



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2001

VII Legislatura

Núm. 256

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 13



celebrada el miércoles, 30 de mayo de 2001

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor secretario general de gestión y Cooperación Sanitaria (Moreno Palanques) para informar sobre:

- | | |
|---|------|
| — La trascendencia e implicaciones para el Sistema Nacional de Salud de los avances en la investigación sobre el genoma humano. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000375.) | 7698 |
| — La repercusión que, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, ocasiona en el Sistema Nacional de Salud la reciente sentencia del Tribunal de Luxemburgo sobre la jornada laboral, así como las medidas que tiene previsto adoptar. A solicitud del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria. (Número de expediente 212/000392.) | 7709 |

Preguntas:

- **Del señor Arola Blanquet (Grupo Parlamentario Socialista), sobre medidas previstas por el Ministerio de Sanidad y Consumo para resaltar el papel de las comisiones de docencia dentro del ámbito de la formación especializada. (Número de expediente 181/000511.)** 7719
- **Del mismo señor diputado, sobre introducción de nuevas formas de gestión en la organización de centros y hospitales. (Número de expediente 181/000512.)** 7721
- **Del mismo señor diputado, sobre medidas para hacer efectivo el acuerdo del Consejo Interterritorial de Salud en lo referente a promover e instrumentar la colaboración entre las administraciones sanitarias para conseguir la máxima rentabilidad de los recursos públicos. (Número de expediente 181/000513.)** 7723
- **Del mismo señor diputado, sobre medidas previstas en el año 2001 para lograr un sistema de servicios de salud cohesionado y solidario. (Número de expediente 181/000514.)** 7725
- **Del mismo señor diputado, sobre tipo de colaboración establecida por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, así como con las autoridades competentes de las comunidades autónomas, para superar los desajustes entre la formación de pre y posgraduados, según expresión de la ministra de Sanidad y Consumo. (Número de expediente 181/000515.)** 7728
- **Del mismo señor diputado, sobre medidas para perfeccionar el proceso de evaluación de la formación especializada. (Número de expediente 181/000541.)** 7729

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

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA (MORENO PALANQUES) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LA TRASCENDENCIA E IMPLICACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LOS AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL GENOMA HUMANO. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000375.)**

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que todas SS.SS. conocen.

Damos la bienvenida al señor secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria, don Rubén Moreno, y le deseamos una grata estancia a lo largo de la mañana, porque toda la sesión va a pivotar en torno a él (dos comparecencias y seis preguntas), con lo cual yo ya empiezo solicitando tanto al compareciente como a los miembros de la Comisión que intervengan que procuren atenerse al tiempo en aras a la brevedad.

Sin más preámbulo, si está preparado el señor secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria, don Rubén Moreno, le damos la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Señorías, constituye para mí un honor comparecer de nuevo ante esta Comisión de Sanidad y Consumo, en esta ocasión para exponer a SS.SS. las implicaciones que, para el ámbito de competencias propio del Ministerio de Sanidad y Consumo, se derivan de un tema de tan candente actualidad como es el desciframiento del genoma humano.

La genómica y la proteómica van a tener implicaciones de primera magnitud en las ciencias biomédicas en el siglo XXI. El desciframiento del genoma humano ha sido un hito importante dentro de una revolución que avanza con rapidez y promete grandes oportunidades para beneficio de la humanidad. Prevemos que durante los próximos 25 años se realizarán importantes avances en la investigación biomédica que contribuirán de modo significativo a la predicción, a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento y erradicación de la enfermedad. Después del desciframiento del proyecto del genoma humano vamos a ver algunos aspectos que hasta ahora son no ya inusuales, simplemente no los conocemos en la práctica clínica, como es la determinación de la susceptibilidad genética. Empezamos ya a definir los genes, a conocer los genes que subyacen en la predisposición hereditaria a desarrollar algunas enfermedades. Por ejemplo, en cáncer de mama, o de ovario, conocemos ya en algunas familias, en algunos pacientes, el ligamiento que existe entre la probabili-

dad de padecer esa enfermedad y determinadas mutaciones como el gen BRCA-1 o BRCA-2. En cáncer de colon sabemos que ya hay procesos, dentro de las distintas variedades que hay, ligados a algunos genes de reparación de ADN, como es el MLH-1 y el MSH-2; o en cáncer medular de tiroides, o feocromocitoma, ligados a un gen como es el RED en la neoplasia endocrina múltiple tipo 2A. Nos enfrentamos a una situación en donde vamos a poder identificar a los portadores de mutaciones en lo que se llama la línea germinal, es decir, en los genes que recibimos de nuestros propios padres, para identificar un riesgo superior en parte de la población, cosa que hasta ahora no podemos realizar.

Esto tiene importantes consecuencias, incluso desde el punto de vista del apoyo psicológico a los pacientes. El que a una chiquita de 5 años, o a una mujer de 15 años se le pueda decir que durante toda su vida tiene un riesgo del 80 o el 85 por ciento de padecer cáncer de mama significa algo a lo que hasta ahora no nos hemos enfrentado, y es el apoyo psicológico ante la toma de determinadas decisiones, porque en algún caso se plantea hasta la doble mastectomía en una persona que no tiene enfermedad, que puede desarrollar un cáncer de mama y que, sin embargo, tiene que enfrentarse a la eliminación de ambas mamas en determinadas situaciones; o, en el caso de la susceptibilidad de cáncer de ovario, de una quimioterapia profiláctica durante el resto de su vida, no exenta de problemas tóxicos, o incluso a la doble ooforectomía, es decir, a la eliminación de los ovarios.

Empezamos a ver también el control de la interacción entre el individuo y el entorno como origen de enfermedad. Sabemos que hay productos carcinógenos, sabemos que hay productos neurotóxicos, sabemos que hay productos que lesionan el endotelio vascular, la parte interna de las arterias, y empezamos a conocer algunos genes que influyen en la detoxificación de estos productos, y esto convendrán ustedes con nosotros que es de una gran importancia sanitaria y social. Una persona con determinado fallo en genes que le permite enfrentarse a determinados carcinógenos o neurotóxicos es una persona que probablemente estará definida como no apta para determinado tipo de trabajo, y en ese caso, ¿qué se plantea?, ¿eliminar del entorno donde trabaja esa persona el producto tóxico, el producto carcinógeno que, por cierto, no afecta a personas que tienen genes que le defienden de esa situación? Es decir, ¿cambiamos el entorno laboral, o permitimos sólo a algunas personas que vayan a esos entornos laborales peligrosos para alguien que no tiene esos genes de defensa? Es más, ¿se plantea uno como sociedad el seleccionar a determinados individuos para que puedan trabajar en esos entornos que pueden ser peligrosos para otros con esos problemas genéticos? Estamos hablando de cuestiones no sólo sanitarias sino de importancia social.

En los próximos cinco o diez años probablemente vamos a ir viendo un concepto de sanidad mucho más centrado en la prevención primaria y en la introducción probablemente de programas de clasificación y seguimiento de procesos y pacientes. Vamos a empezar a hacer ya el diagnóstico (ya se ha empezado a hacer en algunos casos) ultraprecoz de determinadas patologías, como el esófago de Barrett; aquí hay algunos médicos que saben perfectamente qué es ese tipo de problema. Lo que probablemente no sabemos todavía es qué mutaciones en algunos genes, como el P53, pueden ser el preludio de un cáncer de esófago en ese tipo de patología. O en el cáncer de cuello uterino determinados serotipos en determinadas displasias que hoy podemos determinar son el preludio del cáncer de cérvix en la mujer y, por lo tanto, podemos prevenir eso. O en cáncer de pulmón, determinadas alteraciones como en el gen FHIT.

Podemos seguir la enfermedad también mediante la detección de lo que denominamos enfermedad mínima residual, que es la respuesta molecular al proceso neoplásico. Es decir, podremos empezar a determinar ya cuándo, en un proceso neoplásico que ha sido tratado en el hospital, el individuo empieza a tener una respuesta mínima, mínima pero que podemos empezar a detectar y, por lo tanto, podemos empezar a tratar antes de que ese paciente desarrolle de nuevo ese tumor en una fase en la que la quimioterapia ya no sea posible, lo que denominamos rescate terapéutico.

Y, hablando de quimioterapia, como todos ustedes saben, no es lo mismo aplicar la quimioterapia a un tumor que responde que a otro que no responde, siendo el mismo tumor. Eso tiene importancia no sólo desde el punto de vista de la gestión sanitaria sino desde el punto de vista personal para ese mismo paciente, es lo que denominamos la quimio y radiosensibilidad de la neoplasia, que nos va a permitir un abordaje terapéutico individualizado.

Hay un nuevo proceso que estamos desarrollando en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, de los que ustedes seguro que han oído hablar, que son los biochips y los sistemas de nanoscaning en biología molecular. Hasta ahora era muy difícil trasladar esto a la práctica clínica porque se requería un conocimiento muy profundo de la biología molecular, una tecnología muy sofisticada, muy cara y muy difícil de manejar. Con estos procedimientos de biochips y sistemas de nanoscaning los procedimientos se hacen muy simples, fácilmente exportables y, con un mínimo conocimiento de biología molecular, nos permiten, junto con sistemas bioinformáticos, establecer diagnósticos genéticos elaboradísimos. Hay ya biochips que permiten predecir el riesgo de cáncer de mama, biochips que permiten determinar y predecir el riesgo de cáncer de colon o la capacidad para responder en régimen de quimioterapia.

Incluso para la industria farmacéutica va a suponer un importante avance. Hasta ahora, la medicación diri-

gida fundamentalmente a cáncer y sida exigía, desde su diseño hasta la comercialización, 10 ó 12 años de desarrollo y hasta 500 millones de dólares. Hoy, con la utilización de biochips, ese cribado de dianas de fármacos permitirá reducir ese coste 10.000 veces, lo cual debe tener una repercusión importante posteriormente en el coste de los medicamentos.

Vamos a empezar, y ya se está haciendo de hecho, con el diseño inteligente de nuevos fármacos. Es una concepción totalmente distinta a la que tenemos hoy de la farmacología, es lo que denominamos la farmacogenómica. Vamos a poder hacer diseño, y ya se está haciendo también, como digo, de estrategias terapéuticas frente a dianas moleculares. Es decir, en lugar de enfrentarnos ante determinadas enfermedades con un medicamento que sabemos que tiene un efecto a base de hacer pruebas en laboratorios, vamos a identificar la diana específica frente a la cual actuar, bloquearla inhibirla o bien estimularla cuando lo necesitemos.

En cualquier caso, y por resumirles lo que les he dicho hasta ahora, la secuenciación del genoma humano no sólo va a permitir acelerar la investigación y obtener aplicaciones prácticas a corto plazo en lo que se denominan enfermedades monogénicas (aquellas originadas por la alteración de un solo gen), sino que empezamos a conocer los genes ya implicados en un gran número de enfermedades comunes y las interacciones y dependencias entre esos genes. Hemos dicho que va a ver tests genéticos predictivos para varias decenas de enfermedades que indicarán la susceptibilidad de cada individuo a padecer una enfermedad y le permitirán reducir factores de riesgo o tener un tratamiento preventivo, y, finalmente, que las prácticas de farmacogenómica para predecir la respuesta a los medicamentos serán de uso común. Se diseñarán, se están diseñando ya, drogas genéticas para una serie de enfermedades importantes como la diabetes, la hipertensión, enfermedades mentales, entre otras, y en el caso del cáncer, como hemos dicho, podemos caracterizar genéticamente cada tumor y diseñar un tratamiento específico adecuado a su patrón de expresión génica y mutaciones.

De todas formas, aunque estas predicciones son favorables, la investigación está aún en pleno desarrollo. El genoma humano ha sido secuenciado, pero la siguiente frontera es interpretar cuál es la función de los genes y caracterizar las complejas relaciones que existen entre ellos, éste es el nuevo campo de la genómica funcional. Además, estas tecnologías generan una enorme cantidad de datos cuyo manejo requiere el desarrollo de una disciplina, que en nuestro país todavía es incipiente, como la bioinformática.

En resumen, nos hallamos a las puertas de una revolución genética y biológica que indudablemente cambiará la práctica clínica en el futuro. Los nuevos desarrollos tendrán un gran impacto, como he dicho, no sólo sanitario sino social y económico, y entendemos

que nuestro país no puede quedar al margen de esa oportunidad.

En definitiva, el futuro que empieza yo creo que es altamente esperanzador, y por esa razón el Gobierno, que entiende que nuestro país debe tener un papel importante en el desarrollo de toda esta tecnología, intenta dimensionar la magnitud de los cambios que se avecinan, entender sus bases científicas y tecnológicas y comprender que tenemos que facilitar el desarrollo de la investigación en este campo.

Todos estos planteamientos teóricos están siendo trasladados a la práctica de las políticas de investigación. Yo quiero recordarles aquí que el Gobierno, la Administración General del Estado, está dedicando, a través del Ministerio de Ciencia y Tecnología y de Sanidad y Consumo, 65.000 millones anuales a investigación biomédica y biotecnológica. El Instituto de Salud Carlos III, como organismo público de apoyo científico-técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas, anualmente efectúa convocatorias para el fomento de la investigación gestionadas a través del Fondo de Investigación Sanitaria. Se trata de convocatorias abiertas en régimen de concurrencia competitiva que tienen como objetivo fomentar la investigación científica en disciplinas biomédicas en coordinación con los objetivos y criterios establecidos en el Plan Nacional de I+D+I 2000-2003. Estas convocatorias persiguen promover, en el ámbito de las ciencias de la salud, la investigación básica, la investigación clínica, la clínica experimental y de salud pública en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en las universidades y en los organismos públicos de investigación.

La investigación genética ha sido una de las áreas más potenciadas por el Fondo de Investigación Sanitaria. En este sector la inversión en proyectos de investigación en los últimos cinco años ha sido de 2.250 millones de pesetas. En la actualidad, en el Sistema Nacional de Salud existe un total de 24 grupos investigadores con proyectos financiados en este área por el FIS. La investigación en este campo ha sido también potenciada a través de los recursos humanos, financiados por el citado Fondo de Investigación Sanitaria, a través de la convocatoria de contratos de investigadores, cuyo objetivo es incorporar al Sistema Nacional de Salud a investigadores con excelente formación para impulsar la capacidad investigadora de los mismos, así como para dotar del necesario componente multidisciplinario a las unidades y grupos de investigación de los centros sanitarios. Durante los últimos tres años se han incorporado 127 investigadores, de los cuales un 50 por ciento, aproximadamente, son del área de biología molecular y genética.

Por otra parte, son también importantes las convocatorias de ayudas correspondientes al año 2001 del Instituto de Salud Carlos III para el programa de recursos

humanos y difusión de la investigación biomédica, que se contempla en sus diferentes modalidades, la genómica y la proteómica, como áreas prioritarias de actuación. Durante este año 2001 les quiero recordar que el Instituto de Salud Carlos III va a destinar 5.462 millones a los programas de formación y proyectos de investigación en los que como áreas prioritarias de actuación está la investigación genómica y proteómica.

Como ya expuso ante esta Cámara el pasado mes de marzo la ministra de Sanidad y Consumo, el objetivo del Gobierno es destinar 26.000 millones de pesetas en el trienio 2001-2003 de ejecución del Plan Nacional de I+D a la investigación del genoma humano entre los Ministerios de Ciencia y Tecnología y de Sanidad y Consumo. Esta aportación pública, por lo que al Ministerio de Sanidad y Consumo se refiere, se instrumentará mediante las actuaciones que éste lleve a cabo a través del Fondo de Investigación Sanitaria, tanto a través de convocatorias abiertas como de acciones especiales. A la finalidad de impulsar la investigación genómica y proteómica corresponde igualmente el proyecto del Gobierno de constituir una fundación pública como fórmula jurídica idónea para lograr aunar los esfuerzos de investigación que se están haciendo en tales áreas de diferentes ámbitos públicos. Ello permitirá además la colaboración del sector privado a través de las pertinentes acciones de mecenazgo.

En el plano técnico, con la constitución de dicha fundación este mes que viene, se trata de aglutinar, impulsar y potenciar de forma armónica y coordinada todos los grupos de investigación en genómica y proteómica existentes en nuestro país a fin de fortalecer la investigación que llevan a cabo. Con esto se pretende evitar las disfunciones que tradicionalmente se han venido derivando de la diversificación de esfuerzos y recursos que se producen en la actividad investigadora. Con estas medidas de impulso a la investigación el Gobierno pretende incorporar a nuestro país al esfuerzo internacional que se está haciendo en este campo y al que España no puede renunciar.

Yo, señor presidente (con esto acabo), señorías, lo que les pido y lo que he intentado durante este mañana en esta comparecencia es hacerles ver la importancia que tiene este proyecto en el que este país puede o no participar; si no participa, nos vamos a beneficiar igualmente, pero yo entiendo que, formando parte del grupo de países más desarrollados, debemos colaborar, y así está decidido el Gobierno a hacerlo, a través de esos procedimientos.

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

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Muchas gracias, señor secretario, por su comparecencia, aunque quizá debería haberse producido antes.

Nos encontramos en este momento en un clima social donde la expectación en torno a la genética se ha desbordado posiblemente más allá de lo razonable o de lo que científicamente es posible. La situación no es nueva en la historia, y esta historia de la ciencia es la sucesión de entusiasmos alrededor de invenciones pretendidamente definitivas y que, por fortuna, siempre son superadas por otras nuevas con la misma rapidez que éstas quedarían también obsoletas. Digo esto no para infravalorar la trascendencia del campo científico al que nos estamos refiriendo, sino para situarlo en su justo contexto, alejado de la tentación propagandística en la que puede caer el Gobierno por mor de la rabiosa actualidad y el interés mediático.

La propia ciencia dice que hay que relativizar las cosas, y esta es una buena oportunidad. Quiero decir que hay otras líneas de investigación que se vienen realizando con mucho éxito y que no convendría despreciar si nos ofuscamos por la refulgencia de la disciplina de moda. Dados los antecedentes de ciertas limitaciones o las limitaciones del Gobierno para mantener y mejorar la estructura de investigación, esta es una cuestión que nos preocupa, y aún más esas limitaciones para aplicar la investigación a cuestiones concretas.

Cuando digo esto me refiero a que hay toda una serie de análisis genéticos aplicables a los enfermos y no disponibles para todos ellos ya hoy en día, salvo que los centros sanitarios paguen los gastos de estos análisis, cosa que no hacen actualmente. Por tanto, antes de plantear nuevas vías, o al plantear nuevas vías, el PSOE cree que debe garantizarse la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos para todos los que lo necesiten.

También les hemos urgido ya varias veces, y usted ha hecho referencia al FIS, a que respeten los calendarios de las convocatorias y que los establezcan pensando en los investigadores y en el personal del Sistema Nacional de Salud.

Le recuerdo, y usted lo ha citado, que los proyectos del FIS 2001 no están aún resueltos y que las becas 2001 no están aún convocadas. Todas estas ayudas deberían tener efecto a partir del 1 de enero de 2001 y estamos a finales de mayo; además, amenazan con que el cierre del ejercicio, por mor del euro, se va a adelantar. Me temo que los investigadores no tendrán tiempo ni de empezar sus investigaciones, perdiendo, por tanto, un año nuestra comunidad científico-sanitaria.

Por otra parte, parece ser que el estudio del genoma es el culmen de la recomendación del dios Apolo de «conócete a ti mismo», y en este hecho histórico tan trascendental nuestro país no puede quedarse atrás. Pongamos entonces por delante nuestro apoyo más rotundo a este proyecto. Queremos, sin embargo, apuntar ante usted, señor secretario, algunas consideraciones que nos gustaría que se tuviesen en cuenta y que

son cuestiones previas y relativas a lo que estamos hablando y que condicionan probablemente todas las líneas de investigación y todos los proyectos.

Primero, y como paso previo, debían resolverse estas cuestiones: Por ejemplo, ¿qué va a ocurrir finalmente con los más de 30.000 embriones congelados que existen en nuestro país? ¿Van a ser definitivamente destruidos o podrán donarse para investigación? ¿Por qué no se convoca desde febrero del año 2000 la Comisión nacional de reproducción asistida, como entidad clave para la opinión experta en un tema de tanta implicación ética y científica? ¿Por qué no se publica el segundo informe de la comisión de expertos? ¿Se va a modificar la Ley de reproducción asistida del año 1988? ¿Qué medidas ha tomado el Gobierno para proteger los datos genéticos en un tema tan sensible como este? ¿Se tienen previstos los mecanismos pertinentes para que todo el esfuerzo a desarrollar redunde en beneficio de las personas, es decir, la aplicabilidad de lo que se vaya a investigar, o de lo que se esté investigando? ¿Se ha pensado en la formación de los profesionales para proporcionar en los centros, por ejemplo, el consejo genético?

En segundo lugar, nos preocupa la situación de España con respecto al consorcio europeo para la obtención de datos del genoma, ¿Pueden acceder a ellos nuestros investigadores? Una vez que finalice la secuenciación del genoma se abre la posibilidad de las aplicaciones: ¿cómo se va a abordar la cuestión de las patentes; qué medidas se tomarán para evitar la colisión de intereses entre el derecho de las compañías a beneficiarse de los logros de las investigaciones y la protección de una información que es patrimonio de la humanidad?

Una vez resueltas por lo menos estas cuestiones previas deseáramos que se afrontase el tema con el rigor necesario, y debe ser el Gobierno el que, velando por el interés común, determine las líneas concretas de investigación prioritarias para su aplicación práctica al sistema. Nos preocupa en este sentido el anuncio que acaba de formular de la fundación para la investigación. Sabe usted que de alguna manera debemos establecer en este término algunas precauciones. En este sentido creemos que debería darse prioridad a las siguientes líneas de investigación: primero, desarrollo de tests genéticos para enfermedades como, por ejemplo, la fibroquística o hemocromatosis, que están ahí y puede hacerse; terapias génicas de sustitución de genes ausentes o defectuosos; terapias personalizadas y selección de fármacos a la medida de cada paciente; el diagnóstico de predisposiciones a enfermedades; y ya a más largo plazo, rayando un poco con la ciencia ficción, los biochips. En cuanto a la metodología, otra cuestión de principio: nos gustaría que la metodología se basara en la colaboración y no en la competencia.

Se abre, pues, una puerta a la ciencia muy atractiva y de posibilidades insospechadas, pero con implicaciones peligrosas para la humanidad. Decía el mito bíblico: El día que comáis del árbol de la ciencia se abrirán

vuestros ojos y os haréis como dioses. Ahora más que nunca, y por eso mismo, convendría recordar que seguimos siendo simplemente humanos.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Fidalgo, quería aclararle que ha hecho usted un comentario sobre la comparecencia del señor secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria. Ha venido el día que se lo ha pedido la Comisión, no el día que él lo solicitó, porque fue el 15 de febrero exactamente cuando él solicitó la comparecencia ante esta Comisión. Ha venido hoy, que es cuando le hemos citado, a petición de Mesa y portavoces.

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

La señora **JULIOS REYES:** Por supuesto, yo también quiero agradecer la presencia del señor secretario en esta Comisión y la exposición que nos acaba de realzar.

Yo coincido en resaltar la necesidad de apoyar la incorporación decidida de España en todo el proyecto en su conjunto de estudio del genoma humano. Es importante, usted lo ha expresado, no quedarnos fuera de este tren porque formamos parte también de los países desarrollados, por así decir, pero creo que la importancia de que estemos ahí nos debe condicionar otra serie de aspectos relacionados con estar en la investigación puntera, porque todos sabemos que evidentemente esto traerá como consecuencia el desarrollo a nivel industrial de las aplicaciones de muchos de los conocimientos que aquí se impliquen, desarrollo a nivel de pruebas diagnósticas, terapéuticas, etcétera, y ¿por qué no decirlo? también es bueno que esté España con las posibilidades y potencialidades que eso puede implicar a nivel de desarrollo económico de nuestra propia capacidad en los sectores industriales.

Pero me voy a centrar en algo que a mí me parece que es muy importante, y es que, queriendo estar en la cresta de la ola, señor secretario, yo entiendo que también implica el que estemos haciendo un esfuerzo por planificar adecuadamente la mejor forma de que el sistema pueda ir asimilando todos los posibles nuevos descubrimientos y sus aplicaciones. Yo creo que eso es importante y va a tener, como ya se ha dicho, una tremenda dimensión en su impacto a nivel social, a nivel ético, porque todo esto implica también una discusión a ese nivel, fundamentalmente, no ya en sí por la propia investigación, que la tiene, sino por su aplicación, y creo que hay que preparar al sistema para poder asimilar en condiciones de asegurar al ciudadano su correcta aplicación, no sólo a la luz de los conocimientos científicos que puedan haber en el momento, sino incluso a la luz de preservar ciertos aspectos de derechos desde el punto de vista más ético.

En ese sentido, el impacto a nivel ya no sólo clínico, sino del concepto de muchas de las actividades que se

realizan en nuestro sistema, en primaria y en especializada, de la priorización, cambian. Estamos hablando de que, por ejemplo, ante algunas de las enfermedades que se han comentado (cáncer de mama, etcétera), aunque hagamos prevención, fundamentalmente, hacemos por supuesto prevención a nivel primario, a nivel educativo de factores de riesgo en función de hábitos de vida, etcétera, pero hoy por hoy está volcada la actividad preventiva en una prevención secundaria, es decir, intentar hacer un diagnóstico lo más precoz posible y luego el tratamiento consiguiente. Esto implica un cambio de chip en los profesionales, en el ciudadano, en el sistema y en la organización, y yo creo que eso es importante que lo empecemos a profundizar desde ya, porque esto implica, como usted muy bien ha dicho, que se elaborarán desarrollos en cuanto a tests genéticos en donde la capacidad de predecir el riesgo de una persona a padecer una enfermedad no es como ahora, en el sentido de decir: Usted fuma, pues ya sabe que le puede pasar. Digamos que es más matemática, o más científica, con pruebas con un nivel de sensibilidad y especificidad mucho mayores que nos van a hacer llevar, al que nos toque, la cruz durante toda la vida. Eso quiere decir que el sistema va a tener que dar formas de salida a esa capacidad tan alta de predicción que va a tener. Si ahora, cuando se hace un programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama, hay que preparar todo el dispositivo, porque sabes que te van a aparecer casos nuevos que luego los vas a tener que tratar y que no se te metan en la cola de la lista de espera, cuánto más cuando se producen avances importantes a este nivel, que además es lógico que, conforme se divulguen, y nuestra población también va aumentando su nivel cultural, lo demanden.

Yo creo que es importante que se vaya discutiendo en los foros adecuados, por supuesto aparte de en sede parlamentaria, a nivel profesional, dentro de la actividad del desarrollo del Ministerio en este sentido, porque creo que hay que liderar estos aspectos. También es importante que tengamos en cuenta que hay que mejorar la capacidad del sistema para prepararse ante la evaluación científica de las nuevas tecnologías. Ahora mismo pongo algunos ejemplos. Ciertamente existen, no me acuerdo exactamente del nombre, en el seno del Ministerio comisiones que están intentando hacer evaluaciones científicas de determinadas tecnologías. ¿Qué ocurre? Que cuando se produce la evaluación científica de ciertas tecnologías para valorar si por criterios científicos de eficacia, eficiencia, etcétera, se incorporan o no al catálogo de prestaciones, al tomar la decisión de evaluarlo con ensayos clínicos eso ya está incorporado más o menos en hospitales, en una cantidad mayor o menor, pero vayamos a decirles a los hospitales que están haciendo esta alta tecnología que paren un momento porque vamos a hacer un ensayo clínico. Creo que, evidentemente, eso implica muchas repercusiones en las relaciones con los profesionales

que quieren estar también en la cresta de la ola en lo que es la asistencia, en lo que es la actividad, y eso implica que hay que intentar tomar las riendas antes de que se desboquen las nuevas tecnologías sin capacidad por parte del sistema de hacerlo en las mejores condiciones posibles de cara al ciudadano. Por último, señor presidente, en relación a que las implicaciones económicas que esto puede suponer para el sistema van a ser importantes, hay que estudiarlas paralelamente a que se vayan produciendo los desarrollos.

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

El señor **BURGOS GALLEGO:** Muchas gracias, señor secretario general por su presencia aquí, presencia a petición propia, y teniendo en cuenta que algunos expertos evalúan que serán aproximadamente necesarios casi unos cien años para proceder a la secuenciación completa y al desarrollo de todas las posibilidades derivadas del genoma humano, yo creo que estamos a tiempo, con su comparecencia hoy aquí, de enfrentarnos seriamente a los retos que nuestro sistema tiene por delante.

El proyecto genoma humano es sin duda el intento científico más importante de la biología moderna, nos presenta el manual de construcción de nuestro ser biológico y aporta el conjunto de instrucciones, agrupadas en unidades de información llamadas genes, que forman los cromosomas, situados en el núcleo de todas las células de nuestro organismo, del total de más de cien trillones de células que forman un organismo adulto. Es nuestro patrimonio genético, probablemente nuestra más intransferible propiedad, nuestra propia esencia, y aunque hoy no nos trae aquí el debate sobre su vertiente ética, no cabe duda de que la mera idea de su profanación, de su manipulación o de su utilización desviada plantea indudables incertidumbres y dilemas de los que esta Comisión tendrá que ocuparse en el futuro durante muchos años, porque sin duda es uno de los elementos de debate y de preocupación ciudadana y social más relevante para las próximas décadas.

Compartimos, aún hoy, lo ya expuesto, yo creo que con visión de futuro, en la llamada Declaración de Valencia sobre el proyecto de genoma humano del año 1988, y que usted ha compartido de alguna manera en su exposición, en el sentido de que el conocimiento que surja de la cartografía y de la secuenciación del genoma humano va a beneficiar ampliamente la salud y el bienestar de la humanidad, pero eso hace necesaria una exigencia de responsabilidad para que la información genética sea utilizada solamente para aumentar la dignidad humana y además hace necesario alentar un enorme debate público a todos los niveles sobre las implicaciones éticas, sociales y legales del uso de la información genética, un debate del que esta Comisión no ha de estar ausente pero que sin duda tiene otras ver-

tientes que comprometen también a otros sectores de nuestra sociedad y de nuestra administración.

Hoy, por tanto, anticipamos de alguna manera un principio de debate sobre lo que debe ser el papel de nuestro Sistema Nacional de Salud y de cómo puede éste disponer de los servicios y de los productos que permitan una mayor esperanza de vida para nuestros ciudadanos y un futuro mejor.

Usted ha hecho referencia, sin duda, a que estos avances médicos que vamos a contemplar en los próximos años, al menos desde el punto de vista de la perspectiva actual, parecen extraordinariamente relevantes, pero a pesar de la importancia innegable científica y social que supone el conocimiento de la secuenciación del genoma humano, yo creo que no debemos tampoco esperar ninguna consecuencia inmediata, y en ese sentido mi grupo comparte también la opinión de muchos expertos. Es verdad que en menos de cinco años vamos a entrar progresivamente en un mejor empleo de los medicamentos basados en determinantes genéticas, que en el próximo decenio probablemente la mayoría de las enfermedades hereditarias podrán detectarse adecuadamente, que dentro de más de esos diez años vamos a ser capaces de analizar la susceptibilidad a sufrir aproximadamente una decena de las enfermedades más comunes, incluidas algunas enfermedades mentales de enorme trascendencia, y que podremos intervenir para reducir el riesgo de padecerlas, que será posible ese tratamiento farmacológico para varias enfermedades hereditarias, y que sin duda la genética médica constituirá una práctica enormemente extendida; como será posible también realizar el diagnóstico preimplantacional, la detección de los defectos genéticos a nivel embrionario; o que en veinte años entienden los expertos que dispondremos de medicamentos basados en el conocimiento de los genes para un número considerable de enfermedades comunes como pueden ser la diabetes, la hipertensión, las enfermedades psiquiátricas, el asma, etcétera.

Pero este impacto tardará en producirse en el aspecto práctico que cualquier Sistema Nacional de Salud como el nuestro ha de ser capaz de prever y, por tanto, es importante que ese debate y ese trabajo de la administración se produzca sin presiones excesivas, se produzca desde el punto de vista de una planificación razonable, sensata, adecuada, que haga posible equilibrar el conocimiento progresivo desde el punto de vista científico con la incorporación, también razonada y razonable, de esos avances en el propio sistema sanitario. Digo esto porque parece que a usted hoy se le piden ya actuaciones concretas en función del desarrollo de esas expectativas, como si ya pudiéramos disponer de forma generalizada en el sistema de este tipo de procedimientos. Sin duda las consecuencias para nuestro sistema son todavía impredecibles, sin duda podemos anticipar algunos de los desafíos con los que tendremos que enfrentarnos, pero mi grupo lo que quiere es depositar

en la gestión del Ministerio, de su Secretaría, la confianza para que, de esa manera sosegada y razonable, seamos capaces de enfrentarnos adecuadamente a estos desafíos. Desafíos que tendrán que ver, sin duda, con la financiación, es decir, cómo asumir por un sistema como el nuestro fármacos que serán individualizados, que serán fruto del trabajo de compañías que pagarán cifras astronómicas por los datos de secuenciación que hagan posible nuevas generaciones de fármacos, y que planteará si será el genoma accesible para el que quiera y necesite acceder a él, y ahí los poderes públicos tendrán que tomar decisiones relevantes que plantean desafíos a la equidad y a la accesibilidad del sistema; es decir, cómo garantizar que cualquier ciudadano pueda acceder a esos tratamientos que se anuncian ya específicos, que se anuncian a la carta de alguna manera; cómo afronta el sistema el desplazamiento ineludible que esto genera hacia el trabajo en prevención. Es decir, tantos años reclamando todos, en esta Cámara y en otros ámbitos, la medicina preventiva, bien, pues esta es la hora de la medicina preventiva, cómo hacer frente a esos diagnósticos que sin duda será la aplicación inicial y fundamental de la genética.

Usted lo ha recalcado aquí: ¿está uno enfermo realmente y, por tanto, puede demandar del sistema atención cuando presenta tan sólo la predisposición genética pero no la manifestación concreta de la enfermedad? Habrá que modificar también las pautas, como habrá que modificar la distribución y la organización de los recursos del sistema, que sin duda trabajará más en las enfermedades poligénicas, entre las que están la mayoría de los procesos asociados al envejecimiento, y esto generará la necesidad de atender a nuevos servicios, a nuevas prestaciones, a nuevas demandas. Como habrá que enfrentarse a los desafíos de los derechos de los usuarios, de sus deberes. Cuando uno conozca ya la predisposición genética no será razonable, o no será tolerable desde el punto de vista social, que esa persona no se enfrente también a sus responsabilidades a la hora de modificar sus estilos, sus hábitos de vida o sus disposiciones a determinados tipos de consumos. Desafíos a la solidaridad, a la ética; es decir, toda una enorme expectativa que todavía está por concretar y en la cual sin duda, y usted hacía referencia en la parte segunda de su intervención, hará falta un enorme esfuerzo de investigación, y el Grupo Parlamentario Popular entiende que debe contar con el apoyo unánime de esta Comisión y de todo el Parlamento para que España esté a la cabeza de ese esfuerzo. Ya que no supimos o no fuimos capaces de estar suficientemente representados en la primera fase de esta investigación, sí tenemos ahora la ocasión histórica, como en tantas otras cuestiones, de subirnos al tren en la locomotora y no en los furgones de cola, y tendremos que participar. Usted ha dado datos sobre esos 65.000 millones de pesetas que el Ministerio de Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Sanidad están aportando, que yo no sé si

son suficientes o no, porque creo que en esto es más el esfuerzo coordinado de toda la sociedad, de toda la iniciativa privada, de la iniciativa social, de las universidades, del propio sistema sanitario, del propio sistema de ciencia y tecnología de un país, que son los que deben afrontar de forma coordinada y colaboradora estos enormes retos.

Desde luego mi grupo quiere simplemente trasladarle, por no entrar en consideraciones más concretas, nuestra firme voluntad de respaldo a cuantas actuaciones desarrolle este Ministerio, el Gobierno en su conjunto, en esta materia, y sí me gustaría abordar la importancia, la relevancia que tiene la constitución de esa fundación para la investigación del genoma humano, para la cual este Gobierno ha anunciado compromisos económicos muy importantes para los próximos años, al menos entre el año 2001 y el 2003, que sin duda tendrán continuidad en el futuro, y que desde nuestro punto de vista constituye también un elemento de referencia ineludible a la hora de plantear de forma coordinada, de forma adecuada y de forma razonable todo este planteamiento. Y todo ello, al final, debe también trasladarse al ciudadano, debe ser posible que éste participe activamente no sólo en la información que se vaya conociendo de este desarrollo, sino también que sea capaz de superar las seguras inseguridades que va a generar este proceso, esa visión terrorífica del hombre transparente del que se conocen y se manejan hasta sus últimos detalles a que va dar lugar este proceso.

Y si el inicio del camino ha abierto, utilizando la fábula clásica, la caja de Pandora, sabe usted que hay dos versiones de esa fábula: aquella que habla de que era la caja que guardaba todos los males y que al abrirse se expandieron por el mundo, o aquella que habla de que era el ánfora con todos los bienes que, al abrirse, se fueron a lo cielos, menos uno, que era la esperanza, que se quedó en el fondo. Yo creo que esta segunda opción es la que más se ajusta a las expectativas del sistema, es la que más se ajusta a nuestras posibilidades y es la que más se ajusta a nuestros deseos.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Disculpen, es que he tenido que expulsar de la sala a una prima carnal nuestra que creo que sólo está a 30.000 genes de distancia de nosotros, que era una mosca, que se había puesto en la cabeza de la señora Riera. **(Risas.)** Dicho esto, gracias, señor Moreno, por su comparecencia en esta Comisión.

Yo la verdad es que he tenido emociones encontradas esta mañana, primero, porque está poético el señor portavoz del Partido Popular, siempre es agradable ponerle poesía a estas cuestiones, y, segundo, porque realmente estas historias siempre producen emociones

encontradas, hay una especie de vértigo que supongo que todas las generaciones tendrán que afrontar cuando se tienen que poner a hablar de avances científico-técnicos. De este vértigo es de lo que yo quiero hablar.

Lo primero que quiero decir es que a mí me gustaría que el Gobierno del Partido Popular se tomara esto como lo que es, es decir, que no hagamos ciencia-ficción, ni filosofía, ni literatura, sino que se lo tome como lo que es, una línea de investigación que abre muchas expectativas, que es una línea de investigación más y que no puede ser el barco estrella o el buque insignia cuando realmente al ciudadano de a pie, como decía el señor portavoz del Partido Popular, le interesa mucho el genoma pero sobre todo le interesa que no le duelan los huesos, que le resuelvan los problemas que tiene en la actualidad, esa es la verdad. No me gustaría que hubiera una especie de deslumbramiento, que asistiéramos a una política de investigación de escaparate de cara a Europa y que abandonemos (que de alguna manera yo creo que tenemos bastante abandonada) la investigación en nuestro país también en este ámbito como en otros.

Preocupaciones al hilo de esas emociones encontradas que produce el que podemos llegar a saber tanto de nosotros mismos: a mí lo primero que me sugiere esto es cuál va a ser la utilización que se puede hacer de estos avances científico-técnicos y, por tanto, protección de datos: patentes privadas no, porque estamos hablando de un tema sobre el cual yo me pongo a pensar y Julio Verne pensó mucho antes que nosotros y acertó casi en todo, y resulta que con este tipo de expectativas, si realmente la comunidad científica no está equivocada, casi usted no va a tener que comparecer, porque sólo con que le miremos a los ojos vamos a saber lo que piensa. Obviamente, esto nos pone frente a retos de marcos jurídicos y éticos muy potentes que impidan que estos avances científico-técnicos puedan ser utilizados perversamente para seguir socavando la dignidad humana, en lugar de ponerlos al servicio de los seres humanos para que podamos vivir sin enfermedad, porque a lo mejor el paraíso está en la Tierra, y a nosotros no nos toca vivirlo pero a nuestros nietos sí. Yo no sé si está el infierno, creo que sí, pero yo aspiro a que esté el paraíso. Si esto viene a contribuir a que el paraíso esté aquí, bienvenido, pero yo creo que tenemos que centrar nuestros esfuerzos, más allá de que no hay que perder, por supuesto, la oportunidad histórica de participar en la investigación sobre el genoma humano, y además no tendríamos ninguna disculpa, un país que no está precisamente en el vagón de cola de Europa tiene la obligación de estar ahí. Pero también tenemos la obligación de estar ahí sin que esto nos parezca un scalextric de los que les regalamos a nuestros niños para jugar nosotros; esta es una cosa muy seria y éstas son las preocupaciones que creo que básicamente tenemos que poner encima de la mesa desde el punto de vista de la oposición.

Protección de datos absolutamente garantizada. Patentes privadas nunca, nunca. Yo no quiero recordar aquí episodios históricos trágicos porque los hay a lo largo de toda la historia, algunos recientes, como la II Guerra Mundial, pero ese es un tema clave. Yo quiero saber si el Gobierno del Partido Popular va a permitir patentes privadas y qué van a hacer ustedes respecto al marco jurídico para proteger precisamente la dignidad de las personas respecto a los avances científico-técnicos.

Y, por supuesto, tiene que haber un código ético que transversalice, absolutamente todas las áreas de funcionamiento, que impida que tengamos ese vértigo, particularmente las mujeres, que tenemos un plus añadido de vértigo, con los avances científico-técnicos.

Yo, la verdad, sobre el genoma humano sé poco; sé poco pero sé lo suficiente como para tener criterio político y ocuparme de lo que yo creo que es realmente más importante, que es lo político, porque, sin dejar de ser importante lo científico, nuestra principal labor aquí, en este Parlamento, es establecer los criterios políticos que permitan los avances científico-técnicos sin que los ciudadanos nos tengamos que poner nerviosos por no saber qué va a pasar en el futuro con la utilización de esos conocimientos.

También quiero pedirle, señor Moreno, que, a la hora de priorizar el presupuesto en materia de investigación, sean ustedes realistas y no olviden que hay también muchos españoles y muchas españolas y muchos ciudadanos europeos y del mundo esperando cosas que ya están en el mercado y que no tenemos aquí, por ejemplo, ese maravilloso medicamento que recientemente nos contaban que en Estados Unidos se ha comercializado y que la Agencia Americana del Medicamento, que, como ustedes saben, es una agencia muy rigurosa, ha autorizado con mucha rapidez. Es una quimioterapia selectiva que solamente ataca a las células malignas y no a las buenas, que es por lo que se mueren (no voy a decir el porcentaje, dígalos usted, que sabe más de esto) la mayor parte de los pacientes que reciben tratamientos de quimioterapia; no se mueren de la enfermedad, que generalmente la tienen superada, sino de efectos secundarios de las propias medicaciones. Que sepamos encontrar el equilibrio... **(Rumores.)** Sí, sí, hay un porcentaje muy elevado, ya sé que los médicos en esto tienen muchas cosas que decir, pero los pacientes que hemos pasado por 22 años de cáncer sabemos también mucho de cáncer porque estudiamos y nos preocupamos de saber qué se mueve en los congresos, y es verdad que hay un porcentaje escandaloso de casos que se mueren de los efectos secundarios de la medicación. Los protocolos de actuación naturalmente han mejorado notablemente, y evidentemente las mujeres de mi generación tomábamos la píldora anticonceptiva para vacas, Anovial 21, un chorro de hormonas que no sé ni cómo estamos vivas, y ahora las mujeres tienen la oportunidad de tomar píldoras fisiológicas. Evidentemente, con la medicación del cáncer por fortuna pasa lo

mismo; por eso yo no he dicho cifras, para que las diga el señor Moreno, que seguro tiene más información al respecto que yo.

Y me he perdido. Con esto de polemizar con la Mesa, me he perdido. En definitiva, lo que quería decir es que no vayamos a ponernos nerviosos y los cuatro duros que dedicamos a investigación los vayamos a dedicar exclusivamente al tema del genoma. Que establezcamos prioridades en función de la demanda y de las necesidades que tiene la población española.

Nada más, muchísimas gracias, y ¡ojalá! que el genoma sirva para que los seres humanos vivamos no más años sino con más salud; también para que seamos cada vez más decentes, para que no pueda ser posible nunca que no tengamos ni un gramo de privacidad y que podamos incluso adivinarnos el pensamiento.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede dar contestación el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Yo, francamente, les agradezco la acogida que han hecho de las palabras que he intentado transmitirles en esta comparecencia, y se lo agradezco porque lo habitual es venir a esta Cámara, al Congreso, a hablar de grandes problemas. Está en la labor de esta Cámara pedir al Gobierno y a los representantes del mismo que vengan a explicar el último problema que se ha producido, eso es normal. No es normal que se venga a exponer un escenario en el que ya estamos inmersos, queramos o no, y que va a tener grandes repercusiones a lo largo de los próximos años. Y no muchos años, esto no es cuestión de 20 años. Como ha dicho el señor Burgos, esta Comisión va a empezar a debatir de estos problemas mucho antes de lo que nosotros creemos, pero mucho antes. Para aspectos que todo ustedes han tocado, aspectos éticos, aspectos sociales, aspectos legales, cuando comenzó el proyecto Genoma humano hace aproximadamente once años, en el año 1990, la previsión era de 3.000 millones de dólares; el 3 por ciento de eso no se dedicó a la investigación en laboratorio, se dedicó precisamente a contemplar estos aspectos. Ya hace diez años.

Se ha hablado de cuestiones que han hecho un diagnóstico clarísimo de la situación. El Sistema Nacional de Salud y todos los sistemas europeos tienen que ir adaptándose a esta nueva situación. Porque esto, afortunadamente, no es de un día para otro, como se ha dicho, pero tampoco es que empecemos hoy; ya empezó hace años. El primer producto recombinante se introdujo en el mercado en el año 1981. Esto que ahora inyectan a los ciclistas para ver si se han dopado o no, que es la eritropoyetina, es un producto recombinante del año 1981 nada menos. Vamos integrándonos en este proceso.

Pero el sistema, efectivamente —usted, señor Fidalgo, lo ha dicho, todos ustedes lo han dicho—, tiene que ser accesible a todos. Y para ello tenemos que hacer un gran esfuerzo y trasladar lo que hoy es práctica de unos laboratorios muy especializados a lo que es el entorno clínico. Y si no estamos demasiado preparados en ese sentido es porque todavía la industria está comercializando este tipo de productos, me refiero para diagnóstico, para procedimientos manuales. El 95 por ciento de la tecnología que utilizamos para este tipo de determinaciones es todavía manual, y eso hace muy difícil incorporarlo a la práctica clínica rutinaria. Pero se está haciendo un gran esfuerzo. Los biochips son uno de ellos.

Van a cambiar muchas cosas. Yo les voy a decir uno de los primeros casos que tuve cuando vine de Estados Unidos, para que se hagan idea de dónde estamos ya. Un paciente con cáncer de colon, con historia de cáncer de colon, con dos hijas y un niño de 16 años. Se estudia al paciente, se determina que tiene una mutación responsable del cáncer de colon. Al padre, por supuesto, se le opera, etcétera. Se hace el mismo estudio a las hijas, no tienen esa mutación. Se hace el estudio al chico de 16 años, tiene la mutación. Se le hace una colonoscopia, una exploración intestinal, se determina que hay allí un pólipo en fase de transformación maligna y se elimina. Dos consecuencias. La primera, ese niño no va a morir de cáncer de colon. Podría haberlo hecho. Con 16 años, es muy difícil que ustedes determinen que alguien tiene esa predisposición, si no hacen un estudio genético, un estudio molecular. La segunda, cada tres años a ese chico se le somete a exploración, y por lo tanto, va a vivir el resto de su vida libre de enfermedad. O sea, no sólo no se muere, sino que sabe qué pautas va a seguir. Las chicas, en concreto, no tienen por qué someterse a exploración cada tres años, cosa que, de no saberlo, tendrían que haber hecho. Algo bueno para ellas, algo bueno para el Sistema Nacional de Salud, que no tiene que utilizar tiempo en esto.

Prioridades. Señor Fidalgo, yo le agradezco esas prioridades que usted ha establecido. Los tests genéticos ya se están haciendo en nuestros hospitales, eso es cierto; el consejo genético se está haciendo en nuestros hospitales. Y usted ha colocado los biochips en último lugar. Yo creo que esto va a facilitar que se vaya incorporando esta tecnología. El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas está trabajando a marchas forzadas para generalizar esto en este país para determinados aspectos del cáncer. Y la terapia génica. Yo tuve la fortuna de participar en el primer experimento que se hizo a nivel mundial sobre terapia génica con niñas, estas niñas burbuja, niñas con síndrome de inmunodeficiencia congénita. Francamente, han pasado once años y la verdad es que no ha habido grandes resultados. Se están haciendo experimentos, experimentos piloto, pero yo dudo que esto tenga una gran repercusión a corto plazo. Entiendo que, dentro de las prioridades de investiga-

ción, esta tiene que estar contemplada, aunque, a mi modo de ver, no sería de lo primero.

El acceso a los datos. Todos los países, incluyendo España, tienen acceso a esos datos que hay mundialmente, porque existen bases de datos que son públicas, afortunadamente, con el esfuerzo de todas las instituciones públicas y privadas, que incluyen estos datos en las bases públicas, excepto una, excepto una que ustedes saben perfectamente a tenor de los medios de comunicación, que es una compañía americana que ha invertido una cantidad de recursos económicos privados y que espera a cambio una participación para poder acceder a ese tipo de información. No voy a entrar en el debate de si es justo o no, si es ético o no hacer esto. Yo entiendo que una empresa que haya dedicado dinero a esto quiera tener algún tipo de retorno en ese tipo de aspectos. Afortunadamente, la mayor parte de la información está en los medios públicos y accedemos a ella a través de los sistemas de bioinformática que vamos a desarrollar aún más a través de este proyecto Genoma humano.

La fundación. De verdad, señor Fidalgo, no le preocupe, de verdad no le preocupe, porque lo que tratamos de hacer es incorporar recursos privados precisamente a la investigación pública. Lo que queremos es que, si hay grandes empresas, y en este país las hay muy grandes, con capacidad para dar dinero privado a esfuerzos públicos, se analice. Como al Gobierno no se lo van a dar, hay que buscar la fórmula adecuada. Yo creo que la fórmula de la fundación es una fórmula adecuada, pero, si hubiera alguna otra, entendemos que también podría ser útil. Por ejemplo, el Ministerio de Ciencia y Tecnología está desarrollando lo que denomina el programa Profit, que son fondos de inversión para desarrollo y para investigación. Pensamos que hay que seguir trabajando en esa línea y en esta materia lo vamos a hacer. Y me parece además muy acertado que ponga el acento en lo que es la colaboración y no en la competencia. Aunque es verdad que, en investigación, la competencia es lo normal y es lo natural. Y les puedo asegurar que esa competencia en algunas ocasiones es muy cruel. La competencia, cuando alguien está intentando desarrollar algo sobre lo que va a tener derechos, supone que no hay cuartel a la hora de intentar trabajar, lo cual permite que se vaya mucho más rápido. Es una de las bases. Eso no quiere decir que nosotros no podamos establecer en este país una fórmula, estamos intentándolo, para que exista una colaboración de todos los grupos españoles y trabajemos conjuntamente como proyecto único. Pero para esto hay que conseguir la voluntad de los distintos grupos.

En materia de embriones, no me sustraigo a la pregunta que usted me ha hecho. Efectivamente, hay unos embriones, no sólo en este país, en este país y en todos los de nuestro entorno, embriones que están congelados, sobrantes de los procedimientos de fecundación in vitro. Y estamos inmersos en un entorno europeo en el

que se está trabajando enormemente para decidir qué destino damos a eso. España no va a tomar ninguna posición especial en el sentido de que, si todo el entorno europeo va en una dirección, España vaya a ir en la contraria. En absoluto, haremos lo que hagan todos los países. Sólo hay una excepción, que, como saben ustedes, es el Reino Unido; el resto lleva una línea de trabajo igual y en cuanto tengamos las conclusiones de los grupos europeos, nosotros, obviamente, iremos en la misma línea.

Los calendarios de las convocatorias 2001. Si no ha salido ya en el BOE la última convocatoria de becas, donde se prioriza precisamente genómica y proteómica, como les he dicho, saldrá en la próxima semana, porque está ya remitida. Estoy de acuerdo en que hay que intentar —estamos en ello para el año que viene— empezar a sacar las convocatorias en enero, para dar tiempo. No porque los investigadores no tengan acceso en tiempo, porque el sistema se ha ido digamos desplazando y se han ido adaptando los sistemas, pero yo entiendo, y estoy de acuerdo con usted, que esto hay que hacerlo a principios de año y así es como está planeado.

Señora Reyes, en cuanto a la evaluación científica de las nuevas tecnologías, efectivamente, usted lo ha descrito. Aquí evaluamos tecnologías en ocasiones que los propios hospitales ya están utilizando, pero es que antes ni tan siquiera se evaluaban las tecnologías. Es verdad que éste es un sistema tan fantástico, el español, que, según se van publicando los avances en la revistas científicas, los vamos incorporando, sin hacer ninguna evaluación en muchos casos. Y en algunos casos son útiles y en otros casos, no. Yo entiendo que, para dar rigor al sistema y para obtener las mayores ventajas de los recursos que destinamos, que son muchos, aunque siempre pueden ser más, evidentemente, hay que hacer una evaluación de esas tecnologías. Eso precisamente, y creo que esta mañana tendremos la oportunidad de hablar de ello en las preguntas parlamentarias, al menos en parte, está contemplado en ese papel que tiene el Ministerio no solamente de establecer y de acreditar centros y servicios. A la hora de acreditar servicios, evidentemente tiene que hacer una evaluación de esos servicios y de lo que se va a prestar en esos servicios. Y todos debemos ir cambiando el chip, como usted dice, los profesionales, los ciudadanos y las instituciones, en ese esfuerzo de adaptación a esta nueva situación.

Yo, francamente, pensaba que esta mañana me iban a pedir incluso más dinero para el proyecto Genoma humano. Me alegro de que sean muy comprensivos y de que lo que hemos dicho más o menos encaja. Hay que respetar otras áreas, es verdad, pero también es verdad que hay que establecer prioridades. Todos ustedes lo han dicho. Y yo puedo tener una cierta deformación profesional, pero ésta es un área de suficiente importancia para dedicar un esfuerzo especial. Por eso se va

a priorizar, tanto por parte del Ministerio de Ciencia y Tecnología como del Ministerio de Sanidad.

Yo, señora Castro, creo que he sido bastante transparente. Yo confío en que llegue ese día en que me dé una vuelta por aquí, les mire a todos ustedes a los ojos y vean lo que ya no tendré que decir en la comparecencia. Creo que no vamos a llegar hasta ese punto, francamente, no vamos a llegar, pero estoy de acuerdo con usted en que la protección de datos es un elemento clave; desde el primer día se está estableciendo. Hay algunos países en los que ya se ha exigido la recopilación de datos genéticos para personas con delitos sexuales, porque además muchas veces son reincidentes y por lo tanto se ha establecido esa base de datos. En este país todavía no se ha planteado pero sin duda generará también su debate ético, sin ninguna duda.

Las patentes privadas. Yo le voy a decir mi experiencia personal. Yo he trabajado varios años en Estados Unidos en este tema y precisamente yo me opuse a las patentes que, en este tema del genoma humano, mi laboratorio propugnó como parte del Gobierno de Estados Unidos, que era a quien pertenecía este laboratorio. Y no se hicieron las patentes en ese momento, al menos en ese Estado. Pero en los debates que hay internacionales, porque este tema que usted trae no es una cuestión que se le haya ocurrido esta mañana, es un tema muy importante, en los debates hay una coincidencia general, que si, a partir de determinado nivel de conocimiento, no hay una protección de derechos, puede que nunca lleguemos a ver como ciudadanos un producto derivado de eso, algún tipo de protección para quien desarrolla un producto. A partir de determinado nivel, no cualquier cosa. No es que uno conozca la secuencia de un gen y diga: Este es mío, he puesto la bandera, y a partir de ahora, todo lo que de aquí se derive es mío. No, efectivamente. Pero cuando uno llega a conocer un producto, para qué sirve, qué es lo que hace, si mejora determinado tipo de tratamiento, evidentemente, para desarrollar eso que, como he dicho, puede durar diez, doce años, y 100.000 millones de pesetas hasta que pasa todas las agencias de evaluación y se pone en el mercado, para costear eso, es necesario que haya algún tipo de protección durante algún tiempo. Podemos discutir si serán 14 ó 20 años, pero durante algún tiempo.

En tema de patentes, España está metida también en el entorno europeo, tenemos un acuerdo común, funcionamos como Europa en ese sentido y haremos lo que la Unión Europea está planteando hacer en este tema. Por cierto, en algunas ocasiones se ha negado a patentar todo lo derivado del genoma humano, investigación genómica, y en otras ocasiones ha dicho que determinadas cuestiones se pueden patentar. Evidentemente, no se pueden patentar animales, ni se pueden patentar seres humanos, etcétera, pero sí hay aspectos derivados de esto que se pueden patentar. Cualquier modificación que haya, entre todos, entre los 15 países, mientras no haya ampliación, lo decidiremos.

La incorporación de nuevos medicamentos y el caso de la FDA. España, afortunadamente, es uno de los países que tiene capacidad para incorporar toda la nueva medicación que se desarrolla a nivel mundial y si no lo incorpora antes es porque está todavía en fase clínica 1, 2, 3 ó 4, o la que sea. Pasados los niveles de aceptación de la FDA, en general se difunden, no ya en Estados Unidos sino a todo el mundo, y por lo tanto España lo incorpora, situación, y aprovecho para remarcarlo, que no tienen todos los países del mundo. Hay países que el derecho a la salud no lo pueden garantizar porque no tienen recursos. Y ése ha sido uno de los debates fundamentales en la última asamblea, en la 54.^a asamblea de la Organización Mundial de la Salud, donde se ha puesto sobre la mesa que hay países del Tercer Mundo que no tienen recursos y la gente se muere porque no los tiene. Hay que hacer un esfuerzo entre todos, cueste lo que cueste. Y en este momento, el próximo mes, la ministra de Sanidad irá a Nueva York, precisamente a la Asamblea de las Naciones Unidas, para hablar sobre este tema. Hay que crear un fondo, hay que colaborar entre todos, para que estos países tengan acceso. No es el problema español, no lo es, ni para el tratamiento hematológico, como usted decía, ni para cualquier otro tratamiento. Afortunadamente, la incorporación de medicación en España se hace de forma prácticamente automática, porque también está en los laboratorios hacer ese tipo de incorporación.

En líneas generales, he intentado contestar a todos ustedes y tendremos oportunidad en cualquier caso de seguir hablando de estos aspectos.

— **LA REPERCUSIÓN QUE, SEGÚN EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, OCASIONA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD LA RECIENTE SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE LUXEMBURGO SOBRE LA JORNADA LABORAL, ASÍ COMO LAS MEDIDAS QUE TIENE PREVISTO ADOPTAR. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA. (Número de expediente 212/000392.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, que es comparecencia del secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria, para informar sobre la repercusión que, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, ocasiona en el Sistema Nacional de Salud la reciente sentencia del Tribunal de Luxemburgo sobre la jornada laboral, así como las medidas que tiene previsto adoptar. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria.

Cuando quiera, puede iniciar su intervención el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palenque): Comparezco a continuación para informar a esta Comisión, a petición del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, sobre la repercusión que, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, ocasiona en el Sistema Nacional de Salud la reciente sentencia del Tribunal de Luxemburgo sobre la jornada laboral, así como las medidas que tiene previsto adoptar. Y para ello me van a permitir que en mi intervención haga primero una breve explicación a SS.SS. sobre el contenido de la Directiva 93/104, del Consejo de la Unión Europea, sobre ordenación del tiempo de trabajo, así como de su trasposición en España, para a continuación analizar el contenido y alcance de la sentencia del Tribunal de Luxemburgo, y finalmente informarles de las medidas adoptadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, medidas todas ellas adoptadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Como SS.SS. saben, el 23 de noviembre de 1993 se aprueba la Directiva 93/104, del Consejo de la Unión Europea, sobre ordenación del tiempo de trabajo. Dicha directiva se produce dentro del marco global de la política social de la Comunidad Europea y tiene como objetivo elevar el nivel de protección, la seguridad y la salud de los trabajadores. Consecuentemente con ello, es de aplicación general a todos los sectores económicos, aunque establece ciertas excepciones, entre ellas la de los médicos en período de formación, los denominados MIR, en nuestro país.

Los aspectos más relevantes de dicha directiva que conviene destacar para poder analizar la repercusiones de las sentencias resultan del análisis de la definición de los cuatro términos siguientes: En primer lugar, el tiempo de trabajo. La directiva define el tiempo de trabajo como período durante el que el trabajador permanece en el trabajo a disposición del empresario y en ejercicio de su actividad, siempre —y lo remarco— de conformidad con las legislaciones y/o prácticas nacionales. Sus artículos 6 y 16 establecen que el tiempo de trabajo tiene un límite de 48 horas, incluidas las extraordinarias, por cada período de 7 días, computadas en un período de referencia que no puede exceder de 4 meses. Punto número dos, respecto al período de descanso. Es, según la directiva, todo el período que no sea tiempo de trabajo. Según los artículos 3, 5 y 16, han de existir 11 horas consecutivas de descanso en cada período de 24 horas. Asimismo, ha de haber 24 horas consecutivas de descanso en cada período de 7 días, más las 11 horas diarias, en un período de referencia que no exceda de 14 días. Por razones técnicas, objetivas o de organización, puede establecerse un mínimo de 24 horas.

El tercer punto es el período y trabajadores nocturnos. La directiva establece que los Estados deben determinar como período nocturno un período de 7 horas al menos, que puede incluir en todo caso el que medie

entre las 24 y las 5 horas. Señala además que es trabajador nocturno el que realiza normalmente 3 horas de su tiempo de trabajo habitual dentro del período nocturno. Asimismo, prevé que podrá ser considerado trabajador nocturno el que pueda desarrollar parte de su jornada anual en período nocturno, conforme, como siempre ocurre con las directivas del Consejo, a lo que prevean las normas nacionales. Los artículos 8 y 16 establecen para el trabajador nocturno un máximo de 8 horas como media por cada período de 24 horas, computado en un período de referencia a determinar por las normas nacionales. Y finalmente, los trabajadores a turnos. La directiva considera trabajador a turnos aquél que necesariamente desarrolle su trabajo en distintas horas a lo largo de un período dado de días o de semanas. Respecto a estos trabajadores, el artículo 12 establece que han de disfrutar de un nivel de protección adecuado a la naturaleza de sus funciones, nivel que será equivalente al menos al de los demás trabajadores.

Es importante destacar para el caso que nos ocupa que la directiva posibilita un régimen de excepciones para el personal de los servicios sanitarios, régimen de excepciones que habrá de establecerse por normas internas, o bien convenios o pactos colectivos, y que ha de prever períodos equivalentes de descanso compensatorio. Estas excepciones alcanzan a la jornada semanal, que puede ser computada en un período de referencia de hasta 12 meses, y al descanso diario, al descanso semanal y a la jornada nocturna. La directiva en este caso no precisa el alcance de las excepciones de estas tres últimas materias. Finalmente, la directiva prevé un sistema genérico de excepción, previo consentimiento del trabajador, que alcanza exclusivamente al límite de la jornada máxima semanal.

Respecto a la trasposición de la directiva 93/104, en España, como es conocido por SS.SS., las directivas del Consejo de la Unión Europea obligan a los Estados miembros en cuanto a los objetivos que han de conseguirse. Así, con carácter general, las directivas no son directamente aplicables y precisan de trasposición mediante normas internas de los Estados antes del plazo que las propias directivas fijan. La fecha límite de trasposición de esta directiva, de la 93/104, fue el 23 de noviembre de 1996. España, como SS.SS. conocen, no tuvo necesidad de efectuar una trasposición expresa de la directiva, dado que, con carácter general, ya existían reconocidas, y con carácter normativo, condiciones más favorables para los trabajadores españoles en el Estatuto de los Trabajadores que las fijadas por la propia directiva comunitaria.

Igualmente, en el ámbito sanitario no era necesario tampoco una trasposición específica, dado que la definición del tiempo de trabajo que realiza la directiva hace referencia expresa a la legislación interna. En este sentido, el Real decreto-ley 3/1987, sobre retribuciones del personal estatutario del Insalud, define el complemento de atención continuada como el destinado a retribuir los

servicios prestados para asegurar el funcionamiento permanente de los servicios sanitarios, incluso fuera de la jornada establecida. El Tribunal Supremo, por su parte, en sentencia de 11 de mayo de 1982, definió las guardias médicas como una jornada complementaria que no forma parte de la jornada ordinaria y no está limitada por la jornada máxima legal, año 1982.

El contenido de la sentencia del Tribunal de Luxemburgo. Una vez explicado el contenido y alcance de la directiva, voy a pasar a exponerles el contenido de la propia sentencia del Tribunal de Luxemburgo. En el año 1998, el sindicato de médicos de atención primaria interpuso demanda de conflicto colectivo ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma Valenciana, alegando el incumplimiento de la referida Directiva 93/104. El Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma Valenciana plantea, como está previsto en el derecho comunitario, la correspondiente cuestión prejudicial ante el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas.

En el procedimiento, además de las partes, el Simap, en este caso, el sindicato, y la Comunidad Autónoma Valenciana, presentan observaciones España, el Reino Unido, Finlandia y la propia Comisión Europea, todas ellas favorables a considerar como tiempo de trabajo el definido por las legislaciones o las prácticas nacionales. Y el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, mediante sentencia del 3 de octubre del año 2000, declara los siguientes extremos: En primer lugar, es tiempo de trabajo, y, en su caso, horas extraordinarias, tanto las guardias de presencia física como los períodos efectivos de prestación de servicios de las guardias localizadas. Segundo, los médicos no son trabajadores nocturnos, por directa aplicación de la directiva. El Tribunal de Justicia indica que corresponde al tribunal nacional considerar si, en ausencia de norma específica aplicable al personal estatutario, puede utilizar normas de derecho laboral para decidir sobre esta cuestión. El Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma Valenciana así lo hace, y en su sentencia del 2 de noviembre de 2000 declara que los médicos no son trabajadores nocturnos por no haber sido acreditado que realizan un tercio de su jornada anual (porcentaje fijado por el Estatuto de los Trabajadores) en período nocturno. Los médicos son trabajadores a turnos. El Tribunal también determina que, en ausencia de trasposición de la directiva en España, se otorga a efecto directo su artículo 17 y se señala que los médicos tienen derecho a que el período de referencia para el cálculo de la jornada semanal no exceda de 12 meses. La conformidad prevista en el artículo 18 es de carácter personal y no puede ser sustituida por convenios colectivos.

Alcance de la sentencia del Tribunal de Luxemburgo. Yo creo que aquí está lo básico. La primera consideración que hay que hacer sobre el alcance de la sentencia, la del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas del 3 de octubre de 2000, es que ésta se pro-

duce dentro del procedimiento judicial concreto y por tanto sólo tiene efecto inmediato y directo en ese procedimiento, efecto que ya se ha producido a través de la sentencia del 2 de noviembre de 2000 del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma Valenciana. Pero lo cierto es que claramente la directiva, la interpretación judicial, establece una jornada máxima semanal de 48 horas, incluyendo las eventuales horas de atención continuada o guardias de presencia física que pudiese realizar cualquier profesional facultativo en el Sistema Nacional de Salud. Lo anterior puede conllevar repercusiones en la estructura organizativa de los servicios asistenciales y en la organización de los tiempos de trabajo de los profesionales sanitarios, tanto de los equipos de atención primaria como de asistencia hospitalaria.

No obstante, y en la medida en que la sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas supone una determinada interpretación de la Directiva 93/104, distinta de la que venía realizándose por los Estados miembros, y no olvidemos que por la propia Comisión Europea, resulta obvio que los efectos de la nueva interpretación se generalizarán. Así ha sido entendido por diversas instituciones: el Ministerio, las comunidades autónomas, la Comisión Europea y las organizaciones sindicales. Ya desde que fue planteada la cuestión prejudicial ante el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, el Ministerio, el Insalud, y los servicios de salud de las distintas comunidades con la asistencia sanitaria ya transferida realizaron un seguimiento puntual y riguroso del procedimiento judicial europeo, y del valenciano, obviamente. Así, entre los años 1998 y 2000, la Comisión de gestión de recursos humanos del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud tuvo conocimiento del planteamiento de la cuestión prejudicial, de las observaciones realizadas por las partes (por España, por el Reino Unido, por Finlandia y por la Comisión Europea) y de las conclusiones del abogado general ante el Tribunal Europeo. Asimismo, se realizaron por parte del Insalud los primeros estudios sobre las repercusiones que podría producir una eventual sentencia que estimara las pretensiones de los recurrentes.

Una vez producida la sentencia, se han realizado ya dos reuniones de dicha Comisión de gestión de recursos humanos los días 13 de diciembre de 2000 y 5 de marzo de 2001, reuniones en las que se adoptaron criterios para el estudio de la situación planteada y para la adopción de las medidas coordinadas que detallaré enseguida. Ahora mismo, mientras celebramos esta misma sesión, a las 10, se encuentra reunida en el Ministerio por tercera vez la Comisión de gestión de recursos humanos y previsiblemente en la reunión de hoy se podrán ya consensuar medidas específicas en relación con la cuestión planteada.

Quiero significar también que la segunda de las reuniones antes citadas, la del día 5 de marzo, la Comisión

de gestión de recursos humanos adoptó una importante decisión, ampliando su composición e incorporación a la misma ya de forma definitiva de las 10 comunidades autónomas en las que está en curso el proceso de transferencia del Insalud. Esto en cuanto a Ministerio y comunidades autónomas. Por parte de la Comisión Europea, también la propia Comisión entiende que los efectos de la sentencia trascienden el ámbito concreto del procedimiento en que se produce y ya ha solicitado información a los Estados miembros sobre la situación existente, normas y convenios colectivos reguladores de la jornada de trabajo, no sólo, por cierto, en el ámbito sanitario, sino también en aquellos otros en los que es habitual el sistema de guardias. Los sectores de aviación civil y transporte por carretera, son algunos de los ejemplos que la propia Comisión ha señalado. Ya se ha facilitado a la Comisión información sobre los trabajos que está desarrollando nuestra comisión, la Comisión española de gestión de recursos humanos, y en breve se aportarán las normas y convenios que regulan la jornada en los distintos servicios de salud y se informará de las conclusiones y acuerdos que se produzcan en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Comisión Europea, consciente de que la sentencia tendrá una influencia importante en la estructura y organización de diferentes sectores de actividades, no sólo en el ámbito sanitario, organizó el pasado 11 de mayo una reunión de expertos de los Estados miembros, a fin de discutir y profundizar sobre las implicaciones de la sentencia precisamente de este sindicato español. En esta reunión, los representantes de los Estados miembros dieron cuenta de las implicaciones que la sentencia puede producir en diversos sectores económicos y de servicios, ya que su alcance excede al ámbito sanitario, como he dicho. La Comisión Europea aún no ha efectuado propuestas concretas de actuación en este ámbito, no siendo por ello previsible que la Comisión inicie acciones, tales como cartas de emplazamiento o dictámenes motivados, a corto o medio plazo, en relación con el cumplimiento de esta Directiva 93/104 por los Estados miembros. Y finalmente, las organizaciones sindicales ya se han dirigido al Ministerio y a las comunidades autónomas solicitando no sólo información sino también participación en el proceso de adecuar la ordenación del tiempo de trabajo en nuestras instituciones sanitarias a las previsiones de la Directiva 93/104, según su interpretación por el Tribunal de Justicia de las Comunidades.

Como ya he informado, la Comisión de gestión y recursos humanos del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha celebrado tres reuniones con posterioridad a la sentencia del Tribunal de Luxemburgo. La última se está celebrando en estos mismos momentos. En la primera, el 13 de diciembre de 2000, la comisión estaba compuesta por representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Insalud y de las comunidades autónomas con la gestión de la asistencia

sanitaria transferida. En la reunión se analizaron diversos temas suscitados por la sentencia y se acordó que tanto el Insalud como los servicios autonómicos de salud elaborarían un informe sobre las repercusiones de la sentencia en sus correspondientes ámbitos y, de ser posible, se avanzaría en criterios de actuación para la resolución de los problemas planteados.

La práctica totalidad de los informes coinciden en apuntar dos cuestiones fundamentales: En primer lugar, la limitación de la jornada a 48 horas semanales. Los efectos de esta previsión son muy dispares en función no sólo de los distintos servicios de salud, sino también de la modalidad asistencial, primaria y especializada, del tipo de centro sanitario (por un lado, los grandes hospitales, y por otro, los hospitales comarcales, por ejemplo) y de la plantilla concreta de cada servicio. Aunque no es posible generalizar para todo el Sistema Nacional de Salud, puede afirmarse que no se trata de una cuestión excesivamente problemática y que los problemas detectados afectan fundamentalmente a casos concretos y precisos —por ejemplo, servicios hospitalarios con una plantilla inferior a 7 u 8 facultativos, donde la organización obviamente puede ser más problemática— que han de ser solucionados de forma asimismo concreta mediante medidas (contratación de refuerzos, establecimiento de guardias localizadas, etcétera.) adoptadas, lógicamente, a nivel de cada centro sanitario.

La segunda conclusión de esa primera reunión fue lo que afecta al descanso diario y semanal. Aunque éste no es un tema analizado por la sentencia del Tribunal de Justicia, el Insalud y los servicios de salud coinciden en considerar que es uno de los aspectos que mayor relevancia pueden tener en la situación planteada. Y esto es así porque las previsiones —11 horas de descanso diario o 24 de descanso semanal— pueden determinar libranzas para las guardias que alteren el normal desarrollo de la jornada ordinaria en las instituciones y centros sanitarios, como ustedes saben. Asimismo, puede afectar a la jornada normalmente ininterrumpida que realiza el personal de refuerzo, sobre todo en la atención primaria.

Los informes emitidos por el Insalud y los servicios de salud también señalaron otras cuestiones que pueden tener interés. Primero, se indican como cuestiones a tomar en consideración la referencia que la sentencia efectúa sobre la consideración de las guardias como horas extraordinarias, la declaración de que los médicos son trabajadores a turnos y la indefinición sobre su carácter de trabajadores nocturnos. Se considera que la problemática derivada de estas cuestiones se basa fundamentalmente en la no equivalencia de los términos que utiliza el derecho comunitario, por un lado, y los comúnmente usados en nuestro Sistema Nacional de Salud. Si el derecho comunitario utiliza tales expresiones, son exclusivamente a limitar los tiempos de trabajo o a asegurar un nivel de protección adecuado. Así es

como lo entiende el derecho comunitario. En el Sistema Nacional de Salud, la utilización de tales términos puede llegar a tener otras repercusiones: el valor de la hora extraordinaria, por ejemplo, frente al concepto retributivo de atención continuada; la consideración de los médicos como trabajadores a turnos y complementos por nocturnidad del personal de enfermería, lo que se une a una disminución de la jornada anual, por ejemplo, etcétera. Segundo, se señala que la voluntariedad prevista en el artículo 18 de la directiva, al caracterizarse como personal, sin que pueda ser sustituida por convenios o acuerdos colectivos, no es un sistema adecuado para resolver las situaciones planteadas, dado que supondría dejar en manos de la decisión de unos cuantos profesionales en cada momento la organización del sistema asistencial.

En la segunda de las reuniones de la comisión, celebrada el día 5 de marzo de 2001, su composición se amplió con carácter definitivo con representantes, como ya he dicho, de las diez comunidades autónomas que aún no tienen la gestión de la asistencia sanitaria transferida. A partir de dicha reunión, por tanto, de la Comisión de gestión de recursos humanos, están presentes todas las comunidades autónomas, el Insalud y el Ministerio de Sanidad y Consumo, lo que posibilitará la adopción de acuerdos y el establecimiento de criterios de coordinación y actuación homogénea que serán aplicados en todo el Sistema Nacional de Salud. En esta reunión la comisión adoptó el acuerdo de avanzar en determinadas líneas de trabajo, con el fin de consensuar en breve plazo las medidas a adoptar que se detallan en este último apartado del informe.

De conformidad con lo expresado en la última reunión de la Comisión de gestión de recursos humanos, se han adoptado las siguientes líneas de trabajo: Las situaciones concretas en las que actualmente se estuvieran produciendo incumplimientos puntuales de las previsiones de la directiva se están resolviendo en el ámbito de cada servicio de salud y a nivel del centro o unidad afectado, mediante medidas de carácter puntual adaptadas a las circunstancias existentes. El análisis de la conveniencia de abordar una reforma sustancial del modelo organizativo de la asistencia sanitaria. En esta línea se apunta la posibilidad de establecer con carácter ordinario dos turnos de trabajo que garanticen el funcionamiento habitual de los servicios desde las 8 hasta las 21 horas. Se trataría de un proceso complejo basado en las plazas vacantes a convocar o en la aceptación voluntaria de los facultativos. Algunos servicios autonómicos de salud de hecho ya vienen trabajando en este modelo desde hace algunos años, por lo que la situación no es homogénea en el Sistema Nacional de Salud, lo que hace difícil el establecimiento de procedimientos coordinados para la realización de acciones comunes en este ámbito. No obstante, se va a recabar por parte del Ministerio información a todos los servicios de salud sobre la situación concreta de este proceso, a

fin de proponer los criterios mínimos comunes que permitan diseñar una planificación general válida para todo el sistema.

Tercer punto es la clarificación de los términos utilizados por el derecho comunitario mediante la adopción de acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o la tramitación del proyecto de norma que en su caso proceda. Se trataría de delimitar los conceptos de horas extraordinarias y su relación con la atención continuada, del alcance de la consideración de los médicos como trabajadores a turnos y de precisar claramente los supuestos en los que pueden ser considerados trabajadores nocturnos, así como establecer los períodos de referencia para el cálculo de la jornada máxima semanal, del descanso diario y semanal y del trabajo nocturno, en su caso. Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se elaboró un cuestionario sobre estos temas, que ya ha sido remitido para su cumplimentación al Insalud y a los servicios de salud, y de los resultados del mismo saldrán las primeras medidas de consenso en la reunión que se está celebrando en estos momentos en el Ministerio.

El estudio de las necesidades de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Esta Directiva 93/104, a la que hacemos referencia, ha sido recientemente modificada por la Directiva 2000/43, que incluye a los médicos en formación MIR dentro de su ámbito de aplicación; lo que antes estaba excluido ahora se incluye también, si bien con un período transitorio de cinco años, que comenzará el 1 de agosto del año 2004. En esta línea se analizarán las medidas a adoptar para la aplicación de la directiva a los MIR, clarificando su relación laboral con las instituciones sanitarias, y se realizará un estudio sobre las necesidades de especialistas en nuestro sistema sanitario, a la vista de las modificaciones organizativas que derivan de la Directiva 93/104.

Para concluir ya mi comparencia, quiero trasladar a SS.SS. una última reflexión. Creo que las actuaciones emprendidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, desde el momento en que se planteó la cuestión prejudicial por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma Valenciana, constituyen un ejemplo del papel que el Ministerio debe desempeñar en la coordinación de nuestro Sistema Nacional de Salud con el objetivo de lograr el consenso en todas aquellas medidas necesarias para avanzar en la mejora y modernización de nuestros servicios sanitarios.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor secretario general.

Por el grupo parlamentario que ha solicitado la comparencia, Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios Reyes.

La señora **JULIOS REYES**: Agradezco al señor secretario general la exposición que nos ha realizado ante esta petición de comparencia de mi grupo.

Yo venía documentada para exponer la trascendencia de la citada sentencia. Entiendo que en sus propias palabras ha expuesto algunos de los aspectos que yo iba a plantear. Por lo tanto, esa parte la intentaré resumir. La solicitud de comparencia de nuestro grupo, de Coalición Canaria, sobre este tema es porque, a nuestro entender y a pesar de que pueden haber pasado siete meses, me parece, desde la sentencia (que es de octubre de 2000) a la actualidad, lo cierto es que es urgente para la cohesión del Sistema Nacional de Salud. En mi exposición voy a intentar explicar el porqué queremos dar o entendemos que debe dársele este sentido de urgencia, para que, como decía, pueda seguir funcionando el Sistema Nacional de Salud y sobre todo siga cohesionado como tal.

Entendemos que ha de reaccionarse. Usted ya ha expresado las actuaciones del Ministerio. Yo también tenía conocimiento de que ahora mismo la comisión se está reuniendo a este respecto, pero quiero resaltar la importancia de que no lleguemos, permítame la expresión, a una situación de parálisis por el análisis. Porque estamos hablando de procedimientos judiciales que van más allá de las planificaciones que se puedan estar haciendo en los servicios autonómicos y van más allá de los planteamientos que puedan tener en un momento dado determinadas organizaciones sindicales. Son decisiones que se toman, a nivel de los tribunales europeos o de los nuestros, en España.

Su señoría lo ha expresado y ha dicho que esta sentencia resuelve cuestiones prejudiciales sobre cómo se han interpretado unas directivas de la Comunidad Europea anteriores: una del año 1989, que hace referencia a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo de los trabajadores; y otra, como ha dicho, del año 1993, con relación a la ordenación del tiempo de trabajo. Recientemente, ésta ha sido modificada por una nueva directiva en el año 2000, de forma que los que antes estaban excluidos, que eran los profesionales que estaban sometidos al sistema MIR, ahora también quedan incluidos a los conceptos que, sobre la actividad de su trabajo en relación con la Administración, recogen las directrices anteriores. Es importante reforzar otra vez el primer aspecto, que es el del tiempo, porque se trata de una sentencia que efectivamente interpreta de forma diferente a cómo se han venido interpretando, no sólo por España sino en el contexto europeo, algunos de los aspectos de las directrices. Lo cierto es que las directrices datan del año 1989 y del año 1993 y esto puede tener transcendencia, incluso seguir evolucionando las formas, en cuanto a reconocimiento de derechos anteriores y con el impacto económico que eso conlleva.

Nosotros entendemos, yo creo que también lo ha expresado así usted, que, aunque la sentencia contiene

aspectos de difícil interpretación, materias de excepciones, etcétera, hay otras cosas que son dichas con bastante contundencia, o por lo menos escritas en la sentencia con bastante contundencia, y que afectan tanto a la atención primaria como a la especializada. Porque, aunque la sentencia se circunscribe a interpretar una directiva europea en relación con las horas de trabajo de los médicos de los equipos de atención primaria, no hay que olvidar que la directiva, ya de por sí, y no lo pone en duda la sentencia sino que lo refuerza, abarca a todos los sectores de actividad. En el caso del Sistema Nacional de Salud, a los niveles tanto de atención primaria como de especializada.

Yo voy a intentar reforzar aquellas cosas que entendemos que van a ocasionar una mayor repercusión para el Sistema Nacional de Salud y que, desde mi punto de vista, y conociendo los propios informes elaborados por el Insalud y por los servicios autonómicos, también ellos lo resaltan. Hay cosas en las que hay dudas pero hay otras donde hasta se han hecho las valoraciones económicas de lo que puede implicar, por supuesto dependiendo de cómo y de los recursos y de las organizaciones de cada centro y de cada servicio autonómico de salud.

Lo primero es que está claro ya que los servicios de atención primaria entran dentro del ámbito de la propia directiva de Europa. Lo segundo es el concepto de tiempo de trabajo, y leo textualmente, porque es que, por mucho que estudien los servicios jurídicos, difícilmente cabe otra interpretación. Dice: El tiempo de trabajo dedicado a la atención continuada prestado por los médicos de los equipos de atención primaria en régimen de presencia física en el centro sanitario debe considerarse tiempo de trabajo en su totalidad y, en su caso, horas extraordinarias en el sentido de la propia directiva, la 93/104. Esto significa que vamos a tener que dejar de valorar el precio de la hora de atención continuada para pasarlo a valorar al precio de la hora ordinaria de trabajo. Y esto ni más ni menos que significa casi triplicar el valor del precio de la hora de guardia, para entendernos.

Otro aspecto, la reducción de la jornada ordinaria de trabajo. Dice la sentencia que los Estados deben adoptar medidas para limitar la duración semanal del tiempo de trabajo, de forma que no se excedan las 48 horas, incluidas las horas extraordinarias. Y lo digo yo, no lo dice la sentencia pero se entiende que incluidas las horas de la guardia de atención continuada. Y además dice que esto ha de hacerse por parte de los Estados miembros con disposiciones legales reglamentarias o convenios colectivos o acuerdos con los interlocutores sociales. A esto ha de añadirse la consideración de que el personal que realiza la atención continuada sea considerado en principio trabajador a turno. Dejando aparte lo que no está claro en cuanto a trabajo nocturno, lo que sí está claro es que dice que es trabajador a turno. Y esto supone aplicación de una jornada laboral más

reducida. Según nuestra legislación, el cómputo de horas globales cuando la jornada es clasificada como jornada a turno es diferente, es menor, que cuando no lo es. Además de las consecuencias que tiene a efectos retributivos el trabajo realizado a turnos.

El período mínimo de descanso del día, del período de 24 horas, ha de ser de 11 horas consecutivas. Consecuencia: no puede haber períodos diarios de trabajo que superen las 13 horas. ¿Qué hacemos con las guardias, que duran más de 13 horas? Según esto, no podrían exceder de ese número de horas ni tan siquiera las guardias, las horas de atención continuada, porque forman parte de la jornada laboral. Las consecuencias que se pueden producir ya las ha mencionado usted, en relación con que ya es una reivindicación la libranza al día siguiente de la guardia, en este caso en los equipos de atención primaria.

El período mínimo de descanso a la semana es de 36 horas. Esto se traduce en que implicará cambios en el número de guardias que se pueden realizar. Y aquí sí quiero hacer un paréntesis. En principio, no parece que haya grandes problemas en cuanto al concepto del número total de horas del trabajo ordinario. Voy concluyendo. Decía sólo servicios hospitalarios, por ejemplo, pequeños. Póngase en la situación de mi comunidad autónoma, en donde hay hospitales pequeños y hay servicios pequeños, y póngase en la situación en donde ya, ya, faltan especialistas para poder cubrirlos en las condiciones normales de la legislación actual. Cuánto más cuando se aplique esta legislación en España, y por lo tanto en Canarias. Y cuando hablo de que faltan especialistas estoy hablando de anestesistas, estoy hablando de neurocirujanos, estoy hablando de radiólogos, elementos clave para que funcione un hospital y la prestación. Y estoy hablando, en Canarias, de falta de especialistas en medicina familiar y comunitaria. Aparte del tema de la voluntariedad en el trabajo, que no se acepta que sea el propio convenio colectivo el que acredite la voluntariedad, sino que tiene que ser expresada de forma manifiesta.

Como conclusión, y termino, señor presidente, puede que haya diferencias en las interpretaciones en algunos conceptos, en algunos apartados de la sentencia y de la directiva, pero las dudas interpretativas no nos van a salvar de que la tengamos que cumplir en muchos de sus aspectos. Puede que sigamos nosotros inmersos en el necesario trabajo de estudio de planificación de ver lo que eso implica, pero, por favor, que no lleguemos, permítame la frase, a la parálisis por el análisis, que no lleguemos, porque esto no nos va a evitar que los tribunales europeos nos obliguen a su cumplimiento. Y ya no sólo los europeos, sino los propios tribunales españoles. Se están judicializando todos estos problemas día a día, y no voy a relatarlos porque no me va a dejar el señor presidente, pero ya empieza a haber fallos por los propios tribunales españoles sobre esto, unos en un sentido y otros, en otro, con lo cual el

panorama a nivel del Estado se puede ir complicando enormemente.

Es responsabilidad de todos, pero fundamentalmente reclamo la responsabilidad del Ministerio, en este caso del Gobierno del Estado, enfrentarnos a cómo cumplimos esta directiva. Y, por supuesto, a la espera de las conclusiones del grupo de trabajo, hay aspectos en los que vamos a tener que trasponer esa legislación a nivel europeo, de forma que tengamos un marco normativo, producto de la trasposición de la normativa europea, que unifique, por lo menos a niveles jurídicos, los aspectos que se contienen en dichas directivas. Es una responsabilidad hoy por hoy del Gobierno del Estado, no sólo ante Europa sino ante el Sistema Nacional de Salud y ante las comunidades autónomas. Nosotras no podemos trasponer la legislación europea, estamos a expensas de lo que interprete el órgano jurídico correspondiente donde se han llevado los múltiples conflictos que ya están surgiendo.

Entiendo que hay dos caminos ante esto: uno, responder con responsabilidad, con celeridad, con planificación, con planificación de recursos humanos que van a hacer falta, con negociación, Ministerio con comunidades autónomas, como se está haciendo, con negociación con los agentes sociales. Tenemos que entrar en este contexto a hablar del estatuto marco, es fundamental. Y tenemos que hablar de las repercusiones económicas que esto va a significar para el sistema y para todo. Porque en estas condiciones muy bien que estén las comunidades no transferidas en el trabajo. Evidentemente, se les transfiere un problema gordo a las comunidades. Las que estamos transferidas, ya los tenemos y las que van a ser transferidas, los tendrán. El conflicto en mi comunidad autónoma está planteado, y no a nivel de consulta, por parte de las organizaciones sindicales. Está a nivel de reivindicación, de paro, de huelga, etcétera, y somos vasos comunicantes los servicios autonómicos de Salud y el Insalud, porque, lógicamente, vivimos en el mismo país. Con eso quiero decir que es un tema urgente, porque de no entrar en ese camino, permítame la expresión, entramos en el camino de sálvese cada uno como pueda. Y eso, desde mi punto de vista, pone en peligro hoy la cohesión del Sistema Nacional de Salud, nos introduce en la senda de un conflicto permanente con el personal. Hoy por hoy, son muchos los aspectos de política de personal, de recursos humanos, que son legislación base del Estado, todo lo que se refiere al estatuto marco y no digo más. Pero lo cierto es que al final lo que sí vamos a tener en común todas las comunidades autónomas, incluyendo el Insalud, en cuanto se refiere a política de recursos humanos, es que se van a judicializar las relaciones con nuestro personal.

Señorías, he intentado expresar la urgencia de que se llegue a un consenso sobre este tema, que se realicen los avances legislativos necesarios para que no sean las interpretaciones de los diversos tribunales o procesos

jurídicos los que nos lleven a ir estando por detrás de los acontecimientos y que evitemos un constante conflicto con los profesionales del Sistema Nacional de Salud, que, por muchas nuevas tecnologías, por mucho desarrollo del genoma, son la pieza más valiosa que tiene hoy por hoy el Sistema Nacional de Salud para funcionar de acuerdo con las expectativas y necesidades del ciudadano.

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

El señor **BLANCO GARCÍA**: Bienvenido, señor secretario general de Gestión.

Éste es un tema realmente importante por los efectos que tiene, porque la sentencia tiene una interpretación jurídica del tiempo de trabajo, del de descanso, del ocio, que a mi juicio es bienvenida. Hay que darle la bienvenida, y hablo en nombre también de mi grupo, del Grupo Socialista. Bienvenida porque la Europa que estamos construyendo no es sólo la Europa del euro, es también la Europa de los trabajadores, es la Europa del ocio y también del trabajo y de la regulación del tiempo de trabajo. Y como está en debate permanente la reducción de la jornada de trabajo, de los tiempos de ocio, si con ello se genera empleo o no, y hay distintas experiencias y criterios, yo creo que esta sentencia, no es que clarifique estos aspectos, pero sí que por lo menos sienta las bases de lo que queremos que sea en Europa la jornada laboral y la salud de los trabajadores con respecto a esa jornada laboral o la incidencia de esa jornada laboral en la salud y en la seguridad de los trabajadores. Por lo tanto, es una sentencia de un calado tremendo en la organización del trabajo en toda Europa.

Yo no quiero referirme a la sentencia en sí misma, en los distintos apartados, ni a las directivas, sino que voy a hablar sobre los efectos, a mi juicio, que en España debe producir. Y no voy a hacer ninguna crítica a la gestión o a cómo se está gestionando esta sentencia a nivel del Ministerio, porque realmente es complicado. Y le habla quien ha hecho más guardias en el sistema. Muchos que somos médicos hemos tenido que hacerlas. Llevo a mis espaldas muchas guardias de presencia física y sé lo que es esto.

Lo primero sobre lo que, a juicio del Grupo Socialista, hay que llamar la atención, señor Moreno, es que en España se necesita una trasposición de esta directiva y, por lo tanto, un proyecto de ley que regule esto. ¿Por qué? Porque el Estatuto de los Trabajadores no es suficiente, y en esto estará de acuerdo conmigo, porque la propia sentencia y la directiva dicen que los acuerdos alcanzados por los sindicatos o por asociaciones de trabajadores no son vinculantes a niveles individuales, y aplíquese el cuento a las reuniones y a las decisiones que vayan tomando con respecto a la organización y los recursos humanos en esta comisión. Me parece muy

bien que se adopten medidas inmediatas, cuanto antes mejor, pero está claro que cualquier individuo puede recurrir a los tribunales, según esta misma sentencia, y se le debe amparar. Por lo tanto, no es suficiente tomar acuerdos, que son necesarios, pero no son suficientes los acuerdos de las comunidades autónomas con los sindicatos, por el propio contenido de la misma sentencia, y bueno sería que regulásemos todo esto en un proyecto de ley, con un decreto ley, en fin, como lo consideran oportuno, pero que estas Cámaras puedan sentar las bases de la trasposición de esta directiva al territorio nacional porque tiene muchos perfiles de organización, como usted mismo ha dicho, el Sistema Nacional de Salud, tanto lo transferido como lo no transferido, muchos perfiles que habría que trabajar y que habría que plasmar en un proyecto de ley y en una ley, desde las horas extraordinarias a qué se denomina por trabajo a turnos, cómo se considera, etcétera, todo esto que tanto usted como la señora Julios han expresado claramente. Por lo tanto, la primera consideración es que en las Cámaras deberíamos trabajar en un proyecto de ley que regulase a nivel nacional la situación; la misma sentencia dice que hay una falta de normas nacionales que adapten en el derecho interno esta directiva. La petición de mi grupo de un proyecto de ley de regulación interna de la jornada laboral está muy justificada, y no solamente en el sector sanitario, porque, como bien se ha dicho, esto afecta a lo sanitario, a lo no sanitario, a lo público y a lo privado; por lo tanto, estamos en un terreno de nadie y la parte que se pueda regular en las comisiones de derechos humanos que están ustedes realizando y que hoy se ha convocado y están trabajando debe regularse; pero esto no abarca la globalidad del problema, la globalidad del problema se llama jornada laboral y los distintos conceptos que de ella se derivan de turnos, nocturnidad, trabajador a turnos, horas extraordinarias, etcétera.

En segundo lugar, tiene unos efectos que también se han señalado aquí. Y como usted antes decía que no se le había pedido dinero para el genoma, aquí van a tener que poner dinero, porque está claro que los profesionales de la salud están percibiendo un salario más o menos justo, no entro ahora mismo en esa valoración, pero están percibiendo un salario en el que se computan las horas de guardia de presencia física, o de no presencia física pero de localización. Por lo tanto, ese salario no es realmente el salario básico que tienen, no es realmente un salario adaptado a lo que en otras organizaciones, en otras ramas de producción, tienen otros trabajadores. Tanto desde el Gobierno, que ya en la legislatura pasada se hacía la reflexión de mejorar o revisar los salarios de los profesionales de la salud, como desde la oposición, hay que revisar este problema, pues de lo contrario nos vamos a encontrar con que, a la hora de regular la jornada de trabajo y a la hora de acortar esa jornada laboral que la sentencia exige, se van a encontrar los trabajadores con una per-

cepción económica menor, puesto que su salario lo reciben en función también de las horas que hacen de guardia de presencia física, sean enfermeras, auxiliares, médicos, etcétera. Por lo tanto, con mucha tranquilidad pero sin demasiada espera, deben de evaluar cuánto va a costar esto como gasto corriente del Sistema Nacional de Salud.

En tercer lugar, y derivado de esto —y la señora Julios ha hablado de ello—, está el problema de las transferencias, de las ya hechas y de las que vengan en el futuro, porque no es cuestión de llamar la atención para que se reclamen derechos adquiridos, pero está claro que las transferencias realizadas a las comunidades autónomas que tienen el sistema propio de salud transferido, se ha hecho con una financiación determinada, con unos gastos corrientes, con unos gastos de personal determinados, que ahora se van a ver incrementados por la aplicación de esta sentencia. Y naturalmente, como estamos en puertas de negociar una nueva financiación para un nuevo quinquenio de la financiación sanitaria, además de la financiación autonómica, creo que es un buen momento para revisar esa financiación y adaptar las transferencias ya hechas a las comunidades como para lo que se está preparando en las distintas comunidades que empiezan a trabajar en comisiones mixtas, o de estudios, o como lo quieran llamar, a las transferencias futuras.

Esta sentencia tiene una trascendencia tremenda en lo que es la jornada laboral y la situación laboral en España. Bienvenida sea la sentencia porque esta Europa nuestra la tenemos que construir entre todos, pero no solamente una Europa comercial, una Europa económica, una Europa monetaria, sino una Europa social que está más flaca, digamos, en esa pata de la construcción del conjunto de los países europeos; por eso doy la bienvenida a esta sentencia.

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

El señor **BURGOS GALLEGO:** El Grupo Parlamentario Popular ha sido consciente desde el primer momento de la problemática generada en todo el Sistema Nacional de Salud por el reconocimiento por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas del derecho del colectivo representado por el Sindicato de Médicos de Asistencia Pública, Simap, los médicos de atención primaria de Valencia, a disfrutar de la ordenación del tiempo de trabajo que fijaba la Directiva 104/93, la jornada máxima de trabajo semanal de 48 horas, incluidas las guardias de presencia física y localizada.

La primera reflexión que se le plantea a nuestro grupo es que este es un escenario al que vamos a tener que irnos acostumbrando paulatinamente. Es decir, la regulación por parte de las Comunidades Europeas de aspectos que van a incidir decisivamente en los ámbi-

tos laborales y en otros muchos de nuestros Sistema Nacional de Salud, lejos de ser una anécdota, o un problema aparente, como se puede plantear en este caso, entendemos que va a empezar a convertirse en una constante, y desde luego queremos que vaya por delante nuestro más absoluto respeto, incluso nuestra felicitación, por el ejercicio del derecho que asiste a cualquier individuo o colectivo a defender sus posiciones, sus intereses, en los tribunales. Esta es una prueba del buen sentido democrático que tenemos que compartir todos. Con independencia de que a la Administración le genere un problema en un determinado momento, creo que es importante que los profesionales también puedan ver satisfechas sus reivindicaciones en estos ámbitos, y hemos sido conscientes desde el Grupo Popular, como así lo han puesto de manifiesto otros grupos, de las repercusiones evidentes de esta sentencia y de la previsible generalización de sus efectos, como así se ha producido de hecho en toda una cascada de sentencias a las que estamos asistiendo en los últimos tiempos en numerosos juzgados de lo social de varias comunidades autónomas, tribunales superiores de justicia, que no solamente abundan en el reconocimiento a los facultativos de atención especializada, inicialmente no objeto de esta sentencia, sino que en algunas de estas sentencias se va más allá, y se va más allá hablando de la aplicabilidad del descanso mínimo semanal ininterrumpido de 35 horas, o incluso, como en el caso de algunos juzgados de lo social en Madrid, del pago dinerario del descanso no disfrutado. Es decir, al final este asunto va a acabar en el Tribunal Supremo, que será el que tendrá que poner un cierto orden y de alguna manera encauzar, al menos desde el punto de vista jurídico, todos estos procesos en marcha. Yo no sé si es positivo o no que se produzca una judicialización generalizada, en todo caso es un reconocimiento que debemos hacer en esta Cámara de que eso ya se está produciendo. Eso ha de animarnos todavía más en esa rapidez a la resolución de este problema, que no es un problema nuevo. Como ya se ha puesto de manifiesto aquí, este es un problema que incluso se debatió y se reconoció en el ámbito del Insalud en atención especializada, a raíz del acuerdo alcanzado en 1992 entre la Administración y los sindicatos, que hacía referencia a 36 horas de descanso. Fue precisamente su inextensibilidad al resto del Sistema Nacional de Salud, a algunos servicios autonómicos de salud, y en especial a la atención primaria, lo que ahora ha dado lugar a este conflicto. Inexplicablemente no se articuló entonces una medida de carácter general, y yo creo que hay que reconocer que, en nombre de las necesidades del servicio, se ha usado y se ha abusado en alguna medida de esta falta de regulación y de articulación común del sistema sobre una cuestión que al final los tribunales europeos nos han puesto con toda contundencia encima de la mesa.

Mi grupo entiende que la Administración ha respondido, en el ámbito de su gestión particular, el que afecta al consejo interterritorial, adecuadamente a este nuevo escenario, a esta nueva situación, y que las reuniones que ya se han producido, incluida la que se pueda estar produciendo en este mismo momento, han ido en la buena dirección, y yo creo que debemos sentirnos todos satisfechos de que eso haya sido así, primero, porque ese es el foro adecuado, y más aún con participación ya de todas las comunidades autónomas, y segundo porque, siendo un asunto complejo, entendemos que las propias comunidades autónomas con transferencias, el sistema en su conjunto, está dando una muestra de madurez y de sensatez a la hora incluso de haber depositado en el Ministerio la responsabilidad de hacer propuestas que puedan ser compartidas por todos los actores del sistema. Todo indica, y así nos mostramos esperanzados, que se llegará a un acuerdo común y satisfactorio. El asunto es complejo, ya se ha dicho aquí que tendrá importantísima influencia e impacto en los servicios de salud, en su estructura y en su organización, no sólo en la salud. La célebre sentencia Simap, conocida así en todo el entorno europeo, afecta a muchos sectores. No sólo los problemas van a generarse en España, imagínense ustedes por ejemplo en Bélgica, donde los médicos cobran por acto médico realizado y no van a estar dispuestos, evidentemente, a hacer menos de los que hacen ahora y, por lo tanto, ver mermadas sus retribuciones. No va a afectar a todas las comunidades por igual ni va a afectar, como ya se ha puesto de manifiesto aquí, a todos los centros por igual.

Por lo tanto, entendemos que hay que encarar las importantes repercusiones que se van a producir, y yo por eso quería destacar una parte de su intervención que no ha sido objeto de especial tratamiento por parte del resto de los grupos y que, sin embargo, a nuestro grupo le parece la más significativa. Es verdad que hay medidas ya en marcha, además de esas medidas planteadas, medidas puntuales, que compartimos —aceptación voluntaria por parte de los facultativos conversión de guardias de presencia física en localizadas personal de refuerzo allá donde sea necesario, sobre todo en centros pequeños recursos económicos adicionales—, y entendemos que lo importante de su intervención hoy aquí, señor secretario general, es la posibilidad de abrir una reforma sustancial del modelo organizativo de la asistencia sanitaria.

No es factible que la actual organización de los servicios se asiente sobre la voluntariedad de las guardias y, por lo tanto, a mi grupo le suena bien la música de que hagamos entre todos de la necesidad virtud y busquemos un espíritu y unos criterios comunes de una reforma mucho más en profundidad que delimitaría conceptos importantes, como el cálculo de la jornada semanal máxima, como el descanso diario y semanal, como las horas extraordinarias, su relación con el actual sistema retributivo de atención continuada... En

definitiva, una reforma de mucho más amplio calado que podría derivarse a simple vista de la aplicación de los efectos de la sentencia y que incluiría, como ya usted ha puesto de manifiesto, ese estudio sobre las necesidades del número y de la clase de especialistas que necesitará el Sistema Nacional de Salud en los próximos años, adecuando además de esa manera la oferta MIR a esa demanda. Este es un aspecto que a esta Cámara, a esta Comisión le ha preocupado en otras ocasiones. Creemos que es un buen momento para encarar esta problemática, y además mi grupo entiende que si esto se consiguiera, y haría falta sin duda un esfuerzo de coordinación y financiero muy notable, habríamos dado un paso adelante y habríamos sentado además un importante precedente respecto a una mejora generalizada de nuestro sistema basada en la cooperación y en el coliderazgo sanitario del Ministerio y de las comunidades autónomas. Quiero transmitirle que mi grupo le va a apoyar en esta labor, reconocemos que necesitará de la buena disposición hasta hoy manifestada, al menos sobre el papel, de todos, y le animamos además a que se abra el diálogo con los profesionales, que hasta ahora no han tenido a lo mejor el papel fundamental que va a ser imprescindible a la hora de la aplicación concreta de estas políticas.

Una última reflexión, que compartimos, respecto a su intervención. Esta situación constituye un ejemplo de por dónde puede encaminarse la dinámica de los servicios sanitarios en el futuro. Cada vez más disposiciones europeas en estas materias harán imprescindible una decidida actitud de cooperación en el sistema entre todos sus actores fundamentales, y para evitar distorsiones internas y para encarar mejor y más rápidamente un proceso que, sin duda, nos guste o no, se acabará produciendo, una armonización de políticas por la vía de las disposiciones comunitarias, haríamos bien en anticiparnos y en ser capaces de generar desde dentro de nuestro propio sistema una cultura del acuerdo, del compromiso y de la cooperación que va a resultar absolutamente fundamental. Las administraciones públicas competentes en esta materia pueden trabajar de forma interrelacionada, con criterios comunes, con criterios coherentes, con pautas armónicas y consensuadas. Así entendemos que se está manifestando en este proceso concreto, y desde luego este es un paso en esa dirección que a mi grupo al menos le interesa recalcar aquí que, más allá de los quebraderos de cabeza propios de tener que resolver un problema rápido y bien, ha de hacernos extraer consecuencias entendemos que diáfanas sobre metodologías y actitudes de futuro en nuestro Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar señor Moreno.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno

Palanques): Señora Julios, le quiero agradecer que haya traído este tema —que todos ustedes han señalado como enormemente importante para el Sistema Nacional de Salud— a esta Comisión para darme la oportunidad en comparecencia de compartir lo que en gran medida ustedes ya conocen, de lo que representa un problema, un problema que además la Administración en este caso, como en todos los casos, entiendo yo, no lo vive en el sentido de un problema más a resolver. Las administraciones sanitarias, Insalud y comunidades autónomas, están precisamente para responder y resolver los problemas que se generan, tanto sean éstos o cualquier otro. Si no preocuparse, que también, fundamentalmente se ocupan de estas cuestiones, y en ese interés están, como he dicho, no sólo el Ministerio, que no tiene labores de gestión, sino el Insalud, que tiene labores de gestión hasta que se transfiera la asistencia sanitaria, la capacidad de gestión de la asistencia sanitaria, y todas las comunidades autónomas que tienen esa responsabilidad y, por supuesto, las organizaciones sindicales, como he dicho.

Como usted ha dicho, no es cuestión, ni en esto ni yo creo que en ninguna situación, del sálvese quien pueda. Creo que eso sería una mala política, no en este tema, que es muy importante, en cualquier tema, y esa forma de comportamiento que a veces adquirimos desde las discrepancias ideológicas en los grupos que apoyan a los distintos gobiernos autonómicos, o al Gobierno de la Administración general del Estado, hay que cambiarla. Uno puede discrepar y manifestar esas discrepancias, pero como todos ustedes han dicho, cuando hay que resolver problemas, y dado que las competencias las tenemos entre todos, tenemos que ir todos juntos a resolverlos, es la única forma. Es decir, no haríamos bien en que en la Comunidad Valenciana, porque ha tenido el problema inicialmente, se resolviera de una forma, y en Canarias de otra, en el País Vasco de otra, etcétera. Por tanto, se ha hecho un enorme esfuerzo durante todo este tiempo desde que se promulgó la directiva en el año 1993. Todos los gobiernos desde el año 1993 han entendido que no había que hacer la trasposición; si ahora entendemos que hay que hacer algún tipo de normativa que signifique hacer la trasposición propiamente o adaptar esa nueva situación a lo que la directiva, más que la directiva, la propia sentencia determina, obviamente habrá que hacerlo y habrá que consensuarlo entre todos.

Me van a dejar que haga una puntualización sobre el tema de las transferencias. Usted, señor Blanco, lo ha dicho, y lo ha dicho muy bien: cualquier cosa que haya que corregir en las comunidades autónomas hay que hacerlo a través de un modelo de financiación. Lo digo porque en esto a veces hay planteamientos que probablemente no compartimos, y a lo mejor el equivocado soy yo, pero en las transferencias no es el momento para corregir cuestiones históricas. Es decir, las transferencias es un paso de una capacidad de gestión que

tiene encomendada el Insalud a una comunidad autónoma, que además tiene gente enormemente capaz para hacerlo, así lo entendemos y por eso se hacen las transferencias para acercarlas al ciudadano. Evidentemente cualquier corrección habrá que hacerla con un buen modelo de financiación, en eso estamos todos de acuerdo y en eso estamos trabajando, y yo confío que a lo largo de este año las negociaciones en el modelo de financiación satisfagan a todas las comunidades autónomas para poder afrontar el servicio público que representa el Sistema Nacional de Salud y otros servicios que prestan junto con el sistema sanitario.

Y no puedo estar más de acuerdo con usted cuando expresa, porque lo he dicho hasta la saciedad, que hemos avanzado muchísimo en la Europa económica y muy poco en la Europa social. En ambas hay que analizar las conclusiones. Estamos con el euro en plena ebullición, y efectivamente, en la Europa social quizá la gente pretende acaparar para sus propios países las normativas que tienen, y entre ellas la cuestión del trabajo y otras muchas, y tenemos que ir acostumbrándonos, como ha dicho el señor Burgos, a que cada vez más vamos a ver consecuencias de este tipo, y habrá que ir adaptándose a ellas. Y del mismo modo que cuando ustedes me preguntan por los embriones yo les digo que no podemos ir solos en esto sino que estamos inmersos en un entorno europeo, también les digo que cuando en un entorno europeo se ha generado una directiva como ésta y hay que adaptarse a ella, evidentemente hay que trabajar para aplicarla con todas sus consecuencias.

Un tema muy importante, que podría no comentar yo en esta Cámara, es la cuestión del descanso y de la cultura del ocio. Este descanso semanal y este descanso diario se hace para que el trabajador tenga mayor protegido ese derecho que tiene también al descanso y a la cultura del ocio. Mal haríamos que ese tiempo que se genera con esta nueva directiva se dedicara a trabajar mucho más en cualquier otro sitio porque, aunque es verdad que cada uno en su tiempo libre puede hacer lo que quiera, salir de una jornada de trabajo para meterse en otra, francamente no sería, a mi modo de ver, lo más adecuado. En cuanto a poner dinero, si efectivamente vamos a desarrollar la cultura del ocio, para desarrollar esa cultura del ocio obviamente tiene que tener recursos, y si va a trabajar un tiempo, 8 horas, las que sean, evidentemente tiene que tener una retribución adecuada al trabajo que desarrolla para poder hacerlo, y ese dinero no es que venga de la Administración general del Estado, del Ministerio de Sanidad, viene de todos nosotros; ahora veremos los impuestos dentro de nada y todo el mundo pagamos nuestra parte; por lo tanto, nosotros, como país, vamos a decidir qué dinero nos damos para el sistema sanitario, y obviamente para el resto de sistemas.

Le agradezco, señor Burgos, porque, por mucho que lo repitamos, probablemente habrá que seguir hacién-

dolo, la coincidencia en que hay que seguir desarrollando esa cultura del acuerdo y del compromiso con criterios comunes, y eso no es debilidad del Gobierno ni debilidad de las administraciones, eso es responsabilidad. Llegar a un acuerdo con el Partido Socialista, con Coalición Canaria, con el PNV, con CiU, con quien sea, y con Izquierda Unida, que no está la representante en estos momentos, es una muestra de responsabilidad, y en muchas ocasiones aunque no podamos llegar, hay que intentarlo. Lo que este Ministerio ha pretendido, desde que se promulgó la sentencia, ha sido intentar poner en conjunto las necesidades y la responsabilidad de cada una de las administraciones sanitarias, incluyendo el Insalud, para llegar a un acuerdo común. Yo creo que estamos en el buen camino y lo único que deseo es que desde ese acuerdo podamos llegar a una solución adecuada.

El consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias ya el día 15 de diciembre hizo una propuesta sobre las actuaciones a realizar con motivo de la sentencia, y proponía en ese momento un estudio por parte del consejo interterritorial de las repercusiones de toda índole, como muy bien se ha explicitado aquí, que iba a tener. Es lo que precisamente la comisión está estudiando y es precisamente a lo que entiendo yo que podremos dar respuesta de forma inmediata para que al margen del gobierno que apoye a cada uno de los gobiernos regionales o autonómicos, como Administración, hablemos y dialoguemos con las organizaciones sindicales para dar una respuesta a todos los trabajadores; esa es la idea fundamental.

Nada más; era básicamente lo que quería decir, y agradecer las palabras de todas sus señorías.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Moreno, por su intervención.

PREGUNTAS:

— **DEL SEÑOR AROLA BLANQUET (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA) SOBRE MEDIDAS PREVISTAS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA RESALTAR EL PAPEL DE LAS COMISIONES DE DOCENCIAS DENTRO DEL ÁMBITO DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA. (Número de expediente 181/000511.)**

El señor **PRESIDENTE**: Seguimos con el orden del día. Contestación a preguntas, preguntas todas realizadas por el señor Arola Blanquet. En primer lugar, medidas previstas por el Ministerio de Sanidad y Consumo para resaltar el papel de las comisiones de docencias dentro del ámbito de la formación especializada.

Para desarrollar la pregunta, tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Señor presidente, sin que se entienda como descortesía, prefiero desarrollar las respuestas. Por lo tanto, la pregunta es, en sus propios términos, la que usted ha tenido la amabilidad de leer por mí y a sus propias palabras me remito.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arola. Cuando quiera puede contestar, en los términos que refleja la pregunta, el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Las comisiones de docencia en el ámbito hospitalario y las comisiones asesoras en el de especialidades con períodos de formación extrahospitalarios están reguladas, respectivamente, como usted sabe, en el artículo 12.1 del Real Decreto 127 del año 1984, por el que se regula la formación médica especializada en la obtención del título de médico especialista, y en la disposición adicional sexta de la Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de médicos y farmacéuticos especialistas.

Estas comisiones son, en cada una de las instituciones sanitarias acreditadas para la docencia, un órgano nuclear en la configuración del sistema español de formación sanitaria especializada. Las funciones asignadas a estas comisiones son, entre otras, la organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para especialistas que se lleven a cabo en el correspondiente centro y el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas de formación; la supervisión de la aplicación práctica de la formación y de su integración con la actividad asistencial ordinaria y de urgencia del centro; el programa anual de las actividades de formación especializada del centro y el establecimiento de los planes individuales para cada especialista en formación; y finalmente, la solicitud de realización de auditorias docentes cuando las circunstancias así lo demanden.

En determinados casos no existe una adecuada correspondencia entre la importancia de estas funciones y la repercusión real que tienen la actividades de las comisiones de docencia en las instituciones sanitarias acreditadas para la formación de especialistas. Precisamente por ello, a través del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud se ha considerado oportuno fomentar ante las comunidades autónomas una política que potencie el papel de dichas comisiones de docencia, propiciando, por un lado, la implicación efectiva de sus presidentes en los órganos directivos de las instituciones sanitarias acreditadas para la formación de especialistas, y por otro, propiciando una política retributiva que permita, a través del complemento de productividad variable, reconocer las situaciones específicas de dedicación a la docencia que en cada caso resulten aconsejables. Dado que ambas medidas

están estrechamente relacionadas con las competencias organizativas y de gestión de personal que corresponden a cada comunidad autónoma, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo esta cuestión se ha planteado en la Comisión de formación y ordenación de las profesiones sanitarias del consejo interterritorial por las distintas comunidades autónomas. Así, en la reunión celebrada el pasado 14 de marzo, se acordó realizar con carácter previo un estudio sobre la situación de las comisiones de docencia y de los tutores en las comunidades autónomas. El Ministerio de Sanidad y Consumo está creando foros de discusión y sentando las bases para que los servicios públicos de salud de las comunidades autónomas reconozcan y potencien el papel institucional de las comisiones de docencia en las instituciones sanitarias, coordinando, en la medida de lo posible, criterios de actuación comunes entre todos ellos.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Muchísimas gracias, señor secretario general, y por supuesto también le doy la bienvenida en nombre del grupo.

Las comunidades autónomas corresponsables de gestión, el Insalud responsable de gestión. Le ampliaré la pregunta; obviamente. También, ¿qué hace el Insalud? Como usted ha dicho, también yo creo que en muchas ocasiones hay una disfunción, dada la importancia de las comisiones de docencia, entre lo que realizan y lo que podrían realizar —tengo aquí en algunas notas que le puedo aportar— porque de lo que se trata fundamentalmente con estas preguntas es de reflexionar sobre elementos muy importantes en el Sistema Nacional de Salud. Dice, por ejemplo, que es un foro de representación, pero no es un claustro de profesores. Estará usted de acuerdo conmigo. Por ejemplo, no hay personal administrativo adscrito habitualmente a las comisiones de docencia. Yo creo que se encuentran a faltar elementos de coordinación de los formadores que deberían de tener, en nuestra opinión, las comisiones de docencia. No diré que hay un agravio comparativo, pero hay una gran diferencia por ejemplo con el coordinador de formación continuada, que usted sabe que sí que tiene una retribución específica y sabe además que ahí sí que hay una presupuesto habitualmente también específico. Aquí no hay un presupuesto establecido, ni siquiera hay una propuesta conjunta de las comisiones de docencia, por ejemplo, de aquellos elementos que pueden ser transversales a la formación de los especialistas. Estoy pensando por ejemplo en metodología de investigación o estoy pensando en cómo se sistematiza el acceso y conocimiento a la medicina basada en la evidencia, que son elementos además ya que hoy están fuera de discusión.

Y finalmente, ¿por qué esta pregunta? Porque la señora ministra dijo que lo iba a hacer, no con las

comunidades autónomas, no con el Sistema Nacional de Salud, sino que dice la señora ministra que hay que resaltar el papel que en la formación especializada deben jugar las comisiones de docencia y los tutores; de los tutores hablaremos otro día en profundidad.

Si yo me quedo con sus verbos, al final me quedo con los de fomentar, crear órganos y estudiar. Bueno, a un año vista, permítame que le diga que se han tomado pocas medidas para potenciar el papel de las comisiones de docencia en la formación especializada, nada más, lo cual no quiere decir que no quedemos a la espera de que se tomen.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Quiere hacer alguna aclaración el señor secretario general?

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Sí, muy breve. Como yo mismo le he reconocido, a veces no hay una estrecha correlación entre las funciones que tienen que llevarse a cabo efectivamente *ad diem*, serían mucho más útiles esas comisiones de docencia con lo que realmente ocurre, no en todos los centros pero obviamente en algunos centros.

El compromiso se concreta en el hecho de que haya sido motivo para que, dentro de la Comisión de formación y ordenación de las profesiones sanitarias en el Consejo interterritorial, se haya iniciado el estudio de cuál es la situación —usted ha remarcado la palabra estudio—, un año después o no. En cualquier caso, quiero decir que esto no ha nacido el otro día. Desde que la situación de la formación de especialistas vía MIR se inició hasta hoy han pasado ya muchos años, claro está, y efectivamente no sólo no renunciamos sino que hemos iniciado ya ese trabajo que necesariamente tiene que estar de acuerdo con el resto de comunidades autónomas, porque, como usted sabe tan bien como yo, ese proceso de formación se cursa en los distintos hospitales de nuestro sistema y, por lo tanto, estas comisiones de docencia pertenecen a distintos hospitales, con administraciones sanitarias distintas, y lógicamente lo normal, en éste como en tanto otros temas que ya hemos comentado esta mañana, será que haya una posición conjunta y de acuerdo entre todas las comunidades. Eso no es un problema, creo que eso es una ventaja, porque así determinadas comisiones de docencia muy activas en muchos centros pueden poner en común su actividad con aquellos otros que quizás no están desarrollándolo como debieran, y por lo tanto, si hay directrices comunes entre las comunidades autónomas con la gestión transferida y el Insalud mientras disponga de esa capacidad, es obvio que será mucho más coherente como Sistema Nacional de Salud, que es lo que constituye el servicio sanitario de este país.

— **DEL SEÑOR AROLA BLANQUET (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE INTRODUCCIÓN DE NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN EN LA ORGANIZACIÓN DE CENTROS Y HOSPITALES. (Número de expediente 181/000512.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la segunda pregunta, introducción de nuevas formas de gestión en la organización de centros y hospitales. Señor secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria, puede contestar la pregunta en los términos expresos de la misma.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Como SS:SS. conocen, la dotación a los centros sanitarios de personalidad jurídica propia, delegando en ellos las atribuciones necesarias para tener autonomía de gestión, es un modelo imperante en los países de nuestro entorno.

En España, la personalidad jurídica de los centros sanitarios estaba ya reconocida mediante normas específicas y con rango de ley en las comunidades autónomas con competencias transferidas, e igualmente el acuerdo parlamentario para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, de 18 de diciembre de 1997, incluyó entre sus conclusiones la necesidad de impulsar la autonomía de gestión de los centros. **(La señora Vicepresidenta, Fernández-Capel Baños, ocupa la Presidencia.)** Por ello, una de las primeras medidas adoptadas por el Gobierno del Partido Popular en la pasada legislatura fue la promulgación, con el apoyo de todos los partidos políticos que ostentaban responsabilidades en la gestión sanitaria —PP, PSOE, PNV y CiU—, de la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, que ampara la gestión de los centros sanitarios mediante cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho e igualmente, a través de la Ley 50/1998, en su artículo 111, se prevé la posibilidad de crear las fundaciones públicas sanitarias con objeto de preservar el régimen estatutario del personal en los centros ya existentes. Este modelo se completó con la aprobación del Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Insalud, que supone el desarrollo integral de estas formas en el ámbito del Insalud mediante un único reglamento que contempla los entes previstos en la Ley 15/1997, fundaciones, de la Ley 30/1994, consorcios y sociedades estatales, y las ya mencionadas fundaciones públicas sanitarias, incorporadas a la misma a través de la mencionada Ley 50/1998. Con este real decreto el Gobierno reguló y ordenó en el ámbito del Insalud las formas de gestión previstas en el ámbito sanitario configurando de esta manera un marco normativo transparente. En la actualidad existen en el

ámbito del Insalud tres fundaciones bajo la fórmula que prevé el Real Decreto 29/2000, de fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, que son: la Fundación hospital de Alcorcón de Madrid, la Fundación hospital Manacor en Mallorca y la Fundación hospital de Calahorra, en La Rioja, que se abrió en diciembre del pasado año.

Quiero centrarme en esta segunda parte de mi intervención en la introducción de las nuevas formas de gestión en los centros y hospitales del Insalud sin que se haga necesario dotar a los mismos de una personalidad jurídica propia; me estoy refiriendo a la gestión clínica y en concreto a los institutos clínicos. La gestión clínica se entiende desde el Insalud como una forma de gestionar las unidades asistenciales, basada fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos. La gestión clínica pretende incrementar la eficiencia del sistema sanitario mejorando la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos y dotando a los profesionales de la responsabilidad necesaria para que puedan tomar las decisiones que mayor beneficio aporten a los pacientes. Por lo tanto, con el modelo de gestión clínica se pretende impulsar una forma de organización que oriente la actividad y el proceso asistencial y la atención integral del paciente, e implicar a los profesionales en la gestión de los recursos de la unidad o servicio al que pertenecen. En estos momentos el Insalud tiene constituidos seis institutos clínicos en funcionamiento: cuatro en el área cardiovascular, uno en oncología y otro en patología digestiva, y se están valorando ocho nuevos proyectos que se encuentran en diferentes fases en el área de las neurociencias y aparato locomotor. Por último, les indico que están previstas también once unidades de distintas especialidades, fundamentalmente orientadas hacia el diagnóstico.

Para concluir, he de recordar a SS.SS. que el Gobierno ha asumido el compromiso de culminar y cerrar el mapa de las transferencias sanitarias durante la presente legislatura y que nos encontramos actualmente desarrollando el proceso negociador en el seno de las diez ponencias técnicas constituidas. El Gobierno del Partido Popular está, por lo tanto, propiciando la culminación de la descentralización sanitaria con el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas, lo que en definitiva no hace sino acercar la sanidad a los ciudadanos, y ha dotado al Sistema Nacional de Salud de los instrumentos jurídicos que permitan a aquellas otorgar a sus centros una mayor autonomía de gestión que revertirá también directamente en una mejor atención a los ciudadanos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Gracias nuevamente por la respuesta, aunque su parte final desde

luego a mí me acaba de sorprender absolutamente. Si cuando oímos y después leímos la comparecencia de la señora ministra, celebrada el martes 13 de junio de 2000, de la que está tomada literalmente la pregunta, la respuesta es: vamos a producir el proceso transferencial, desde luego yo no acierto la respuesta; es aquello de que, ahora que ya me sabía todas las respuestas, me han cambiado todas las preguntas. Bien no le he cambiado las preguntas pero usted me está cambiando las respuestas. Es decir, en su primera me ha leído una orden, que evidentemente conocemos, ahora unas leyes, etcétera, y elementos que ya venían, dijéramos que se estaban produciendo. La sorpresa es cuando uno oye y después lee que dice: No, en cuanto a la organización de centros y hospitales, vamos a impulsar la introducción de nuevas formas de gestión. Pues es que nuevas no es continuar las antiguas, en mi opinión, puede que sea una cuestión meramente semántica, pero desde luego eso no lo entiendo yo por novedad, ni lo entiendo mi grupo. De ahí la pregunta que le hacíamos: cuáles eran las nuevas formas de gestión que podían afectar a los hospitales, y desde luego que ahora tienen más sentido cuando decimos que estamos en un proceso de transferencias. Si entiendo bien su respuesta es: Vamos o van a trabajar con el horizonte legal reglamentario que ya existía, impulsando lo ya existente. Bueno, pues yo creo que alguien se debería repensar los discursos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Evidentemente, las nuevas formas de gestión sólo pueden referirse a la Ley 15/1997. Por lo tanto, cuando la ministra, o este secretario general que les habla, se refiere en la introducción al impulso de las nuevas formas de gestión, alude a aquellas reconocidas por la legislación que desarrollaron el Gobierno y todos ustedes en la anterior legislatura. Al mismo tiempo me creo en la responsabilidad de recordar que el proceso de transferencias no es algo de lo que hablemos, como en alguna otra legislatura se ha hecho, como algo deseable, algo que, de conformidad con el acuerdo de la subcomisión parlamentaria, y ya han pasado cuatro años, sería deseable culminar, etcétera, sino que es un compromiso que está en marcha, que tiene unos plazos y que al final de este año previsiblemente el Consejo de Ministros debe aprobar los reales decretos de transferencias.

Le agradezco su pregunta, reitero que entre las nuevas formas de gestión no todas ellas están dirigidas a dotar de nueva personalidad jurídica a los centros, que en cualquier caso los centros tendrán mucho que decir respecto a esa nueva forma de gestión, sino también a formas de organización interna y de gestión, como son

las unidades clínicas y como son los institutos clínicos que están desarrollándose, que se desarrollaron sin duda durante la legislatura anterior y que seguimos desarrollando nosotros. Eso era básicamente lo que le quería comentar.

— **DEL SEÑOR AROLA BLANQUET (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE MEDIDAS PARA HACER EFECTIVO EL ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD EN LO REFERENTE A PROMOVER E INSTRUMENTAR LA COLABORACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS PARA CONSEGUIR LA MÁXIMA RENTABILIDAD DE LOS RECURSOS PÚBLICOS (Número de expediente 181/000513.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Punto quinto del orden del día, pregunta que formula el diputado Arola Blanquet. Tiene la palabra el señor Blanquet.

El señor **AROLA BLANQUET**: La leeré: ¿Qué medidas ha adoptado el Ministerio de Sanidad y Consumo para hacer efectivo el acuerdo del Consejo interterritorial de Salud en lo referente a promover e instrumentar la colaboración entre las administraciones sanitarias para conseguir la máxima rentabilidad de los recursos públicos?

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN** (Moreno Palanques): Efectivamente, la pregunta hace referencia literalmente a la primera parte del acuerdo sobre listas de espera que se alcanzó en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 6 de junio del pasado año, una primera parte que hace precisamente alusión a conseguir la máxima rentabilidad, analizando la organización de la actividad quirúrgica en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud, de todo el Sistema Nacional de Salud no sólo del Insalud, y adoptando, en su caso, las acciones necesarias para incrementar la actividad a través de, entre otras medidas, el fomento de la cirugía mayor ambulatoria, la mejora de los rendimientos en jornada de mañana y la apertura de quirófanos por la tarde, etcétera.

También hace referencia a una segunda parte que es fundamental. Tengo aquí algo redactado para poderse-lo decir a usted en particular y a SS.SS. en general, no voy a entrar en ello porque ha quedado públicamente ya explicitado en las distintas reuniones del Consejo interterritorial, y finalmente, en el próximo, que se celebrará previsiblemente el 30 de junio, al que se llevarán las conclusiones, a las que todas las comunidades

autónomas van a tener que dar su apoyo si así lo entienden, respecto al trabajo desarrollado técnicamente en los grupos de trabajo, grupos de trabajo que, por cierto, se han reunido ya en doce sesiones plenarias, al margen de los grupos de trabajo dependientes de esas reuniones plenarias.

Con relación a lo que ha hecho el Insalud, que no el resto de comunidades autónomas, que seguro que han desarrollado la parte que les corresponde de ese acuerdo, en esa materia concreta que usted preguntaba, realmente extendiendo yo la contestación a la cirugía mayor ambulatoria y le digo que se ha incrementado en este primer trimestre respecto al anterior en un 7,54 por ciento, en un promedio de quirófanos funcionantes en turno de tarde en un 8,9 por ciento y en horas de quirófano utilizadas en turno de mañana en un 12,21 por ciento. Pero al margen de estas circunstancias, fundamentalmente quisiera remarcar aquí el enorme esfuerzo que han hecho todas las comunidades autónomas, sin excepción, para llegar a criterios comunes sobre listas de espera, a criterios comunes para abordar, desde un mejor funcionamiento de nuestros centros, esas listas de espera en todo el Sistema Nacional de Salud, en todo el sistema, y eso incluye Comunidad Valenciana, Andalucía, País Vasco, Cataluña..., no se los recuerdo, no solamente el Insalud, en todo el Estado. ¿Por qué es esto lo importante? Cada una de las comunidades puede desarrollar unos planes u otros para intentar acortar la demora media que, por cierto, se ha acortado muchísimo en los últimos años, y ese es el esfuerzo de todo el sistema. Entiendo que todos los gobiernos intentan hacer lo mejor posible su trabajo y al final es todo el sistema, con los profesionales, el que consigue unos esfuerzos y unos datos en materia de demoras, etcétera, que no es nada más que el resultado del servicio que se está dando a los ciudadanos, pero es evidente que, el principal problema que tienen algunas comunidades a la hora de mandar datos a nivel central, no es ya el de compararlos, sino simplemente el de ver si en algunas comunidades se están haciendo algunas cosas mejor que en otras, mucho más efectivas, para que así podamos ilustrarnos todos y aplicarlo en otras comunidades. Hay cosas que Andalucía seguro que estará haciendo mejor que otras, hay cosas que la Comunidad Valenciana estará haciendo mejor que otras, hay cosas que el País Vasco o Cataluña estarán haciéndolo, o que el Insalud estará haciéndolo, y es desde esos criterios uniformes como podemos abordar soluciones que están dando unas comunidades y quizás otras no.

Ese es un esfuerzo enorme que todos tenemos que reconocer y confío en que en este próximo Consejo interterritorial quede patente y manifiesto cuáles son esas circunstancias que rodean las listas de espera en todas las comunidades para optar a las mejores soluciones.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández-Capel Baños): Señor Arola, tiene la palabra para su turno de réplica.

El señor **AROLA BLANQUET**: Parece que hay algunas cosas en el contenido de las réplicas que van haciendo escuela: un grupo parlamentario pregunta por la responsabilidad del Ministerio y de los órganos de él dependientes, y le contestan: a) siempre con el Consejo interterritorial de Salud; b) con lo que están haciendo las comunidades autónomas. Luego ya el tono difiere, pero ese es el contenido fundamental cuando se le pregunta al Ministerio o al Insalud qué es lo que está haciendo, porque se nos anuncia en el mismo discurso, en la misma comparecencia y en la misma fecha, también literalmente, la pregunta que le he leído, y entonces usted me viene a contestar, entiendo yo, con aquello de que el proceso en teoría era cerrado y que al Ministerio le correspondía poner en funcionamiento. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** En su respuesta, en mi opinión, no da usted por cerrado el proceso, y por lo tanto, aunque no lo ha dicho, esconde ahí o le sirve esto como elemento argumental para no contestar a la pregunta de qué medidas ha tomado. Lo he dicho antes, alguien se tiene que repensar los discursos, obviamente es la ministra, pero también alguien tiene que poner en funcionamiento los discursos de la ministra, y ahí ya empieza a intervenir usted y todo el resto de los equipos ministeriales o del Insalud con mayor trascendencia.

No voy a entrar ahora en una guerra de listas de espera, me remito a las últimas publicaciones en los medios de publicación, me remito simplemente a ellas. Primero, le agradezco que usted dé datos, como los acaba de dar, hay otros que se tarda mucho más en conseguirlos, pero le hago una pregunta: ¿el programa Avance famoso enunciado por la ministra, tiene algo que ver con estas medidas?

He dicho que no quiero entrar en una pelea por las listas de espera, y por lo tanto no entro en ello, pero, ¿no le parece, y se lo pido en nombre de mi grupo, que debería instaurarse la costumbre de comparecer ante esta Comisión por la autoridad sanitaria correspondiente del Gobierno de la nación para dar cuenta del grado de cumplimiento de los acuerdos que se toman en el seno del Consejo interterritorial de Salud? Empieza a dar la sensación de que hay dos comisiones de Sanidad en el ámbito de la responsabilidad del Ministerio: una, que es el Consejo interterritorial, que va creciendo; y otro que es el del papel de la Comisión de Sanidad, que, permítame decir, va decreciendo, decreciendo no por la voluntad de ninguno de sus miembros, señor presidente, sino por el papel progresivo que va tomando el Consejo interterritorial, pero que a lo largo al menos de este año, o hasta la finalización del proceso de transferencias, está afectando de forma importante al sistema, a los niveles y a la responsabilidad de gestión que tiene

todavía el Ministerio de Sanidad. Las comunidades autónomas que tienen la gestión transferida no pueden ser la cortina de humo o el elemento que se utilice permanentemente, con independencia del tono, para no contestar sobre qué se está haciendo en concreto en los temas que son actualmente responsabilidad del Ministerio, y algunos que van a seguir siéndolo; ya hablaremos de coordinación después del modelo postransferencia.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor Moreno.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Muy brevemente le contestaré que el programa Avance se puso en funcionamiento el 1 de abril y forma parte, con otras medidas, de la necesidad del Insalud de desarrollar nuevas estrategias precisamente para controlar esas listas de espera. Le leo literalmente el acuerdo sobre listas de espera del Consejo interterritorial: Promover e instrumentar la colaboración entre las administraciones sanitarias para conseguir la máxima rentabilidad social de los recursos públicos, analizando la organización de la actividad quirúrgica en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud y adoptando, en su caso, las acciones necesarias para incrementar la actividad a través de, entre otras medidas, el fomento de la cirugía mayor ambulatoria, la mejora de los rendimientos en forma de mañana y la apertura de quirófanos por la tarde.

Señor Arola, le he comentado qué es lo que se ha hecho en cirugía mayor ambulatoria. Evidentemente, se ha estudiado cuál es la actividad, como reza el acuerdo, en la parte que corresponde al Insalud, que no al Ministerio, porque el Ministerio es de todos, como sabe usted, de todas las comunidades autónomas, de recursos públicos, de actividad quirúrgica, y se ha potenciado la cirugía mayor ambulatoria, que ha crecido en ese 7,54 por ciento; se ha aumentado la actividad en turno de tarde de quirófanos funcionantes, que ha aumentado un 8,9 por ciento, casi un 9 por ciento, y el rendimiento de las horas de quirófano utilizadas en turno de mañana se ha aumentado en un 12,21 por ciento. Eso es sólo parte del acuerdo, y el Insalud ha hecho su trabajo, sus deberes. El resto de comunidades los está haciendo y entiendo que en el próximo Consejo nos traerán la información que tengan a ese respecto.

Francamente, me siento muy orgulloso de que usted me diga que el Consejo interterritorial está adoptando un protagonismo importante, porque la sensación que teníamos todos es que no servía para nada. Entonces, me alegro mucho de que usted me diga que tiene una parte importante en lo que es la gestión del Sistema Nacional de Salud, y le digo más, lo vamos a reforzar más y van ustedes a oír hablar más todavía del Consejo interterritorial. También estoy de acuerdo con usted en

una cosa, que aquí hay que venir con los acuerdos que toma este Consejo, tienen ustedes derecho y deben pedirlo, y a poner sobre la mesa aquellos cumplimientos de los acuerdos que allí tomemos. Eso va a formar parte precisamente de alguna otra pregunta que usted ha hecho, y yo se lo agradezco, sobre ese papel.

En cuanto a que la Comisión de Sanidad tenga un papel menor, no estamos de acuerdo, a mí me gustaría venir y compartir más tiempo con ustedes, pero en cualquier caso les voy a pedir una cosa. Esta Comisión va a ser fundamental para que, cuando hablemos de la nueva normativa que haya que poner en marcha para coordinar y cooperar en todo el Sistema Nacional de Salud, tengamos el apoyo de estos grupos, y ya se lo digo ahora antes de contestar a otra pregunta: le voy a pedir el apoyo de su grupo —porque ustedes un día gobernarán este país de nuevo y van a encontrarse con los mismos problemas que podemos tener en este momento, y que pueden tener otros países europeos que han optado por la descentralización— para lograr un Sistema Nacional de Salud coordinado, único, y no 17 sistemas o servicios de salud, que es probablemente a lo que estará abocado este país si no ponemos en funcionamiento esas medidas. Para eso necesitamos su apoyo, el de Izquierda Unida, el de CiU, el del PNV y el de todos los grupos que están representados en esta Comisión. Recojo el guante y en cuanto comencemos las negociaciones entiendo que vamos a disponer, como usted ya ha manifestado, de su apoyo para ese Sistema Nacional de Salud coordinado, coherente y único para todos los ciudadanos españoles que al final pagan con sus impuestos, independientemente de donde vivan, los servicios sanitarios que se les presten.

— **DEL SEÑOR AROLA BLANQUET (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE MEDIDAS PREVISTAS EN EL AÑO 2001 PARA LOGRAR UN SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD COHESIONADO Y SOLIDARIO. (Número de expediente 181/000514.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente pregunta, medidas previstas en el año 2001 para lograr un sistema de servicios de salud cohesionado y solidario, también es a propuesta del señor Arola Blanquet. Cuando quiera puede dar contestación el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN** (Moreno Palanques): Señor presidente, señorías, muchísimas gracias, y muchísimas gracias, señor Arola, precisamente por esta pregunta.

El 20 de diciembre de 2000 tuve el honor de comparecer ante esta Cámara para explicar a SS.SS. lo que constituían los objetivos que tenía planteados la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, y entonces ya anuncié a SS.SS. la intención del Ministe-

rio de Sanidad y Consumo de afrontar la transferencia en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las 10 comunidades autónomas del artículo 143 de la Constitución Española que aún no lo habían recibido. Les adelantaba entonces que el Ministerio de Sanidad y Consumo había constituido en el mes de septiembre un grupo de trabajo, que me honraba en presidir, para abordar los estudios y trabajos preparatorios de las transferencias, y que habíamos iniciado los pertinentes contactos con el Ministerio de Administraciones Públicas para abordar el proceso transferencial a esas comunidades autónomas. Todo ello tras haber puesto de manifiesto el Gobierno de forma inequívoca en diversos foros, y fundamentalmente ante esta propia Cámara, su voluntad de completar la descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, dando cumplimiento con ello a lo previsto en la Ley General de Sanidad. Pues bien, el anuncio de las transferencias se hizo oficial el pasado 25 de enero, en un acto conjunto entre los dos ministerios citados, y en la actualidad, como bien conocen SS.SS., el proceso transferencial está ya en marcha. Hemos diseñado un proceso homogéneo y simultáneo en el tiempo para la negociación de las 10 transferencias, a fin de evitar las disfunciones y problemas que se produjeron en otros procesos transferenciales, de todos conocidos, negociaciones para las cuales está previsto un calendario que se está cumpliendo de forma escrupulosa. Pero este proceso transferencial se sustenta en un pilar que resulta determinante para garantizar el mantenimiento del sistema sanitario como tal sistema, preservando su cohesión y coherencia una vez culminado el proceso. Este pilar no es otro que el refuerzo y establecimiento de las bases precisas para garantizar el mantenimiento de los principios de cohesión y solidaridad que han de estar presentes en el Sistema Nacional de Salud.

Mi comparecencia de hoy ante SS.SS. me brinda la oportunidad de informarles de la línea de trabajo y de las actuaciones que desde el Ministerio de Sanidad y Consumo estamos llevando a cabo para el cumplimiento de este objetivo. La perspectiva de culminar el proceso de descentralización en la materia que nos ocupa, a mi modo de ver, aunque hay quien dice que no utilice estos términos, representa un momento histórico, un momento histórico y además singular para el Sistema Nacional de Salud, porque nunca van a volver a producirse unas transferencias de esta magnitud, nunca, y nunca conjuntamente. Para eso se han constituido grupos de trabajo que van a abordar, en primer lugar, una evaluación y un diagnóstico de los instrumentos y mecanismos que actúan como catalizadores de la cohesión y solidaridad del sistema, teniendo en cuenta sobre todo los aspectos que convertirán la futura situación del ejercicio de las competencias estatales en una situación sustancialmente diferente a la que ahora se produce, en la medida en que la Administración general del Estado va a carecer del referente constante que supone la ges-

tión de los servicios en buena parte del territorio nacional, en otras palabras el Insalud.

Como presupuesto inicial partimos de la consideración de que es preciso profundizar en las propias competencias estatales, cosa que no a todo el mundo le va a gustar, desde luego, para posteriormente, tal y como también les anuncié en mi comparecencia ante esta Cámara el 20 de diciembre pasado, proceder a una tarea de impulso, reforzamiento o revisión, allí donde proceda, de los mecanismos y procedimientos de coordinación, cooperación y participación en el Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar su funcionamiento cohesionado y solidario. Estas actuaciones van dirigidas, en primer lugar, a analizar el modo en que se ejercitan las competencias estatales de establecimiento de la legislación básica, la coordinación general sanitaria y la alta inspección. A través de las bases, el Estado tiene competencia para dictar una normativa uniforme, unos principios o criterios básicos mínimos y comunes de vigencia para toda la nación, a partir de los cuales las comunidades autónomas puedan dictar la legislación de desarrollo que consideren pertinente para el ejercicio de una política propia. El legislador estatal posee un amplio margen de discrecionalidad para definir en cada caso concreto lo que es básico, de modo que se preserve el margen de actuación que estatutariamente tienen reconocidas las comunidades autónomas. Existen diferentes ámbitos de actuación, que consideramos prioritarios para el cumplimiento de tal objetivo, sobre los cuales habrá de incidir la legislación básica. A título de ejemplo, puedo citar a SS.SS. el catálogo de datos básicos para conocer y evaluar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, lo que denominaríamos el cuadro de mando del Sistema Nacional de Salud; el catálogo de prestaciones y condiciones para su obtención; el establecimiento de los criterios para evaluación de nuevas tecnologías y procedimientos sanitarios; la carta de derechos y deberes de los pacientes; las condiciones de acceso a los servicios sanitarios; el establecimiento de requisitos mínimos de calidad y seguridad para la aprobación y homologación tanto de centros como de servicios sanitarios; el catálogo y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios, o el establecimiento de servicios de referencia supracomunitarios con criterios de derivación entre los distintos centros sanitarios.

En cuanto al segundo punto, la coordinación general sanitaria, es otra competencia estatal, a la que desde luego no renuncia el Ministerio, sobre la que está realizando un ejercicio de reflexión. Hay que deslindar el contenido de esta competencia de coordinación con el principio de cooperación, consustancial al funcionamiento del Estado autonómico, y esta competencia de coordinación ampararía la regulación y organización de organismos coordinadores, como la Agencia de Seguridad Alimentaria; la Organización Nacional de Trasplantes; el establecimiento de planes como méto-

dos y procedimiento para coordinar actuaciones, como el Plan nacional de sida; o medidas que complementen la normativa básica reforzando su cumplimiento, como es todo lo referente a la materia de investigación científica y técnica en el Sistema Nacional de Salud.

Hay determinadas actuaciones que pueden considerarse intermedias entre coordinación y cooperación, o al menos presentar contornos imprecisos. Estamos abordando, creo yo que con criterios pragmáticos, la definición de uno y otro ámbito a fin de dimensionar adecuadamente el papel del Estado en cada una de estas vertientes. En este sentido, las técnicas de planificación y programación conjunta pueden considerarse bajo esta doble dimensión, como procedimientos de coordinación o como procedimientos de cooperación. El propio consejo interterritorial, al que hemos aludido tanto esta mañana, que SS.SS. bien conocen, puede tener esa doble consideración: en parte se trata de un organismo coordinador, y en parte a través del mismo se desarrolla una gran actividad de cooperación.

Y en esa línea de determinar de forma nítida cuándo nos encontramos en una o en otra área estamos trabajando en este momento. Pero concretándonos en el área de la coordinación, las técnicas de planificación y programación conjunta a la que he hecho referencia; los programas integrales en materia sociosanitaria de salud mental, de salud laboral, de salud bucodental, Alzheimer y otras demencias; de criterios para la evaluación de la calidad científico-técnica y percibida de los servicios en materia de farmacia, de atención primaria, de atención especializada, de recursos humanos en lo que son aspectos formativos; en los acuerdos de acreditación de la formación continuada; en el propio programa de formación del Sistema Nacional de Salud, del Carlos III; y en aspectos laborales como convocatorias conjuntas del Sistema Nacional de Salud. En cuanto a órganos: en comisiones bilaterales, que no están bien desarrolladas, de hecho no están desarrolladas en absoluto, en materia sanitaria entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las propias comunidades autónomas cuando los acuerdos y los asuntos afecten única y exclusivamente a una comunidad; y el propio consejo interterritorial, que realmente estamos planteándonos, aunque no hay nada decidido sobre ello, la posible modificación de su composición, la revisión de su funcionamiento, la revisión o establecimiento de nuevas funciones, la regulación de sus comisiones permanentes, el régimen y efectos de acuerdos, a lo que usted, señor Arola, efectivamente hacía referencia. No solamente hay que tomar acuerdos, es que luego hay que cumplirlos, y hay que ver qué grado de cumplimiento se hace, y para eso pueden ser útiles también los convenios de conferencia sectorial, los convenios y conciertos; la planificación estratégica y gestión integrada de esos convenios y conciertos y la detección de áreas de interés, como la financiación priorizada o la evaluación.

Por último, la alta inspección. La alta inspección es una competencia estatal que nos permite hoy mismo, a través de una actividad de tipo informativo, la comprobación y evaluación del cumplimiento en el Sistema Nacional de Salud de los principios constitucionales de solidaridad, autonomía y unidad, y los consagrados en la Ley General de Sanidad de equidad y de participación ciudadana en la planificación y gestión de los servicios sanitarios. Se está analizando en estos momentos la idoneidad de contar con un dispositivo orgánico que haga posible el ejercicio de la alta inspección, y de mecanismos para el contraste de la información analizada y la resolución de posibles disfunciones. No es que veamos la alta inspección como un mecanismo directo de control, sino que, cuando se produce algún incumplimiento de la legislación estatal, obviamente tenemos que recurrir a los procedimientos constitucionalmente previstos, pero se está estudiando la posibilidad de establecer juntas de cooperación sectorial que realicen funciones de arbitraje y regulación de procedimientos de requerimiento y conflicto.

Finalmente, para la consecución de todos estos objetivos hay muchas cosas que son importantes, pero hay dos, a mi modo de ver, que son básicas para obtener ese Sistema Nacional de Salud cohesionado y solidario. Resultan esenciales dos instrumentos: uno, disponer de un sistema estatal de información sanitaria que actúe como soporte fundamental para el conocimiento de la realidad de todo el sistema, en el cual ya estamos trabajando; y un fondo interterritorial de cooperación sanitaria destinado a incentivar programas específicos de actuación conjunta.

En esto, señoría —al margen de la labor de control que hacen todos ustedes cuando venimos los comparecientes a hablar de lo que hace el Gobierno en sus distintos departamentos, se lo he dicho antes, señor Arola, y se lo repito ahora, y lo repito a todos los miembros de esta Comisión—, va a ser muy importante, una vez esté articulado como proyecto, como propuesta, obtener el apoyo de todos los grupos parlamentarios precisamente para desarrollar esta labor, que es en lo que va a basar y lo único que va a tener como justificación la existencia de un Ministerio de Sanidad en el futuro. Desarrollar esta labor es muy importante para conseguir ese sistema de salud, al que todos hacemos referencia, cohesionado, equitativo, solidario, que entre todos hemos conseguido. Nos ha costado mucho llegar hasta aquí; todos los gobiernos desde su creación han hecho un esfuerzo importante en esta materia, y por lo tanto, cualquier gobierno —en este caso del Partido Popular, que espero que siga muchísimos años, y haré todo lo posible para que así sea— debe seguir protegiendo, siga protegiendo este sistema del que todos los españoles nos hemos dotado.

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

El señor **AROLA BLANQUET:** Con algunas afirmaciones, cuando se hacen dos y tan contradictorias como las suyas, a uno le viene a la cabeza aquello de cuán largo me lo fiáis. Usted nos promete o asegura que vamos a gobernar este país, y ahora después nos da una ducha fría diciendo: Pero bueno, espérense, espérense un buen rato.

Constatado esto, y a fórmula de inicio de mi respuesta, para que vea el tono de ella, yo creo que ha dado usted una respuesta muy importante para el futuro del modelo sanitario español, tan importante que me atrevería a decir que en el tiempo de 10 minutos me sería imposible comentar pormenorizadamente todos y cada uno de los puntos que usted ha expuesto.

Mi grupo le sugiere que pidan ustedes una comparecencia para explicar en profundidad lo que están ustedes haciendo. Usted sabe perfectamente que la información y la transparencia de lo que se hace es el mejor elemento con el que uno puede recabar para sí el apoyo y con el que, en este caso los otros grupos, o los grupos que estamos en la oposición, podemos prestarlo. Le dije a la ministra de Sanidad en una comparecencia que entendemos que este foro es no sólo de control, de pelea y de debate político, sino también de consejo, favor y ayuda, es decir, de reflexión conjunta sobre los problemas que se nos avecinan en el sistema sanitario.

No queremos 17 —usted le ha llamado sistemas, en mi grupo lo solemos llamar subsistemas— subsistemas aislados que cada uno tiene sus problemas o sus características y que no hay elementos de coordinación; queremos que siga existiendo una autoridad sanitaria. Su expresión es: competencias estatales; y no nos sentará mal, y no porque corra por nuestras venas mucha sangre jacobina, que diría Machado, no, sino porque tiene que haber una autoridad estatal que tiene que hacer y representar un papel importante dentro del Sistema Nacional de Salud del que nos hemos dotado y financiado todos los españoles.

Usted me hablaba del papel del consejo interterritorial, que hemos hablado varias veces, y me agradecía el comentario, pues pensaba que había gente que se podía pensar que no servía para nada. Le prometo que no, porque por eso se puso en la ley y por eso, los que tuvimos la oportunidad de ser los constituyentes del Consejo interterritorial de Salud en función de la historia y dónde estaba cada uno en su momento, sabíamos que iba a llegar a tener este papel, y que este papel tendría que llegar a través obviamente del proceso transferencial al que usted en estos momentos, aunque le aconsejan que no, llama histórico, pero es evidente que para el Sistema Nacional de Salud es un momento nosotros también creemos que histórico, para el sistema y para las comunidades autónomas, que ven por fin alcanzar sus techos competenciales. Las ideas que usted ha expuesto, y por lo que yo he podido leer estos días atrás en la prensa, tienen que ser objeto de una profundización, de una mayor explicación, un mayor conocimien-

to previo. Usted sabe que a veces, cuando se empiezan a escribir normas, se empiezan a encontrar problemas, pero si se discuten ideas previamente posiblemente después se puedan evitar los problemas.

Por lo tanto yo —y con esto acabo porque con el señor presidente tenemos un cierto pacto de brevedad en esta intervención, y por eso le decía también al principio que no me consideraba capaz en estos momentos de hacer un pormenorizado comentario de su exposición— le reitero que pidan ustedes una comparecencia para explicar aquí en esta Comisión en profundidad lo que usted ha tenido que enunciar muy brevemente en el tiempo de 10 minutos aproximadamente. Le vamos a ofrecer cortesía parlamentaria, no vamos a salir corriendo al registro para pedir su comparecencia, vamos a esperar el tiempo prudente para que ustedes la pidan, y podamos discutirlo. También le pedimos no sé si correspondencia, pero que cuando ustedes vayan a realizarla haya un proceso previo de información de aquellos temas que ustedes quieran abordar. Mi grupo cree que así es como podemos ir dibujando conjuntamente el futuro postransferencial y asegurando la presencia de un Ministerio de Sanidad, de unas competencias estatales que aseguren el funcionamiento coordinado y cohesionado del sistema que forman los sistemas regionales o autonómicos de salud.

En todo caso, le agradezco el contenido y el tono de su respuesta. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Moreno.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Muchas gracias por su intervención. Efectivamente, yo lo único que le pido, y además la disposición que ha mostrado en cuanto a la comparecencia, es un poco de tiempo, muy poco, precisamente para que sea mucho más eficaz esa discusión y ese conocimiento de la situación que pretendemos plantear. Creo que este es el foro adecuado para, establecidas esas bases con el conocimiento de todos ustedes, poder venir aquí y exponerlo con más detalle. Le agradezco mucho ese ofrecimiento y el tono cordial de su intervención.

— **DEL SEÑOR AROLA BLANQUET (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE TIPO DE COLABORACIÓN ESTABLECIDA POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO CON EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE, ASÍ COMO CON LAS AUTORIDADES COMPETENTES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, PARA SUPERAR LOS DESAJUSTES ENTRE LA FORMACIÓN DE PRE Y POSGRADUADOS, SEGÚN EXPRESIÓN DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO. (Número de expediente 181/000515.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente pregunta. Tipo de colaboración establecida por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, así como con las autoridades competentes de las comunidades autónomas, para superar los desajustes entre la formación de pre y posgraduados, según la expresión de la ministra de Sanidad y Consumo.

Cuando quiera puede dar contestación el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Para contestar a esta pregunta creo que, en primer lugar, hay que hacer una serie de consideraciones generales muy brevemente.

En primer lugar, para lograr el necesario equilibrio entre el número de alumnos que se licencian anualmente en las facultades de medicina y el número de plazas que se ofertan anualmente para la formación especializada, hay que considerar, primero, que las universidades, según lo establecido en la correspondiente Ley orgánica de reforma universitaria, tienen plena competencia para determinar el número de alumnos que ingresan en cada facultad. En segundo lugar, que las comunidades autónomas tienen también plenas competencias para autorizar, mediante la correspondiente ley de su asamblea legislativa, la creación y estructura de las universidades. Que para mantener la calidad de la formación de especialistas es imprescindible mantener un sistema de acreditación de los centros y unidades docentes en base a criterios previamente establecidos y refrendados por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Que la formación de futuros especialistas no puede incidir negativamente, como estamos todo el mundo de acuerdo, en el desarrollo de las actividades asistenciales que se realizan en los centros acreditados. Y, finalmente, que el sistema de formación de especialistas tiene que tener en cuenta las necesidades de estos profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Yo diría que esto establece el marco general en el que nos movemos en esta cuestión.

Con el objetivo de avanzar en la superación de estos desajustes, en cuanto a iniciativas desarrolladas entre la formación pre y posgraduada, se han tomado las siguientes iniciativas: Con la finalidad de promover un descenso progresivo en el número de estudiantes que ingresan en las facultades de medicina, así como limitar en la medida de lo posible el número de facultades que imparten estos estudios, la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo y el presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas han trasladado esta problemática al grupo de ciencias de la salud del Consejo de Universidades (ha habido reuniones con estudiantes, ha habido reuniones conjuntas con el propio Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Cultura), Consejo que está presidido por la ministra de Educa-

ción, Cultura y Deporte y forman parte de él los rectores de las universidades públicas y los responsables de enseñanza universitaria de las comunidades autónomas con competencia en esta materia de enseñanza superior. Como resultado de todo ello en el próximo pleno del Consejo de Universidades, que creo que se produce en estas dos próximas semanas, se propondrá que a lo largo del próximo trienio que se reduzca progresivamente el número de estudiantes que ingresan en las facultades de medicina con el objetivo de que en el curso académico 2004-2005 este número sea inferior a 4.000 estudiantes. En el curso académico 2000-2001 han ingresado concretamente 4.383 alumnos nuevos.

Por otro lado, con la finalidad de incrementar el número de plazas que se ofertan en la formación en el sistema MIR, se han intensificado los trabajos que en este sentido se desarrollan con las comunidades autónomas y las comisiones nacionales de cada especialidad. Concretamente, en la convocatoria 2000-2001 se han ofertado 5.135 plazas, lo que supone la mayor oferta realizada para formación especializada en toda la historia del sistema MIR. Con relación a la convocatoria anterior, la de 1999-2000, esto supone un incremento del 8 por ciento en el número de plazas convocadas. Estamos tratando, tanto en conversaciones con el Ministerio de Educación, como con la conferencia de rectores, como con la mayor oferta de plazas, evitar el desajuste que se produce entre la salida de nuevos licenciados y las posibilidades de formación.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Quería alguna aclaración?

El señor **AROLA BLANQUET**: No, quería información simplemente, señor presidente; me conformo con la información que he recibido en estos momentos.

— **DEL SEÑOR AROLA BLANQUET (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE MEDIDAS PARA PERFECCIONAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA (Número de expediente 181/000541.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última pregunta: Medidas para perfeccionar el proceso de evaluación de la formación especializada, también a petición el señor Arola Blanquet.

Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): El proceso de evaluación de la formación sanitaria especializada implica la realización de actividades a muy distintos niveles. El concepto de evaluación no es un concepto aislado, singular, de una parte de ese proceso de formación; incluye muchos niveles y creo que conviene dejarlo bien claro en esta mañana. Por un lado,

la evaluación de las unidades que imparten la formación. Dicha evaluación se efectúa en dos fases: En primer lugar, mediante la acreditación de las unidades docentes por parte del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, previo informe favorable del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que se constata que cumple los requisitos de acreditación previamente elaborados por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y la comisión nacional de la especialidad correspondiente. De esta forma se garantiza que todas las unidades reúnan las condiciones necesarias para que los residentes reciban una formación homogénea y de calidad, con independencia de la unidad docente en la que se imparta. La realización de esta evaluación requiere una actividad constante tanto en las comisiones nacionales de cada especialidad, que analizan cada una de las solicitudes de acreditación y de los expedientes de des acreditación, como del comité de acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y de los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, al que finalmente corresponde dictar la resolución definitiva de acreditación o des acreditación de plazas de formación.

En segundo lugar, mediante auditorías destinadas a evaluar el cumplimiento de los requisitos de acreditación por las distintas unidades docentes, y estas auditorías se realizan tanto con carácter programado como a demanda de los distintos agentes implicados en el proceso formativo, sean ellos gerentes de instituciones sanitarias, administraciones públicas, residentes, etcétera. A estos efectos existe en el Ministerio de Sanidad y Consumo una unidad monográficamente dedicada a la planificación anual de la ejecución de estas auditorías, así como a su seguimiento y al análisis y tramitación de los informes resultantes de las mismas, a fin de que se adopten las medidas correctoras que en cada caso resulten convenientes.

El segundo nivel de la evaluación es el de los contenidos de la formación. Dicha evaluación se dirige a determinar la pertinencia y la suficiencia de los objetivos, tanto cualitativos como cuantitativos, que se recogen en los programas de formación de cada una de las especialidades. Estos programas son aprobados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Los programas formativos han sido objeto de diversas actualizaciones recientemente para adecuar sus objetivos a los avances técnicos y a la evolución de los conocimientos científicos producidos en relación con cada especialidad. En este sentido, la última modificación general, de estos programas se ha producido en 1996, si bien son constantes en la actualización las actividades tanto del comité de estudios como de la comisión permanente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, a fin de detectar las oportunidades de mejorar los programas formativos actualmente vigentes con vistas a las modificaciones futuras.

El tercer punto de evaluación quizá es el más visible —no el más importante pero el más visible— y es la evaluación de los aspirantes a plaza en formación sanitaria especializada, que se efectúa, como todos ustedes conocen perfectamente, mediante una prueba selectiva anual de carácter nacional cuyas características ya fueron las generales establecidas en el año 1984 que regulaba la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, así como el Real Decreto 931/1995, relativo a la formación especializada en medicina familiar y comunitaria de los licenciados en medicina a partir del 1 de enero de 1995, sujetándose las pruebas selectivas a las normas que estableció la Orden de 27 de junio de 1989. Dicha prueba respeta los principios de publicidad, igualdad, capacidad y mérito, y selecciona a los aspirantes que podrán acceder a las plazas de residentes ofertadas en cada convocatoria según la puntuación obtenida por cada uno de ellos. La realización de estas tareas requiere una actividad constante en la Administración sanitaria, debido a su carácter anual pero sobre todo a la complejidad de estos procesos selectivos que se realizan simultáneamente en todas las comunidades autónomas con la participación de un elevado número de aspirantes y en los que anualmente se van introduciendo las mejoras derivadas de la normativa vigente en cada momento y de la incorporación fundamentalmente de las nuevas tecnologías de la información en las distintas fases del procedimiento.

En lo que se refiere a la evaluación del proceso formativo de cada residente, el sistema formativo de residencia consiste en aprender trabajando mediante un procedimiento diferenciado de práctica profesional programada y supervisada para alcanzar de forma progresiva los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente. Y esto se traduce, por un lado, en la evaluación continua de la formación de cada residente, que se supervisa por los tutores y que se integra en la evaluación anual realizada por los comités de evaluación a los que se refiere tanto el Real Decreto 127/1984 como la disposición novena de la orden del Ministerio de Presidencia de junio de 1995. Dichos comités utilizan las calificaciones de suficiente, destacado o excelente, o simplemente no apto cuando la evaluación es negativa, siendo necesario haber sido evaluado positivamente al final de cada año para pasar al siguiente año de formación. Las calificaciones que los comités de evaluación otorgan a cada residente, o aquellas calificaciones que se otorgan a cada residente se hacen constar en las correspondientes actas y se remiten anualmente al Ministerio de Sanidad y Consumo para su incorporación al Registro nacional de especialistas en formación. Actualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo está impulsando decididamente la evaluación final del período de residencia, que se encuentra prevista en el aparta-

do undécimo de la Orden ministerial del 22 de junio de 1995, a la que he hecho referencia anteriormente.

El pasado año se realizó por primera vez la valoración final de los residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria que habían concluido su período formativo en 1999. La prueba fue de carácter voluntario para la calificación de excelente y se adoptó el formato conocido como de evaluación clínica, objetiva y estructurada de carácter eminentemente práctico, destinado a evaluar más las habilidades y aptitudes adquiridas durante la formación que los conocimientos teóricos.

Esta experiencia ha sido valorada positivamente por expertos externos, concretamente se pensó en los expertos de la Universidad de Laval, en Canadá, por ser la que tenía una mayor y más contrastada experiencia en evaluación de competencia profesional con pacientes simulados, así como el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que ha solicitado que este año se realicen pruebas similares para la evaluación final de las promociones de otras especialidades para progresivamente alcanzar a la totalidad de los residentes que finalicen su formación.

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

El señor **AROLA BLANQUET**: De verdad, no me gusta que cuando (pero esta es una opinión personal) uno pregunta sobre qué medidas concretas se han tomado para perfeccionar un determinado sistema se me cuente el sistema, porque se supone que uno ya lo conoce, se supone que tiene la obligación, de conocerlo, y esta es una táctica que usted ha repetido, reconocerá conmigo, a lo largo de muchas de sus respuestas; nos ha leído órdenes de 1984, de 1985, leyes, acuerdos de comisiones, de subcomisiones, algunas de esas subcomisiones con no tanto acuerdo como ha podido parecer en su intervención.

Como ya vamos subiendo la cuesta, señor presidente, yo voy a hacer una serie muy breve de afirmaciones. Yo creo que, a veces, se lo decía antes, se necesita más transparencia. Las auditorías docentes, por ejemplo. Este diputado que le habla tuvo muy poca suerte con una pregunta que por escrito hizo respecto a ellas. No pedí el amparo a la Presidencia, obviamente, pero ya le voy anunciando que le voy a repetir la misma pregunta y que espero que esta vez quien la responda pueda dedicarle mayor tiempo a contestar, porque ahí hay unos elementos muy importantes que nos pueden permitir, sobre todo cuando hablamos después de sistemas de calidad, de centros y servicios, etcétera, conocer un poco en profundidad qué puede estar pasando con todo lo que se pregunta, con todo lo que puede salir de una auditoría docente.

No voy a hablar de la prueba MIR y de la evaluación de los aspirantes, pero en la evaluación del residente,

en lo que yo conozco, encuentro a faltar una armonización (esa es una palabra que a veces suena muy mal pronunciada según y cómo), homogeneización mayor, coincidencia de criterios a la hora de proceder a la evaluación, y un mayor rigor, tal vez. Volveríamos a las comisiones de docencia; yo no sé si volveríamos a los tutores, algún día lo diremos; hay que formar también a los tutores en las técnicas de evaluación, porque, si no, esto está quedando muy al albur de su propia voluntad.

Creo que va a aparecer, si no ha aparecido recientemente ya, en Medicina Clínica un trabajo que precisamente va a hablar de los sistemas de evaluación que se están realizando en nuestro país, un trabajo cuyo origen creo que es Andalucía, a lo que no le doy mayor valor, y que además ha sido objeto, como usted sabe perfectamente, de comunicaciones a lo largo de los últimos años sobre todos estos procesos de evaluación. Mi grupo piensa que hay que ir a una generalización de la evaluación final, al conjunto de las especialidades que se están realizando. Esto no es de hoy para mañana tampoco, yo creo que antes tenemos que conocer la realidad, y hay otros procesos, no sólo este que usted ha citado, con la posible introducción de nuevas técnicas de enseñanza, etcétera. Yo leía no hace mucho, me parece que era ayer, que habrá que ir a una especie de reexamen de los propios profesionales, a una actualización de su título, como casi podría parecer.

En resumen, yo creo que hay que seguir impulsando estas medidas de mejora del sistema de evaluación y que tiene que haber mayores elementos de coordinación, si no, se pueden estar produciendo disfunciones y agravios a la hora de recibir los profesionales en formación la nota final que algún día tendrá importancia en su curriculum académico, y yo creo que ese es uno de los elementos de preocupación que están en el horizonte en el tema que hoy abordamos.

Y por mi parte, hoy ya nada más, señor presidente, se lo prometo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias por su generosidad, señor Arola. Cuando quiera puede comentar alguna cosa el señor secretario general, con brevedad.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COORDINACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Muy brevemente, y con brevedad, como dice el señor presidente. Efectivamente, la petición que usted

hace, señor Arola, de generalización de la evaluación final, la última parte de ese proceso de evaluación, que aunque sea tedioso yo creo que conviene recordar cada vez que uno viene a comparecer ante esta Comisión, el proyecto iniciado el año pasado de evaluación de médicos de familia y la petición hecha por el Consejo de especialidades precisamente para extender esa evaluación van en este sentido. Por tanto sería deseable introducir como un elemento más de garantía esa evaluación final. Y, efectivamente, usted lo ha citado de pasada también, ¿por qué no mantener una evaluación continua entre los profesionales, no ya de los que han acabado, sino de aquellos que se mantienen en el Sistema Nacional de Salud. Si a lo que todos aspiramos es a tener un sistema de mayor calidad, eso no solamente supone nuevas tecnologías, nuevos procedimientos debidamente acreditados, sino también que nuestros profesionales tengan la oportunidad de formarse y al mismo tiempo de evaluarse, como hacen muchos otros países, con carácter general, y que incluso eso tenga también su repercusión en cuanto a mayor prestigio y en cuanto a mayor reconocimiento y ¿por qué no?, mayor retribución por el esfuerzo que ellos realizan en aras a tener un mejor sistema sanitario. Es un esfuerzo en el que todos estamos comprometidos, insisto, y como usted ha dicho, no es de un día para otro, pero creo que vamos avanzando en esa línea. Cualquier actitud o medida que tomemos para mejorar la calidad de nuestros centros pasa sin ninguna duda por mejorar también la acreditación de esos procesos de formación en los que hay que hacer un esfuerzo por parte de todas las administraciones sanitarias que tienen encomendado el papel de formar a nuestros residentes.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos al señor secretario general de Gestión y Cooperación su presencia en la Comisión y, finalizado el orden del día, se levante la sesión.

Era la una y cuarenta minutos de la tarde.

Nota.—El presente «Diario de Sesiones», de la Comisión de Sanidad y Consumo, del miércoles, 30 de mayo de 2001, no guarda la relación cronológica habitual, con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

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**