



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2001

VII Legislatura

Núm. 301

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 15

celebrada el martes, 25 de septiembre de 2001

Página

### ORDEN DEL DÍA:

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

- Las actuaciones que su Ministerio va a llevar a cabo para resolver el grave problema de las listas de espera, tanto quirúrgicas como diagnósticas y para consulta de especialistas. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000512) ..... 9202
- Las listas de espera en los hospitales públicos gestionados por el Insalud, así como de las actuaciones realizadas por su Ministerio en relación con la hemodiálisis. A petición propia. (Número de expediente 214/000072) ..... 9202
- Los controles que se llevan a cabo tanto en los hospitales públicos como en los privados concertados, para garantizar la idoneidad de los materiales utilizados en la diálisis sanguínea de los enfermos renales. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000509) ..... 9218
- Las actuaciones que ha llevado a cabo su Ministerio respecto al problema surgido con los aparatos dializadores. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000511) ..... 9218

Se abre la sesión a las once de la mañana.

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

- **LAS ACTUACIONES QUE SU MINISTERIO VA A LLEVAR A CABO PARA RESOLVER EL GRAVE PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA, TANTO QUIRÚRGICAS COMO DIAGNÓSTICAS Y PARA CONSULTA DE ESPECIALISTAS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000512.)**
- **LAS LISTAS DE ESPERA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS GESTIONADOS POR EL INSALUD, ASÍ COMO DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS POR SU MINISTERIO EN RELACIÓN CON LA HEMODIÁLISIS. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000072.)**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías.

Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, con la celebración de las comparencias que SS.SS. conocen.

A petición del Grupo Parlamentario Socialista y del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida alteramos el orden del día y, en primer lugar, vamos a debatir la comparencia referida a listas de espera. Esta comparencia ha sido solicitada por la ministra de Sanidad y Consumo y por el Grupo Parlamentario Socialista. El Grupo Parlamentario Socialista solicita la comparencia para explicar las actuaciones que el ministerio va a llevar a cabo para resolver el grave problema de las listas de espera, tanto quirúrgicas como diagnósticas y para consulta de especialistas. La señora ministra ha solicitado su comparencia para informar sobre las listas de espera en los hospitales públicos gestionados por el Insalud, así como de las actuaciones realizadas por su ministerio en relación con la hemodiálisis que, como saben SS.SS., está en otro punto del orden del día y acumulada a las peticiones del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y del Grupo Parlamentario Socialista.

En primer lugar, como les digo, tiene la palabra la señora ministra para hablar de listas de espera. Cuando quiera, señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Gracias, presidente.

Señor presidente, señoras y señores diputados, comparezco en esta Comisión para explicar la evolución de listas de espera en cirugía, consulta, y pruebas diagnósticas; mostrar los primeros resultados favorables de las medidas adoptadas para su reducción a través del pro-

grama Avance, al mismo tiempo que las medidas que desde el ministerio, consejo interterritorial, se están tomando para resolver el problema de las listas de espera.

Como conocen SS.SS. los objetivos marcados en el programa Avance que fue presentado en esta Comisión el pasado 21 de febrero tiene un horizonte temporal en la finalización del ejercicio anual. Sin embargo, considero interesante y útil presentar a SS.SS. los resultados tanto al final como a la mitad del ejercicio. Por ello explicaré la situación de los hospitales gestionados por el Insalud a fecha de 30 de junio de 2001. El programa Avance que se está desarrollando en nuestros hospitales desde comienzos del pasado mes de abril intenta avanzar en la capacidad de elección del paciente, en la consecución de los objetivos de reducción de demoras, y en la modernización de nuestra estructura de funcionamiento hospitalario. De igual manera, el programa Avance establece una serie de objetivos a cumplir en lo que se refiere a la lista de espera quirúrgica: que la demora media a 31 de diciembre de 2001 sea de 55 días, que la demora máxima durante todo el ejercicio para el conjunto de las intervenciones sea de seis meses, con la excepción de las intervenciones de cirugía cardíaca cuya demora máxima será tan sólo de dos meses.

En este momento podemos decir que las acciones diseñadas en el programa Avance están dando plena satisfacción a las demandas sanitarias de los ciudadanos. Para hacer esta afirmación debemos partir, necesariamente, de datos comparativos. El 31 de marzo de 2001 se encontraban 169.906 personas en espera de ser intervenidas quirúrgicamente. El 30 de junio la cifra se sitúa en 157.256. De abril a junio se había experimentado una reducción de 12.650 personas. Se redujo, por tanto, un 7,45 por ciento la lista de espera quirúrgica, reduciéndose además el tiempo de espera pasando de 68 días, a 31 de marzo, a 62 días de demora media a 30 de junio. También se ha producido una importantísima reducción del número de pacientes que esperan más de seis meses para ser intervenidos, pasando de 4.387 a 2.817, lo que supone una reducción del 36 por ciento. Esta reducción, insisto, se ha logrado a pesar del continuo incremento de la población atendida. En este sentido debo señalar a SS.SS. que en diciembre de 1999 la población total atendida por los servicios del Insalud era de 14.924.044 personas; a 31 de diciembre del año 2000 se incrementó en 253.810 personas, es decir, la población atendida fue de 15.182.854 personas. Esta cifra ha seguido incrementándose en el presente año: el 31 de marzo era de 15.288.158 y el 30 de junio fue de 15.368.730, es decir, en el primer semestre del año ha aumentado la población atendida por el Insalud en 185.876 personas y desde que el programa Avance se puso en marcha —les recuerdo que fue en abril/junio— se incrementó en 80.572.

Sus señorías estarán de acuerdo conmigo en que lo importante no es el número de pacientes que figuren en

las listas de espera, sino el tiempo que tardan en ser atendidos y la prioridad sanitaria y social que se dé a los problemas más urgentes. Se ha producido un considerable esfuerzo de nuestros profesionales en términos de incremento de la actividad que se concreta en la realización, de acuerdo con lo recogido en el programa Avance, de 26.716 intervenciones quirúrgicas más que durante el mismo período del año anterior; de ellas, 13.839 se han realizado mediante jornadas extraordinarias en los hospitales propios, lo que supone el 52 por ciento de las mismas, y 12.877 en centros concertados. La puesta en funcionamiento del programa Avance ha supuesto, sin duda, una mejora en la gestión de las listas de espera quirúrgicas puesto que se han producido 23.181 salidas de listas de espera más que durante el mismo período del año anterior. Esto supone un incremento del 14,04 por ciento y un importante efecto amortiguador del incremento constante de las entradas, que han aumentado un 6,95 por ciento respecto al año pasado. El 50,33 por ciento de las 23.181 salidas más ha sido consecuencia de la puesta en marcha de este programa. No sólo se ha incrementado la actividad mediante la jornada extraordinaria o mediante derivación a centros concertados, sino que se ha realizado también más actividad en la jornada ordinaria que durante el período reseñado del año 2000; en concreto, 569 intervenciones quirúrgicas más con hospitalización y 1.371 intervenciones ambulatorias más. Esta mejora en las listas de espera quirúrgicas se ha producido a pesar de que las indicaciones quirúrgicas se hayan incrementado desde el 1 de abril a 30 de junio en más de un 7 por ciento con respecto al mismo período del año 2000. En la cirugía cardíaca, con la que tenemos unos compromisos de demora de dos meses, como he dicho antes, también han mejorado los indicadores. Así, a 30 de junio había 471 pacientes frente a 536 a 31 de marzo. La demora media en junio experimentó una mejoría de dos días, situándose en 27 días y se encontraban en espera de más de dos meses 36 pacientes, con la particularidad de que todos habían rechazado su derivación a otros centros. En este sentido hay que insistir en que nuestro fin último es conseguir un modelo de libertad de elección, de forma que el ciudadano, cada vez más informado, pueda encontrar niveles elevados de calidad en todos los servicios sanitarios, acceso más rápido a los servicios seleccionados y trato personalizado. Con el programa Avance no sólo se pretende mejorar la calidad prestada al ciudadano, sino que se quiere aumentar la libertad de elección de los ciudadanos para recibir la asistencia sanitaria. Como SS.SS. conocen, el programa recoge el compromiso de ofertar otros centros sanitarios al paciente que precise una intervención quirúrgica de alguno de los doce procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica. Cuando en el hospital del facultativo que haya indicado una intervención se prevea que la misma no va a poder realizarse en el plazo de 120 días, desde el momento en que el

facultativo realiza la solicitud de inclusión en la lista de espera y el paciente lo acepta, se le oferta la posibilidad de ser derivado a otro centro, en primer lugar propio y, en segundo lugar, concertado. Esta posibilidad se ha ofertado dentro de la espera quirúrgica entre los meses de abril y junio. El Insalud se ha dirigido a un total de 53.002 pacientes, derivándose un 35 por ciento de los mismos según su libre elección.

Recuerdo a SS.SS. que el programa Avance también establecía objetivos para disminuir las demoras en consultas externas. En este sentido estamos consiguiendo que los pacientes remitidos por primera vez a consultas externas de atención especializada procedentes bien de atención primaria o bien desde la propia atención especializada sean citados en el plazo máximo de 60 días, que la demora media para ser atendidos sea inferior o igual a 15 días y, lo más importante, que estos objetivos se mantengan en el tiempo, es decir, con posterioridad a 31 de diciembre del año 2001. Estamos también logrando que las citas para las revisiones a las que tenga que someterse el paciente como consecuencia de estas primeras consultas sean siempre en los plazos adecuados al proceso clínico. En este sentido les indicaré que desde que se puso en marcha el programa Avance la demora media en consultas externas fue de 31 días y los pacientes en lista de espera para ser vistos en consultas de atención especializada han disminuido en casi 53.000, siendo el número total de pacientes en espera a 30 de junio de 630.852. Desde el 1 de abril al 30 de junio se han realizado 4.049.875 consultas, de ellas, 1.311.834 han sido primeras consultas; 70.072 corresponden a pacientes atendidos en jornada de tarde, 46.119 han sido primeras consultas y 23.953 consultas sucesivas.

Otra de las preocupaciones a la que hemos intentado dar respuesta en el programa Avance es la demora para la realización de pruebas diagnósticas y exploraciones complementarias. El programa fijaba los siguientes objetivos a 31 de diciembre: La demora media para la mamografía, TAC y resonancia magnética que no supere los 18 días y la de ecografía, 20 días. En el caso de pacientes con sospecha de patología maligna se estableció que la demora máxima para TAC, resonancia magnética y ecografía no superara los 20 días. En los tres procesos neoplásicos malignos de mayor prevalencia en cada área sanitaria, en el caso concreto de mamografía con sospecha de patología maligna la demora máxima será de 15 días durante todo el año 2001. Pues bien, señorías, también en estas actividades las medidas adoptadas con el programa están logrando resultados satisfactorios que, sin lugar a dudas, irán mejorando en los próximos meses. Voy a darles algunos indicadores que prueban lo que digo: En TAC los pacientes pendientes de exploración han disminuido en 30.299 a 31 de marzo y en 27.958 pacientes a 30 de junio. Se han realizado 9.722 TAC dentro del programa Avance, de los cuales 4.450 se han llevado a cabo en

los hospitales propios a través de jornadas extraordinarias y 5.272 se han concertado en centros ajenos al Insalud. En exploración y resonancia magnética los pacientes pendientes de exploración han disminuido de 19.056, a 31 de marzo, a 16.278 a 30 de junio. Se han realizado 31.657 resonancias dentro del programa Avance, de las cuales se han llevado a cabo 1.112 en hospitales propios a través de jornadas extraordinarias y 30.545 concertadas con centros ajenos al Insalud. En lo que respecta a la mamografía, los pacientes pendientes de exploración han disminuido de 72.234, a 31 de marzo, a 71.692 a 30 de junio, y la demora media ha pasado de 72 a 59 días. Se han realizado 7.161 mamografías dentro del programa Avance, de las cuales 5.338 correspondieron a prácticas en los hospitales propios a través de jornadas extraordinarias 1.283 fueron concertadas con centros ajenos al Insalud. En cuanto a las exploraciones de ecografías, los pacientes pendientes de exploración han disminuido de 95.289, a 31 de marzo, a 87.146 a 30 de junio. Se han realizado 12.453 ecografías dentro del programa Avance, de las cuales 11.336 corresponden a las llevadas a cabo en hospitales propios del Insalud y 1.117 a hospitales concertados.

La asignación presupuestaria descentralizada a las direcciones territoriales, a las direcciones provinciales y a los hospitales para la reducción de demoras ha sido de 4.044.472.000 pesetas para concierto de nuestros propios hospitales y de 8.775.857.000 pesetas para conciertos con entidades privadas.

Señorías, en resumen estos son los avances del programa llevado a cabo y que presenté el mes de febrero en esta misma Comisión, pero me gustaría al mismo tiempo plantear algunas otras cuestiones que tienen que ver con lo que voy a decir a continuación. El análisis de lo que hemos hecho hasta ahora, como he dicho, ha sido de los programas y proyectos realizados desde el Insalud. Como ustedes conocen —porque así lo hice saber en esta misma Comisión en mi primera comparecencia—, uno de los objetivos prioritarios del Gobierno es completar el mapa de transferencias. El propósito es que la gestión de la asistencia sanitaria, hoy todavía gestionada por el Insalud, sea transferida a las comunidades autónomas en el plazo más breve. En este sentido, como todos ustedes saben, el ministerio ha venido trabajando a lo largo de este año en diferentes reuniones técnicas con las comunidades autónomas para avanzar en este proceso. Como también saben SS.SS., el Consejo de Política Fiscal y Financiera en sus últimas reuniones ha acordado por unanimidad poner en marcha un nuevo modelo de financiación de las comunidades autónomas. Pues bien, señorías, en lo que se refiere a nuestras competencias y responsabilidades para que este nuevo modelo de financiación se produzca con una aplicación total y efectiva en lo que se refiere a la sanidad, es necesario que se produzcan las transferencias al conjunto de comunidades autónomas que hoy no las tienen. En ese sentido debo recordar que el

acuerdo en el Consejo de Política Fiscal y Financiera fue por unanimidad.

Planteo esta cuestión aquí, señorías, porque tal vez sea esta la última vez que tengamos que analizar las listas de espera del Insalud, que, como todos ustedes saben, afecta solamente al 38 por ciento de la población española. Es decir, esta Comisión, constituida por los representantes del pueblo español a través de los grupos políticos que representan al conjunto, en este momento no puede analizar los datos globales de las listas de espera del Sistema Nacional de Salud ya que, como todos ustedes saben, no existen, no los conocemos. Por lo tanto, en esta cuestión pensamos que hay que hacer una reflexión sobre el futuro que nos espera, teniendo muy en cuenta que el papel que debe representar este ministerio a partir de la finalización del proceso de transferencias, no debe ser otro que el que nuestra propia Constitución nos marca, con absoluto respeto, como no podía ser menos, a las competencias de las comunidades autónomas, o sea, la competencia que la Constitución nos obliga de garantizar la cohesión social y la equidad del sistema sanitario. En el caso que nos ocupa en este momento, que son las listas de espera, es voluntad del ministerio contribuir, como en otras cuestiones, a buscar soluciones a un problema que nos afecta a todos. Y esta preocupación sobre la que estamos hablando es la que nos llevó, al iniciar nuestras responsabilidades al frente del ministerio, a convocar un pleno extraordinario del Consejo interterritorial de Salud, que en su sesión del 6 de junio del año 2000 acordó abordar de forma integral la problemática de las listas de espera. Se creó, como todos ustedes recuerdan, un grupo de expertos formado por especialistas de cada comunidad autónoma, nombrados por las diferentes consejerías y que a lo largo de este año y medio ha trabajado con intensidad e independencia en el cumplimiento del mandato recibido del pleno del consejo. Han sido discutidos de forma parcial en el pleno del consejo interterritorial los diferentes planteamientos del grupo de expertos y el día 29, sábado, en el pleno del consejo interterritorial, se plantearán definitivamente las conclusiones de este grupo de expertos.

En primer lugar, quiero felicitar a todos los miembros del grupo de expertos por el riguroso trabajo que han llevado a cabo y felicitar a cada uno de los representantes de cada unas de las 17 comunidades autónomas, porque quiero recordar aquí que no solamente han estado presentes expertos de comunidades autónomas con asistencia sanitaria transferida, sino del conjunto de todas las comunidades autónomas. Pues bien, señorías, este documento contiene una serie de medidas, muchas de las cuales deberán ser implementadas desde la gestión de la sanidad, es decir, desde las comunidades autónomas si éstas lo consideran oportuno, y otras serán gestionadas por el ministerio. Entre estas medidas se propone formular en el plazo de un año planes estratégicos integrales de acción frente a las listas de

espera por parte de las administraciones con competencias en gestión de asistencia sanitaria; consensuar prioridades clínicas y establecer estándares y compromisos de espera para cada proceso; adecuar y optimizar los recursos según las necesidades objetivas de cada comunidad autónoma, dirigidos en especial a solventar los cuellos de botella existentes, lo que refuerza una vez más la necesidad de disponer de sistemas de información homogéneos. En tanto se disponga del sistema de información comparada, que permita centrar el gasto en las necesidades objetivas y no sólo en las demandas, se recomienda una aplicación moderada de los programas extraordinarios, dotados de financiación específica, cuya eficacia a medio y largo plazo se ha demostrado escasa. Cuando los programas extraordinarios sean necesarios, deberán centrarse de manera preferente en determinados procesos prioritarios que requieran corrección inmediata y deberán acompañarse de actuaciones estructurales que permitan consolidar los resultados a medio y largo plazo. Para otorgar el protagonismo al ciudadano mediante el ejercicio de la libre elección informada, se debe establecer progresivamente un grado de libertad de elección de centro hospitalario y garantizar a los ciudadanos el derecho a la información sobre la situación de las listas de espera; implicar a los profesionales en la gestión clínica e incentivar de manera específica el logro de objetivos institucionales de listas de espera (los servicios que mantienen de forma habitual sus listas de espera en tiempos adecuados deben ser recompensados en mayor medida que aquellos otros que periódicamente requieren programas extraordinarios); establecer en el seno del consejo interterritorial un sistema de información de listas de espera por comunidades autónomas dotado de los indicadores adecuados para el análisis de la oferta y la demanda (el grupo de expertos ha detectado como uno de los mayores problemas la falta de un sistema que permita comparar los datos sobre gestión de listas y por ello propone establecer en el seno del consejo un observatorio de la evolución de las listas de espera en las distintas comunidades, con un sistema adecuado de indicadores, que permitan el análisis de las necesidades asistenciales y de otros factores que condicionen la presencia en listas de espera); mejorar la gestión de los recursos sanitarios existentes e incrementar las atribuciones de los centros de gestión de personal. Entre otras medidas, hay que continuar impulsando la cirugía ambulatoria y otras fórmulas alternativas a la hospitalización tradicional y se debe asegurar el pleno rendimiento de los quirófanos, consultas y alta tecnología, garantizando la unidad de mando y ampliar los horarios de funcionamiento siempre que esto sea posible; priorizar clínicamente a los pacientes ya incluidos en listas de espera y garantizar su seguimiento adecuado, a fin de detectar variaciones no previstas en su evolución clínica; establecer incentivos y desincentivos financieros a los centros provisio-

res, vinculados al cumplimiento de objetivos estratégicos de listas de espera y no tanto al incremento de la actividad; desarrollar planes de coordinación primaria especializada en las distintas comunidades autónomas. Por último, el grupo de expertos insiste en un aspecto en el que yo coincido totalmente, y que fue lo que me llevó a plantear en el primer pleno del consejo interterritorial la necesidad de abordar el problema de las listas de espera, y es favorecer el consenso político sobre objetivos estratégicos frente a las listas de espera. El grupo propone serenar y profundizar en el debate político y social que las actuaciones frente a las listas de espera requieren, propiciando el consenso sobre objetivos estratégicos y el compromiso de no utilizar las listas de espera como mera arma arrojadiza.

En cuanto a otros aspectos que aborda el informe, quiero destacar que para mí constituyen, sin duda alguna, el núcleo fundamental para alcanzar los objetivos que todos los responsables sanitarios perseguimos en relación con el problema de las listas de espera, y me refiero a la necesidad de que el Sistema Nacional de Salud cuente con un sistema de información fiable sobre esta materia y que ha de constituir un instrumento imprescindible para garantizar la equidad en el conjunto del sistema. Todos somos conscientes de que los actuales criterios de inclusión, cómputo y medidas de las listas de espera varían de uno a otro servicio de salud. Insisto en que ese trabajo de estandarización de los conceptos y de los criterios de medidas resulta imprescindible para disponer de ahora en adelante de información comparable para el análisis de la situación de las listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Igualmente, el informe plantea una serie de recomendaciones básicas para la gestión de las listas de espera, reconociendo, como no puede ser de otra forma, que es competencia de cada comunidad autónoma la gestión de las mismas para garantizar la adecuada asistencia sanitaria del ciudadano en cada ámbito territorial. El grupo de expertos ha abordado también algo que desde nuestro punto de vista es fundamental, y son los aspectos relativos a la indicación y priorización clínica en los procesos, trabajo realizado en colaboración con la federación de asociaciones científicas y médicas españolas para los procesos quirúrgicos más frecuentes. En este punto quiero agradecer a las asociaciones científicas el esfuerzo que han realizado a lo largo de este tiempo para buscar la solución adecuada a las peticiones del grupo de expertos. Del contenido de esta última propuesta quiero destacar la clasificación, según la prioridad clínica del proceso, en tres grados: alta prioridad, para tratamientos quirúrgicos que aun siendo programables no admiten una demora superior a 30 días; prioridad media para tratamientos quirúrgicos que admiten una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días y prioridad baja para tratamientos quirúrgicos que pueden demorarse por encima de 90 días. Por último, y

siguiendo también el mandato del consejo, garantizar a todos los ciudadanos una información adecuada, que posibilite un ejercicio real de sus derechos. El grupo de expertos propone que los datos deben ser difundidos, acumulados a nivel nacional y desagregados por la administración sanitaria y la comunidad autónoma, sin perjuicio de que cada administración sanitaria los desglose más en su ámbito territorial o los complemente con otros adicionales.

A partir de este informe, como he dicho al principio, serán las diferentes comunidades autónomas, ya con gestión en la asistencia sanitaria y próximamente todas, las que tendrán que analizar las recomendaciones elaboradas por este grupo de expertos. También debo decir que el ministerio, en el ámbito de sus competencias, no en lo que se refiere a la gestión del Insalud, está analizando la posibilidad de las medidas que como tal ministerio tenga que llevar a cabo. Estoy convencida, señorías, de que en este debate del día 29 y hacia el futuro seremos capaces entre todos, en el ámbito de nuestras responsabilidades, de hacer un esfuerzo en la resolución de un problema que, como he dicho, no es único ni en el Insalud ni en el sistema sanitario español, que sin embargo es una de las prioridades fundamentales de los pacientes y por tanto tiene que ser la preocupación fundamental de los responsables sanitarios.

Muchas gracias, señor presidente. Muchas gracias, señores diputados.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias señora ministra por su intervención.

En primer lugar, tiene la palabra la señora Valentín, por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señora ministra, le agradezco la información que nos ha trasladado pero sinceramente no sé por dónde empezar porque me da la sensación de que esta mañana hemos asistido a una representación que no tiene nada que ver con la realidad; por eso basaré y centraré mi intervención en datos y en nombre de aquellas personas que sin formar parte de ninguna lista porque no existen como demandantes de ningún tipo de atención sanitaria están en su casa esperando a que el Insalud les diga cuándo pueden entrar en la lista de espera.

Señora ministra, la información que nos traslada es tardía e incompleta y me gustaría que explicara en esta Comisión por qué se niega sistemáticamente a trasladar al Grupo Parlamentario Socialista la información que mes a mes solicitamos sobre datos de listas de espera, tanto quirúrgicas como diagnósticas o de consultas externas; por qué ha dado usted lugar a que el Grupo Parlamentario Socialista presente un recurso de amparo ante la presidencia del Congreso, dado que no tenemos datos oficiales enviados por su ministerio desde el día 31 de enero de este mismo año. Si a usted le parece

que después de ocho meses puede venir a dar unos datos que no podemos contrastar en ningún momento, si además son los que he escuchado —a continuación le pediré que me aclare algunas cifras—, casi duplican en pruebas diagnósticas el número de personas que estaban esperando hacerse una ecografía, una mamografía o un TAC a fecha 31 de enero. Repito: últimos datos enviados por el Ministerio de Sanidad al Grupo Parlamentario Socialista. Si hablamos de listas de espera quirúrgicas, señora ministra, usted nos cuenta hoy que el éxito de su gestión es que haya 5.000 personas más a fecha 30 de junio que a 31 de mayo del año 2000: 5.000 personas más si los datos que usted nos ha dado son fiables y reales. Ese es el éxito después de más de un año de gestión. Otra pregunta, señora ministra: ¿No tiene usted datos más actuales? Estamos finalizando el mes de septiembre; están bien los datos referidos a 30 de junio; también esperamos los datos referidos a 28 de febrero, 31 de marzo, 30 de abril, 31 de mayo, etcétera. Repito: ¿No podía darnos usted datos más actuales sobre listas de espera?

La transparencia nos parece fundamental cuando abordamos un tema que es uno de los problemas más importantes del Sistema Nacional de Salud y de los más importantes del territorio Insalud, transparencia informativa, cosa que usted no ha cumplido desde que tomó posesión de su cargo, al menos a petición del Grupo Parlamentario Socialista, aunque sí sabemos por experiencia que prefiere dar los datos a algún medio de comunicación para que los publique que enviarlos a la Cámara y que este grupo los tenga, como representante de millones de ciudadanos que, repito, tienen derecho a saber qué está ocurriendo con las listas de espera, cuánto tiempo tienen que esperar. Repito: no tenemos ese tipo de información. Pero, señora ministra, transparencia también respecto a la gestión, y quiero que me conteste a otra pregunta con absoluta claridad: ¿Qué significa que la agenda está cerrada? ¿Por qué en el mes de junio una persona se dirige a pedir cita para el neurólogo y le dicen: venga usted en octubre que entonces le daremos cita, porque la agenda está cerrada. Señora ministra, quiero que nos explique exactamente qué quiere decir que las agendas están cerradas. Porque si a usted le siguen importando más los números y las estadísticas que las personas le hace un flaco favor a la sanidad pública y al territorio Insalud y sobre todo un flaco favor a aquellos millones de personas que dependen exclusivamente de la sanidad pública para resolver cualquier problema de salud. Por tanto, nos gustaría que nos explicara, primero, por qué se niega sistemáticamente a enviar información al Parlamento, al Grupo Parlamentario Socialista, cuando lo pedimos mensualmente. En segundo lugar, señora ministra: ¿Qué quiere decir que las agendas están cerradas y que una persona tenga que esperar cuatro meses sin contar en ningún sitio, sin constar en ninguna lista y por tanto no tenerse en cuenta a esa persona que está esperando una inter-

vención, la visita a un especialista o una prueba diagnóstica? Ocultar los datos no significa que el problema desaparezca y me da la sensación de que eso es lo que usted intenta hacer con el tema y con el problema de las listas de espera.

También quiero agradecer al grupo de trabajo que se constituyó en el mes de junio la importante labor que ha realizado. Pero asimismo quiero dejar constancia de que este grupo terminó sus trabajos ya hace meses y hasta el momento no sé por qué razón las resoluciones del grupo no se han puesto en marcha por parte del Ministerio de Sanidad. Y no nos hable usted, señora ministra, de los objetivos a conseguir, que están bien pero que se van incumpliendo permanentemente. La memoria del Insalud del año 2000 tampoco nos la ha mandado el ministerio y nos tenemos que hacer con los datos como podemos porque la señora ministra nos niega toda la información que solicita el Grupo Parlamentario Socialista, cuando además son problemas importantes que afectan a los ciudadanos, problemas con nombres y apellidos. Repito que no son números ni son estadísticas a final de año, señora ministra: son personas con nombres y apellidos. Pues bien, en esta memoria del Insalud decía en el apartado referido a la demora quirúrgica: En el año 2000, los objetivos institucionales de demora quirúrgica fueron que a 31 de diciembre ningún paciente esperara más de seis meses. En la propia memoria se recoge que con espera superior a seis meses había 2.826 personas; que la demora media se situara en 55 días: la demora media, según la memoria del Insalud, fue de 67 días. Pero el programa Avance que usted nos presentó a principios de año, también en una Comisión de Sanidad, señora ministra, por lo que estoy viendo tampoco ha dado los resultados para los que se puso en marcha. ¿Puede decir, por favor, porque me da la sensación de que no he entendido bien, cuántas personas hay esperando a fecha 30 de junio — usted daba los datos— para hacerse una ecografía en territorio Insalud, o para hacerse una mamografía o para hacerse un TAC? Señora ministra, ¿cuántas personas hay esperando en total para visitar la consulta externa de un especialista? ¿Cuántas personas hay en lista de espera para ser atendidos por un especialista? Y más concretamente, ya que no nos manda los datos, se los tengo que pedir aquí, señora ministra: ¿Cuántas personas hay esperando para ser vistas en consultas de oftalmología, traumatología o dermatología? Señora ministra, estos son los datos que le pedimos reiteradamente y que usted se niega a facilitarnos de forma sistemática pensando posiblemente que, como los resultados de todos sus programas, de todos sus planes de choque son absolutamente nefastos, desde nuestro punto de vista, para los ciudadanos, al no darnoslos, el problema desaparece, y no es así. Señora ministra, cuando una persona tiene que estar esperando de nueve meses a un año para hacerse una ecografía o un año para hacerse una mamografía, está usted haciendo un

flaco favor a la sanidad pública y a los ciudadanos intentando ocultar unos datos que tarde o temprano todo el mundo va a conocer. Y sobre todo lo saben aquellas personas que tienen el problema de salud encima.

Señora ministra, ya que los resultados de los sucesivos planes de choque que se han puesto en marcha no son los esperados, en lugar de ocultar información lo que tendrían ustedes que hacer es pedir más quizá a la Junta de Andalucía, ya que tanto le gusta a usted nombrarla, como hizo desde la propia Moncloa un asesor del presidente Aznar, que se puso en contacto con la Junta de Andalucía para que le explicaran qué es lo que hacen en aquella comunidad autónoma para tratar de solucionar con rigor y con seriedad el problema de las listas de espera. O quizá, señora ministra, en lugar de haber despreciado un documento que se le presentó por el consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, un documento que hacía una propuesta muy seria y muy rigurosa para tratar de resolver el problema de las listas de espera, podría haberse tomado usted la molestia al menos de leerlo y ver si le podía servir para algo. Eso sí, significa que se tiene que poner dinero sobre la mesa, pero no solamente, señora ministra, para tratar de resolver el problema de las listas de espera en el territorio Insalud, sino en todo el Sistema Nacional de Salud. Esa propuesta, repito, no se trató en el consejo interterritorial porque a usted por lo visto no le era grato que ningún consejero le hiciera una propuesta de esta envergadura. O también, señora ministra, podría usted mirar el decreto de garantía de plazo para resoluciones quirúrgicas que la propia Junta de Andalucía ha aprobado recientemente. Es decir, no le preocupe, señora ministra, pedir información y orientarse a través de aquellas personas, con independencia del color del Gobierno de la comunidad autónoma, que le puedan asesorar para intentar solucionar uno de los problemas más importantes que tenemos en el Sistema Nacional de Salud.

Termino rogándole que por favor me conteste usted a las preguntas concretas que le he hecho: Cuántas personas hay esperando para hacerse pruebas diagnósticas, concretamente para ecografías, mamografías, TAC o resonancias nucleares magnéticas, y cuántas personas hay en lista de espera para acudir a consultas externas, en total y por especialidades (oftalmología, traumatología, dermatología y otorrinolaringología). Porque, repito, si los datos que nos ha dado usted son reales, resulta que casi se ha duplicado desde el 31 de enero de este mismo año el número de personas que están esperando acudir a un especialista o a que se les realice alguna prueba diagnóstica. Y, por favor, explíqueme también por qué niega sistemáticamente al Grupo Socialista la información que mes a mes le solicita.

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

Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Aymerich.

El señor **AYMERICH CANO**: Voy a ser breve.

No se está hablando sólo de las listas de espera del Insalud, sino que al final de su intervención la señora ministra se ha referido a una serie de recomendaciones de un grupo de expertos que serán debatidas este sábado en el seno del Consejo interterritorial de Salud. Quisiera hacer también una serie de reflexiones, como que las listas de espera son como las listas del paro, es decir, que se maquillan. De algunas técnicas de maquillaje se nos acaba de hablar ahora y en otras es experto el señor Romay cuando fue conselleiro en Galicia y luego ministro. Por otra parte, las listas de espera se pueden crear interesadamente cuando en el sistema hay incentivos para ello, por ejemplo, cuando no se exige el cumplimiento de la exclusividad para aquellos que cobran ese complemento o cuando no se aplica interesadamente la normativa de incompatibilidades. Para ese médico que tiene una consulta externa existe un incentivo para crear listas de espera, lógicamente porque así puede desviar —alguno de sus antiguos asesores sabe bien de esto— pacientes a las consultas privadas.

Sobre las recomendaciones, que supongo que nos las hará llegar a los miembros de esta Comisión y tendremos ocasión de debatirlas, tengo que decir que a mí me suena un poco a una política sanitaria que en este momento ha demostrado ya su fracaso. ¿Qué es eso de incentivar o desincentivar financieramente a aquellos centros que no logren objetivos institucionales? Habrá que tener en cuenta a qué tipo de población atienden esos centros en función de la zona en la que estén ubicados, porque sabe usted —lo dice la Organización Mundial de la Salud— que las diferencias sociales y económicas repercuten también en diferencias y en distintos estados de salud. Por tanto, una mayor o menor demanda de servicios sanitarios depende también de si en la zona que deba atender ese centro hay o no centros privados operando. Depende de muchas cosas que nos llevaría a establecer una segregación de centros, es decir, la política que se aplicó por parte de la señora Thatcher en el Reino Unido, que con otro nombre intentó también aplicar Tony Blair y que ahora, efectivamente, está garantizando la libertad de elección de los pacientes británicos, libertad de elección de dirigirse a otros Estados comunitarios, ya que los centros de salud británicos, después de casi 20 años con este tipo de política, están colapsados. Un sistema de salud que había sido modélico, como el británico, está en este momento colapsado precisamente por este tipo de política. Así pues, maquillajes aparte, ya digo que espero que nos haga llegar esos datos, esas recomendaciones para poder celebrar en esta Comisión un debate en

torno a las mismas, sobre todo partiendo del bien entendido —esto usted lo dejó muy claro— de que serán después las comunidades autónomas con competencias en materia de salud las que, atendiendo a la política que quieran aplicar, los objetivos que quieran perseguir y el modelo de salud que quieran implantar, las apliquen o no.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señora ministra, mire que le tengo a usted simpatía personal y aprecio, pero me perdonará que le diga, utilizando el lenguaje coloquial que a usted tanto le gusta, que en el quehacer político es usted un poco la monda o, lo que es más apropiado por el foro en el que estamos, sus actuaciones tienen una cierta incorrección en el hacer y todavía más en lo que es la comunicación debida en un área que es tan sensible a los receptores de lo que es la gestión que de la sanidad se hace, que son los ciudadanos, y me permitirá que le explique el porqué. Hemos pasado un verano tal —no voy a citar ninguna cuestión concreta, puesto que está en la mente de todos— que algunos medios de comunicación han llegado a hablar de crisis sanitaria y usted, al menos inicialmente, ha estado desaparecida. Creo que salió en el programa de María Teresa Campos, o por lo menos eso dijeron los noticieros, y más tarde yo leí una entrevista en *Diez Minutos*, con todo el respeto para los profesionales de esos medios y para esos medios. Todavía no había dado usted una rueda de prensa oficial y mucho menos su partido había aceptado que se produjese su comparecencia en esta Cámara, puesto que así fue rechazado en la celebración de la única Diputación Permanente que tuvo lugar este verano. Después, en la primera sesión de Pleno ordinario, varias formaciones políticas quisimos formularle preguntas, pero habíamos recibido la notificación oficial del Gobierno de que usted iba a estar ausente; luego no lo estuvo, pero ya sólo habían entrado las preguntas del grupo mayoritario de la oposición. A los demás, que tenemos menos cupo de preguntas o menos agilidad para enterarnos de las cuestiones, no nos dio tiempo a poder formular las nuestras. Hoy, su grupo parlamentario, que tan bien le cuida —y eso es correcto y así se lo manifesté el otro día en la reunión de Mesa y Portavoces al portavoz del mismo—, ha limitado el ámbito de conocimiento que pretendíamos las demás formaciones políticas en ésta su primera comparecencia de este período de sesiones en esta Cámara. Pretendíamos que fuese una sesión de control respecto de los asuntos a los que me he referido, ocurridos este verano, y resulta que la mitad es información de usted a la Cámara —de la que ciertamente podemos opinar—, y solamente una parte va a poder ser control. Además, no se le escapará que para que dicho control sea efectivo o sea el control al que tene-

mos derecho las minorías, por muy minorías que seamos, debe ser efectuado a tiempo, no cuando los asuntos son ya historia. Es más, el propio grupo que ha intervenido en primer lugar tenía solicitada su comparecencia para hablar de las listas de espera, pero estaba dispuesto a renunciar a este asunto, considerándolo de interés permanente, en pro del interés inmediato de las cuestiones que tienen una actualidad más cercana en el calendario. No hubo manera, por el juego de las mayorías, pero me parece oportuno manifestárselo así en este momento.

Nos ha contado usted cuál es la situación, debido a la mejora en la reducción de las listas de espera. Es oportuno recordar que este fue el primer gran problema con el que tuvo usted que enfrentarse casi nada más llegar al ministerio. Estuvo bien, y contó con la ayuda de quienes pudieron dársela —iba a decir pudimos, pero poco puede aportar esta portavoz—, de quienes gestionan la sanidad en otras comunidades y, desde luego, de los profesionales de la sanidad, para poder crear la comisión de expertos a la que usted se ha referido, que según parece ha trabajado mucho y bien, a lo largo de 15 meses, para la reducción de las listas, sobre todo de las de cirugía cardíaca, alrededor de las cuales surgió el escándalo.

Lo que nos suscita dudas, y por eso quería comentárselo, es la inclusión de este asunto en el orden del día del consejo interterritorial que se celebrará el próximo sábado —que sólo tiene dos temas monográficos: éste y el importantísimo asunto de los interinos, del que habrá que hablar largo y tendido—, con una cierta intención —al menos esa es la percepción que desde mi grupo tenemos— de cierre o de carpetazo. El consejo interterritorial ya conoció en marzo del año 2001 las sugerencias o los dictámenes efectuados por este grupo de expertos, que en general fueron aceptados, en la medida en que constituían consideraciones filosóficas del porqué de las demoras en el sistema: factores determinantes de la existencia de las listas de espera quirúrgicas, recomendaciones generales para la gestión de pacientes de intervención quirúrgica programada, criterios de indicación y prioridad clínica en los procesos más frecuentes de las listas de espera quirúrgica, etcétera. Sin embargo quedaron pendientes, porque creemos que no hubo acuerdo, dos cuestiones que son vitales, cuya responsabilidad incumbe también a las comunidades autónomas, pero respecto a las cuales usted, como titular del ministerio, no puede eludir la tarea que le compete: tiene que intentar que exista el consenso en la información a los ciudadanos sobre las listas de espera quirúrgicas y en la remisión al ministerio de los datos correspondientes, y a cada una de las comunidades autónomas. Esto es fundamental, porque los compartimentos estancos no existen, el Sistema Nacional de Salud es uno y, que tengamos noticia, no existió ningún consenso respecto a estas cuestiones, lo cual es importantísimo. Es más, a partir de entonces y

que sepamos, el comité de expertos sólo se ha reunido en tres ocasiones y no ha cambiado para nada los documentos que entonces se aportaron, mientras que el ministerio tampoco ha avanzado sustancialmente —ni siquiera lo ha intentado— en conseguir el consenso en estas cuestiones. Por tanto, nos parece que en este tema no cabe el cierre, puesto que no están arreglados más que los problemas más acuciantes en relación con las listas de espera, y además están arreglados con soluciones que son coyunturales, por más que se pretenda darles el revestimiento de que son estructurales, señora ministra. La autoconcertación, las jornadas extraordinarias, la inyección inmediata de financiación son pan para hoy y hambre para mañana; pan importantísimo, desde luego, pero que no soluciona a largo plazo el problema de las listas de espera en el sistema, ni siquiera se tiene la certeza de que vayan a poder sostenerse así indefinidamente. Hace falta pensar en otras cuestiones que permitan una solución distinta. Además, el problema de las listas de espera no es una cuestión que existió y que se va a poder terminar. Cualquier sistema de salud —el señor Aymerich ha hecho referencia al caso británico— tiene este problema de manera permanente, y pretender acercarse a los tiempos reales e intentar reducir las listas de espera tiene que ser una tendencia en todo sistema de salud. Desde luego tiene que ser una finalidad, pero no como meta, sino como tendencia, puesto que la inercia del sistema lleva a que sigan existiendo siempre.

El señor Aymerich también ha hecho referencia a otro asunto que es importantísimo y que tiene que ver con la coyunturalidad de las medidas propuestas. En esta idea de conseguir reducir cuanto antes las listas de espera, nos estamos olvidando del sistema de incompatibilidades de los profesionales sanitarios del que nos habíamos dotado con anterioridad. Hay una normativa de la cual todos somos responsables en alguna medida, y digo todos en el sentido de que otras formaciones políticas distintas de la suya tienen también responsabilidades en esta materia. Nos estamos olvidando de que en muchos casos quienes ejercen en la pública y en la privada son los mismos profesionales, y quizás la autoconcertación está haciendo que se vulnere esa normativa. Si nos parece que no es la adecuada, modifíquese, pero téngase esto en cuenta: un sistema no puede ser un cierre definitivo de un problema, como me ha parecido entender en las palabras de la señora ministra, cuando respecto a los profesionales existe este grandísimo problema que debe solucionarse.

Concluyo manifestando, señora ministra, que ojalá en la reunión del sábado consiga usted de las comunidades autónomas, de todos los consejeros presentes, algún avance o algún punto de encuentro distinto del cierre, sobre todo en los dos temas que parece que quedaron pendientes y que son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema: cómo se va a producir la información a los ciudadanos y cómo se va a producir

la remisión al ministerio de los datos correspondientes, para que pueda existir comunicación entre las comunidades autónomas. Y sobre todo, por más que los datos que usted ha aportado son mejores que los inicialmente presentados en esta Cámara cuando el problema se desató, es importante que lo siga considerando como algo de lo que hay que ocuparse de manera permanente y que no cierre —al menos esa es la intención del grupo al que yo pertenezco— como ya solucionada esa carpeta.

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

La señora **RIERA I BEN**: Señora ministra, preparando la intervención en nombre de mi grupo parlamentario y sabiendo que íbamos a hablar de listas de espera, esta portavoz ha hecho un repaso de las distintas comparecencias de la señora ministra celebradas en esta Comisión de Sanidad, a petición propia o a petición de otros grupos, para hablar de este tema. Una llega fácilmente a la conclusión de que la canción, tanto por parte de la señora ministra como por parte de los grupos que no son el que sustenta al Gobierno, suele ser bastante reiterativa cuando se habla de listas de espera. El ministerio, en este caso la señora ministra, hace una exposición en la que intenta evidenciar que se está trabajando en el buen camino y que se está logrando un éxito más o menos patente en la reducción de las listas de espera, mientras que los grupos de la oposición ponen de manifiesto que el objetivo no se consigue, en mayor o menor grado en función de las circunstancias puntuales, o que se está en un camino equivocado.

En este tipo de problemática, mi grupo parlamentario ha intentado siempre salir de este esquema, porque es consciente —como grupo que es Gobierno en Cataluña y que por tanto conoce bien la dificultad de la gestión de estos asuntos— de que muchas veces el problema de las listas de espera, más allá de unas cifras que en algún momento pueden generar alarma —y que la han generado, sobre todo cuando se estuvo hablando de las listas de espera en cirugía cardíaca—, es un problema complejo, en el que inciden muchos vectores, muchas variables y en el que, más allá de echarse en cara Gobierno y oposición lo bien o lo mal que se actúa, es necesario encontrar unos caminos que sean un punto de acuerdo y que nos permitan trabajar a todos, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en una línea positiva para conseguir de manera efectiva esta reducción. Sabe usted que por parte del conseller de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, el consejero Rius, ha tenido siempre el apoyo, y lo sigue teniendo, la colaboración exhaustiva en este tema y el de todos los expertos que se han reunido en el Consejo interterritorial de Salud, en cumplimiento de los acuerdos del

mes de junio del año pasado, para trabajar en este protocolo que tiene que plantar cara a una situación que nunca pensábamos que el sistema público tendría resuelta del todo, porque las listas de espera son inherentes al sistema público, pero es evidente que en un sistema que todos queremos que cada vez sea más perfecto y que dé mejor servicio y mayor calidad a los usuarios, debe haber siempre esta tendencia de reducción al máximo dentro de lo posible.

Pensábamos, señora ministra, que hoy, teniendo en cuenta que hay también una comparecencia para hablar de este tema a petición propia, nos podría facilitar algún dato, algún avance de lo que hablarán, usted lo ha anunciado, en el Consejo interterritorial de Salud que debe celebrarse el día 29, porque hay aspectos de este acuerdo que suscribimos y apoyamos, al cual hicimos nuestras sugerencias, que tienen una gran trascendencia. Aspectos como acordar sistemas comunes, para hablar todos el mismo lenguaje, de qué se entendía por estar en lista de espera o no. Criterios de inclusión, de priorización, eran aquellas patologías que no podían permitirse el lujo de estar equis tiempo en lista de espera porque se estaba jugando la vida de las personas que estaban pendientes de tener una intervención; proponer tiempos máximos por patologías era exactamente el acuerdo. Sistemas que ayudaran a realizar propuestas de mejoras organizativas que, sin duda, también inciden en las listas de espera.

Decíamos en una anterior intervención referente al mismo tema que las listas de espera eran un problema de financiación, que lo son, porque significa poner más recursos, invertir más, y es un problema sobre el que hoy en día esta portavoz, rompiendo mi ya tradicional discurso de que siempre le pido mayor financiación, es consciente de que tenemos un acuerdo de financiación sanitario que va incluido en el acuerdo de financiación de las comunidades autónomas. Consecuente con este acuerdo y con los compromisos que mi Gobierno ha adoptado con el Gobierno central, no le voy a hablar de manera específica de la necesidad de implementar más recursos. Estoy convencida de que la ministra de Sanidad en el momento en que este tema se ha negociado, ha sido muy consciente de que el compromiso de reducir las listas de espera pasaba también por que los Ministerios de Economía y Hacienda tuvieran muy presente dentro de este pacto de financiación la cantidad, aunque sea en un paquete, que tendrá que destinarse para que los sistemas sanitarios de las comunidades autónomas y los del Insalud puedan hacer frente con garantías a este reto. No voy a hablarle del tema de financiación, pero decimos que tiene incidencias en temas importantes de gestión y que es evidente que en el Consejo interterritorial de Salud, en este comité de expertos que se reunió, debían hacerse propuestas, sugerencias, vías que distintas comunidades autónomas han adoptado, que inciden en la gestión y son susceptibles de mejorar la problemática de las listas de

espera. Todos estos temas, señora ministra, y muchos más que están en este acuerdo que he repasado, que usted nos entregó en su día y todos hicimos nuestro, los ha vuelto a enunciar hoy, pero no nos ha dado propuestas concretas o sugerencias que más o menos vislumbren que tienen un alto grado de consenso por las discusiones que ha habido en el Consejo interterritorial de Salud y, por tanto, puedan ser susceptibles de ser aprobadas el próximo sábado.

Esta cuestión es muy importante y debemos tener claro a qué compromisos se va a llegar, porque, señora ministra, debería haber un antes y un después de estos acuerdos para tratar la problemática de listas de espera. No me parece sensato que, si se ha formado una comisión y un grupo de expertos que encuentran la manera de atajar esta problemática, sigamos celebrando comparecencias que van siguiendo una misma tónica en el sentido de que se ponga en evidencia cuántas personas están en lista de espera y que se visualice por parte del ministerio que ha habido una reducción. Debería haber llegado el momento, a estas alturas, en función de unos acuerdos que todos nos dimos con este protocolo que han firmado los consejeros de todas las comunidades autónomas y los del Insalud, de que fuéramos capaces de valorar si vamos o no por el buen camino, si vamos o no consiguiendo resultados positivos, midiéndonos y comparándonos con estos estándares, con estos protocolos que este acuerdo visualiza. Debería haber llegado el momento de tener un guión por todos aceptado y a él nos ciñamos, usted responsabilizarse como ministra y cada comunidad autónoma que tenga competencia hará lo pertinente en su territorio para poder, de acuerdo con un baremo y un protocolo, decir si estamos en el buen camino. Es la manera más sensata de afrontar estas situaciones, ya no tan sólo para salir de aquel debate más o menos alarmista, simplemente de erosión al Gobierno de turno, sino porque es la manera de visualizar la voluntad política, de ir trabajando en una pauta, en un guión, en un protocolo, que todos aceptamos, en el que los consejeros de Salud se han comprometido y han colaborado activamente, como usted reconocía, para encontrar estas pautas y, por tanto, tendrían que ser ya el guión, el modelo por el cual nos miramos unos y otros para poder evaluar resultados.

Le agradecería, señora ministra, que si está en disposición de poder evaluar parte de la gestión referente al Insalud en función de estos criterios que ya tenemos consensuados, en el turno de réplica nos hiciera estas pequeñas aclaraciones o, de lo contrario, nos manifestara en qué momento piensa que podrá comparecer en esta Comisión para hablar de listas de espera, pero no de las que tenemos pendientes, sino en función de los acuerdos, de las medidas que adoptamos y de las correcciones que, consecuentes a los acuerdos, en el Sistema Nacional de Salud tendrán que adoptarse.

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ:** Bienvenida una vez más, señora ministra, y enhorabuena por su concisa y completa exposición a petición propia y en el momento oportuno, porque difícilmente vamos a aceptar que haya sido tardía e incompleta cuando usted la hace a medio camino en este programa que se planteó en febrero y concluye en diciembre. La señora ministra ha hecho una exposición en la que ha destacado el aumento notable de la actividad y, lo que es más importante, la disminución del tiempo para ser atendido, tanto en consulta como en intervenciones quirúrgicas como en pruebas diagnósticas. Ha adelantado también ese importante documento técnico que se presentará el día 30 sobre la definición de lista de espera precisamente, como decía el compañero de Galicia, para que no se maquillen las mismas. Dicho esto, estoy empezando a pensar que, a pesar de oír tantas veces al grupo demandante de esta comparecencia que no tenían información, tenían bastante información, pero como los resultados eran buenos, esta comparecencia dejó de ser prioritaria y como ha dicho la compañera del PNV, no tenía inconveniente en retirarla. Además, hay algunos acontecimientos que me hacen sospechar más en las dudas que tengo.

El pasado jueves 20 comparecía en la Asamblea de Extremadura el consejero de Sanidad, y lo traigo aquí a colación porque me ha dado pie para ello, para explicar, anótenlo bien, a petición propia, la lista de espera del Insalud, es decir, de una administración que no tiene competencia. Sin hacer juicio de esta incongruencia, lo que sí tengo que decir es que no creo que haya quien tenga tanta información, incluso para hacer una comparecencia, y ustedes no tuvieran ninguna. Así que, señorías, pongámonos de acuerdo en si queremos información o armar ruido de oposición utilizando las listas de espera.

Yo creo, señorías, y me refiero al grupo solicitante de la comparecencia, que ustedes, aparte del papel de leal oposición, legítimo para desgastar al Gobierno, tienen trazado con arreglo a las listas de espera estratégicamente dos objetivos: uno, tratar de minusvalorar o minimizar el indudable éxito que el Gobierno del Partido Popular ha tenido en la gestión de las listas de espera antes que se realicen las transferencias, y así lo ha indicado la señora ministra. Tendrá que convenir conmigo, si analizamos y comparamos no solamente el número de gente que espera, sino el tiempo máximo y medio, salvo inflexiones periódicas propias y lógicas del sistema, que el éxito se ha mantenido en las dos legislaturas y en ésta a pesar de tener, como muy bien ha dicho la ministra de Sanidad, dos prioridades: una, la realización de unas transferencias sanitarias equitativas y con las máximas garantías; y otra, la definición del papel del ministerio una vez transferido todo el Sis-

tema Nacional de Salud, tal y como recoge la Constitución. Todo se ha hecho, como muy bien ha repetido varias veces la señora ministra, sin olvidar al ciudadano, es decir, sin olvidar la gestión de la asistencia sanitaria, manteniendo un excelente nivel de calidad que refieren una y otra vez los usuarios cuando son consultados en sus niveles de satisfacción, tanto en atención primaria, como en especializada. Aunque es lógico que en momentos de cambios, de transferencias que se avecinan, haya incertidumbres que se trasladan a los trabajadores del sistema y a los gestores y puede ocurrir que haya pérdidas de tiempo innecesarias, sobre todo en comunidades donde es está utilizando la negociación como rentabilidad política, diciendo hoy sí, mañana no, como digo intranquiliza fundamentalmente a los sanitarios pero también a todos los ciudadanos en general. El segundo objetivo que quieren es que persiguen tratar de rentabilizar la denuncia de que existen muchas listas de espera, para concluir que hay un déficit de recursos y sacar más tajada económica en a negociación de las transferencias.

Dicho esto (no voy a utilizar muchas cifras porque las ha dado la señora ministra con mayor autoridad que yo), me van a permitir hacer una serie de reflexiones sobre la lista de espera. Como saben ustedes, la lista de espera obedece a un mecanismo de retroalimentación mediante el cual llegan una serie de pacientes y son atendidos. Por tanto el sistema tiene que adaptarse tanto en actividad como en recursos a la demanda. Pero ocurre que, a veces, llegan más de los que pueden salir o salen o, lo que es lo mismo, pero no igual, salen menos de los que llegan. Y esto, que parece una perogrullada, es la clave de la génesis de la lista de espera porque en el intermedio de la entrada y la salida hay una serie de circunstancias, a veces muy complejas, como ha dicho la compañera de CIU, que originan, cuellos de botella adversos que nos llevan a concluir, como ha hecho ella, que en cualquier sistema sanitario siempre va a existir una lista de espera, descartando las urgencias. Ese sistema de salud que mantuviera un equilibrio perfecto entre la entrada y la salida creo que no existe, y por eso nuestro objetivo sería el de un sistema suficiente y eficiente que mantenga un razonable equilibrio entre los que esperan y los que salen, manteniendo un grado de acuerdo y un grado adecuado y correcto de actividad y calidad en los distintos servicios. El problema es definir en la lista de espera qué es lo razonable, es decir, cuánto tiempo es razonable que esperen porque, como saben SS.SS., no hay estándares ni ratios nacionales ni internacionales que nos permitan medirlo, de ahí la importancia de ese trabajo técnico que reportará importantes avances. Por eso los gobiernos cuando llegan, y eso es lo que hizo el Partido Popular, fijan una serie de objetivos de mejora partiendo de los datos con los que se encuentran, aunque la oposición en su papel, sin embargo, criticará siempre, eso sí, unas veces más que otras, como decía certeramente la

compañera de CIU. Y para encontrar la objetividad razonable, para eso sólo nos queda comparar con sistemas similares.

Como tenemos la suerte de que algunos grupos de los que hoy critican gestionaron ya con el mismo sistema y durante largo tiempo, la comparación más lógica es con las listas de espera que dejaron. Convendrán conmigo que la comparación no ofrece dudas que es muy favorable para el Gobierno actual, tanto en número de los que esperan, pero lo que es más importante, en el tiempo máximo y medio de espera. Tanto es así, y tan evidente ha sido la mejora, que hasta hace pocas fechas pocas críticas razonables han podido cuestionar este éxito. Pero un día alguno de los excelentes y grandes gestores que tiene su partido, porque no en vano estuvieron formándose en solitario casi 14 años, encontraron un talón de Aquiles, no comparativo en la lista de espera, porque la gestión entonces no se contabilizaba ni publicaba. Me estoy refiriendo a la lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas. Hoy también he oído otro nuevo talón que son los anónimos, los que no figuran en ninguna parte. Al no poder comparar y no existir estándares, la crítica está asegurada porque, señorías, convendrán conmigo que cualquier resultado puede considerarse como malo, sobre todo si no se explican y contabilizan y se tiene en cuenta el aumento y la mejora de la actividad en este tipo de espera.

Siempre queda una puerta abierta a la comparación y, aunque no podemos hacerlo con el Gobierno anterior, sí podemos hacerlo con sistemas similares y simultáneos y qué más simultáneos, que los servicios de salud de las comunidades transferidas que tienen el mismo origen. Si comparamos, no hay más remedio que reconocer (aunque cuesta trabajo porque, como muy bien ha dicho la ministra, no existe un sistema de información homogéneo), que la media es claramente favorable para el Insalud. Difícilmente la ministra de Sanidad va a poder preguntar a los gestores de Andalucía cómo lo están haciendo, cuando el plan que han iniciado empezó después de este plan avance del que ha dado cuenta hoy la señora ministra. Difícilmente podrá hacerles esta serie de preguntas así que, señora ministra, felicidades. Siga usted preguntando y teniendo en cuenta a los profesionales y a todo el mundo, porque ese es el camino y de ahí su importante mejora.

Aunque a alguno no le guste mucho, tenemos que convenir que la lista de espera tiene una evolución favorable y, sin querer dar ningún consejo porque ni soy quien para darlo, ni me gusta, lo que sí les digo a los que más critican es que midan bien sus fuerzas, no vaya a ser que se rompa la cuerda y algunos dentro de unos meses queden por los suelos cuando alguna comunidad de su partido asuma las transferencias sanitarias.

El señor **PRESIDENTE:** Puede dar contestación a las distintas intervenciones la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Creo que aquí se ha planteado una cuestión a la que tenemos que empezar a acostumbrarnos todos los miembros de esta Comisión; cuestión que se está analizando desde el Ministerio de Sanidad. Me estoy refiriendo a parte de lo que ha planteado en su intervención la señora Riera, del Grupo de Convergencia i Unió, sobre qué debemos analizar en este caso concreto de la lista de espera.

En primer lugar, me gustaría hacer una reflexión, que creo que es necesaria. Me refiero a que el nuevo modelo de financiación sanitaria de las comunidades autónomas va a cambiar totalmente las relaciones de competencias y por tanto va a completar mapas financieros para determinados programas en concreto, dado que el nuevo modelo de financiación de las comunidades no tiene absolutamente nada que ver con el anterior. Creo que se ha producido un cambio enormemente positivo con este nuevo modelo de financiación. Si antes el modelo era simplemente la discusión entre los consejeros de economía y los ministros de Hacienda o de Economía, o conjuntamente, sobre cuánto dinero se iba a dedicar a la financiación autonómica durante equis años, que ha sido el modelo habitual, a partir de ahora lo que se ha planteado (insisto que creo que es profundamente positivo para todos, para el Estado español en su conjunto), es la participación directa de las comunidades autónomas en los ingresos y, por lo tanto, en el presente y el futuro, en el devenir de la historia económica y no económica de nuestro país. Se empieza a cerrar algo muy importante, que es el mapa transferencial. Siento muchísimo que la señora Uría haya abandonado la Comisión, cosa que suele hacer, porque yo le escucho a ella pero es difícil que ella me escuche a mí. Digo esto porque en sanidad ocurre exactamente lo mismo. En el modelo de financiación sanitaria ha cambiado exactamente y con la misma profundidad que en el resto de la financiación de otras competencias que en este momento ya tienen las comunidades autónomas.

El nuevo modelo de financiación sanitaria (que sigue siendo un modelo finalista en el sentido de que la sanidad sigue siendo parte de la Seguridad Social y por lo tanto de la protección social del conjunto de los españoles), era una de las preocupaciones que teníamos los responsables sanitarios: lo que significaba garantizar lo que la Constitución dice de la protección a la salud, de la cohesión social y de la equidad. Por todo ello, era necesaria la consideración en este nuevo modelo de la sanidad como algo más que un simple servicio no sometido a todos los avatares, sino con una protección suficiente para garantizar que no nos ocurra lo que de alguna forma puedo compartir del planteamiento del señor Aymerich, del BNG. Digo esto porque en sanidad también ha cambiado todo. Para que ese modelo de financiación, como he dicho en mi primera interven-

ción, sea eficiente al cien por cien es necesario que se produzca la transferencia de la sanidad.

En esta comisión hemos analizado la necesidad de completar el mapa, para que todas las comunidades autónomas tengan la misma sensibilidad, las mismas competencias y que el trabajo en torno a la asistencia sanitaria sea medible dentro del Consejo interterritorial, pero ahora es más necesario puesto que el modelo no es aplicable al cien por cien mientras no se produzca la transferencia. Es decir, la financiación del Insalud no tiene todavía la misma participación que tendrá el año que viene cuando se transfiera a esas comunidades autónomas. En un lenguaje claro y directo, las comunidades autónomas van a tener más dinero que el que tenemos nosotros para gestionar la asistencia sanitaria en este momento. Esa será la aplicación del modelo de financiación de las comunidades autónomas en cuanto a la sanidad. Así lo han firmado los responsables de las comunidades autónomas y así ha sido negociado desde el Gobierno, lo cual es positivo para la sanidad. Por lo tanto, es necesario que se produzca esa transferencia.

Efectivamente, se ponen en cuestión muchas cosas, señora Uría, porque todos tenemos que buscar un nuevo papel. Tendremos que dotar al Consejo interterritorial de una estructura diferente y de una capacidad de decisión que hoy no tiene. El Consejo interterritorial es un órgano de consulta, pero no hay acuerdos. Siguiendo el hilo de la intervención de la señora Riera, y en cierta forma también de la intervención de la señora Uría, debo decir que he intentado que en el Consejo interterritorial se puedan tomar acuerdos, pero me imagino que no se ha conseguido por muchos motivos, entre los cuales no es baladí el que no esté constituido como tal, que no hay una cultura en este sentido y que todavía no hay una asunción de competencias por el conjunto de comunidades autónomas. Uno de los objetivos que marca este grupo de expertos, de los que voy a pasar a hablar, de no utilización política, es más complejo y más difícil. Estoy convencida que este camino que hemos abierto de buscar consensos a veces son utilizados torticeramente por algunos, pero hay que correr ese riesgo. El responsable político tiene la obligación de correr riesgos y yo los corro porque creo que es necesario. En los últimos consejos interterritoriales algunos consejeros han dicho de todo. Yo asumo el riesgo de una política más conservadora en el sentido de no plantear cuestiones opinables o cuestionables. Tal vez sería mejor seguir con una costumbre diferente, pero el nuevo modelo necesariamente nos obliga a ello y creo que estamos en el camino.

En este tema también están las listas de espera. Señora Uría, no sé que ha querido decir con lo de la monda, porque yo normalmente lo que mondo en mi tierra son las naranjas. No sé si se refiere a que yo soy una monda. Es su opinión. No sé si ha intentado hacer una broma andaluza y al no serlo no le ha salido excesivamente bien. Viene esto a colación de que habla de

la crisis sanitaria de este verano, que me he mantenido oculta, etcétera. Entra en una enorme contradicción con las declaraciones de su consejero de Sanidad, cuando anuncia una situación de caos total y que el Ministerio Sanidad quiere acabar con la autonomía. Declaraciones del consejero de Sanidad al periódico *El Diario Médico* en el sentido de que el ministerio va más allá de lo que es su competencia. Es más, en crisis no puramente sanitarias, pero sí desde el punto de vista de crisis alimento-sanitarias —me estoy refiriendo a las vacas locas—, el propio consejero de la Comunidad Autónoma del País Vasco advertía en todas las reuniones, y creo que bien, de la necesidad de marcar lo que era la competencia del Gobierno como coordinador y cuál era la competencia de las comunidades autónomas para tomar determinadas decisiones. En sanidad es lo mismo y en este tema estoy de acuerdo con el consejero de Sanidad: respetar lo que son competencias de las comunidades autónomas y más cuando estamos en un momento donde se cambian muchas cosas con el nuevo modelo de financiación y con la transferencia al conjunto de todas las comunidades autónomas. Lógicamente van a cambiar bastantes cosas.

De las crisis a las que usted se ha referido, y después hablaremos de una de ellas, la competencia está transferida. ¿Se transfirió de forma tal vez precipitada porque en aquel momento los temas de salud pública no tenían la resonancia que tienen hoy? Da igual. Ya no hay lugar a analizarlo. ¿Tenemos que buscar fórmulas para resolver estas cuestiones? Creo que sí, señoría, y la Agencia de Seguridad Alimentaria es un ejemplo claro de que, sin inmiscuirse en las competencias de las comunidades autónomas, se pueden buscar espacios adecuados de colaboración. La Agencia de Seguridad Alimentaria es una de ellas, donde están presentes las comunidades autónomas. No se olvide que estamos hablando de temas transferidos de salud pública. Sin embargo, el consenso de todas las comunidades autónomas y de todos los grupos políticos, y nunca me cansaré de hablar del consenso de los grupos políticos que se consiguió en aquella ley, fue una reflexión sobre la necesidad de buscar espacios de coordinación y de acuerdos. En materia de asistencia sanitaria también tenemos que buscar esos espacios de encuentro. ¿El Consejo interterritorial? ¿Algunos otros? Estamos trabajando en esa línea. Las listas de espera representan un ejemplo claro. Por eso para mí es tan importante cómo manejemos ese documento.

Efectivamente, señora Uría, ese documento ha sido discutido en un consejo interterritorial y nace con una voluntad muy clara por parte de todos, que es buscar soluciones homogéneas para todos en el Sistema Nacional de Salud, para romper las dinámicas de enfrentamientos, las dinámicas de diferentes valoraciones, etcétera, y al mismo tiempo que los técnicos pongan en marcha soluciones. ¿Que esto acaba con las listas de espera? Coincido con todos en que no.

Hay técnicos y expertos, y así aparece en el documento que haré llegar a todos los grupos parlamentarios. Si no lo he hecho hasta ahora, es porque vamos a verlo el sábado en el Consejo interterritorial y lo mandaré luego en su totalidad, con lo que hayan elaborado esos responsables. Con esto respondo a una sugerencia de la señora Riera de que se pueda ver en esta Comisión. Por supuesto, pueden venir los técnicos a analizarlo con ustedes, exactamente igual que me comprometo a exponer lo que podremos hacer con el documento, una vez analizado por el consejo.

¿Acuerdos en cuanto al documento en el seno del Consejo interterritorial? Tengo serias dudas de que sea posible; me hubiera gustado que lo fuera. No sé si lo hubiera sido en otras circunstancias diferentes a estas en las que hoy estamos, o en circunstancias —que espero que no se produzcan nunca más— similares a las que iniciaron el proceso de este grupo de expertos; lo he intentado y lo estoy intentando. Las conversaciones con los consejeros han sido permanentes. Tal vez en el debate del Consejo interterritorial del día 29, en el que todos los consejeros opinarán sobre el documento y sus recomendaciones, alguno exprese la voluntad de transmitirlo a sus servicios de salud; pero eso forma parte de lo que cada consejero quiera hacer, y no sé lo que va a pasar. Lo que sí le puedo decir a la señora Riera y a toda la Comisión en cuanto a lo que contiene el documento —profundamente analizado por ella, por el representante del Grupo Popular y por la señora Uría— sobre las competencias que podamos tener como Administración general, es que ejerceremos nuestras competencias. ¿Qué significa eso? Me explicaré.

Me alegro de lo dicho por la señora Uría de que es necesario que exista una base de datos —lo ha planteado también la señora Riera— sobre parámetros, estándares y prioridades. Habrá que ver en qué momento se considera lista de espera y cuáles deben ser los datos mínimos básicos iguales para todo el Sistema Nacional de Salud e, igualmente, cómo se puede ejercer desde el Consejo interterritorial la obligación de cierto liderazgo exigido por algunos de los portavoces que han intervenido en esta Comisión y en el Pleno —la necesidad de liderazgo del ministerio—. La elaboración de estos parámetros básicos de información del Sistema Nacional de Salud, obligatorio para todos, creo que es competencia del ministerio y la vamos a ejercer. ¿Para qué? Para que todos los españoles podamos tener acceso a esos datos a los que, como bien decía la señora Valentín, el conjunto del sistema tiene derecho y es necesario que conozca. Esta es la parte que podemos ejercer desde la Administración central; pero, no se engañen: si en el seno del Consejo interterritorial no hay un consenso global —con algunos matices, lógicamente—, es imposible ponerlo en marcha.

La gestión de la asistencia es competencia de cada una de las comunidades autónomas. Hay comunidades autónomas que tienen ya hábito de gestión, porque lle-

van años gestionando la sanidad, y tienen también un mayor conocimiento de los problemas y una mayor sensibilidad —diría yo— a la hora de analizar cómo resolverlos. Otras comunidades autónomas, que la recibirán el año que viene, todavía no han adquirido ese hábito. Desde luego, la inmersión en la realidad va a ser inmediata y rápidamente se darán cuenta de cuál es el fondo del problema. ¿Van a asumir esas comunidades autónomas los sistemas planteados y las recomendaciones del documento, una vez que tengan las competencias? No lo sé; tendremos que darles tiempo y esperar a la intervención de los consejeros en el consejo del sábado.

Cuando se pide dinero para la lista de espera, hay que cambiar un poco de mentalidad. El nuevo modelo de financiación no se guía por esos parámetros. El Ministerio de Sanidad no tendrá un fondo para programas concretos del Sistema Nacional de Salud; serán las comunidades autónomas, usando el nuevo modelo y en ejercicio de sus competencias, las que tendrán que adaptarlos. El único fondo que tiene el ministerio según el nuevo modelo es el de desplazados, que se compone de fondo de desplazados internos —entre comunidades autónomas para determinadas patologías— y del fondo que ha planteado el señor Aymerich de libre circulación de pacientes —como todo el mundo sabe, hay una sentencia sobre uno de los países de la Unión—, que tiene que ver con los convenios firmados entre España y otros estados para la asistencia sanitaria.

Ahora bien, si hay que invertir más o menos en listas de espera o en pagar a los profesionales de la sanidad, si hay que hacer más o menos hospitales u hospitales comarcales, si hay que hacer hospitales con unas prestaciones u otras, lo decidirán las comunidades autónomas y, desde luego, la financiación no partirá del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino de su propia capacidad de trasladar y generar financiación más allá de la sanidad. Este es el modelo de Estado que hemos elegido todos los españoles y tendremos que irnos acostumbrando a la nueva realidad.

No he sido más explícita sobre lo que contiene el documento, y he hecho simplemente una presentación que me sentía obligada a hacer, puesto que llevamos más de un año en ello, como han dicho los portavoces. Era normal que diese cuenta aquí de cómo va el documento hasta ahora, puesto que hoy es martes y el sábado tengo sesión del Consejo interterritorial. Insisto, señora Uría, en que no es que demos carpetazo, es que se ha acabado el trabajo de los expertos; ahora empieza el trabajo de los políticos. Tenemos que ser los políticos los que aceptemos —o no— y pongamos posteriormente en marcha estos proyectos. Efectivamente, en alguno de los puntos no ha habido consenso, pero es razonable que no lo haya habido entre los técnicos. Corresponde a cada una de las comunidades autónomas llevarlo a cabo, dentro de las consideraciones que contiene el documento, mientras tengamos la compe-

tencia Insalud. Estamos analizando el documento y ustedes tendrán que entender que debemos hablarlo con las comunidades autónomas, dado lo avanzado del proceso transferencial.

Señora Valentín, si no he expuesto en mi intervención el planteamiento de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, tendremos que hacerlo cuando se completen las transferencias; no me gusta hacer referencias a las comunidades autónomas, en este momento. **(La señora Valentín Navarro: ¡No! ¡Precisamente! Risas.)** Entonces, tendremos que debatir sobre el Sistema Nacional de Salud y todas sus responsabilidades y no sobre el Insalud.

El documento sobre lista de espera de Castilla-La Mancha ha sido analizado, en contra de lo que usted dice. En el Ministerio de Sanidad y Consumo analizamos todos los documentos que nos hacen llegar las comunidades autónomas. Tenemos otro de la Comunidad Autónoma de Andalucía, cuyo análisis se está terminando, en torno al medicamento y al ahorro en el medicamento. Han llegado a un acuerdo; se lo pedimos al consejero, que amablemente nos lo ha hecho llegar, y estamos analizándolo. Le dije públicamente —y lo digo aquí— que, si las propuestas son positivas para el sistema, las tendremos en cuenta. Le diré, por ejemplo, que la Consejería de Sanidad de la comunidad autónoma vasca, quizá porque es la primera que tuvo esas competencias, ha colaborado de forma muy activa y con ideas profundamente positivas para el conjunto del sistema. Ahora bien, el documento de Castilla-La Mancha se circunscribe a que tenemos que poner 90.000 millones más. Si no se hubiera producido el nuevo modelo de financiación, a lo mejor tendríamos que haberles pedido a las comunidades autónomas ya transferidas que mirasen el dinero que tenían que poner. Eso es lo que dice el documento de Castilla-La Mancha.

Pero permítame que le diga una cosa. Para no utilizar palabras no apropiadas, me parece una falta de lealtad del consejero de Castilla-La Mancha, porque este consejero tiene técnicos, por cierto buenísimos, en la comisión de expertos. Cuando en el punto de ruegos y preguntas del último consejo el consejero de Castilla-La Mancha dice que quiere que se analice su documento, le digo exactamente lo mismo que le dijimos por carta, y es que lo haga llegar al grupo de expertos que están trabajando. Es decir, si Castilla-La Mancha tiene un modelo revolucionario que acaba con el problema definitivamente, que sus representantes en la comisión de expertos lo pongan encima de la mesa, que se debata y se incorpora. Señora Valentín, me parece que la fórmula no es dejar que sigan avanzando, incluso sus propios técnicos, que es a nivel de algo más que simplemente técnicos, los representantes de algunas comunidades autónomas, entre otras Castilla-La Mancha, y de pronto quiera que se analice un documento diferente, cuando sus técnicos están allí planteando sus opciones. Creo que es poca lealtad, y no poca lealtad con esta

ministra —ya sé que no puedo pedir lealtad al señor consejero de Castilla-La Mancha, ya sí sé que no se la puedo pedir—, pero sí con sus representantes, porque son su propia gente. Yo creo que esta no es la fórmula; en cualquier caso, le digo que la hemos analizado, lógicamente la han analizado los expertos que están viéndola, y no parece la más apropiada.

Sinceramente, tampoco sabemos muy bien cuál es el modelo de Andalucía, tal vez usted lo conozca mejor; lo único que conocemos es lo que han dicho los medios de comunicación, que es que a partir de seis meses en lista de espera va a pagar a quien vaya a centros concertados. Eso es lo que tengo entendido que ha explicado el señor consejero sobre su modelo. Me imagino que tendrá otras medidas. Le podría sacar recortes de prensa del año 1995 del consejero de Sanidad de la comunidad autónoma andaluza diciendo que iban a dedicar, exactamente la misma información que ha dado el señor Vallejo hace una semana, la misma cantidad económica y ante la misma situación. En el plan avance nosotros lo planteamos a partir de cuatro meses. Parece que hay una cierta diferencia.

En cualquier caso, no me ponga usted de modelo a Andalucía, porque en Andalucía los tres primeros meses no son considerados lista de espera; en el Insalud lo es desde el primer día que el médico lo determina. **(La señora Valentín Navarro: No señor, de eso nada.)** Son modelos diferentes. Por eso consideramos que es necesario un modelo igual para todos, para que se pueda analizar la equidad en ese modelo.

Señor Aymerich, no creo que las políticas que se están aplicando en el Sistema Nacional de Salud sean fracasadas. Sinceramente creo que el modelo español, salvo en el nombre y en el origen, no tiene hoy mucho que ver con el sistema inglés, con el del Reino Unido. Precisamente creo que la reforma que se está haciendo en este momento en el National Health Service, el sistema nacional de salud inglés, casi imita en cierta forma las reformas que se han ido produciendo a lo largo de los años en el Sistema Nacional de Salud. Creo que se aproximan más al nuestro que nosotros al suyo, del cual nos separamos hace muchísimos años.

No ha fracasado ni el Sistema Nacional de Salud ni las políticas que se aplican. ¿Que algunas de ellas tendremos todos que analizarlas? Creo que lo hacemos permanentemente aquí, en el Consejo interterritorial, en las diferentes instancias que existen. ¿Que con algunas de ellas no conseguimos resolver el problema, por ejemplo, este de las listas de espera? Efectivamente, creo que esto no se va a acabar, pero podemos mejorarlas; podemos mejorar algo fundamental que son las esperas medias, podemos hacer que se marquen las prioridades en determinadas patologías en las que estamos avanzando de forma importante, pero qué duda cabe que lista de espera cero significaría, de forma clara, que los médicos tendrían que estar sentados esperando que viniera el paciente para ser operado. Esto

creo que no se va a producir nunca, pero no se produce en el sistema español ni en ningún sistema sanitario, ni público ni privado. Por tanto creo que este documento marca políticas que si las acordamos entre todos conseguiremos ir avanzando de forma adecuada.

Me voy a referir a temas absolutamente concretos planteados por la señora Valentín. Debo decirle que se ha preocupado mucho por la mamografía. En primer lugar, quiero corregir un dato que he dado mal en mi primera intervención, y es que la demora media en el programa de mamografías ha disminuido de 35 días el 31 de marzo a 32 días el 30 de junio. No son los datos que di de 79-59, que no responden a eso. En cuanto a los pendientes en mamografía, el 31 de enero había 74.251 y a 30 de junio hay 71.892. En ecografía, 86.338 y a 30 de junio, 87.146.

Señor Aymerich, en el Insalud sí se permite que los médicos renuncien a la dedicación exclusiva, pero insisto en que esto forma parte de la gestión de cada una de las comunidades autónomas, de la competencia exclusiva, y usted vive en una comunidad autónoma que tiene transferidas las competencias de sanidad. Por tanto a partir del año que viene, cada comunidad autónoma tendrá que tomar sus propias decisiones sobre esto y sobre otras cuestiones que se han planteado.

Por último, señora Uría, en relación con mi ausencia del Pleno, siento que la información no funcionara bien. Estábamos, como usted sabe, en el Consejo de la Región Europa de la Organización Mundial de la Salud celebrado en Madrid. Presidía esta humilde ministra que le está hablando en este momento y era imposible que yo pudiera estar en ese momento porque precisamente se estaba produciendo la elección de los nuevos miembros del comité ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, donde fue elegido miembro de la ejecutiva esa misma tarde el secretario general del ministerio, Rubén Moreno. Estábamos en un debate complicado sobre qué países tenían que estar presentes y creíamos que era positivo que España estuviera representada en esta cuestión. Yo busqué un hueco, el que pude. Lo siento muchísimo, pero estoy convencida de que las preguntas que me quiera hacer me las hará. Además, sabe que no soy una ministra a la que le guste faltar al Pleno, porque respeto la capacidad que tienen, la necesidad y la obligación que tienen los señores diputados de hacer preguntas a esta ministra, que las responderá con mayor o menor fortuna, en función de la capacidad que pueda tener y, lógicamente, también en función del análisis que cada representante político quiera hacer de mis palabras, cosa que también forma parte de la normalidad de un sistema democrático. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, para dos cuestiones. En primer lugar, el señor Zambrano ha hecho un comentario sobre el Grupo Socialista y sobre la Junta de Portavoces que no es cierto y quiero aclararlo. En segundo lugar, para poner de manifiesto y que conste en acta que la señora ministra no ha contestado a las preguntas que le he formulado. Se las repito. ¿Por qué, señora ministra, niega permanentemente al Grupo Socialista datos que pedimos con carácter mensual sobre listas de espera, tanto quirúrgicas como diagnósticas como de consultas externas? Creo que alguna explicación merecemos.

En segundo lugar, señora ministra, ¿cuántas personas hay esperando en territorio Insalud...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, le he pedido a usted que me diga para qué solicita la palabra. No le he dado la palabra para que reabra un debate. Creo que se han dado datos y que no va a haber acuerdo.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: No es que no vaya a haber acuerdo, señor presidente. Los datos que me mandó el ministerio a 31 de enero de personas esperando para hacer una ecografía eran 58.788, si no me mintió; ahora hay 74.000. Si yo pregunto cuestiones muy concretas y la señora ministra resulta que se dedica a hablar de lo divino y de lo humano, me parece que estamos consiguiendo que esta señora ministra se burle del Parlamento y se burle totalmente del Grupo Socialista. Señor presidente, le pido su amparo.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, la que se está burlando del reglamento reiteradamente es usted. Usted es la que está faltando al respeto a este presidente que siempre, usted lo sabe, la ha tratado con la debida cortesía y el debido respeto parlamentario.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Yo también le trato con la cortesía debida.

El señor **PRESIDENTE**: Sigo insistiendo en preguntarle para qué me pide usted la palabra. Le digo que si es para reabrir un debate con cifras no tiene la palabra. Yo le doy la palabra exclusivamente para que rebata usted o discuta con el portavoz del Grupo Parlamentario Popular alguna alusión que usted considere que pueda haber dañado en su función como parlamentaria.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Que conste en acta que la señora ministra no nos ha contestado a las preguntas concretas que le hemos hecho. Que conste en acta que me parece una burla hacia el Grupo Socialista y hacia el Parlamento por parte de la señora ministra.

Esperar desde el 31 de diciembre para que nos dé este tipo de explicaciones me parece que no es de recibo. **(Rumores.)**

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: El comentario que ha hecho, que se refiere a la junta de portavoces...

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Perdone, pero es que no he hecho el comentario todavía. **(Rumores.)** El comentario sobre la junta de portavoces no me ha dado tiempo a hacerlo.

El señor **PRESIDENTE**: El orden del día fue un acuerdo, no hubo votación, supeditado a otra comparecencia que se producirá el día 10. Ese fue el acuerdo al que se llegó. Creo que hay signos de asentimiento por parte de algún miembro que estuvo, no del Grupo Parlamentario Popular. Ese fue el acuerdo al que se llegó por parte de Mesa y portavoces. Acuerdo, no votación, porque no es el estilo de este presidente tener que recurrir a la votación, sino que siempre hemos intentado llegar a un consenso y en ese tema se llegó al acuerdo unánime de hacer este orden del día y el siguiente, que ratificaremos hoy a la finalización de este debate.

Señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: En primer lugar, y a efectos de cortesía con la señora ministra, y también para que así conste en el «Diario de Sesiones», debo decir que si entro y salgo es porque estoy a la vez en Gescartera, intentando disculparme de una ponencia de tráfico. Intento estar en todas partes con algún aprovechamiento.

La otra cuestión es más de índole técnica y me gustaría tratarla porque es frecuente no sólo en la señora ministra, sino en general en el Gobierno y también en el uso de algunos políticos, y es la que hace referencia a pensar que los que somos diputados por formaciones nacionalistas sólo podemos hablar de nuestra concreta circunscripción. Se nos imputa a nosotros esa querencia y no es así. El consejero vasco al que ella se ha referido, sólo es consejero vasco, efectivamente, y a él se le pedirá cuentas en el Parlamento vasco. Yo estaba actuando en mi condición de diputada a Cortes, y como saben ustedes muy bien la Constitución prohíbe el mandato representativo, con lo cual yo no represento a quien me votó, sino al conjunto de la ciudadanía del Estado. Con lo cual puedo preguntar perfectamente, y hasta debo, por cuestiones que son competencia de instancias centrales, lo mismo que puedo preguntar por acciones u omisiones se refieran tanto a Euskadi como a Ceuta, y en ese sentido es por lo que me he interesado por la política en el territorio Insalud en relación con las listas de espera.

El señor **PRESIDENTE**: Tanto esta presidencia como la señora Ministra han dicho claramente que puede hacer las preguntas cuando estime oportuno, y el tipo de preguntas que estime oportuno.

Señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Señor Presidente, brevísimamente para que quede constancia de la protesta formal del Grupo Parlamentario Popular ante la afirmación que ha hecho la portavoz del Grupo Socialista en relación con la intervención de la ministra. Es inaudito, desde nuestro punto de vista, que pueda hacer la portavoz socialista descalificaciones del calibre que las ha hecho. En nuestro criterio, señor presidente, solicitamos que la portavoz socialista retire las palabras.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Estoy dispuesta a retirar las palabras cuando la señora ministra conteste a las preguntas concretas que le hemos hecho. No creo que sea ninguna descalificación decir que me parece una burla al Grupo Socialista y al Parlamento.

— **LOS CONTROLES QUE SE LLEVAN A CABO TANTO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS COMO EN LOS PRIVADOS CONCERTADOS, PARA GARANTIZAR LA IDONEIDAD DE LOS MATERIALES UTILIZADOS EN LA DIÁLISIS SANGUÍNEA DE LOS ENFERMOS RENALES. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 213/000509.)**

— **LAS ACTUACIONES QUE HA LLEVADO A CABO SU MINISTERIO RESPECTO AL PROBLEMA SURGIDO CON LOS APARATOS DIALIZADORES. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000511.)**

— **LAS LISTAS DE ESPERA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS GESTIONADOS POR EL INSALUD, ASÍ COMO DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS POR SU MINISTERIO EN RELACIÓN CON LA HEMODIÁLISIS. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 214/000072.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día. Comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo para que informe de los controles que se llevan a cabo, tanto de los hospitales públicos como en los privados concertados, para garantizar la idoneidad de los materiales utilizados en la diálisis sanguínea de los enfermos renales. Esta petición de comparecencia ha sido formulada por parte del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

También ha sido solicitada la comparecencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo para explicar las actuaciones que ha llevado a cabo su ministerio respecto al problema surgido con los aparatos dializadores, formulada por el Grupo Parlamentario Socialista.

También, a petición propia de la señora ministra de Sanidad y Consumo, para explicar las actuaciones realizadas por su ministerio en relación con la hemodiálisis.

Cuando quiera tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Efectivamente, vamos a analizar todo el proceso producido desde la aparición del problema en la diálisis en los hospitales españoles. Como la mayoría de sus señorías saben, los enfermos de riñón que padecen una insuficiencia renal crónica pueden ser sometidos a distintas técnicas que les permiten seguir llevando una vida relativamente normal. Para el tratamiento existen las siguientes posibilidades: el trasplante, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal continua ambulatoria y la diálisis peritoneal automatizada.

Es importante destacar que en los diez últimos años en España se ha triplicado el número de pacientes tratados con diálisis y/o trasplante renal, habiendo envejecido significativamente la edad media de los pacientes en el tratamiento renal sustitutivo que, además, tiene asociadas patologías graves como la diabetes, las cardiopatías severas y la arterioesclerosis calcificada. Concretamente, y centrándonos en la hemodiálisis, que es el caso que nos ocupa, les diré que es la técnica más usada en España. Como SS.SS. ya conocen, se someten a tratamiento anual alrededor de 20.000 pacientes. La mortalidad de los pacientes en hemodiálisis en estos momentos, supera el 14 por ciento anual, es decir, en torno a más menos 2.800 fallecimientos al año, que significa más menos 6,5 al día. En este momento el sistema de diálisis de nuestro país es de los mejores del mundo, con los índices de mortalidad más bajos. Al mismo tiempo, como ya he señalado, cada vez son pacientes con edad superior a los 70 años que, en la mayoría de los casos, padecen pluripatologías. ¿Cuál es el motivo, por lo tanto, de que haya surgido un problema que se ha reflejado en los últimos meses en los medios de comunicación y que nos hace hoy analizar esta cuestión en esta Comisión. No es el hecho de las muertes, como he dicho, importantes en torno al 14 por ciento en el Sistema Nacional de Salud, es decir, en el conjunto del territorio nacional, sino el hecho inusual de que en un mismo servicio se produzcan tres muertes en un mismo día.

Hechas estas matizaciones es necesario tener en cuenta la explicación de los hechos, y me centraré en las actuaciones que hemos seguido desde el ámbito sanitario. Los cuatro fallecimientos en el hospital de la Princesa se produjeron los días 15, 16 y 18 de agosto de 2001 y, posteriormente, entre los días 21 y 29 de agosto se produjeron 6 fallecimientos en la clínica Virgen del Consuelo, de Valencia. En el caso de los fallecidos en el hospital de la Princesa, se trataba de dos varones y dos hembras de 80,87,78 y 69 años, respecti-

vamente. Todos ellos con una pluripatología asociada a la insuficiencia renal crónica en fase terminal. Se añade la circunstancia de que dos de ellos no fallecieron inmediatamente después de la sesión de hemodiálisis. El servicio de nefrología del hospital efectuó el día 17 de agosto análisis bioquímicos y bacteriológicos del agua de la diálisis, así como pruebas analíticas en todos los pacientes, sin que se produjeran hallazgos anormales. Estos análisis se repitieron posteriormente el día 21. Tras el fallecimiento del día 18, se tomó la decisión de bloquear la partida de dializadores. Posteriormente, desde el día 21 al 29 se mantuvo la vigilancia estricta de los pacientes sin que se hubiera producido ninguna incidencia.

Como ustedes saben, la gerencia del hospital de la Princesa el día 30 comunica a la dirección territorial del Insalud el hecho de las muertes que se habían producido en el hospital de la Princesa, debido al conocimiento a través de los medios de comunicación de los hechos que se habían producido en Valencia. Es el día 31 de agosto cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene conocimiento de los hechos a través, como he dicho anteriormente, del escrito de la Subdirección General de Asistencia Sanitaria del Insalud, dirigido a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. En dicho escrito se relatan pormenorizadamente las circunstancias del fallecimiento en los días 15, 16 y 18 de los cuatro pacientes, dos varones y dos hembras, de la edad que he dicho anteriormente, todos ellos, como he dicho también anteriormente, con pluripatologías asociadas a la insuficiencia renal crónica en fase terminal que les había abocado a un programa de hemodiálisis crónico años o meses atrás. Los fallecimientos se producen en tres casos horas después de la diálisis, en dos casos fuera del hospital de la Princesa, uno en urgencias de la Princesa y el último paciente al finalizar la sesión de hemodiálisis, refiriendo todos ellos síntomas digestivos y cuadros de insuficiencia respiratoria y síncope cardiorrespiratorio. Todos ellos se dializaron desde el día 14 de agosto con un dializador, Althane A-18, de diacetato de celulosa de la empresa Baxter. Se utilizaba desde ese día por primera vez en este servicio, que venía utilizando dializadores de similares características y distintas superficies durante todo el año, constando entrada de ese lote en el hospital en el correspondiente albarán.

El día 31 de agosto de 2001, en el momento en que se tuvo conocimiento de que en la clínica Virgen del Consuelo, de Valencia, y en el hospital Universitario de la Princesa, de Madrid, se había utilizado el mismo dializador, y presumiblemente el mismo lote, en todos los pacientes hemodializados fallecidos, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, tomó la decisión de adoptar como medida provisional la inmovilización cautelar de los citados productos sanitarios. Esta decisión se materializa en la resolución de 31 de agosto de

2001 por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, que decreta la inmovilización cautelar del producto sanitario dializadores Althane A-18, código 237018, fabricados por la empresa sueca Baxter Althin Medical, con domicilio en Ronneby, Suecia. Igualmente se decreta expresamente en esta resolución la notificación de los problemas asociados con los dializadores Althane A-18 al sistema de vigilancia de productos sanitarios. La resolución se adapta en calidad de medidas preventivas, aun cuando la relación causa efecto entre el uso del producto y los fallecimientos no ha sido aún establecida. A partir del 31 de agosto se traslada por fax la resolución de inmovilización a la empresa Baxter, al Insalud, a los puntos de contacto del sistema de vigilancia designados por las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas y al Ministerio del Interior y al de Defensa.

A pesar de que, según la información proporcionada por Baxter, S.L., el lote 2001F05P, potencialmente asociado a los fallecimientos, sólo ha sido distribuido en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con lo establecido en el sistema europeo de vigilancia de productos sanitarios, transmite la información sobre los sucesos y las medidas adoptadas a la Comisión Europea, al resto de los Estados miembros y a los países de la Asociación Europea de Libre Comercio, EFTA. A partir de la difusión de esta información, el Ministerio permanece en contacto con las autoridades de varios Estados miembros que se han interesado por el curso de las investigaciones. Conviene recordar aquí que los productos sanitarios se encuentran regulados en España por tres reales decretos: el Real Decreto 634/1993, de 3 de mayo, sobre productos sanitarios implantables activos; el Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios, y el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para el diagnóstico *in vitro*. Esta reglamentación es trasposición de las correspondientes directivas comunitarias, lo que significa que en todos los países de la Unión Europea se aplican los mismos principios de seguridad, eficacia y calidad para que los productos puedan ser puestos en el mercado y también que existen procedimientos comunes para la evaluación de los productos, para su seguimiento post-comercialización y para la vigilancia de sus efectos adversos. Asimismo, les recuerdo, señorías, que todos los productos sanitarios tienen que cumplir unos requisitos esenciales que garanticen que los productos no comprometen la seguridad ni la salud de los pacientes, de los usuarios profesionales sanitarios o de terceras personas, cuando se instalan correctamente, se mantienen y se utilizan conforme a la finalidad prevista por el fabricante. Los productos sanitarios son muy diversos e incluyen productos muy sencillos y de bajo riesgo, como una simple tirita, al lado de productos de altísimo riesgo, como una válvula cardíaca, o de una gran complejidad tecnológica, como un aparato de resonancia

magnética nuclear. Es por ello por lo que la reglamentación contempla diferentes procedimientos para evaluar la conformidad de los productos y permitir su puesta en el mercado. Salvo en aquellos productos de muy bajo riesgo, para los demás se exige una evaluación de la conformidad previa a su comercialización por organismos independientes designados a este fin por las autoridades de los Estados miembros, llamados organismos notificados. En España, el organismo notificado es la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. En algunos países de la Unión estos organismos notificados son privados. La evaluación por los organismos notificados está sujeta al reconocimiento mutuo, por lo que un producto evaluado por cualquiera de estos organismos circula libremente por todos los países de la Unión Europea. Para evidenciar que el producto está conforme con los requisitos esenciales, se utiliza un distintivo, el marcado CE, que figura en los propios productos, en su etiquetado o en instrucciones de uso.

Después de hechas estas matizaciones de carácter normativo, hay que decir que el dializador Althane A-18 corresponde a la clase de productos cuyo riesgo hace necesaria su evaluación por un organismo. En este caso, el organismo notificado ha sido un organismo alemán, que emitió el certificado de conformidad correspondiente. El propietario del producto es Baxter y el producto se fabrica en la planta de Althin Medical en Suiza. El dializador Althane A-18 se estaba comercializando, por tanto, legalmente en todos los países de la Unión. En España, el distribuidor Baxter, S.L. realizó en su momento las comunicaciones administrativas preceptivas ante las autoridades sanitarias, por lo que la situación del producto en España se atenía, igualmente, a la reglamentación española en vigor. El sistema de vigilancia de productos sanitarios establecido en los reales decretos de implantes activos de productos sanitarios y de productos sanitarios para el diagnóstico in vitro se encuentra igualmente instaurado en las directivas comunitarias, como he dicho anteriormente, y tiene como objetivo la identificación de incidentes adversos acaecidos con estos productos, con vistas a la adopción de medidas de protección de la salud para evitar que estos incidentes se repitan. Hay que señalar, no obstante, que con anterioridad a la publicación de estas reglamentaciones, la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 99, ya establecía la obligación de que los importadores, los fabricantes y los profesionales sanitarios comuniquen los efectos adversos causados por medicamentos y otros productos sanitarios cuando de ellos pueda derivarse un peligro grave para la vida o la salud de los pacientes. Asimismo, la Ley 25/1999, del Medicamento, incluye en su ámbito de productos sanitarios y establece en su artículo 5 que a efectos de salvaguardar las exigencias de salud y seguridad públicas, las administraciones públicas están obligadas a comunicarse cuantos datos, actuaciones e informaciones se

deriven del ejercicio de sus competencias y resulten necesarios para el correcto funcionamiento de la ley. El sistema de vigilancia de productos sanitarios se basa en la notificación del incidente adverso por los agentes que han podido tener conocimiento del mismo y que han establecido una posible relación causal, aun cuando ésta no esté confirmada, con la utilización de un producto sanitario, un implante activo o un producto para el diagnóstico in vitro. La notificación debe ser efectuada a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, donde estos hechos se registran y evalúan, adoptándose las medidas para salvaguardar la salud pública que se consideran adecuadas. Los agentes que tienen la obligación de notificar estas incidencias adversas en el ámbito de las directivas europeas se limitan a los fabricantes o a los responsables de la comercialización de estos productos en la Unión Europea. En España, sin embargo, señorías, aparte de los fabricantes y los responsables de la comercialización, esta obligación se extiende también a los profesionales sanitarios y a las autoridades de inspección, puesto que los reales decretos de productos sanitarios recogen lo establecido en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Medicamento. Por todo ello, el sistema de vigilancia tiene una dimensión nacional y una dimensión europea; nacional, puesto que los incidentes y las medidas adoptadas se tramitan dentro de España a los puntos de contacto de la red designados por las consejerías de Salud de las diferentes comunidades autónomas, así como al Insalud, a los servicios regionales de Salud, al Ministerio del Interior y al Ministerio de Defensa, como he dicho anteriormente; Europea, puesto que estos hechos se transmiten igualmente, a través de la red europea de vigilancia, a la Comisión Europea, al resto de los Estados miembros y a los países, como he dicho antes, de la Asociación Europea de Libre Comercio. En el caso que nos ocupa, y tal como se desprende en la relación de hechos, el sistema de vigilancia de productos sanitarios actuó de forma inmediata. En vez que el ministerio tuvo conocimiento de los sucesos, en el plazo aproximado de tres horas se obtuvo la información relevante y se adoptaron las medidas de protección precisas, procediendo a su difusión a los puntos nacionales y europeos de la red.

Tras la adopción de la medida cautelar de inmovilización del hemodializador Althane A-18, el Ministerio de Sanidad y Consumo, como señalé en el Pleno de esta Cámara, ha emprendido una línea completa de investigación de los hechos, en la cual se tienen en cuenta tanto investigaciones de orden técnico relativas a la calidad y seguridad del producto Althane A-18 como investigaciones de tipo epidemiológico, con el fin de tener en cuenta cualquier otro factor que pueda haber tenido influencia en estos sucesos. Las líneas de esta investigación, señorías, son las siguientes: El Ministerio de Sanidad y Consumo ha solicitado a la Inspección de la Consejería de Sanidad de Valencia,

autoridad competente en estas actuaciones en lo que se refiere al problema del hospital Virgen del Consuelo, de Valencia, y al mismo tiempo, al estar establecida en Valencia la empresa distribuidora Baxter, Sociedad Limitada, le hemos solicitado una recogida reglamentaria de muestras de estos dializadores en los locales de dicha empresa. Estas muestras, solicitadas en su momento a la Comunidad Valenciana, corresponden a los dializadores inmovilizados Althane A-18, tanto del lote potencialmente asociado a los fallecimientos como de otros lotes de este mismo tipo de dializador. Igualmente, las muestras tomadas contienen unidades distribuidas al hospital de la Princesa, unidades distribuidas a la clínica Virgen del Consuelo y unidades sin distribuir almacenadas en los locales de la empresa. Con ello se pretende que los análisis reflejen tanto las condiciones de lotes asociados a las muertes como posibles diferencias entre este lote y otros pertenecientes al mismo producto, lo que podría contribuir a la detección de un eventual fallo en el sistema de calidad de la producción de la empresa. Estos ensayos se están llevando a cabo en los laboratorios del Instituto de Salud Carlos III, en el Instituto de Ciencia y Tecnología del Polímero del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y en el Centro de Investigaciones y Desarrollo Aplicado. E función de los resultados que se vayan obteniendo podrán proponerse otros ensayos adicionales, con el fin de confirmar o descartar las hipótesis que en este momento se están formulando.

Los análisis que se están efectuando son los siguientes. De tipo biológico se han seleccionado los ensayos más significativos de biocompatibilidad que son aplicables a los productos que entran en contacto con la sangre, así como los específicos de dializadores. De tipo químico y físico-químico, entre otros las características físicas y físico-químicas de los dializadores, integridad de la membrana, identificación de los materiales que componen las diferentes partes del dializador, cesión de componentes a partir de la membrana que está en contacto con la sangre y detección e identificación de eventuales productos de degradación de la membrana. Asimismo, se ha solicitado a la empresa Baxter documentación exhaustiva sobre los procesos de fabricación y esterilización seguidos por el producto, desde el suministro de las materias primas que componen las diferentes partes del dializador hasta los diferentes controles en proceso y en producto terminado. Esta documentación incluye especificaciones de calidad, boletines de análisis, hojas de fabricación, resultado de los controles realizados en proceso, método detallado de producción y esterilización, condiciones de los procesos, condiciones del envasado, del transporte y del almacenamiento. Parte de esta documentación ha sido facilitada por la empresa en una reunión mantenida el día 7 de septiembre en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. A dicha reunión asistieron representantes del distribuir Baxter en España,

representantes del fabricante americano, responsables de fabricación de la planta donde se fabrica la membrana del dializador en Miami y responsables de la fabricación de la planta donde se fabrica el dializador en Suecia. De esta reunión se ha levantado la correspondiente acta. Quedan, no obstante, algunos aspectos por completar, por lo que se ha requerido a la empresa el cumplimiento de estos aspectos a la mayor brevedad posible, ya que estos datos pueden ser fundamentales para evidenciar una posible desviación voluntaria o involuntaria de las condiciones de rutina establecidas que pudieran asociarse a los hechos producidos. A su vez, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha iniciado una investigación epidemiológica, en la que participa el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, con el fin de valorar todos los factores clínicos, personales y materiales que concurrieron en los hechos. Estos expertos han visitado el hospital universitario de la Princesa y han establecido contactos con la comisión de investigación constituida por la Consejería de Sanidad de Valencia. También se han personado en el hospital Clínico de Barcelona, centro en el que también se utilizó el dializador Althane A-18, si bien los fallecimientos que en él se produjeron, 13 en total, no fueron asociados al uso del dializador.

En el curso de esta investigación se han considerado las condiciones en que se realizaron las sesiones de diálisis, el tratamiento del agua utilizada, las historias clínicas de los pacientes fallecidos, la sintomatología presentada y los hallazgos postmortem que están disponibles. Se ha realizado asimismo un análisis estadístico para verificar si existe una relación significativa de asociación entre los fallecimientos y el uso de los dializadores. Se cuenta igualmente con la colaboración del Instituto Nacional de Toxicología del Ministerio de Justicia, a efectos de poner en relación los hallazgos de orden químico y físico-químico que vayan siendo obtenidos con la sintomatología y cuadros clínicos de los pacientes fallecidos, así como de los informes postmortem de que se dispone. Este organismo puede ser de gran utilidad en los análisis de muestras biológicas que sea preciso realizar.

Señorías, la relación de los hechos pone de manifiesto que el sistema de vigilancia de productos sanitarios se puso en marcha de forma inmediata, una vez que el ministerio tuvo conocimiento de los hechos. También estarán de acuerdo conmigo en que existe suficiente normativa y sistemas de garantía de calidad y control sobre las técnicas y productos empleados en nuestro país en las diferentes técnicas de diálisis. No podemos olvidar que cualquier sistema de seguridad y control se basa necesariamente en la profesionalidad de todos los que participan en el proceso. En el caso de los profesionales de los servicios de nefrología del Sistema Nacional de Salud debo garantizar y asegurar que son de primerísimo nivel y que sus técnicas son reconocidas internacionalmente.

Señorías, en el momento en que tengamos la información completa de esta investigación que estamos llevando a cabo lógicamente la haremos saber y se tomarán las medidas oportunas que se desprendan de esta investigación.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Buenos días. Gracias, señora ministra por su comparecencia.

Como ven, mi voz no ha mejorado todavía, por lo que voy a procurar ser breve, porque como sanitaria y como persona estoy obligada a cuidar mi salud. **(Risas.)**

Sinceramente, señora ministra, lo primero que quiero hacer es pedirle disculpas porque no he podido estar en la primera parte de su comparecencia sobre las listas de espera, tema que como usted sabe también interesa tremendamente a Izquierda Unida; y también pedirle disculpas porque he llegado tarde a esta segunda parte, cuya comparecencia he pedido en nombre de mi grupo. Las razones son las de siempre: somos grupo minoritario y yo tenía una rueda de prensa. No obstante, le quiero decir que la intervención que yo he escuchado sigue planteándome los mismos interrogantes que nos hemos venido planteando hasta el momento.

Aquí hay cosas muy concretas, que son de las que yo voy a hablar, y es que se producen cuatro muertes en la clínica Virgen del Consuelo, de Valencia, señora ministra, entre el día 21 y el día 29 de agosto, cuatro pacientes sometidos a hemodiálisis mueren de un modo inmediato a la práctica de la hemodiálisis. Entre el 11 y el 18 de agosto fallecen en el hospital de la Princesa, de Madrid, cuatro pacientes también sometidos a hemodiálisis, que casualmente habían usado el mismo lote de dializador utilizado en la clínica valenciana. Entre el 15 y el 21 de agosto, señora ministra, pasan seis días y yo le vuelvo a hacer aquí la misma pregunta. ¿Por qué no saltaron las alarmas sanitarias? Estamos hablando de muertes de pacientes. Usted dice que saltaron y yo le digo que no lo hicieron. Le pregunto, ¿por qué? Parece claro, desde nuestro punto de vista, que los mecanismos de información en caso de fallecimiento han funcionado tarde y mal. Ha habido muertes de pacientes de hemodiálisis en Valencia y en Madrid y la impresión que han tenido los ciudadanos, y la impresión que hemos tenido nosotros como grupo político, es que nadie estaba investigando nada. Únicamente la empresa Baxter se defendía diciendo que sus controles internos no habían revelado ningún problema. Supuestamente, claro, la empresa Baxter tiene más interés que nadie en que funcionen bien sus controles internos. Aparte de la expresión pública de la empresa Baxter no ha habido ninguna otra. El caso es de tal gravedad, señora ministra, que da motivos para inquietarse seria-

mente sobre los mecanismos de control de nuestras redes sanitarias públicas y privadas, sobre todo en lo que se refiere a la inspección y a mejorar las políticas de inspección y de procedimiento sanitarios.

Reconocemos aquí que la práctica de la hemodiálisis comporta riesgos importantes y que todo el mundo lo sabe, pero eso no exime de la responsabilidad de preocuparse de cómo es posible que en un período tan corto de tiempo se produzcan tantas muertes y que el único que se preocupa de dar explicaciones públicamente sea precisamente el fabricante de los dializadores. La importancia de estos hechos no es sólo cualitativa, siendo ésta gravísima, puesto que se trata de la muerte de seres humanos —probablemente con un buen control de calidad no hubiesen fallecido—, sino que además es cuantitativa. Fíjese, estos pacientes han muerto, pero imagínese usted, señora ministra, las 18.978 personas que en este país están sometidas a procesos de diálisis, que vivieron una situación de tremendo estrés personal y de tremenda angustia y que tenían que pasar por la máquina obligatoriamente sin saber si ese era su último día de diálisis o su último día de vida. Estos 18.978 pacientes, según los datos que da la Organización nacional de trasplantes de finales del año 2000, reciben tratamiento en más de 310 centros sanitarios entre públicos y privados, con un volumen de negocio en torno a los 20.000 millones de pesetas. Por tanto, no ha existido un mecanismo eficaz de control del sector privado, entre otras causas porque falta la regulación del sector y porque esta es una exigencia democrática que yo pongo encima de la mesa y que espero que usted recoja, porque es su obligación. La ausencia de regulación y control de las clínicas privadas es responsabilidad del Ministerio de Sanidad y de las distintas comunidades autónomas, pero también es suya. Usted es la máxima responsable del Ministerio y, por tanto, no puede eximirse de responsabilidad. Esa responsabilidad se acrecenta respecto a las clínicas concertadas con el Sistema Nacional de Salud. Se lo dije el otro día, se lo diré esta tarde, se lo digo esta mañana y se lo seguiré diciendo cuántas veces tenga la oportunidad de hacerlo. Estos hechos obligan a que se depuren las responsabilidades que se hubieran producido, así como a que, de una vez por todas, se produzca una regulación del funcionamiento de los centros sanitarios concertados para asegurar una adecuada calidad asistencial a los enfermos que ahí son atendidos y no solamente en materia de hemodiálisis, que es lo que nos ocupa, sino también en otras materias.

¿Culpa de Baxter, culpa de los centros? Teniendo en cuenta que la culpa es una cuestión metafísica, se lo formulo de otra manera ¿responsabilidad de quién? No obstante, los familiares, animados por la Asociación del Defensor del Paciente han presentado denuncia colectiva y algunos individualmente. Baxter dice que sus controles internos no han revelado ningún problema; a mí no me han quedado claro en absoluto en su

intervención —a menos que antes de llegar yo, aunque creo que acabada de empezar, lo haya dicho usted— cuáles han sido los otros controles que han existido. Yo he oído hablar de Europa sin parar, de las comunidades autónomas, de todo, menos de qué ha hecho el Ministerio de Sanidad en esos días en que todo el país estaba pendiente de este drama sanitario y, particularmente, los afectados.

Los sindicatos y los partidos políticos de la Comunidad Valenciana —y termino, señor presidente— denuncian la falta de transparencia, concretamente en esa comunidad autónoma, la idoneidad de las condiciones y aparatos que rodean la prestación de hemodiálisis. Esto no viene más que a avivar un debate que está ligado al Sistema Nacional de Salud y que subyace a lo largo de toda mi intervención y es cómo mejorar las políticas de inspección y de procedimiento sanitario.

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

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: En primer lugar, quiero dar las gracias al señor presidente por el cambio en el orden del día para facilitarnos nuestra tarea. También quiero dar las gracias a la señora ministra por su comparecencia y por la información que nos ha proporcionado. Es una pena que sea incompleta y, sobre todo, tardía. Y como hemos podido comprobar bastante dilatoria y circundante, pero muy poco concreta. La crisis producida durante el mes de agosto —hace más de un mes— por la muerte de 12 enfermos en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis ha supuesto para un colectivo de 20.000 pacientes una situación de gran inquietud. **(El señor vicepresidente, Blanco García, ocupa la presidencia.)** Es evidente que pueden producirse fallos en un excelente sistema como el nuestro, pero a mí, y a los ciudadanos a los que represento, nos preocupan no sólo estos fallos graves —le recuerdo 12 muertes en dos semanas—, sino también la solvencia del sistema y las posibilidades de mejora y prevención en el futuro y, sobre todo, la garantía de que sus responsables desempeñan sus cometidos de manera acorde con la excelencia que se les supondría.

Queremos reafirmar nuestro compromiso con el sistema público de salud español ante las acusaciones que de manera reiterada vierte la señora ministra sobre el Grupo Socialista, cuando lo que hacemos es, en representación de los ciudadanos, exigir información como primer eslabón en la mejora del servicio público. Y lo hacemos aquí en esta Cámara, sede de la soberanía del pueblo y no en tertulias incendiarias, de las que usted tanto gustaba en otros tiempos. Nos preocupa también que la autocomplacencia vacía de objetivos ciega a la señora ministra y le impida reconocer las alarmas que, a nuestro juicio, se están disparando durante el último año. Da la impresión de que usted va a remolque de los acontecimientos, parcheándolo todo con papel y decla-

raciones grandilocuentes y un afán desmedido de apartar de sí el cáliz que aceptó en su día. Pero lo más grave de esta crisis es la ausencia de liderazgo ante la sociedad en un momento difícil para muchos ciudadanos. Usted se esconde cuando debe tranquilizar e irrita cuando no es necesario. Ha perdido el don de la oportunidad y la mesura y eso para un Ministerio como el de Sanidad, en el que se establece con los ciudadanos un pacto de confianza y seguridad, es determinante. Afirma que se ha actuado correctamente, pero, ¿hubieran sido evitables las muertes de Valencia si se hubiera producido la oportuna y consiguiente alarma? Eso es lo que debe determinarse y corregirse. ¿Tenemos la seguridad de que en los estadísticamente posibles futuros casos están diseñados y operativos los sistemas oportunos de alarma? No se trata de buscar a posteriori chivos expiatorios, sino de prever soluciones. Sabemos y conocemos de sobra las bondades de nuestra cobertura sanitaria, pero ha ocurrido lo que ha ocurrido. Ahora estamos aquí exigiendo que se pongan todos los medios razonables y posibles para que no vuelva a ocurrir. A pesar de lo que usted ha dicho la verdad es que aún hoy no sabemos lo que ha pasado. De todas formas, y con ánimo constructivo, que nosotros practicamos y del que usted duda sistemáticamente, le voy a apuntar mejoras necesarias para que los enfermos se vean satisfechos y seguros y usted pueda seguir presumiendo de sistema.

Primero, mejorar en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades renales, lo que supone acortar los tiempos de espera para consultas y pruebas diagnósticas; segundo, facilitar y mejorar el transporte y disponer de más medios para el mismo (le recuerdo que hay pacientes que para cuatro horas de diálisis utilizan doce horas de su jornada, a días alternos, y muchas veces las de sus familias y amigos, que son los que verdaderamente soportan los cuidados); tercero, acercar la diálisis a los domicilios con más centros y con el estímulo de programas alternativos (la diálisis domiciliaria, la peritoneal, etcétera); cuarto, dotar de más medios técnicos y humanos a las unidades de diálisis para incrementar la seguridad, mejorar las técnicas y procurar el confort (en muchos centros no hay taquillas ni lugares donde cambiarse, y los sillones son potros de tortura en los que permanecen casi cinco horas, tres días a la semana); quinto, mayor control y homologación real de los centros concertados, con inspecciones que garanticen la idoneidad; sexto, le rogamos también que incentiven las líneas de investigación y procuren el perfeccionamiento técnico y la disminución de los tiempos de diálisis y, por fin, séptimo, revitalicen o intenten revitalizar los programas de trasplantes, trasladando a la sociedad que no sólo son un servicio sanitario, sino sobre todo un compromiso ético que debe caracterizarnos como sociedad avanzada.

En este sentido, le recuerdo que hay datos ya preocupantes de la disminución de los trasplantes. Por esto, quiero reseñarle un titular de un periódico de hoy

mismo, en donde se afirma que la negativa familiar obstaculiza 400 posibles donaciones de órganos cada año. En boca de doña Blanca Miranda: La tasa de negativas familiares ha crecido en los últimos tres años y ya es del 22,1 por ciento. Quiero resaltar este hecho porque es base de la esperanza de muchos enfermos y creo que nuestro sistema, que es, ha sido y seguirá siendo ejemplar, merece aquí un refuerzo.

Como estamos convencidos de la importancia de este tema, quiero terminar recordando lo que el experto americano en bioética Arthur Kaplan manifestó ante del Congreso de su país: Lo que caracteriza realmente a los trasplantes no es la tecnología ni su coste, sino la ética. Los trasplantes son el único campo de la sanidad que no podría existir sin la gente. Es el ciudadano quien, en vida o tras su fallecimiento, hace posible que sus órganos o tejidos sean trasplantados a otras personas. Si no se produjera esta donación, los trasplantes no podrían continuar. Es cuestión a la que la gente hoy es muy sensible, para bien y para mal.

Señora ministra, comprométase de verdad y vigile para que no se den efectos adversos e indeseados en la información, y presuma de sistema cuando tenga los deberes hechos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blanco García): ¿Grupos que desean tomar la palabra? **(El señor presidente ocupa la presidencia.)**

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

El señor **AYMERICH CANO**: Supongo, señora ministra, que podré hablar a pesar de pertenecer a un partido nacionalista y originarse este problema en el seno del Insalud, porque, aparte del que ya se dio, hay otro argumento más y es que estamos hablando de una soberanía que dicen ustedes que es indivisible. Por tanto, como no se puede dividir en parcelas, tengo también derecho a hablar, sobre todo porque es un problema que pudo haber afectado a Galicia.

Respecto a las competencias autonómicas, sí, efectivamente; lo que pasa es que lo que no sirve es acordarse de las competencias autonómicas como de Santa Bárbara, cuando truena, cuando hay una crisis alimentaria como la de las vacas locas y se echan pelotas fuera diciendo que es competencia de las comunidades autónomas, que el ministerio lo hace todo bien. Para usted, señora ministra, parece que la culpa siempre es de los otros, el ministerio siempre cumple con su labor, siempre realiza adecuadamente sus funciones. Pero yo creo que lo que hay que ver aquí es cuál es su labor, cuáles son las funciones del ministerio, dentro de ese respeto a las competencias autonómicas, y si, en este caso concreto de las muertes de varios pacientes de hemodiálisis, el ministerio cumplió o no con sus funciones.

Respecto del sistema de alarma, ya se han referido a ello los portavoces que me han precedido en el uso de la palabra. Señora ministra, el sistema de alarma no funcionó; si hubiera funcionado, seguramente, como acaba de decir el señor Fidalgo, no tendríamos que lamentar los muertos de la clínica de Valencia. Si hubiese funcionado los días 16, 17 y 18 de agosto, esa medida preventiva se podría haber adoptado con antelación y se podrían haber evitado esos problemas.

En cuanto a la relación con las clínicas privadas o concertadas, todos compartimos su afirmación de que los equipos de nefrología españoles son un ejemplo de profesionalidad. Pero sabe usted, señora ministra, que el problema no está ahí. El problema está en qué sucede con las empresas en las que esos profesionales prestan sus servicios, si hay o no una adecuada inspección por parte del ministerio.

Para acabar, quiero decirle que el ministerio falló doblemente. En primer lugar, porque el problema surge en el seno del Insalud (quedamos en que puedo hablar de él, ¿no?), se origina en Madrid. El Insalud aún depende de usted, aún depende del Ministerio de Sanidad y Consumo, y quien no notificó el problema a tiempo fue el Insalud, el Ministerio de Sanidad y Consumo es el responsable. En segundo lugar, atendiendo a las competencias que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene como coordinador del sistema estatal de salud, ¿por qué no funcionó esa coordinación? El sistema de alarma, el sistema de farmacovigilancia, etcétera, en este caso no funcionó.

En su intervención anterior habló usted de muchas cosas, pero cuando se habló del mapa transferencial —entre otros sintagmas extraños que usted utilizó— dijo que con el nuevo sistema de financiación van a cambiar muchas cosas. Efectivamente, tendrán que cambiar muchas cosas, el ministerio tendrá que replantearse cuáles serán sus funciones en ese nuevo contexto, pero yo creo que también hay algo que debe cambiar y es la responsable de ese ministerio. Debe cambiar el contexto, debe cambiar la política, pero debe cambiar, y yo creo que ya es urgente, la responsable de ese ministerio porque vamos de problema en problema y de despropósito en despropósito.

Repito que hablo de un tema que, afortunadamente, no afectó a Galicia, pero si el problema no llegó allí no fue por el ministerio.

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

La señora **JULIOS REYES**: Buenos días. En primer lugar, agradecemos la presencia de la señora ministra en esta Comisión y, en segundo, pido disculpas por mi ausencia en el primer punto del orden del día de hoy porque, por tener que compartir mis activi-

dades, no he podido estar presente, pero seguiré el debate, como es obvio, por el «Diario de Sesiones».

En cuanto a este punto, entendemos que en estos momentos —y así creo haberlo entendido de lo que se ha desprendido de las palabras de la señora ministra— se está en un proceso de investigación sobre el tipo de relación causal que pueda existir entre las sesiones de hemodiálisis con un determinado aparato de dialización y las muertes que se han producido. Desde nuestro punto de vista, muchas de las reflexiones más profundas que pudieran suscitarse van a depender del resultado de la investigación. Usted ya nos ha informado, pero esperamos que en su réplica nos pueda decir, aunque ya sé que es difícil en un proceso de investigación, cuál es el panorama en tiempo para tener un poco de luz, desde el punto de vista científico, sobre este tema. Por supuesto, entendemos que es importante que, una vez que las investigaciones estén concluidas, haya una información con la más absoluta transparencia, no sólo por lo que significa de cara a los afectados y a sus familiares, sino al resto de los usuarios de una técnica que cada vez se instaura más, por muchas razones, como técnica terapéutica. Por sus palabras podemos deducir que nuestro país se encuentra, en general, en un nivel de calidad y de seguridad reconocido en cuanto a la ejecución de esta técnica. Por el propio hacer de los profesionales sería bueno que no se pusiera en entredicho el desarrollo de esta técnica en el Sistema Nacional de Salud, sobre todo de cara a la seguridad del resto de pacientes que se tienen que seguir dializando.

Entendemos que también producto de esa investigación va a poderse dilucidar qué responsabilidades, si las hubiera, se tendrían que compartir, ya no sólo por conocer si existe o no una relación causal, sino en cuanto al proceso de gestión de la crisis, y ya no sólo desde el punto de vista judicial, sino desde un punto de vista de reflexiones y administrativo, y me voy a centrar ahora en esta parte. Yo entiendo que, producto de los resultados de la investigación y desde un punto de vista práctico, sería importante, por un lado, revisar todo lo que es el proceso de autorización de productos sanitarios, los mecanismos de control de calidad, etcétera, y, por otro lado, revisar y reforzar, a la luz de la investigación, todos los mecanismos de alerta, los mecanismos de identificación de riesgos, y ya no digo de riesgos evidentes porque se conozca una relación causal, sino que cuando se rebasen determinados umbrales de morbilidad o de mortalidad con respecto a un procedimiento es cuando se deben disparar las alarmas.

Entendemos que este es un trabajo del Sistema Nacional de Salud en su conjunto y a través del Consejo interterritorial se debe realizar la labor de coordinación entre el Ministerio y el resto de los servicios autonómicos que están implicados en el correcto funcionamiento de cualquier red de vigilancia o de alerta. Quizá habría que reflexionar sobre la importancia de reforzar todo lo que se refiere a las políticas de

calidad, a los aspectos de inspección, y en este sentido entendemos que el papel que debe ir configurándose ante la nueva situación, después de las transferencias del Ministerio, no es tanto el papel producto de una gestión directa, sino fundamentalmente el de coordinación en este caso.

Entendemos que no es el papel del Ministerio, por ejemplo, realizar protocolos científicos, que yo creo que están ampliamente desarrollados por las propias comunidades autónomas, por las propias comunidades científicas, etcétera, pero me parece que, a la luz de desgraciadas situaciones como las que estamos hoy aquí debatiendo, hay que sacar las reflexiones que nos permitan potenciar, por un lado, el papel de coordinación del Ministerio con todos los servicios autonómicos de salud y, por otro, la importancia de los sistemas de información. Por tanto volvemos a incidir en que haya unos indicadores mínimos —y cuando estamos hablando de una alerta y de una red de vigilancia con más razón aún— y unos estándares comunes para todo el Sistema Nacional de Salud para identificar en qué momento, desde cualquier punto, sea un centro público o privado, debe saltar la alarma y, al igual que en la red de farmacovigilancia —voy terminando—, que lleva, a mi entender, muchos más años de práctica y de cultura inclusive entre los propios profesionales, hay que reflexionar para reforzar las redes de vigilancia en lo que se refiere a productos sanitarios, porque esto nos permitiría, con independencia de conocer la relación causal o no sobre este tema, poder estar ofreciendo las prestaciones con una serie de productos que nos permitan un mayor rango de seguridad.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señora ministra, intervendré de manera muy breve y nuevamente saldré huyendo, puesto que los portavoces de Interior comemos hoy con el vicepresidente primero, y tampoco me parece correcto llegar tarde.

Nada tengo que objetar, en nombre del grupo parlamentario al que represento, ante la utilización del dializador de Baxter, que en principio no era previsible que fuese a generar riesgos o efectos adversos, puesto que cumplía con los requisitos que la normativa exige, y nos parece también correcto que se haya iniciado el expediente con los correspondientes y exhaustivos análisis técnicos para llegar a saber el porqué.

Sí hay dos cuestiones sobre las que me gustaría preguntarle para saber si ha habido un mal o un mejorable funcionamiento del sistema. No prejuzgo, señora ministra, simplemente lo pregunto. En lo que yo conozco, los fallecimientos producidos en el hospital de la Princesa son los días 16, 17 —dos personas ese día— y 18. Esto hizo sospechar a los médicos del centro que podía haber una relación causal con el dializador y el

hospital de la Princesa deja de utilizarlo y comunica los hechos a la empresa Baxter, pero ni el hospital ni la empresa Baxter lo comunican al ministerio. Si uno lee el artículo 99 de la Ley General de Sanidad, parecería que se ha incumplido un deber que incumbe a los profesionales de la sanidad, igual que a los fabricantes, de comunicar los efectos adversos de productos sanitarios usados de los que pueda derivarse un peligro para la vida o la salud de los pacientes. Si esto es así, si el hospital lo comunicó a Baxter pero no al ministerio, y tampoco Baxter se lo dijo al ministerio, sí me gustaría saber si se ha pensado o se ha barajado la posibilidad de iniciar algún expediente sancionador frente al hospital, por no comunicarlo al ministerio, o frente a la propia empresa, conforme a la normativa de contratación, que llegaría a la imposición, si no de sanción, sí de alguna prohibición de contratar. Si esto no es así, a lo mejor sería bueno que lo contemplásemos como corrección de la normativa en un futuro. En todo caso, si se ha barajado la posibilidad de hacer campañas de información entre los profesionales de la sanidad para que en casos que pudieran ocurrir en un futuro —ojalá no se produzcan nunca— se pudiera actuar con una mayor diligencia, comunicándolo por lo menos cuanto antes al ministerio.

En relación con lo ocurrido en Valencia, los fallecimientos son posteriores, y a lo mejor, de haber actuado debidamente, según el íter de los hechos que he relatado, el hospital de Madrid o la propia empresa, podrían haberse evitado. Son, repito, en fechas posteriores, el 21 y el 22 y luego ya a partir del 27. Para cuando la Comunidad Valenciana lo comunica al ministerio es ya el día 29 y para cuando por el ministerio se toma la decisión de retirar del mercado los dializadores es el día 31. Sé que es poco tiempo, son dos días, pero me gustaría preguntarle si ante la alarma —y ya los datos ciertos iban ocurriendo— hubiese sido posible una mayor diligencia o si no hubiese sido posible, cuando menos, hacer llegar, si no a la opinión pública sí a los propios usuarios de la diálisis, una hoja informativa o explicativa de cuál era la situación —que sé que se les dio ya en días posteriores— que les hubiese evitado por lo menos en esos días inmediatos a la producción de los sucesos la angustia con la que vivieron. Repito, no sé si esto era posible, simplemente se lo pregunto a los efectos de saber si algo en el sistema de comunicaciones, de notificaciones o de posibilidades de sanciones falló y si a lo mejor es necesario que se produzcan modificaciones en la normativa.

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

La señora **RIERA I BEN**: Con brevedad, señora ministra. Más que nada quiero hacerle una reflexión en voz alta en nombre de mi grupo parlamentario.

No deja de ser sorprendente que en el siglo XXI, en la sociedad de la información, estemos planteando y evidenciando una serie de dificultades no lógicas con el momento que vivimos para transmitir de manera inmediata, ante una situación en principio preocupante, informaciones o comunicaciones a todo el territorio, en este caso del Estado español, tanto a los hospitales públicos como privados, concertados, etcétera. Algo no funciona cuando, en una sociedad que se permite ver en directo —hemos tenido una desgraciada experiencia estos días— un atentado tan horrible como el que se ha vivido en Estados Unidos, los medios nos permiten contemplar estas miserias y no sabemos utilizar los medios de que disponemos para poner en situación de alerta a todos los hospitales y a todos los centros del territorio español donde se practica hemodiálisis. Algo no funciona. Es esta la reflexión que podría poner encima de la mesa, porque encontrar un equilibrio entre no alarma social y sí alerta sanitaria es algo que los responsables políticos de los distintos niveles de competencia, desde las comunidades autónomas hasta el propio ministerio, debemos saber hacer de manera contundente y sin paliativos. Cuando saltó estos días a los medios de comunicación la desgraciada circunstancia (yo creo que es más exacto decir diez muertes, porque las dos de Barcelona hasta el día de hoy no se ha reconocido que tengan una causa ni directa ni indirecta con el proceso de hemodiálisis, sino que eran personas con unas patologías muy complicadas susceptibles de que falleciesen por otras causas) insisto, por la información que tenemos hasta ahora, lo que no se comprende es que saltada la alerta no se encontrase una manera de anunciarlo sin provocar alarma social. Usted misma lo ha dicho y es exactamente así, señora ministra, 19.000 personas reciben un tratamiento de hemodiálisis en el conjunto del territorio español, por tanto, son 19.000 —que son muchas— las que pueden vivir gracias a recibir este tratamiento. Es más, y lo ha dicho usted también, personas que muchas por lo avanzado de su edad, años atrás hubiera sido impensable que sobrevivieran con una patología tan complicada como es una enfermedad de riñón. Por tanto, los responsables políticos tenemos la obligación de generar tranquilidad, sobre todo cuando se está jugando con un colectivo de personas tan importante, para que la gente no tenga que sufrir, además de la enfermedad, una angustia injustificada. Esto debe ser totalmente compatible, y debemos exigirnos que lo sea, con que todas las alertas se disparen, pero diferenciándolo de alarma social.

Insisto en la reflexión que hacía al principio. La sociedad de la información y la sociedad de la comunicación nos permiten unas posibilidades que no utilizarlas en beneficio del sistema no tiene perdón. Ha saltado a los medios de comunicación sanitarios, y también se han hecho eco del tema televisiones y periódicos en general, que ha sido posible hacer una intervención quirúrgica a distancia. Estamos ante unas posibilidades

inmensas de comunicarnos. ¿Cómo no vamos a perfeccionar hasta límites de una exigencia muy alta lo que el sistema permite hacer en cuestiones de alerta sanitaria? Algo no funcionó bien del todo. No es intención de nuestro grupo parlamentario discernir responsabilidades políticas, si es que las hubiere, que en todo caso se verán en cada comunidad, ni mucho menos atribuir una relación directa de causa-efecto respecto a que haya una responsabilidad del laboratorio Baxter. Este tema se está investigando y todos, y por descontado el ministerio, estamos muy interesados —hizo usted declaraciones contundentes a este respecto— en que se llegue hasta las últimas consecuencias. Habrá que dirimir responsabilidades si se demostrase que existe esta relación. Insisto, aunque hoy por hoy esto no esté probado al cien por cien, lo que sí parece probado es que ante la duda, la alerta no funcionó de manera adecuada. Dentro de todo hemos tenido suerte, señora ministra. En principio parece que el lote que presuntamente ha causado estas desgracias es pequeño. ¿Qué hubiera pasado si se demuestra que hay una relación de causa-efecto y estuviéramos hablando de un lote dializador, que en vez de cuatrocientos y pico, como parece que es el conjunto de este lote, tuviera una cantidad mucho mayor? Probablemente hoy estaríamos lamentándonos de una desgracia muy superior a la ocurrida. Seamos capaces de aprender de lo que ha sido un aviso grave, pero un aviso, y saquemos consecuencias para que en lo sucesivo los sistemas de alerta se disparen de manera eficaz, y seamos conscientes de que cuanto más descentralizado esté el Sistema Nacional de Salud mejor comunicado y relacionado debe estar el conjunto del sistema, para poner sobre aviso de posibles problemáticas como la que hemos vivido.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Muy brevemente, voy a exponer cuál es la posición de nuestro grupo. En primer lugar, quiero dar la bienvenida y agradecer a la ministra su presencia en esta Comisión, ya que de una manera voluntaria, a petición propia, con la sensibilidad que le caracteriza, además de la petición de los otros grupos políticos, ha venido a la primera sesión de la Comisión de Sanidad a dar cuenta de las gestiones que ha hecho el ministerio y de la labor llevada a cabo por los distintos profesionales en un asunto tan desgraciado, tan triste —y aquí creo que es donde está el debate y donde debemos posicionarnos cada grupo— como ha sido el incremento de la mortalidad en tres centros hospitalarios, en tres servicios de nefrología, en el servicio de hemodiálisis para la atención de las enfermedades renales, en concreto de la insuficiencia renal, la presencia de unas muertes que incrementan la alta morbilidad que tienen estos pacientes. Me refiero concretamente a los hechos, no a las impresio-

nes, acaecidos en el hospital de la Princesa en tres días del mes de agosto. En esos días, 50 pacientes realizan hemodiálisis y hay cuatro muertos. La elevada incidencia de mortalidad en ese servicio hace que los profesionales sanitarios realicen estudios complicados pre y postdiálisis, analizando las causas por las cuales se ha producido la mortalidad en estos pacientes, que ya de hecho tienen una pluripatología y una edad avanzada. El único nexo de unión en la mortalidad (4 de 50) es la conexión de un dializador especial nuevo en el tratamiento, al que todas SS.SS. se han referido a lo largo de esta mañana. Los análisis y controles que hacen los profesionales pre y postdiálisis en los enfermos sometidos a diálisis con el mismo dializador, no encuentran ningún tipo de alteración. Esto es importante. La causa de la mortalidad se desconoce en este momento y los informes de las necropsias no encuentran ninguna causa —y aquí hay portavoces expertos en la materia— de índole bacteriológico, de índole de fitotoxicidad, de índole alérgica o bien de productos radiactivos, de contaminación, para sugerir que sean las máquinas, los dializadores en este caso. Pero es más, en los informes que tenemos hasta ahora de los estudios analizados se demuestra que no hay evidencia de que los dializadores hayan sido las causas de las muertes. Es verdad que desde un punto de vista epidemiológico el único nexo de unión es la presencia de estos dializadores en relación con la posible causa del incremento de la mortalidad. ¿Cuáles son las decisiones que toman los profesionales, los gestores y el ministerio? Retirar preventivamente esos lotes con el objetivo de analizarlos e investigar y de prevenir que, si esa fuera la causa, se volvieran a repetir incrementos de mortalidad.

Es fácil empezar a elucubrar —y perdónenme, señorías— sobre qué hubiera pasado si los lotes fueran mayores; qué hubiera pasado. Eso contribuye a aumentar la desconfianza de los ciudadanos. Los profesionales de ambos centros sanitarios han comunicado verbalmente a todos los enfermos de nefrología tributarios de alguna de las técnicas de limpieza de la sangre (diálisis peritoneal, hemodiálisis) o en lista de espera de trasplante —como ha dicho algún portavoz— el criterio de la seguridad, de la confianza y, sobre todo, de la constante investigación para mejorar la asistencia sanitaria para su enfermedad y la asistencia sanitaria en su globalidad.

La ministra ha insistido en las medidas que ella misma, como líder del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha señalado al Instituto de Salud Carlos III, al Consejo Superior de Investigaciones Científicas y al Instituto Nacional de Toxicología en relación con la investigación de las causas, así como las medidas que ya manifestó al Grupo Socialista en su comparecencia sobre la posibilidad de llegar acuerdos en todo aquello que refleje o intensifique los mecanismos de prevención y la mejora de la asistencia sanitaria en todo el Sistema Nacional de Salud.

Muchísimas gracias, ministra, por su comparecencia.

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

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): Muchas gracias a los portavoces por su interés en la búsqueda de soluciones, en el caso de que esto fuera un gravísimo problema como han dicho algunos, y por la aportación de ideas para mejorar cada día más el sistema.

Después de algunas intervenciones uno se debate entre decir las cosas exactamente como han sucedido —cosa que suelo hacer— e intentar ocultarlas o disimularlas, por aquello de que siempre tenemos que buscar un motivo para atacar políticamente. Yo entiendo que haya un debate político porque siempre lo he practicado y, por otra parte, no es que crea que tenga que aceptar, como decía el portavoz de un grupo en un debate en el Pleno, la postura de los grupos de la oposición; no tengo por qué aceptar o no. Los grupos de la oposición tienen el derecho de decir lo que quieran, aunque digan una tontería. Debo analizarlo sin enfadarme, como decía alguien, por muy desagradable que sea y por muchos ataques personales que me dirijan. Digo esto porque me parece preocupante —y es difícil buscar las palabras adecuadas, a pesar de llevar año y medio acudiendo a esta Comisión como ministra, oyendo y analizando las intervenciones de los grupos— que se me acuse de que he sido poco concreta y que se me diga que tengo que hacer uso de mayor mesura, después de una intervención absolutamente descalificadora por parte de un portavoz que conoce este asunto muchísimo mejor que yo porque es profesional de la sanidad. No me puede decir que he sido poco concreta porque he sido profundamente concreta. Exigir información en la Cámara, toda la que quieran, por supuesto, señor Fidalgo. Acerca de la mesura en las intervenciones, he sido bastante mesurada, usted no; usted ha hecho descalificaciones un tanto fuertes. A mí no me importa demasiado que usted me descalifique, se lo digo con sinceridad, me trae sin cuidado. Lo que ya no me trae tan sin cuidado y lo que sí me preocupa es que aprovechando las descalificaciones se ponga en duda cuestiones que estos días atrás usted ha puesto en evidencia, o lo ha intentado. Aquí se ha dicho que hay en torno a 20.000 personas —lo hemos dicho todos— que dependen para vivir de una máquina. Por eso hay que tener mucho cuidado en si se le crea inquietud o no se crea más allá de lo razonable. (**Rumores.**) Desde luego, señor Fidalgo, sinceramente le digo —y se lo digo con dolor— que usted no ha sido profundamente sensato en este caso.

Me parece dura —y lo han repetido algunos portavoces— una pregunta que si la dejamos en el aire podría parecer que responde a la realidad: si se podían haber

evitado las muertes de Valencia si el hospital de la Princesa hubiera actuado de otra forma. Por varias razones me parece peligroso que se pueda decir esto. En primer lugar, el servicio de nefrología del hospital de la Princesa —lo he dicho también públicamente— actuó de una forma adecuada. Ese servicio cuando encuentra un problema analiza en profundidad las causas por precaución, que es un eje fundamental para la sanidad, decide cambiar y analizar no solamente el dializador sino también el agua y los productos que han intervenido, así como controlar a las personas que han intervenido; quiere decir que ese servicio, que esos profesionales de la sanidad lo están haciendo adecuadamente. Resulta que por las pluripatologías de los pacientes, y por su edad el servicio de nefrología como el de cardiología, como el de medicina preventiva estiman que tomando las medidas de prevención que adopta el servicio de nefrología, cubriendo todas las posibilidades es suficiente. Esto significa que actúan adecuadamente. Sinceramente hay que decirlo con claridad: El servicio de nefrología del hospital de la Princesa actúa adecuadamente. Ese servicio no sabía qué dializadores o cualquier otro producto habían sido distribuidos, porque esa información sólo la tiene la empresa. Saber si un producto ha sido distribuido en X o en X más Y hospitales sólo lo sabe la empresa y no el hospital de la Princesa. Por tanto, tal vez la empresa tendría que haber comunicado al ministerio, cuando se lo comunica el hospital de la Princesa, que hay dos o tres hospitales más que tienen ese mismo lote de ese dializador. ¿Porque sabían que estaba mal? No. Por precaución, simplemente, señores diputados. Porque todavía, como ha dicho el portavoz del Grupo Popular, no se sabe claramente cuál es la razón del fallecimiento de estas personas.

Algún portavoz ha dicho que podría ser el dializador y algún otro ha comentado que Baxter ha sido el protagonista de la información de estos días y ha dicho que sus dializadores no tienen ningún problema. Lo ha dicho, pero eso al Ministerio de Sanidad y al equipo que está investigando ni les preocupa ni les ocupa. De lo único que nosotros nos estamos ocupando, como he dicho aquí, es de las investigaciones que se están haciendo dirigidas por el Ministerio a través del Carlos III y de la dirección general de Farmacia. Lo que diga la empresa es problema de la empresa. La credibilidad que tenga la empresa no es problema del Ministerio de Sanidad ni, desde luego, de la ministra de Sanidad. Para mí no es justificación para dejar de investigar ni para decir que no es responsable el dializador. Tampoco puedo decir que lo es, porque la investigación no se ha concluido. Efectivamente, como han dicho la señora Julios y la señora Riera, tenemos el máximo interés en que la investigación se finalice lo antes posible, pero cuando tenga que estar finalizada, cuando se hayan hecho todas las pruebas que haya que hacer. En ese momento, lógicamente, será público y se tomarán las medidas, si es que hubiera que tomar alguna.

Yo creo, y lo digo con sinceridad, que el hospital de Valencia actuó convenientemente. ¿Funcionó o no funcionó la red de alerta? Yo creo que sí. La red de alerta la componen, exactamente igual que la de farmacovigilancia, una estructura que por cierto, señora Riera, se comunican a través de ordenadores, es decir, de los nuevos sistemas de comunicación, y por tanto, sí se está aplicando; de hecho se está aplicando en cada uno de los mecanismos, tanto para el sistema de medicamentos como para el sistema de productos sanitarios. En el momento en que el ministerio, la dirección general de Farmacia, que es la responsable de producir esta información al conjunto del sistema, dispuso de ellos, funcionó inmediatamente, para los medicamentos a través de la Agencia Española del Medicamento, y en los productos sanitarios, a través de la dirección general de Farmacia. Tres horas se tardó. Pasa un tiempo desde que llega la información a la dirección general de Farmacia, que analiza la información, porque aquí no consiste en que alguien llame y diga que cierto producto causa tales efectos adversos para retirarlo. Hay que investigar si eso es cierto, porque podría producirse que se hubiese retirado sin investigar y tengamos una demanda de una empresa porque hemos retirado un producto o un medicamento que no estaba científicamente demostrado ni como prevención que tuviese que ser retirado. Por tanto, la dirección general de Farmacia tiene que investigar y tiene que hablar con los servicios de nefrología, en este caso, de los tres hospitales implicados para ver ese nexo de unión y decidir por precaución que es bueno retirarlo. Lo hace inmediatamente, en tres horas. **(Rumores.)** En consecuencia, los mecanismos han funcionado.

¿Qué los sistemas de sanciones a las empresas debe ser revisado, como ha planteado la portavoz de EAJ-PNV? Es probable, y lo estamos haciendo. Es decir, si se demuestra fehacientemente que una empresa tiene un problema de esta naturaleza y tendrá que pagar un precio por lo que haya hecho. Pero esto ahora mismo, tal como está, no existe. Y todavía —insisto— no está demostrado cuál es la causa real de los fallecimientos que se han producido. Yo creo que la investigación que se está haciendo es correcta, señora Uría. ¿Es mejorable el sistema? Lo estamos analizando. El sistema del medicamento funciona por un convenio que firma el ministerio con las diferentes comunidades autónomas, financiado por el ministerio, para favorecer que los mecanismos fluyan rápidamente. Estamos analizando la posibilidad de firmar ese tipo de convenios también con el conjunto de comunidades autónomas para aligerar los procesos y que se conozca mejor el sistema de vigilancia de productos sanitarios. Habla de que el hospital de la Princesa calla. Dice que se podía haber evitado, volvemos a la misma cuestión. Insisto, el servicio de nefrología actuó convenientemente; cuando se enteró por los medios de comunicación de que hay otro servicio que tiene un problema, avisa al ministerio. Tal

vez si la empresa lo hubiese comunicado al hospital Virgen del Consuelo, a lo mejor se podría haber evitado; pero tampoco lo podemos decir. Por tanto, no creemos más dudas sobre un problema complejo como éste o con aquello que tiene que ver con la sanidad.

Me gustaría decir al señor Aymerich que no es que yo me preocupe o me moleste cuando un representante del BNG hable sobre el Insalud o sobre el territorio nacional, sino que me alegro muchísimo. No sabe usted la satisfacción que tengo cuando usted habla de algo más que del BNG, no sabe usted la satisfacción que tengo. Se lo puedo prometer, de verdad. Cuando usted pregunta por listas de espera en Ceuta o en Badajoz, le juro que me alegro muchísimo de que lo haga. Y si usted en un momento determinado ha podido interpretar mal mis palabras, le pediría disculpas, porque ninguna de mis intervenciones, ni con usted ni con nadie, ha ido en ese sentido, sino todo lo contrario. Porque en sanidad —y siento decírselo, señor Aymerich— o se hace precisión o se hace literatura, y usted ha preferido hacer literatura, porque no acierta usted ni los días que se refieren al espacio que hay entre lo sucedido en el hospital de la Princesa y lo que sucedió, por desgracia, en el hospital de Valencia.

Señora Castro, alguno de los interrogantes que usted plantea no se los puedo aclarar porque la investigación no está terminada, porque no estoy ni en el hospital Virgen del Consuelo ni en el de la Princesa y no soy nefróloga. Lo único que puede decirle exactamente es cuáles son los procedimientos que se han producido a lo largo de este tiempo y esperar a ver hasta dónde llega la investigación. Es imposible que un sistema de alerta funcione en el mismo instante que se produce una situación de cualquier naturaleza, incluida la muerte de un paciente. Un paciente ha muerto en urgencias y los servicios han tenido que analizar por qué ha muerto; si muere un segundo paciente también hay que analizarlo y poner inmediatamente la red de alerta en funcionamiento. Por lo tanto, sinceramente le digo que han funcionado convenientemente y que el ministerio ha intervenido cuando tenía que intervenir, inmediatamente. ¿Que no lo hemos hecho público? Tal vez por el equilibrio, como decía la señora Riera, entre la alarma social y la alerta sanitaria. Hemos hecho lo que teníamos que hacer desde el sentido común. No es cierto que los componentes del Ministerio de Sanidad no han hablado. El Insalud dio una rueda de prensa el día 30 y explicó exactamente lo que se había producido y las medidas que habían tomado. Desde sus competencias como Insalud, todavía no transferidas comunicaron a la dirección general de Farmacia que había un problema. Por consiguiente, sí hemos hecho los deberes. A lo mejor no al gusto de ustedes. Eso es más que probable, pero ¡qué le vamos a hacer! Ustedes mantienen sus posiciones y sus discursos políticos; yo respeto todos, y ustedes tendrán por lo menos que aceptar, aunque veo que algunos ni siquiera respetar, los discursos políticos de

los demás. **(La señora Valentín Navarro: El problema es la gente.)**

Señor Fidalgo —y acabo—, hemos hecho lo que teníamos que hacer. Los enfermos que están en diálisis pueden seguir teniendo la seguridad de que tienen el mejor sistema posible. Nosotros estamos trabajando mucho en la posibilidad de potenciar una mayor donación de órganos para conseguir que el número de trasplantes renales sea mayor. No es cierto totalmente que los trasplantes estén disminuyendo en España, eso no es cierto. Somos el primer país en relación con la cantidad de población en el sistema de trasplantes. Los Estados Unidos tienen cerca de 300 millones de habitantes y la relación es diferente. En lo relativo a la población somos el mejor sistema, no de ahora, sino desde hace mucho tiempo, y usted lo sabe igual que yo. Le puedo decir que los trasplantes renales siguen creciendo. Según los datos entre el 1 de julio y el 17 de agosto —que usted sabe como yo que no son los mejores porque son meses complicados, porque hay mucha gente de vacaciones y hay situaciones de toda naturaleza— se observa que se han producido 383 trasplantes renales en el año 2000 y 388 en el año 2001. ¿Está satisfecho el ministerio, como todo el sistema, con los trasplantes? Tenemos que seguir potenciándolos más, y esto está profundamente relacionado —usted lo sabe mejor que yo— con la donación. Se están haciendo campañas permanentes para conseguir una mayor donación de órganos en los hospitales que haga posible un mayor número de trasplantes. Yo he analizado con mucha atención las propuestas hechas por usted y debo decirles sin ánimo de ninguna naturaleza que parte de ellas tienen que ver más con la comodidad del paciente, que nos preocupa mucho, que con la seguridad del proceso. Le quiero recordar que en este momento estamos analizando la seguridad del proceso. Estamos avanzando mucho en la comodidad del proceso, pero en este momento estamos analizando solo y exclusivamente la seguridad del proceso. Usted y yo, como el resto de representantes en esta Comisión, estaremos de acuerdo en que el proceso es seguro, que cuando suceden acontecimientos como estos los mecanismos funcionan, que tenemos los mejores profesionales y que el servicio de nefrología del hospital de la Princesa actuó correctamente. **(El señor Fidalgo Francisco y la señora Castro Fonseca piden la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Castro, señor Fidalgo, saben, y me hacen ser reiterativo, que no hay

turno de réplica. Salvo que sea por alusiones, el tema está perfectamente debatido y explicado.

La señora **CASTRO FONSECA**: Señor presidente, por favor, es para dejar claro que Izquierda Unida no es responsable; es la única respuesta que se puede dar a la intervención de la ministra. Es fortísimo que se nos niegue el derecho de réplica después de la intervención que hemos tenido que soportar.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Al margen de las soluciones personales que están fuera de tono y contrastan con el mío, quiero dejar claro que cuando me refería a la medida es porque la ministra ha perdido la medida en muchas cosas, lo ha demostrado aquí y lo viene demostrando durante los últimos meses. También me preocupa mucho que haya perdido la capacidad de liderazgo y que se escude siempre en los profesionales del sistema sanitario para encubrir sus debilidades. El problema realmente es la debilidad de la ministra, no la del sistema.

El señor **PRESIDENTE**: Señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Villalobos Talero): En primer lugar, he dado una explicación clarísima de todo lo que ha ocurrido. En segundo lugar, señor Fidalgo, no sé a qué tipo de liderazgo se refiere usted. Si el liderazgo consiste en alarmar a los ciudadanos, en eso estará usted, yo no. Si consiste en tomar las medidas oportunas, así lo estamos haciendo, y espero, señor Fidalgo, que su grupo y usted, que habla tanto de liderazgo, a la hora de analizar el futuro de la sanidad y de este ministerio, esté con nosotros en buscar ese liderazgo. **(La señora Valentín Navarro: Cuando haya una ministra responsable.)**

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

Antes de levantar la sesión, les informo que queda convocada, como saben sus señorías, la reunión de Mesa y portavoces.

Se levanta la sesión.

**Eran las dos y veinticinco minutos de la tarde.**

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

