comunidades autónomas con la sanidad transferida.

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

El señor **MINGO ZAPATERO:** Buenas tardes a todos, señor presidente, señorías.

Señora ministra, una vez más nuestra más querida bienvenida a esta Comisión a la que acude a petición propia para hablar de listas de espera quirúrgicas, diagnósticas y de consultas. Ningún grupo parlamentario había pedido su comparecencia para hablar de este tema y es la primera felicitación de las tres que le voy a hacer esta tarde, señora ministra. La primera felicitación es por tener la sensibilidad suficiente para venir al Parlamento a petición propia y sin ninguna petición de otro grupo parlamentario, por tanto no ha habido ningún tipo de espera, a hablar de un tema que afecta profundamente a la sensibilidad de los ciudadanos, que demandan cada vez más una mejor asistencia sanitaria, más rápida y con mayor capacidad de elección.

El segundo aspecto en el que quiero felicitarle, señora ministra, es que cuando viene a hablar de listas de espera lo hace con unos datos y nadie duda de su veracidad y de su información. Viene usted a dar datos reales y expone cuales son los mejores y los datos no tan buenos en la relación de lo que ha sucedido a lo largo del año 2000. Además, usted manifiesta las causas por las que hay más pacientes esperando más de seis meses en relación a importantes obras de reforma en tres centros hospitalarios e incide con muy buen criterio en los mecanismos de actuación por los que el 83 por ciento de los hospitales tienen una lista de espera de cero pacientes superior a seis meses. Como habían demandado verbalmente los distintos grupos políticos, usted no sólo ha hablado de listas de espera quirúrgicas sino de pruebas diagnósticas y de consultas externas.

La tercera razón por la cual le voy a felicitar es por su ambicioso plan. Perdónenme, señorías, pero creo que la mayor parte de ustedes, por lo menos así lo interpreto yo, no han hecho ni una sola mención en sus intervenciones al ambiciosísimo plan que la señora

ministra ha expuesto esta tarde. **(La señora Valentín Navarro: Cuando lo conozcamos.)** Señora Valentín, lo he conocido al mismo tiempo que usted, o sea hoy, esta tarde. Ese ambicioso plan de la señora ministra dice que los objetivos para el año 2001 son 120 días de espera máxima en cirugía, pero lo más importante es que cuando los ciudadanos vayan al Sistema Nacional de Salud y exista la posibilidad de que no puedan ser intervenidos quirúrgicamente en 120 días, tendrán dos opciones: acudir a un centro de la Seguridad Social, del Sistema Nacional de Salud, o si no fuera así a un centro concertado. Pero además con garantías de prevención, en un hospital que haya cumplido sus objetivos respecto a su cartera de servicios y a los ciudadanos de su área que tienen que cumplir su misión y también con garantías científicas —están en los libros de gestión, señora Valentín—, con garantías en guía de servicios y con una articulación adecuada de cuál es la lista de espera quirúrgica. Un gran reto en relación con las consultas externas de los especialistas y con las pruebas diagnósticas de 20 días para mamografía y tomografía axial computerizada, y desde luego sin listas de espera en patología oncológica, como ya ha manifestado en su intervención la señora ministra. Creo sinceramente que los ciudadanos españoles tienen que estar esperanzados respecto a este plan ambiciosísimo que la señora ministra ha explicado hoy en el Congreso de los Diputados y que viene a avanzar lo que el Partido Popular había dicho en su programa electoral.

Señora ministra, muchísimas felicidades.

El señor **PRESIDENTE:** Cuando quiera, puede dar contestación la señora ministra a las distintas intervenciones.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Quiero agradecer a todas las señoras y señores diputados las intervenciones que han hecho en nombre de sus grupos. En ningún caso, señora Castro, se me ocurriría —no tengo derecho a ello— interpretar su intervención de forma diferente a como usted lo entiende. Le puedo garantizar que escucho y leo con muchísima atención sus aportaciones, las comparta o no; las sigo con muchísima atención, como las de todos los componentes de esta Comisión. Así pues, me parece perfecto el puntos de vista que usted pueda tener, aunque en algunos casos disienta profundamente de ellos.

La defensa de nuestro sistema sanitario es un tema que compartimos todos, por lo que ninguno de nosotros debería dedicar más tiempo a defender algo que compartimos absolutamente todos. Sabemos que es un sistema que tiene problemas, como todos los sistemas sanitarios, y que necesita adecuarse permanentemente a los problemas que surgen y a los que no se han podido resolver en el pasado. Aparecen nuevas necesidades, nuevas demandas y hay que adecuar el sistema a las exigencias del ciudadano, porque al final lo importante de todo esto ni siquiera es el sistema, son los pacientes, los españoles. Es decir, que el sistema esté al servicio de los de los pacientes para resolver el problema de la sanidad que tienen los ciudadanos españoles. Así pues, hay que prever las necesidades que nos vamos a encontrar en un futuro próximo, como el envejecimiento de la población, nuevas enfermedades emergentes, etcétera, y al mismo tiempo dar cumplimiento a esa satisfacción necesaria que deben tener los ciudadanos cuando requieren la asistencia sanitaria.

No creo que sea el momento de considerar a las listas de espera como un indicador. Hubo un tiempo en este país en que se despreciaba ese indicador; de hecho en torno a los años 1990-1991 hay respuestas parlamentarias dadas al grupo que yo represento, que entonces estaba en la oposición, en el sentido de que el Ministerio de Sanidad entendía que no era un indicador válido para medir la calidad ni la eficiencia. Por tanto, no se daban cifras de listas de espera. Se puede compartir o no, pero era la realidad. Supongo que sus razones científicas tendrían cuando en aquel momento decidieron no volver a dar un dato más relacionado con las listas de espera a ningún diputado que se lo pidiera, ni publicarlas. Entenderían que era una forma de crear alarma social y de generar desconfianza en los ciudadanos hacia el sistema y por eso decidieron no hacerlo, aunque estoy convencida de que dentro las analizaban, entre otras cosas porque el 90 por ciento de los funcionarios de entonces están hoy y lo siguen haciendo. Las razones serían por fracasos políticos o por decisiones técnicas, a lo cual creo que hoy en día no merece la pena dedicarle tiempo. Bien es cierto que es la propia oposición la que permanentemente pide datos sobre listas de espera, ese mismo partido que antes creía que no era un buen indicador. Si hoy piensa que es un buen indicador, perfecto, yo no tengo absolutamente nada que decir; pero cuando se piden datos relacionados con las listas de espera yo diría que hay que tener claro el concepto global de qué tipo de datos se están pidiendo; no se puede solicitar al Insalud por hospital, por mes o por patología una lista de espera cada 15 días, puesto que no existen los indicadores de 15 días. Así que cuando se le dice al diputado o diputada correspondiente que no existe ese indicador no se le está engañando, es que no existe, no existe en el Insalud ni en ningún otro ya transferido; por tanto, los ordenadores no están adecuados al cálculo de los cortes de 15 días. Y si a la señora Valentín no le gusta mi respuesta, qué le vamos a hacer, lo comprendo. **(La señora Valentín Navarro pronuncia palabras que no se perciben.)**

También se ha planteado que no se dan datos y resulta que yo estoy harta de ver a consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas gobernadas por el PSOE dando datos de sus comunidades autónomas no transferidas. Luego datos hay; de hecho, la propia señora diputada ha hecho uso de ellos. Si lo que ocurre es que

quiere una mayor rapidez en las respuestas, señora Valentín, le prometo que diré a los servicios técnicos que lo hagan con prontitud, pero le responderemos con los datos que tenemos. Lo que no vamos a hacer es inventar ni introducir parámetros diferentes de los que el propio Insalud, y no solamente el Insalud sino todo el Sistema Nacional de Salud entiende que son datos adecuados (aquí se ha hablado de demora media, etcétera y lo comentaremos también), sobre todo cuando son parámetros e indicadores que funcionan, insisto, en comunidades transferidas, como por ejemplo el de la demora media, que parece no es uno de los indicadores que más le gusten a la señora Valentín. Puede interpretar que es malo o que está mal hecho, lo que quiera, pero por lo menos tendrá que compartir conmigo que si hay una serie, incluso desde su punto de vista, esto es que es un mal indicador, tendrá que haber un seguimiento de lo que ha ocurrido en el tiempo con esa demora media, le guste o no. Yo puedo entender perfectamente que no le parezca un buen indicador, no tengo absolutamente nada que decirle al respecto; si ella considera que no es un buen indicador habrá otros indicadores que le parezcan más clarificadores, sobre todo de la eficiencia y de la eficacia del sistema. Por ejemplo, las comunidades autónomas transferidas, como Andalucía, la utilizan permanentemente.

A la hora de analizar las listas de espera hay comunidades autónomas que parten de bases diferentes. Hay comunidades autónomas transferidas que consideran que es lista de espera cuando transcurren tres meses antes de ser operado, ya que creen que son operaciones programadas y el paciente no está esperando a que le digan cuándo va a ser operado. La operación está programada y para algunas comunidades autónomas pueden transcurrir tres meses mientras que otras consideran que dos meses es el plazo para las operaciones programadas, por lo que no las consideran listas de espera y no las facilitan como tal. Son decisiones técnicas de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas en las que no voy a entrar. En lo que sí voy a entrar es en algo que la señora diputada del Partido Socialista y la representante de Izquierda Unida, la señora Castro, han manifestado acerca del grupo de expertos que en estos momentos está trabajando en cirugía cardíaca. Hay algo que me gustaría decir antes, que también han vuelto a repetir hoy, y es que la gravedad o no de las patologías no la determina el Ministerio ni el director general del Insalud ni ningún alto cargo de este Ministerio; la gravedad de las patologías la deciden los médicos, que son los que tienen que decirlo. Si un médico cuando recibe a un paciente por primera vez entiende que su patología es grave no pasa a la lista de espera. De hecho, le puedo decir que de las operaciones que se han realizado por urgencia —y he dado los datos— salidas de la lista de espera solamente representan —y no quiero equivocarme en el dato— el 0,51 por ciento y le estoy hablando de cerca de 800.000 operaciones hospitalarias al año, no ambulatorias; por tanto la urgencia no tiene lista de espera. Aquellos pacientes que han salido de lista de espera porque su patología se ha convertido en urgente ha sido el 0,57 por ciento de los pacientes que han sido operados en lista de espera. El médico decide qué nivel de gravedad tiene la patología de un paciente. Ahí están todos los protocolos; el 90 por ciento de las patologías más habituales tienen ya protocolo, como la medicina basada en la evidencia, que tantas veces hemos comentado en esta Comisión, y es un mecanismo que funciona con bastante eficiencia en estos momentos.

La señora Valentín me planteaba demora media y espera media. La demora media —como sabe la señora Valentín exactamente igual que yo— es el tiempo que lleva esperando el paciente que está en lista de espera y la espera media es el tiempo medio de los que han sido operados, no de los que están esperando sino de los que han sido operados. Son dos indicadores que demuestran eficiencia. En cualquier caso, le quiero decir que la espera media, que parece ser que es el índice que a usted más le preocupa, se ha mantenido durante el año 2000 en 91 días, es decir que los pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente en un tiempo medio de tres meses en todo el conjunto de patologías de mayor o menor gravedad. A mí no me gusta hablar mucho de mayor o menor gravedad, porque en la lista de espera la mayoría de ellos están en patologías como cataratas, que se pueden considerar de menos gravedad, yo no lo comparto con las señoras y señores diputados, pero deben entender que desde el punto de vista de la Administración es necesario también resolver estos problemas, porque quien tiene un problema, aunque sea desde el punto de vista médico menor, para ellos es mayor porque es lo que están padeciendo en ese momento, y me estoy refiriendo por ejemplo a cataratas. Insisto en que las patologías malignas las deciden los médicos, tanto en cirugía cardiovascular como en cirugía oncológica; por tanto los propios servicios de cirugía cardiovascular saben perfectamente, y desde luego muchísimo mejor que yo, cuáles son las patologías que deben ir a una velocidad mayor que otras que deben ir a una velocidad media, pero como media son 2 meses. Insisto en que es el tiempo medio de espera si la cirugía cardiovascular no lo ha dado como necesaria.

Efectivamente, todo este conjunto de medidas se está analizando en el grupo de expertos. Este grupo de expertos son representantes de todas las comunidades autónomas, transferidas y no transferidas, nombrados por las consejerías de Sanidad de esas comunidades autónomas. Puedo garantizar a todos ustedes que no sé el contenido final de ese trabajo, entre otras cosas porque están trabajando técnicamente, en segundo lugar, porque este grupo de técnicos tiene que terminar sus trabajos, que por la información que me facilitan puedo decirles en qué estadio está. Como ustedes saben ha habido varios grupos de trabajo que se constituyeron

el 20 de junio, este grupo ha celebrado hasta ahora 8 reuniones plenarias, desde el principio, el 5 de julio que fue la primera reunión, se crearon a su vez 5 subgrupos de trabajo que han ido manteniendo sus reuniones periódicamente y que además están todos conectados a través de *e-mail*. Hasta ahora han elaborado los siguientes documentos: el sistema de información de lista de espera quirúrgica, las recomendaciones generales para la gestión de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, la propuesta de información a los ciudadanos sobre lista de espera quirúrgica, el análisis de los factores que intervienen en la génesis de la lista de espera y propuestas de mejora, protocolización de los procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica, y por último situación actual de la lista de espera en colaboración con los formularios para la solicitud dada a las comunidades autónomas.

Debo decirles que estamos terminando de realizar los protocolos con las sociedades científicas correspondientes y con el único tema que estamos teniendo una leve dificultad es en el último punto, en el análisis de la situación actual de lista de espera para la homogeneización de dichas listas de espera. Hay alguna comunidad autónoma que se muestra ligeramente reticente a situar la lista de espera en el día cero. Como tampoco creo que esto sea lo más importante de este trabajo sino lo menos importante, es decir poder equilibrar al día de hoy cómo están las listas de espera en el conjunto de comunidades autónomas transferidas y no transferidas, y dada la importancia del resto de los documentos ya finalizados, creo que el 24 de marzo lo vamos a llevar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que como saben tenemos una reunión ordinaria, para ser aprobados. Me van a permitir SS.SS. que hasta que no lo apruebe el Consejo interterritorial no pueda hacerles llegar los documentos, por un mínimo de lealtad a quien ha encargado esta información. Si algún consejero tiene la información la tendrá a través de sus representantes en los diferentes grupos de trabajo que se han ido creando a lo largo de este tiempo. Ha sido un trabajo magníficamente bien hecho, muy científico y muy bien elaborado, según me dicen los técnicos. La presidenta de este grupo de expertos informó en la última reunión ordinaria del Consejo interterritorial a petición de diferentes comunidades autónomas que existe una magnífica colaboración y una magnífica capacidad técnica y científica de los expertos de las diferentes comunidades autónomas, y llegamos a la conclusión de que en esta próxima reunión del 24 de marzo se aprobará este documento, si así lo consideraran los señores consejeros del conjunto de las comunidades autónomas, lógicamente se haría público y vendríamos alParlamento a explicarlo de forma detallada. En el momento que pase el necesario fielato del Consejo Interterritorial se lo haré llegar inmediatamente a SS.SS.

Cuando se pone a defender uno el sistema público y nos acusamos, al final no sé muy bien dónde está la demagogia. Señora Castro, hay demagogia cuando se hace, cuando no se hace no hay demagogia, así de simple. Yo no seré quien tache de demagógicas todas sus intervenciones, lo que ocurre es que ha sido usted apocalíptica. Perdóneme que se lo diga, apocalíptica. Para usted todos los médicos del sistema público sanitario desvían pacientes, todos los médicos son unos vagos, por tanto esa sensación yo no creo que favorezca demasiado al sistema. Tampoco es cierto que el Partido Popular vaya a favorecer los conciertos. Le voy a dar unos datos. Las intervenciones programadas en jornada de día, en jornadas ordinarias, han sido —como le dicho antes— el 84,38 por ciento y las operaciones que se han realizado por la tarde en conciertos, porque le preocupaba a la señora diputada que estuviéramos desviando a conciertos, han sido —se lo quiero dar con absoluta certeza para no cometer ningún desliz—, 32.047 a lo largo de todo el año 2000, mientras que el dato de la pública han sido aproximadamente 800.000 operaciones. En hospitales de apoyo, que como usted sabe son personal del Insalud que trabaja en hospitales, normalmente antiguos hospitales de diputaciones, Cruz Roja, etcétera, estas operaciones han sido 23.903. Por tanto, me da la sensación de que la conclusión a la que debemos llegar todos es que el sistema ha funcionado perfectamente.

A mí no me gusta referirme a lo que pasó antes de 1996; pero cuando se dice aquí que mi antecesor en el cargo, el señor Romay, no ha hecho nada, les diré que la evolución de demora media en lista de espera, nos guste o no nos guste el parámetro pues tan bueno era entonces como hoy, en abril de 1996 eran 192 días y en diciembre de 2000 son 67 días. Algo hemos avanzado, algo debió hacer el señor Romay mientras fue ministro de Sanidad de este país. La evolución de lista de espera quirúrgica de más de 6 meses en abril de 1996 eran 50.885, de los cuales una parte importante eran más de 2 años, y hoy son 2.826. Algo se ha evolucionado y se ha incorporado más de un millón de personas al sistema. No me hable más del señor Romay, no lo pongan como la representación clarísima del fracaso absoluto porque creo que es todo lo contrario y, mientras sigan hablando de esto, tendré que sacar sus datos. Si quiere, sacamos más, pero no creo que sea necesario ni tampoco tengo yo demasiado interés en datos de esta naturaleza. Esto es realmente lo que ha ido ocurriendo.

Efectivamente, señora Castro, vamos a utilizar los quirófanos de tarde. Ya le he dicho que la mayoría ya está funcionando. Operaciones en jornada de tarde, 76 quirófanos funcionando en el año 2000, 75.340 operaciones de las cerca de 800.000 que se han realizado en el sistema. Cada vez vamos siendo más eficientes, lógicamente utilizando mejor el sistema. El programa que he presentado hoy aquí representa precisamente esa utilización eficiente de lo que hoy tiene el sistema público sanitario. De hecho, el programa Avance que he presentado aquí significa un esfuerzo enorme de los técni-

cos del Insalud, de los expertos del Insalud, para resolver un problema que a todos nos preocupa, diría que de forma igual, a todos los que estamos en esta sala y compartimos nuestra preocupación por el sistema sanitario y nuestra obligación de exigencia desde la oposición por un lado y, por otro, de cubrir las necesidades de los ciudadanos. De hecho, es consecuencia de parte de este plan lo que se ha puesto en marcha en los últimos meses, tanto en la asistencia primaria como fundamentalmente en la especializada.

Estoy convencida de que seremos capaces de ser más eficientes, de aplicar una mejor calidad, de resolver los problemas de nuestro sistema público, con una buena organización interna, con una mayor participación en la toma de decisiones de los servicios, de los médicos, de los directores médicos de los diferentes hospitales, con mayor autonomía de gestión en esos hospitales, pero, insisto, donde el gerente no se convierta en el dios pequeñito de ese hospital y sustituya al dios grande del Insalud, sino que haya una perfecta coordinación de intereses, de análisis y de propuestas de futuro entre los diferentes jefes de servicio, el personal sanitario, el personal facultativo en general y el personal administrativo técnico, el gerente.

Se habla de presupuestos. Siempre hará falta más dinero. No conozco a ningún Ministerio, no conozco ninguna Comisión, y he estado ya en muchas, en la que no se pida más dinero. Lógicamente, aquí no podía ser menos, pero con una sensibilidad especial pues estamos hablando de una política social básica, que es la asistencia sanitaria, la salud pública, la salud de los ciudadanos, la prevención. Nosotros vamos a dedicar una partida importante de los presupuestos del Insalud —el 90 por ciento ya estaba reflejado en los presupuestos para el 2001— al programa Avance que presento aquí hoy. Lógicamente, esto va a requerir apretarnos el cinturón en otras cuestiones que no tienen que ver con la asistencia sanitaria directa los pacientes. Insisto, hay que organizarse mejor, hay que utilizar mejor el capital humano, científico, técnico, de ilusión, de capacidad, que tiene nuestro sistema y creo que es posible hacerlo.

El año que viene se inicia un nuevo marco de financiación, tanto sanitaria como general. Este año será el momento en que se deben producir diferentes debates entre las comunidades autónomas y el Gobierno. Debo decirles que será muy importante saber lo que piensan los presidentes de comunidades autónomas, como representantes de la voluntad popular de cada una de esas comunidades autónomas, sobre la financiación finalista en el tema sanitario.

El área económica del Gobierno, donde se encuentra el Ministerio de Sanidad pero que dirigen de forma directa el vicepresidente segundo señor Rato y el ministro de Hacienda señor Montoro, negociará con las comunidades autónomas y surgirá lo que espero que sea un buen acuerdo, bueno para todos, sobre la financiación de nuestro sistema público, sobre el mantenimiento en el futuro del Sistema Nacional de Salud. Una vez que se culminen las transferencias, se completará algo que a mí me parece necesario y obligado, compartir la responsabilidad del conjunto de los problemas de los españoles en la estructura que nos hemos dado a nosotros mismos a través de las comunidades autónomas. Considero que las comunidades autónomas son mayores de edad, tienen que asumir las competencias, y lógicamente las responsabilidades que se derivan de ellas, que es importante en el sistema sanitario. El día después, tendremos todos la obligación de mantener el Sistema Nacional de Salud y cumplir lo que marca la Constitución, una sanidad igual para todos. En esa cuestión, el Ministerio de Sanidad y Consumo seguirá trabajando de forma decidida.

El señor **PRESIDENTE:** Por un tiempo de dos minutos, tiene la palabra la señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Señora ministra, cuando el Grupo Socialista pide datos de listas de espera y además los pide en los mismos términos mes a mes y hay un mes que ustedes los mandan, todavía no conozco las razones del Ministerio de Sanidad para que, a partir del 31 de mayo de 2000, no nos haya enviado ni un solo dato de listas de espera. Aquí tengo las listas de espera de consultas externas; yo no he pedido datos de quince días, son ustedes quienes los mandan. Papel del Insalud, pacientes esperando en consultas externas al 31 de mayo, 559.172, porcentaje de cero a 15 días. Éstos son sus criterios. Por tanto, no se escuden diciendo que no pueden mandar algo que no tienen porque son datos que nos enviaron. No me venga con milongas, señora ministra. Si no quieren enviarnos datos para que no tengamos conocimiento de lo que está ocurriendo, dígalo con absoluta claridad, pero no se escuden diciendo que estamos pidiendo algo imposible porque nos han enviado lo pedido, con papel del Insalud y referido al 31 de mayo de 2000. Nunca más volvimos a conocer ningún dato de listas de espera, ni de cirugía ni de consultas externas ni de pruebas diagnósticas.

Señora ministra, le vuelvo a reiterar que me explique por qué el Grupo Socialista y el Parlamento no pueden conocer esos datos, no por nosotros sino por los ciudadanos que están en su casa esperando. A mí me gustaría que aquellas personas que todavía no pueden entrar en lista de espera, porque desde el propio Insalud les dicen que la agenda está cerrada, pudieran saber los tiempos máximos de espera, cuánto tiempo tienen que estar esperando para ser atendidos. Hágalo, se lo pido en nombre de aquellas personas que están esperando y todavía no saben el tiempo que tienen que estar pendientes de entrar en el sistema sanitario público, los tiempos máximos desde el diagnóstico hasta que esa persona ha sido intervenida o se le ha hecho la prueba diagnóstica o se le ha pasado por la consulta externa.

Tenemos absoluta confianza en el grupo de expertos que se pusieron en marcha en verano del año 2000. Lo que le he comentado anteriormente es que, a pesar de las propuestas realizadas por esos grupos de expertos, todavía no hay ninguna propuesta concreta del Ministerio de Sanidad, todavía no se ha pasado ninguna propuesta al Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud para que se ponga en marcha alguna medida que efectivamente reduzca los tiempos que los ciudadanos tienen que estar esperando.

No mire el reloj, que termino ya señora ministra.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Valentín, le ruego concluya.

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Termino ahora mismo.

Las comunidades autónomas no disponen de datos, al 31 de diciembre, de personas que están esperando en sus comunidades para ser operados. Desgraciadamente, los datos que he comentado anteriormente no me los ha podido aportar ningún Gobierno regional porque usted, como ministra, tampoco se los ha enviado.

Por último, no conozco el programa Avance; no puedo opinar sobre él, señor Mingo, porque no lo conozco, opinaré en el momento en que lo conozca. Ahora, bien me llama poderosamente la atención que del total del presupuesto, 18.245 millones, 9.500 vayan directamente para conciertos, presupuesto del propio Ministerio respecto a este documento. Me alegro de que venga usted aquí; tendría que venir más a menudo, porque cada vez que viene suelta el huevo —dicho coloquialmente—. Presenta usted un documento que espero que, efectivamente, sea capaz de resolver los problemas que desde el punto de vista de las esperas están padeciendo los ciudadanos en nuestro país.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA:** Señora ministra, de verdad que no sé a qué carta quedarme con ustedes. Dije al principio de mi intervención —y lo reitero ahora— que ustedes nos acusan permanentemente, en el tema de las vacas locas y en todo, de que sólo hacemos demagogia y no trabajamos. Yo he hecho una intervención ponderada, mesurada, prudente y respetuosa, y usted, en su respuesta, ha venido a demostrar una vez más que es incapaz de establecer relaciones de cordialidad y de respeto con los parlamentarios que nos sentamos aquí.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA:** Sí, señor presidente, déjeme terminar, porque sé muy bien lo que digo.

El señor **PRESIDENTE:** No, señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA:** Me va a permitir, señor presidente, que exprese libremente mi opinión, porque la ministra ha interpretado mi intervención y tampoco tiene ningún derecho.

Usted dice, tal vez para arreglar algunos de esos problemas con los sanitarios —que tiene muchos—, que yo he dicho aquí cosas que no he dicho. Afortunadamente, aquí hay actas. Entre las muchas cosas que he dicho, señora ministra, le he dicho a usted, que tiene la obligación de saberlo y lo sabe igual que yo, que hay especialistas que rinden por debajo de sus posibilidades para engordar peonadas; y lo vuelvo a decir. No he dicho que todos los sanitarios; he dicho que hay especialistas. Si esto es apocalíptico, perdóneme que le diga, señora ministra, que lo apocalíptico es su gestión; ese es el Apocalipsis total y absoluto. Me parece una falta de respeto absoluto a esta diputada que me moleste en hacer una intervención rigurosa y constructiva, y que usted me responda de este modo, que por otra parte empieza a ser tan habitual que ya no sé que decir.

Respecto al portavoz, señor Mingo, tengo que decirle con todo respeto que no he opinado sobre el plan Avance ni voy a opinar, porque es una absoluta falta de respeto hacia este Parlamento que, una vez más, la ministra informe a los medios de comunicación antes que a esta Cámara. De manera que hoy me voy de aquí una vez más, señora ministra, como he venido, con el cuento de las medias azules. Espero que los españoles le pasen a usted factura por esto.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Quiero hacer dos afirmaciones. Una, la señora ministra de Sanidad y Consumo ha expuesto al Parlamento cuál es el plan ambicioso y apropiado para las listas de espera quirúrgicas, diagnósticas y de consultas externas para el año 2001. A nuestro grupo le parece que es un plan ambicioso, apropiado y que debía ser compartido —creo— por todos los grupos parlamentarios a los que les preocupen las listas de espera y la asistencia de todos los ciudadanos españoles.

Dos, en cuanto a la afirmación de la señora Valentín —y no quiero entrar en un debate porque no corresponde a mi turno de intervención—, solamente quiero puntualizar que el 18 por ciento de la cifra que da, que está en los presupuestos y que ha sido discutida muchas veces, abarca no solamente los conciertos con las clínicas privadas para reducir las listas de espera, sino que ella conoce perfectamente bien, señor presidente, y toda la Cámara lo conoce, que también es para las distintas fundaciones y para los distintos hospitales que trabajan en un modelo de consorcio; entonces, que se aplique adecuadamente.

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

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Señora Castro, no sé el estilo de ministra que a usted le gustaría, pero muñeca del pimpampum no voy a ser; lo siento. Yo a usted la respeto absolutamente, cosa que usted no hace conmigo. Usted ha iniciado su intervención diciendo que lo mío es un cuento; que hay que ser serios y rigurosos —luego yo soy lo contrario—; que el Gobierno dice que usted nada más que hace demagogia —jamás la he llamado a usted demagoga, jamás—; y que usted, sin embargo, iba a ser muy seria. Póngale apellido a esto, si quiere, yo no se lo voy a poner. Yo sí entiendo la dialéctica democrática y la dialéctica parlamentaria, y no me ofende lo que usted quiera decir de mí, en absoluto; a usted parece ser que sí. Siento no ser una ministra que se pone de canto; lo siento, señora Castro, no voy a cambiar de forma de ser porque a usted no le guste. Yo la escucho a usted con muchísima atención y con muchísimo respeto, señora Castro; con enorme respeto por usted y por lo que usted representa, ahora y siempre, esté de acuerdo con usted o no lo esté. Usted no solamente ha hablado de un dato concreto. Si usted conoce algún especialista que hace algo que es ilegal, por favor denúncielo en el Colegio Médico y en el Insalud; denúncielo al delegado territorial o al delegado provincial del Insalud por mala praxis; hágalo, pero no deje la acusación encima de la mesa. No dé usted la sensación —que es lo único que he dicho— de que los médicos ya se sabe lo que son. Si este trabajo es posible es gracias a ellos, sinceramente. Y si a usted no le gusta lo que digo, qué le vamos a hacer, lo siento muchísimo. A mí, sin embargo, muchas cosas de las que usted dice sí me gustan.

Usted ha hablado de camas hospitalarias, usted ha hablado de listas de espera de otra naturaleza, usted ha hablado de urgencias que no se operan de urgencia. Le ruego que lea con detenimiento lo que ha dicho. Léalo con detenimiento, señora Castro. No intento ofenderla. El programa Avance que he presentado aquí no lo he presentado en los medios de comunicación, y he tenido miles de oportunidades, esta misma mañana o hace media hora; lo he presentado aquí, en sede parlamentaria; aquí, donde estamos. No me he reunido con los periodistas ni ayer ni esta mañana para explicarles el programa Avance; aquí, en sede parlamentaria. Ahora bien, si ustedes me permiten —sólo si me permiten, claro— puedo distribuirlo entre los periodistas. Pero si ustedes me lo permiten, si no, tampoco lo haré, tendré que citarlos después a la puerta, clandestinamente, para dárselo. **(La señora Valentín Navarro: ¡Si ya lo tienen!)** No, no, perdone, ha sido presentado aquí, en sede parlamentaria. De modo que, por favor, digamos las cosas exactamente como son. Me gustaría que ustedes me tuvieran el mismo respeto que yo les tengo a ustedes, no les pido más; tampoco es algo que me quite el sueño. Desde luego, yo no voy a sacar del contexto la frase —califíquenla como quieran— que la señora Valentín acaba de pronunciar aquí sobre mí, porque creo que lo ha dicho en el contexto de un debate parlamentario, y ahí lo dejo. Desde luego, no es exactamente lo que ella ha hecho conmigo, pero da igual, yo sí lo hago con ella. Entiendo que ha sido en un acaloramiento, que debía hacerlo, y no le doy ninguna importancia, absolutamente ninguna. Y no voy a hacer ningún comentario sobre determinadas frases que se han pronunciado hoy aquí.

La señora Valentín sigue insistiendo en que no le queremos dar información. Por cierto, dentro de dos meses, como mucho tres, las listas de espera del Insalud estarán en la página web del Insalud, para que sean consultadas por todos los ciudadanos españoles. Es un esfuerzo importante que vamos a hacer, porque es bueno que los ciudadanos sepan dónde están —en el caso de que estén— en esas listas de espera.

Por último, muchas gracias, señor Mingo, por sus dos intervenciones. Aprovechando su manifestación sobre los presupuestos —me lo acaba de recordar—, el incremento que se produce en el Insalud lógicamente está en los capítulos 1 y 2, por tanto no es lo mismo que la parte correspondiente a conciertos, no con hospitales privados, sino con los hospitales de apoyo del propio Insalud. Es decir, personal del Insalud, en antiguos hospitales o bien provinciales o bien de Cruz Roja, etcétera, que no son precisamente hospitales privados. Pero sí queremos utilizar los conciertos en aquellos casos en los que no tengamos más remedio que utilizarlos. Y sí hay una cierta vigilancia —y siento que la señora Castro se haya ido— sobre el tipo de conciertos. Una de las cosas que ha dicho en su primera intervención es que los conciertos no se controlan o se hacen con cualquier tipo de hospital. Pues sí se controlan los conciertos, como no podía ser menos. En cualquier caso, sí se controlan en los hospitales con los que se concierta.

Cuando ustedes analicen más detalladamente este programa se darán cuenta de que hay un uso completo del sistema propio, porque es voluntad de este Gobierno, de este Ministerio de Sanidad, utilizar al cien por cien la capacidad de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, del Insalud en nuestro caso.

Creemos que es fundamental y que tenemos los equipos, la capacidad de organización, la adecuación a esos nuevos retos. Lo que pretendemos, por último, con este programa es que el ciudadano tenga la capacidad de tomar su propia decisión para buscar una solución, si en un tiempo razonable no se ha operado en su hospital de origen y de referencia, para ir a un hospital del Insalud en primer lugar y, en el caso de que no fuese posible en hospitales del Insalud, que pueda acudir en segundo lugar a un hospital concertado.

Creemos que es un buen proyecto. Está hecho con mucha ilusión, con muchas horas de trabajo, y lo único

que pretendemos con ello es cumplir lo que entendemos que es nuestra obligación, que es la misma que todos los que estamos aquí compartimos: resolver un problema humano, un problema de ciudadanos, que están esperando no solamente en cirugía sino también en pruebas diagnósticas, que significa angustia, y que tenemos la obligación de resolverlo.

El plan es bueno, lo seguiremos hablando a lo largo de este año, y estoy convencida de que tendrá el respaldo de SS. SS. cuando lo analicen con mayor profundidad.

Muchísimas gracias por todas sus intervenciones.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señora ministra.

(El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)

Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO:** Señor presidente, ¿podríamos hacer una pausa de cinco minutos?

El señor **PRESIDENTE:** De acuerdo. **(Pausa.)**

— ACTUACIONES EN SALUD PÚBLICA Y DE TODO TIPO REALIZADAS POR EL GOBIERNO FRENTE A LOS CASOS DE LEGIONELLA PRODUCIDOS EN DIVERSOS PUNTOS DEL PAÍS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA, (Número de expediente 213/000244)

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, seguimos con el punto segundo del orden del día, comparecencia de la ministra de Sanidad y Consumo para que explique las actuaciones en salud pública y de todo tipo realizadas por el Gobierno frente a los casos de legionella producidos en diversos puntos del país. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Efectivamente, esta comparecencia ha sido pedida por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida y paso a contestarle.

Antes de entrar en las medidas, permítanme, señorías, que haga una escueta alusión a lo que es la legionellosis. La legionellosis es una enfermedad bacteriana de origen ambiental que habita en aguas superficiales, como ríos, lagos y estanques, y que presenta dos formas clínicas perfectamente diferenciadas: la infección pulmonar o enfermedad del legionario, con fiebre alta, y la forma no neumónica, conocida como fiebre de pontiac, con síntoma febril agudo y autolimitado.

La neumonía tiene un período de incubación de dos a diez días, afectando más a personas de edad comprendida entre los 40 y los 70 años, siendo de dos a tres veces más frecuente entre los varones que entre las hembras, y con más riesgo para determinadas personas, como son aquéllas que padecen diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, fumadores, alcohólicos, etcétera.

Quisiera detenerme brevemente en las distintas fases de esta enfermedad, como son: la infección, la diagnosis, transmisión, y prevención y control. La infección por legionella está asociada a varios tipos de instalaciones y de edificios y puede presentarse en forma de brotes. Las instalaciones que más frecuentemente se encuentran contaminadas con legionella y han sido identificadas como fuentes de infección son: algunos sistemas de agua sanitaria, caliente y fría, torre de refrigeración, y condensadores evaporativos de algún tipo de edificios. Estas instalaciones en ocasiones favorecen el estancamiento del agua y la acumulación de productos que sirven de nutrientes para la bacteria, como lodos, materia orgánica, materia de corrosión, amebas, formando una biocapa.

Respecto al diagnóstico de las infecciones humanas causadas por legionella, éste puede realizarse por los siguientes métodos microbiológicos: primero, cultivo de bacterias a partir de muestras respiratorias y, segundo, serología mediante inmunoforescencia directa; tercero, detección de antígenos específicos en orina; cuarto, visualización del microorganismo en líquidos o tejidos patológicos mediante inmunoforescencias directas.

El primero requiere muestras difíciles de extraer y dolorosas para el enfermo, necesitando períodos de incubación más largos que las otras bacterias, entre cinco y siete días. El segundo requiere la toma de dos muestras de sangre del enfermo, una en el momento de la aparición de la enfermedad, y la otra en el período convaleciente, con lo que el diagnóstico es tardío. El tercero se ha desarrollado con una técnica mediante análisis de orina que representa ventajas tales como el ser inmediato, fácil y rápido. El cuarto, aporta un diagnóstico de rapidez, pero presenta cierta dificultad en la interpretación de los resultados obtenidos, y es muy importante destacar que un resultado negativo no excluye la presencia de la enfermedad.

La transmisión de la bacteria. Ha de encontrarse con unas condiciones favorables, como son: una temperatura cercana a los 37 grados centígrados; la presencia de amebas que le sirvan de soporte; y ambientes adecuados, como son materia orgánica, lodos y materiales de corrosión. La entrada de la legionella en el organismo humano se produce básicamente por inhalación de aerosoles que contengan un número suficiente de bacterias, no teniendo evidencia de la transmisión de persona a persona. En cualquier caso, para que se produzca infección en el hombre se tienen que dar una serie de requisitos: primero, que el microorganismo tenga una vía de entrada a la instalación; segundo, que se multiplique en el agua hasta constituir un número de microorganismos suficiente como para que sea riesgo

para las personas que sean susceptibles de contaminación. La multiplicación de estos organismos está en función de la temperatura del agua, de su estancamiento y de la presencia de otros contaminantes, incluyendo la suciedad en el interior de las instalaciones; tercero, que se disperse en el aire en forma de aerosol, ya que el agua contaminada representa un riesgo solamente cuando se dispersa en la atmósfera en forma de aerosol; cuarto, que sea virulento para los hombres, pues no todas las especies de microorganismos producen la enfermedad; y, quinto, que las personas en principio susceptibles sean expuestas a aerosoles conteniendo la cantidad suficiente de legionella.

Por último, para la prevención y control de legionella se debe incidir en los aspectos siguientes: impedir las condiciones que favorecen el crecimiento de la bacteria, como temperatura y suciedad, así como controlar los vertidos de los aerosoles.

Señorías, una vez que he señalado las características principales de esta enfermedad, debo referirme a la situación de esta patología en España, así como al conjunto de actividades que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha venido y viene realizando en relación con la misma. Como todos ustedes saben, en el año 1976 se produjo la descripción de la enfermedad y poco tiempo después se puso de manifiesto la presencia de brotes en España, sobre todo en relación con viajeros. En nuestro país, la vigilancia epidemiológica de la legionellosis se hace a través de la red nacional de vigilancia epidemiológica. Mediante el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y se introduce la legionellosis como enfermedad de declaración obligatoria a nivel estatal. A partir de ese momento, la vigilancia epidemiológica se hace a través de esta red nacional, la Renave. El Ministerio de Sanidad y Consumo, además de actividades de vigilancia, viene realizando las actividades que le son propias en materia de política de salud y planificación a través de sus órganos. Uno de estos órganos es la Dirección General de Salud Pública y Consumo, a la que le corresponde, por el Real Decreto 1450/2000, de 28 de julio, las funciones relativas a la información epidemiológica, promoción de la salud y frecuencia de las enfermedades, entre otras muchas. En esta competencia estricta está encuadrado el estudio, prevención y control de la legionellosis.

Sin embargo, conviene reconocer aquí que la salud pública es materia que ha sido transferida a las diversas comunidades autónomas, siendo, por tanto, responsabilidad de cada una de ellas el marco médicosanitario para detección, tratamiento, control y cualquier otro aspecto que incida en esta enfermedad. Por ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro de las responsabilidades que tiene en función de las competencias actuales en materia de salud pública que, como ustedes recuerdan, es la elaboración de legislación básica, la coordinación de la política sanitaria y el apoyo científico-técnico, buscando el funcionamiento armónico del Sistema Nacional de Salud, para realizar esta tarea de coordinación estableció el Consejo interterritorial de Sistema Nacional de Salud. Como ustedes saben, esta función de coordinación viene funcionando desde el primer momento a través de la Comisión de Salud Pública, formada por los directores de salud de las distintas comunidades autónomas. En este caso concreto, nada más detectarse los primeros casos de legionellosis, el Ministerio de Sanidad y Consumo convocó, con fecha 21 de noviembre del año 2000, una reunión extraordinaria de la Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial con carácter monográfico. Unos días después, el 29 de noviembre, se reunieron las ponencias de vigilancia epidemiológica y sanidad ambiental, al objeto de analizar y valorar su actuación, las medidas adoptadas y aquéllas otras a adoptar en su caso. El principal acuerdo al que se llegó fue que el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboraría una norma de ámbito estatal sobre prevención y control de la legionellosis. En cumplimiento de este acuerdo y de las competencias atribuidas a la elaboración de la legislación básica, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha confeccionado un proyecto de real decreto por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionellosis en nuestro país. En este proyecto se ha recogido la petición efectuada por los sectores profesionales y científicos, responsables sanitarios y la sociedad en general, que reclamaban una legislación de ámbito estatal que armonizara los criterios de prevención y control de la legionellosis. Hay que destacar la participación del Instituto de Salud Carlos III, a través de los centros nacionales de epidemiología y microbiología, que viene apoyando técnica y científicamente a las autoridades sanitarias de las diferentes comunidades autónomas.

Como no podía ser de otra manera, al tratarse de un proyecto de norma básica para todo el Estado, el real decreto al que me he referido antes ha sido remitido a todas las comunidades autónomas para su valoración. En paralelo, la ponencia de sanidad ambiental, que es un órgano técnico de coordinación adscrito a la Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial, en su reunión del pasado 12 de diciembre, ha valorado positivamente este proyecto. Asimismo, en esta reunión se fijó un plazo para que las comunidades autónomas enviaran sus comentarios por escrito. Estos comentarios han sido valorados, uno a uno, por el órgano competente para su posible inclusión en el borrador definitivo del proyecto.

Con este real decreto, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación con las administraciones autonómicas y locales, podrá, a la luz de los nuevos conocimientos científico-técnicos, actualizar los preceptos destinados a mejorar la prevención y el control de la legionellosis. Estamos convencidos, señorías, de que este real decreto será una herramienta eficaz para

prevenir la presencia de nuevos brotes de legionellosis. Asimismo se incidirá en que la responsabilidad de la limpieza, mantenimiento y desinfección recaerá en el titular de cada instalación, así como que la vigilancia e inspección sanitaria será atribuida a la autoridad autónoma o local, si así lo delegase la Consejería de Sanidad de la respectiva comunidad autónoma. De igual manera, con la colaboración de todas las comunidades, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado un libro titulado *Recomendaciones para la prevención y control de la legionellosis*, en el que han participado expertos en epidemiología, microbiología, ingeniería y sanidad ambiental. Dada la magnífica acogida que ha tenido esta publicación, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha procedido a realizar una segunda edición, porque la anterior se había agotado.

Como ha quedado reflejado en este momento, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha cumplido y viene cumpliendo con una de las labores fundamentales que tiene encomendada en materia de salud pública, como es el caso que nos ocupa, la de coordinación de la política sanitaria. Para ello el principal elemento con el que podemos contar para esta acción lo constituye el Consejo interterritorial, en cuyo seno, como ya he señalado anteriormente, viene funcionando la Comisión de Salud Pública, con bastantes buenos resultados. Esta Comisión consiguió pactar una reforma de la red de vigilancia epidemiológica que aprobó protocolos comunes de vigilancia en todas las enfermedades de declaración obligatoria y que ha venido y viene manteniendo unos niveles de alta eficiencia en la ejecución de la normativa básica aplicable en el campo de la salud pública; una Comisión de Salud Pública que el Ministerio considera como un instrumento necesario para que cada autoridad sanitaria pueda desempeñar con eficiencia sus propias competencias, porque entendemos que la coordinación de las políticas de salud pública no es una necesidad que deba concernir y preocupar exclusivamente al Ministerio de Sanidad y Consumo, sino que, en buena lógica y razón, deberá ser y es una estrategia y una exigencia de todas y cada una de las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas.

Muchísimas gracias, señorías, por su atención, y quedo a su disposición para las preguntas concretas que me quieran hacer.

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

La señora **CASTRO FONSECA:** Muchas gracias, señora ministra, por su información. No tengo nada más que decir.

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

El señor **GONZÁLEZ SERNA:** Buenas tardes, señora ministra.

Señora ministra, hace unos días, yo creo que menos de una semana, era usted reprobada por nuestro grupo parlamentario en esta Cámara, y lo era también por un caso —por lo menos la propuesta de reprobación— de salud pública, el caso que es conocido en este país como el problema de las vacas locas. Aunque no prosperó, claramente quedó patente la opinión del grupo mayoritario de la oposición. Señora ministra, hace menos de dos semanas un sindicato importante del mundo sanitario hacía una encuesta entre profesionales cuantitativa y cualitativamente importantes del Sistema Nacional de Salud, en la que se venía a demostrar la absoluta desconfianza que tiene uno de los colectivos más importantes de la sanidad de este país. Yo solamente le voy a leer dos ítem de la referida encuesta, que ha sido hecha pública y que la puede encontrar en cualquier medio de comunicación o en la red.

Señora ministra, la pregunta es: como profesional sanitario ¿se siente representado por el actual equipo del Ministerio de Sanidad, encabezado por Celia Villalobos?

El señor **PRESIDENTE:** Señor González Serna, yo le rogaría que se atenga usted al tema.

El señor **GONZÁLEZ SERNA:** Perfectamente, señor presidente. Estoy tratando de argumentar y centrarme en el tema que nos ocupa, que es el problema de cientos de personas de este país que han padecido la enfermedad. Permítame, porque esto es parte de mi argumentación y no creo que esta Cámara me prohiba expresarme.

El señor **PRESIDENTE:** No, pero, con todo respeto, le pido que se atenga al tema de la comparecencia que ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, que es sobre la legionella.

El señor **GONZÁLEZ SERNA:** Me centro en el tema. Le decía que contestan sí el 6 por ciento, señora ministra, y el 94 por ciento contestan no. Y solamente quiero hacer otro item a la pregunta que yo acababa de leer.

El señor **PRESIDENTE:** Señor González.

El señor **GONZÁLEZ SERNA:** Señor presidente, le ruego que sea tan amable de dejar que me exprese sobre el problema que nos trae hoy aquí, que afecta a cientos de personas distribuidas en distintos puntos geográficos de este país y que están todavía preocupados, muy especialmente en Alcoy.

El otro item de la encuesta que yo quiero recordarle a la señora ministra es: valore la gestión de la ministra de Sanidad: 1, muy mala; 2, mala; 3, regular; 4, buena; 5, muy buena. Muy mala, el 50 por ciento; mala, el 35

por ciento; regular, el 14 por ciento; buena, el 1 por ciento; muy buena, cero. Esto es una muestra de la valoración que tiene la sociedad de la ministra de Sanidad. Pero le voy a decir más, señora ministra, ¿qué opinión cree usted que tienen los ciudadanos de Alcoy de la ministra de Sanidad, del Ministerio de Sanidad, durante todo el tiempo, más de un año, que han estado sufriendo un brote de legionella, que a fecha de hoy dudamos que esté resuelto? Yo le voy a dar mi opinión como ciudadano de Alicante, como amigo de la ciudad de Alcoy. Los ciudadanos se han sentido desasistidos por parte de la ministra de Sanidad. Todo esto no es por casualidad, todo esto que le estoy comentando es porque en los últimos tiempos, cada vez que ha hecho usted declaraciones relacionadas con problemas de salud pública exclusivamente han tenido un denominador común, y es que las competencias de salud pública están transferidas; al Ministerio no le corresponde absolutamente nada. Y cuando no era eso, desaparecía de la escena mediática para no opinar, porque el tema se había complicado.

Señora ministra, en noviembre, en otoño, tenía usted este mapa de distribución de la legionella en nuestro país, y se lo voy a leer: Tarragona, un muerto; Alcoy, tres muertos y 125 casos; Logroño, un muerto; Cáceres, dos muertos y un afectado; Barcelona, un muerto y 48 casos; Vigo, cuatro muertos y 29 afectados; Guadalajara, detectada legionella en un centro psiquiátrico, un anciano de ese centro podría estar afectado. Esto no me lo invento yo, es de un diario nacional, en el mes noviembre. ¿Sabe señora ministra, qué respondió usted ante esto? A unas preguntas que le hacía el parlamentario que le habla, le contestaba lo que yo le decía antes, que no disponía de datos sobre la legionella en este país. La pregunta se refería al número de brotes, al número de casos de infección por legionella detectados en el año 1999 en las ciudades de Alcoy y de Vigo. Y la respuesta era que estaban transferidas las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, mediante real decreto. No respondía; venía a decir que no era competencia suya y, por tanto, no respondía. Pero no es esta sola. No se las voy a leer porque sería una retahíla de respuestas exactamente iguales, que vienen a decir que usted no tenía ninguna voluntad política de afrontar su responsabilidad en este tema.

Señora ministra, en noviembre el único acto que hace usted, que hace su Ministerio en relación al problema de la legionella es reunir a la directora general de Salud Pública con los responsables de salud pública de las distintas comunidades autónomas, para acordar, para consensuar una norma estatal sobre mantenimiento de instalaciones para prevenir brotes de legionella. Es lo único que se hace después de la presión mediática, después de la preocupación de los ciudadanos de distintos puntos de este país, cuando nunca se habían dado similtáneamente tantos casos ni a la vez se había distribuido tan gráficamente en un país. Los brotes de legionella eran más largos que nunca. Concretamente el de Alcoy, desde el primer día que es ministra lo tenía encima de la mesa. La distribución no se la voy a repetir porque nos podemos alargar. ¿Sabe cuándo se vuelve a hablar en los medios de comunicación de esta norma consensuada con los responsables de las comunidades autónomas? Se vuelve a hablar el mismo día que se anuncia que usted vendría a esta Comisión de Sanidad con motivo de la comparecencia que el Grupo de Izquierda Unida le había pedido muchos meses atrás, justamente cuando estaba en pleno auge la situación de la legionellosis en nuestro país.

Señora ministra, hemos asistido este otoño a un caso único: por una parte, como le decía, la duración del ciclo del brote; por otra parte, el número de personas afectadas y, por otra e importante también, la simultaneidad de los casos en los distintos puntos de la geografía española. Ante esta situación, ha habido reacciones de distintos tipos, y yo le voy a decir alguna. La sociedad española de neumología y cirugía torácica, desde el primer día que se dan cuenta de la situación, piden, sugieren que todas las autonomías establezcan normas homogéneas o bien que el Ministerio consensúe una norma, con el fin de que pueda haber en el conjunto del territorio nacional una norma para la prevención de la legionellosis en nuestro país. ¿Sabe también quién se preocupó, señora ministra? La Unión Europea se interesó por el problema que estaba sucediendo en Alcoy. ¿Sabe cuál es la primera apreciación que hizo la Comisión Europea? La falta de información que tenían los ciudadanos que habían padecido los brotes, muy especialmente los ciudadanos de Alcoy. También se preocupó por el tema, especialmente el de Alcoy, la Fiscalía de la Audiencia Nacional; se había interesado por si existen responsabilidades en las administraciones públicas. Señora ministra, ¿sabe quién se preocupó también por el tema? La Sindicatura de Agravios, el equivalente al Defensor del Pueblo de la Comunidad Valenciana. Las competencias estaban transferidas y no era tema suyo, dice la ministra de Sanidad y Consumo. Fíjese lo que le acabo de decir.

¿Qué cree usted, señora ministra, que después de lo dicho pueden percibir los ciudadanos que han sufrido brotes de legionellosis en su territorio? Le voy a decir lo que pienso: desconcierto, desamparo, despreocupación, desidia y sobre todo inseguridad y alarma. Durante meses hemos visto cómo la máxima autoridad del Estado —me refiero en temas sanitarios— ha buscado la forma de evadirse y no afrontar el problema de salud pública que estaban viviendo hombres y mujeres de este país. Hoy, señora ministra, en Alcoy, los afectados por la legionella dicen que hay más casos de los oficiales, que están convencidos de que son muchos más de los 144 casos que aparecen y piensan que no son ocho los fallecidos sino que son muchos más. Esto es a fecha 18 de febrero de 2001. La preocupación todavía no ha desaparecido en la Comunidad Valenciana; la

preocupación todavía no ha desaparecido en Alcoy, señora ministra.

Creo que he dicho un montón de cosas que nos preocupan a todos los ciudadanos. Lo que sí que le aseguro que no le voy a decir es aquello que le decía un diputado al presidente del Gobierno. Yo nunca le se voy a decir, se lo aseguro y, con toda seguridad, tampoco se lo dirá mi grupo parlamentario: ¡Váyase, señora Villalobos! No se lo vamos a decir, con toda seguridad. Pero sí queremos recordarle alguna cosa. Quisiera recordarle que es usted la máxima autoridad en materia sanitaria de este país, pase lo que pase, que dispone de instrumentos. De acuerdo con la Ley General de Sanidad, usted dispone del Instituto Carlos III, dispone de la alta Inspección del Estado en materia sanitaria, de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, del Consejo interterritorial, de los órganos consultivos del Consejo interterritorial. Por cierto, ayer tuve oportunidad de hablar con una persona que, al parecer, debe pertenecer a este Consejo y me decía que todavía en esta legislatura no se habían reunido los órganos consultivos del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pero lo que más me preocupó es que tenía la profunda convicción de que no se iban a reunir. Dijo: con seguridad, no veremos reunirse a esos órganos consultivos. Señora ministra, de acuerdo con la Ley General de Sanidad, usted tiene que afrontar los problemas de salud pública que tiene este país.

Permítame instarle a que ejerza como ministra del Reino de España, a que ejerza como ministra de Sanidad, porque hay muchos ciudadanos que están profundamente preocupados. Quiero recordarle una cosa: cuando haya un brote de legionella, cuando haya un aumento de casos que se prolonguen en el tiempo y que simultáneamente aparezcan en distintos sitios del país, actúe inmediatamente, ponga inmediatamente todo el dispositivo a funcionar.

Para terminar, quiero instarle a que convoque al Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a que lo convoque las veces que haga falta, que no escatime. El Consejo interterritorial —aunque usted se ría se lo voy a decir—, de acuerdo con la página web del Ministerio, se ha reunido desde 1989, fecha en que se constituye, hasta la fecha, 51 veces; eso supone una media de 4,6 reuniones plenarias por año. Durante su mandato, que ya es de casi un año, se ha reunido una sola vez el plenario, señora ministra. Por favor, convoque el plenario del Consejo interterritorial, impulse la sanidad y no escatime esfuerzos.

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

El señor **MINGO ZAPATERO:** Quisiera hacer llegar a todos los diputados que debíamos ser extraordinariamente cautos, una vez más, cuando hablamos de salud pública y que sería conveniente que nos fijáramos en cuáles son los dictámenes de los expertos y la realidad científica a la hora de analizar cualquier problema de salud pública del que se hable. Hoy la ministra comparece para hablar de la legionella pneumonae, que es una enfermedad que algunas veces evoluciona por brotes, otras veces es endémica y otras veces es epidémica. En alguna intervención de algún grupo político se ha insistido en el fenómeno epidémico del municipio de Alcoy, diciendo que probablemente es el episodio más importante de la legionella en la historia de España cuyo primer caso, como conocen SS.SS., fue inscrito en 1973.

No es verdad que este sea el caso más importante. Quiero recordar a SS.SS. que, en 1996, una población madrileña, Alcalá de Henares, tuvo un episodio de legionella que afectó a bastantes más ciudadanos de los que a lo largo de los últimos meses han sido afectados en el municipio de Alcoy. En aquel momento, lo que es científica y políticamente correcto es el abordaje del problema con las tres administraciones públicas que entienden y tienen competencias en la materia; de consumo, los ayuntamientos; de gestión, las comunidades autónomas; y de autoridad sanitaria, el Ministerio. Las tres actuaron como han actuado en el caso de Alcoy y como actúan en todas las cuestiones de salud pública en el territorio español. Repito, la acción conjunta de las tres administraciones hizo posible una resolución —que en este caso de Alcoy quiero mencionar con rotundidad— que ha sido analizada específicamente por las Cortes valencianas, que ha sido estudiada en una comisión de investigación creada *ad hoc* y que desgraciadamente algunos grupos políticos han abandonado. En esa comisión hay una serie de conclusiones, que son científicas y políticas. Me gustaría insistir en que la mayor parte de los profesionales y de los expertos en la materia —y aconsejo a SS.SS. que sigan este camino— insisten en que los políticos y los profesionales debíamos tener más cuidado a la hora de cuidar a los ciudadanos y no crear innecesariamente alarma que a nadie beneficia.

Cuando el Ministerio de Sanidad reúne sucesivas veces a los órganos expertos de cohesión y de estudio, que es la Comisión de salud pública, y acuerda con los representantes de las comunidades autónomas cuál es la línea a seguir, lo único que está haciendo la ministra es cumplir con la ley. Creo que debíamos dejar bien claro que la ministra, y cualquier ministro, no puede saltarse la ley. Por tanto, la obligación de la ministra no es otra que convocar y pautar cuáles son los criterios mejores para vigilar la salud pública de todos los españoles; en coordinación, en armonía y en acuerdo completo, se marcan las pautas globales en un real decreto que la ministra ha especificado en su comparecencia de hoy y no lo ha hecho público todavía porque queda el último momento de aprobación definitiva por los consejeros y por las comunidades autónomas. Sigamos pues los criterios técnicos. El Instituto de Salud Carlos III

ha estado colaborando activamente, señoras y señores diputados, con las distintas comunidades autónomas en acción de consejo, de información y de estudio y en armonización de cuáles son las distintas medidas preventivas.

Señorías, si estamos hablando de una enfermedad causada por un germen gramnegativo, que es tributaria de un tratamiento relativamente fácil con antibióticos y que produce una morbi-mortalidad escasa en comparación con otras enfermedades respiratorias, debemos decírselo tranquilamente a la población. Porque la gripe, la vulgar gripe, produce mucha más morbi-mortalidad. Digamos que esta enfermedad es extraordinariamente bien conocida en los últimos años, digamos que aumentará el número de casos, porque cada vez es más fácilmente diagnosticable en virtud de los últimos y recientes análisis de orina, donde se define perfectamente la presencia de la enfermedad, y que con tratamiento con eritromicina se curan la mayor parte de los casos; que no es una enfermedad viral que no responde a la antibióticoterapia. Esto es lo que tenemos que decir a los ciudadanos. Y con las comunidades autónomas y con los ayuntamientos, en base a los criterios científicos y a los criterios de prevención que la ministra ha marcado en el real decreto, tendremos que fomentar el cuidado de la prevención de esta enfermedad en sus brotes, en relación con el mecanismo de contagio por inspiración de minúsculas gotas de agua que pueden entrar en los pulmones.

Señorías, en ese esfuerzo estoy seguro que colaborarán todos ustedes.

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

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Señor presidente, intervendré para ampliar lo que no es una decisión de esta ministra sino de las Cortes Generales, de las Cortes autonómicas, de la propia Constitución a la hora de diseñar la estructura administrativa y competencial de este país, donde se ubican todas las competencias de salud pública desde 1981 a 1985, que es cuando se hacen las transferencias —excepto en Ceuta, que se hace más tarde— de salud pública a las comunidades autónomas. Es un modelo que hemos elegido todos los españoles y por lo tanto, desde mi punto de vista, no tiene sentido ponerlo en discusión. Y estoy diciendo algo que he planteado en otras intervenciones en este Parlamento en cuestiones relacionadas con salud pública. Si lo que algún grupo político entiende es que el Gobierno central debe recuperar competencias en salud pública, que se diga claramente. Es una opción y, una vez analizado ante situaciones de crisis de salud pública cómo funcionan los mecanismos de control, etcétera, si se entiende que es excesivo, hágase. Pero yo me muevo en el ámbito de la realidad y por lo tanto de las competencias que cada cual tiene.

En el tema de la legionella la mayoría de las competencias son municipales, ni siquiera son de las comunidades autónomas. Y algunos ayuntamientos que se han visto afectados por este fenómeno han elaborado ordenanzas en torno a esta cuestión; por ejemplo, Madrid, Barcelona y algún otro ayuntamiento. Y algunas comunidades autónomas donde en un momento determinado, se ha presentado un brote determinado han tomado sus medidas. La Comunidad de Madrid, la Comunidad de Cataluña o la Comunidad valenciana; han tenido problemas y ante él han reaccionado de esta forma. Sin embargo, se analizó la necesidad de un marco general. Nosotros, encantados. No siendo necesario, porque si lo hubiera sido estoy convencida de que hace muchos años, muchos, muchos, las distintas y distintos ministros de Sanidad lo habrían hecho, en cumplimiento de sus responsabilidades. Recuerdo e insisto en que la última transferencia se hace en 1985 y desde entonces ha habido unos cuantos ministros de Sanidad. Si ninguno lo hizo es porque efectivamente no era algo que tuviera que hacer. Pero se pide por las comunidades autónomas una regulación ordenada, nos parece adecuado y en ello estamos.

Las líneas generales de este real decreto van en la dirección de definir claramente el ámbito competencial, la necesidad de que los ayuntamientos controlen el registro de instalaciones, la inspección y el control rutinario de las mismas que, como otras muchas, corresponden a los ayuntamientos, y al mismo tiempo las comunidades autónomas tienen que controlar cómo se realizan estas diferentes inspecciones, insisto, cuya competencia exclusiva es de los propietarios de los locales. Por lo tanto, lo que corresponde a la Administración local o autonómica es controlar qué se hace, pero en ningún caso pagar que se haga. Los responsables son, en el ámbito que lo queramos plantear, los dueños, los propietarios de esos edificios. En ningún caso, ni la Administración local ni la autonómica.

Yo creo que se va por el buen camino, lo digo con absoluta sinceridad. Así lo manifiestan los directores generales representantes de cada una de las comunidades autónomas en el Consejo interterritorial, que son los que han propuesto este documento, y que, insisto, en un plazo muy breve, se va a publicar en el Boletín Oficial del Estado.

Creo que este, como cualquier otro problema de salud pública, requiere la máxima atención por parte de todas las autoridades sanitarias y pienso que, en el ámbito de las competencias de cada cual, se han tomado medidas. Y estoy hablando de las diferentes comunidades autónomas que se han encontrado con esta situación y con este problema, problema que, como comprenderán SS.SS., a ninguno de los responsables de salud pública de ningún ámbito, ni local, ni autonómico ni nacional, es algo que nos agrade, sino todo lo

contrario, que nos preocupa. Como nos preocupa a todos, incluidos, como no podía ser menos, los representantes de la soberanía popular, que son ustedes, y yo, que también soy diputada, los miembros de esta Cámara, nos ocupamos y nos preocupamos y en esa línea seguiremos trabajando.

Señora Castro, en el momento en que tengamos más información, se la haremos llegar inmediatamente.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señora ministra.

Antes de levantar la sesión, quiero informar a la Comisión de la propuesta realizada por los distintos grupos parlamentarios sobre la composición de la ponencia encargada de informar el proyecto de ley por el que se crea la agencia española de seguridad alimentaria.

Se trata de las señoras y señores diputados que cito a continuación. Por el Grupo Parlamentario Popular, señor Castillo, señor Mingo, señora Rodríguez López; por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Pozuelo y la señora Rodríguez Díaz; por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), la señora Riera; por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, la señora Castro; por el Grupo Parlamentario Vasco, la señora Uría; por el Grupo de Coalición Canaria, la señora Julios; y por el Grupo Parlamentario Mixto, el señor Aymerich.

¿Se aprueba la composición de la ponencia? **(Asentimiento.)**

Queda aprobada por asentimiento. Muchas gracias.

Quiero también decirles que los miembros de la Mesa y portavoces tendrán en su despacho un dossier. Este dossier fue un acuerdo, ante una petición que hizo la señora Castro en la reunión de Mesa y portavoces, de que por parte del letrado y los órganos de la Comisión y de la Dirección de Estudios se preparase un dossier sobre el proyecto de creación de la agencia española de seguridad alimentaria. Es un primer dossier y, a lo largo de los debates que puedan surgir en la ponencia, una vez que tengamos todas las enmiendas que se puedan presentar, se ampliará con otro dossier. Me gustaría que conste en el «Diario de Sesiones» nuestro agradecimiento a la Dirección de Estudios y a los órganos de la Comisión que han hecho un trabajo creo que importante.

Sin más, se levanta la sesión.

Eran las siete y quince minutos de la tarde.

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**