



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 436

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 23

celebrada el martes, 5 de marzo de 2002

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo (Menéndez Menéndez) para informar sobre:

- **Los motivos que han llevado a convocar 162 plazas en la sede de dicho Ministerio y en el Insalud a pesar de las transferencias sanitarias. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000646.) 14046**
- **La convocatoria masiva de plazas, tanto en su Departamento como en el Insalud. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000652.) 14046**
- **La convocatoria de plazas, tanto en el Ministerio de Sanidad y Consumo como en el Insalud. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000887.) 14046**

	Página
— El desarrollo normativo, así como el estado de ejecución del Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista. A solicitud del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria. (Número de expediente 212/000390.)	14052
Preguntas:	
— De la señora Julios Reyes (Grupo Parlamentario de Coalición Canaria), sobre previsiones acerca del desarrollo del artículo 5.º del Real Decreto-ley 5/2000, en relación al desarrollo normativo sobre promoción y publicidad de los medicamentos de uso humano. (Número de expediente 181/001319.)	14057
— De la señora García Arias (Grupo Parlamentario Socialista), sobre opinión del Gobierno acerca de la negativa de las empresas del sector energético a participar en las Juntas Arbitrales de Consumo. (Número de expediente 181/001344.)	14059
— De la señora García Arias (Grupo Parlamentario Socialista), sobre medidas para que las empresas del sector energético acepten participar en las Juntas Arbitrales de Consumo. (Número de expediente 181/001345.)	14059
— Del señor González Serna (Grupo Parlamentario Socialista), sobre el plan previsto para eliminar la grave desigualdad existente entre ciudadanos que disponen de centro de salud en su barrio y los que siguen asistiendo a los ambulatorios. (Número de expediente 181/001371.) . .	14061
— Del señor González Serna (Grupo Parlamentario Socialista), sobre el plan de actuación previsto para complementar las áreas de salud más desasistidas. (Número de expediente 181/001372.) . .	14064
Comparecencia del señor director del Instituto de Salud Carlos III (Campos Muñoz), para informar sobre el foco de la epidemia de legionella sufrida en la ciudad de Murcia el pasado verano. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000902.)	14066

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

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

- **LOS MOTIVOS QUE HAN LLEVADO A CONVOCAR 162 PLAZAS EN LA SEDE DE DICHO MINISTERIO Y EN EL INSALUD A PESAR DE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 213/000646.)**
- **LA CONVOCATORIA MASIVA DE PLAZAS, TANTO EN SU DEPARTAMENTO COMO EN EL INSALUD. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000652.)**
- **LA CONVOCATORIA DE PLAZAS, TANTO EN EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO COMO EN EL INSALUD. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000887.)**

El señor **SECRETARIO** (Gutiérrez Molina): Buenos días, señorías.

Una cuestión previa. Debido al retraso del resto de los miembros de la Mesa —presidente, vicepresidenta y secretaria—, si no hay ninguna objeción de los grupos parlamentarios voy a presidir yo con objeto de dar comienzo a esta sesión de la Comisión. **(Pausa.)**

Gracias.

Comenzamos la sesión con la acumulación de los puntos 2, 3 y 4 del orden del día, relativos a la comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo para informar sobre los motivos que han llevado a convocar 162 plazas en la sede de dicho ministerio y en el Insalud a pesar de las transferencias sanitarias; sobre la convocatoria masiva de plazas, tanto en su departamento como en el Insalud, y sobre la convocatoria de plazas tanto en el Ministerio de Sanidad y Consumo como en el Insalud.

Damos la bienvenida al señor subsecretario a la Comisión y tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente,

señorías, es un motivo de satisfacción comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados cuando apenas ha pasado algo más de una semana desde que tomé posesión del cargo de subsecretario del departamento de Sanidad y Consumo. Quiero por tanto que mis primeras palabras en esta Cámara sean para mostrar mi agradecimiento por la oportunidad que se me brinda en esta sesión para informar a SS.SS. de diversos temas que afectan a diferentes aspectos del departamento, pero además deseo expresarles, como no puede ser de otra manera, mi más completa disposición a comparecer ante SS.SS. cuantas veces tengan a bien solicitármelo.

Señor presidente, señorías, paso a continuación a dar cumplimiento a la comparecencia, a petición propia, para informar a SS.SS. sobre la convocatoria de plazas en el Ministerio de Sanidad y Consumo, publicada mediante Orden de 21 de noviembre de 2001, para después pasar a la convocatoria del Insalud, publicada mediante Orden de 14 de noviembre del año 2001. Doy también respuesta de esta forma a las solicitudes de comparecencia formuladas sobre este mismo tema por los grupos parlamentarios, Izquierda Unida y Socialista.

Comenzaré señalándoles que el procedimiento de provisión de puestos de trabajo por concurso, tal y como resulta ser el convocado por la Orden de 21 de noviembre antes mencionada, es un acto absolutamente reglado, previsto en los artículos 39 a 50 del Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento general de ingreso del personal al servicio de la Administración general del Estado y de provisión de puestos de trabajo y promoción profesional de los funcionarios civiles de la Administración general del Estado. La naturaleza y contenido de cada concurso los encontramos cada día en el Boletín Oficial del Estado efectuados por los distintos departamentos y organismos. El concurso que nos ocupa no es en consecuencia un acto discrecional, ni por supuesto único, de este departamento ni tampoco es un acto coyuntural por las circunstancias existentes en un momento determinado. Como más adelante señalaré a SS.SS., este concurso, que es el segundo que se celebró en el año 2001, se comenzó a gestar en el mes de febrero de ese mismo año, dilatándose en el tiempo como consecuencia de las adaptaciones realizadas en los puestos de trabajo del departamento a raíz de la nueva estructura aprobada por el Real Decreto 809/2000, de 19 de mayo, adaptación que fue autorizada por los ministerios de Hacienda y de Administraciones Públicas en el tercer trimestre del año 2001.

Como SS.SS. bien saben, la provisión de puestos de trabajo es un requisito básico para el buen funcionamiento de los servicios, pero también es el procedimiento establecido para garantizar el derecho de los funcionarios a la carrera profesional contemplada en el título IV del Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo, anteriormente citado. Ninguno de los puestos de trabajo que se ha convocado en esta orden hace referencia a ningún alto cargo, ya que estos nombramientos se aprue-

ban, como bien saben SS.SS., por el Gobierno mediante real decreto. Los puestos directivos de nivel 30, que son los correspondientes a subdirectores generales o asimilados, así como los puestos predirectivos, es decir, las subdirecciones generales adjuntas, se cubren por el sistema de libre designación. En el concurso convocado mediante Orden de 21 de noviembre del Ministerio de Sanidad y Consumo para provisión de plazas en el departamento, se ofertaron en total 82 puestos de trabajo, de los que 18 corresponden al Instituto Nacional del Consumo. Por lo que respecta al total de plazas convocadas, 82, 49 están abiertas a funcionarios del Cuerpo general Auxiliar, es decir, que alrededor del 60 por ciento de la convocatoria se cubre especialmente por funcionarios cuyas funciones, de acuerdo con el artículo 23.5 de la Ley articulada de funcionarios civiles del Estado, son trabajos de taquigrafía, mecanografía, despacho de correspondencia, cálculo sencillo, manejo de máquinas y otros similares. De los 33 puestos restantes, 17 se corresponden con jefes de sección o técnicos superiores de niveles de complemento de destino 22 y 24, que son los más bajos de los asignados a los funcionarios del grupo A. Hay que significar que, de estos 82 puestos, 60 estaban siendo desempeñados con carácter provisional como consecuencia de la adaptación de los puestos de trabajo del departamento a la nueva estructura a la que antes hemos hecho referencia. Como también les he indicado, estas convocatorias son algo habitual en la Administración. Así, y por lo que respecta al departamento, la convocatoria de concursos celebrada en años anteriores ha sido la siguiente. En el año 1995, se convocaron cuatro concursos con un total de 147 puestos; en 1996 se convocó un concurso con 29 puestos; en el año 1997 se convocaron dos concursos con 133 puestos; en 1998 se convocó un concurso con 60 puestos; en el año 1999 se convocó un concurso con 44 puestos, y en el 2000 se convocó un concurso con 54 puestos. Este concurso de noviembre del año pasado se inició mediante escrito del subdirector general de Recursos Humanos, de fecha 27 de febrero de 2001, solicitando los puestos vacantes para el mismo a las distintas unidades del departamento. Una vez aprobada la relación de puestos de trabajo adaptada a la reestructuración del departamento y dado el tiempo transcurrido, se vuelve a solicitar a las distintas unidades los puestos para concurso mediante escrito de fecha de 4 de septiembre del año 2001. Una vez determinados los puestos de trabajo a convocar, valorado el coste del concurso y con los certificados acreditativos de la existencia de presupuesto suficiente, con fecha 9 de octubre se solicitó el preceptivo informe a la Secretaría de Estado para la Administración pública. Al día siguiente se remitió una copia del proyecto del concurso a las distintas organizaciones sindicales con representación en el departamento, sin que estas formularan ninguna objeción al respecto. La autorización de la Secretaría de Estado se recibió el día 15 de noviembre de 2001 y, una vez efectuadas las observa-

ciones que se recogían en la misma, se continuó con la tramitación del concurso hasta su publicación el día 7 de diciembre. En el momento actual las actuaciones de este concurso han concluido estando únicamente pendiente la publicación del resultado en el BOE.

Quiero indicar que las plazas convocadas suponen sólo el 9 por ciento de los puestos vacantes existentes actualmente en el departamento, limitándose en este concurso a ofertar los puestos cuya cobertura se ha considerado urgente e imprescindible para el funcionamiento de los servicios.

Por lo que se refiere a la convocatoria de plazas en el Insalud, efectuada por orden de fecha 14 de noviembre de 2001, del Ministerio de Sanidad y Consumo, se debe reseñar lo siguiente. Este concurso se ha publicado de acuerdo con lo previsto en el artículo 20, de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, y con el artículo 40 del Reglamento general de provisión de puestos de trabajo del personal funcionario, aprobado por Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo. Este concurso es de méritos, conforme a lo establecido en el capítulo II de dicho real decreto, por lo que es un procedimiento ordinario de provisión de puestos de los funcionarios que tenemos que realizar con regularidad. Los puestos convocados no suponen incremento alguno de plazas, ya que se corresponde con los existentes en la relación de puestos de trabajo aprobados en su día y que vienen siendo desempeñados con carácter provisional por los funcionarios. En su momento fue una demanda reiterada de los sindicatos habiéndose acordado, después de diversas reuniones, el 26 de septiembre con UGT, con Comisiones Obreras, FET-USO y CSI-CSIF. El concurso fue informado favorablemente por la Dirección General de la Función Pública el 8 de noviembre.

Quiero destacar a SS.SS. que entre los puestos convocados no hay ninguno de libre designación, como ocurriera en el concurso correspondiente a las plazas del Ministerio, siendo todos de niveles 28 e inferiores—10, 14, 18, 22, 24, 26, etcétera—, correspondiendo a funciones ordinarias de gestión y técnicas que en modo alguno se pueden considerar como altos cargos. En concreto, en este concurso se convocaron 80 plazas de las que 46 se corresponden a servicios centrales y 34 a las direcciones provinciales. De estas plazas, 17 corresponden a niveles 28 y 27, es decir, el 21,25 por ciento; 39 plazas corresponden a niveles comprendidos entre el 26 y el 22, es decir, el 48,75 por ciento, y 24 plazas corresponden a niveles inferiores al 21, es decir, el 30 por ciento. Tampoco se ha convocado ninguna plaza correspondiente a puestos directivos o predirectivos.

Durante los meses de enero y febrero se ha analizado la elaboración de las solicitudes de los funcionarios de dichas plazas a través de las comisiones de valoraciones de méritos. Una vez finalizado este proceso se ha firmado la resolución del director general del Insalud adjudicando los puestos de trabajo de dicha convocatoria, estando en estas fechas pendiente de enviar al BOE la publicación de dicha resolución.

Para concluir, quiero señalar a SS.SS. que en los reales decretos sobre traspaso de competencias del Insalud a las comunidades autónomas se establece que estas asumen los resultados de los concursos que pudieran encontrarse en marcha, como es el caso del concurso objeto de esta comparecencia. En concreto, según el acuerdo complementario número 1 de este traspaso, las comunidades autónomas se comprometen a reconocer los efectos derivados del citado concurso.

A continuación, señorías, tendré mucho gusto en contestar cuantas cuestiones me quieran plantear respecto al tema de esta comparecencia.

El señor **SECRETARIO** (Gutiérrez Molina): Por los grupos solicitantes de la comparecencia, en primer lugar, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Buenos días, señorías.

Le doy las gracias, señor subsecretario de Sanidad, por su comparecencia en esta Cámara. Es el primer saludo, el primer encuentro; espero que sea amable, al menos así lo deseo para usted, pero el tema que nos ocupa no es precisamente amable. Nosotros solicitamos esta comparecencia porque nos llamó poderosamente la atención una convocatoria de 80 plazas, mediante concurso de méritos, en el Insalud, publicadas en el Boletín Oficial del Estado con fecha 29 de noviembre de 2001, y 82 plazas más en el Ministerio de Sanidad respondiendo a la consolidación de plazas para funcionarios. A pesar de las explicaciones que el señor subsecretario ha dado en esta Comisión, nosotros calificamos esto como un premio o una gratificación. ¿Por qué? ¿Por los servicios prestados? Ustedes deberían preguntarse si este acontecimiento puede ser entendible no ya para los políticos que ostentamos la representación de los ciudadanos, sino para los propios ciudadanos. Decía usted que no es un acto discrecional, y es verdad, pero puede ser entendido como clientelismo político porque es evidente que quien gratifica o quien premia es quien puede y quien puede es quien gobierna. Prevista la pérdida de funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y la desaparición del Insalud, no existe desde el punto de vista del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, al que represento en esta Cámara, ninguna justificación de orden funcional para convocar estas plazas. En todo caso, si fueran necesarias tendrían que plantear la transferencia de las mismas al Insalud ya transferido. Esta sería la única manera de que los demás pudiéramos entender esta convocatoria.

Hemos asistido a justificaciones múltiples para nosotros. No ha sido válida, desgraciadamente, la mayor parte de las justificaciones, manifestadas, entre otras, por la subdirectora general de gestión de personal diciendo que se trata de un procedimiento normal, que se convoca

anualmente; tampoco nos parece válida la justificación de que se realiza a petición de los sindicatos o que ninguna de estas plazas está actualmente vacante por estar ocupadas de forma provisional o en comisión de servicio o adscripción de personal funcionario. Señor subsecretario, señorías, no se puede defender como excusa que se ajusta simplemente a un modelo previsto por los sindicatos cuando ustedes ya sabían de antemano que estábamos discutiendo las transferencias y que era un hecho que a fecha 1 de enero las transferencias en materia de sanidad iban a ser resueltas.

Por tanto, no es un hecho poco importante, no es una cuestión que podamos pasar por alto, cuando todas y todos sabemos que la oposición parlamentaria en este país está reclamando mayores dotaciones presupuestarias para la sanidad pública, para obtener mayores recursos materiales y humanos. Nos cuesta un trabajo increíble conseguir que se nos aprueben proposiciones no de ley, que económicamente cuantificadas son el chocolate del loro. Sin embargo, nos parece una actitud francamente alegre hacer este tipo de convocatorias sobre las que, por buena voluntad que uno le ponga, no puede ver más intención que el puro clientelismo. Sabemos que cualquiera que pone en marcha una convocatoria como esta la viste. Es evidente que va dirigida a un grupo más amplio, pero la pregunta es: ¿Hacían falta estas plazas realmente? Desaparecido el Insalud, no entendíamos por qué se planteaba esto. Posteriormente, con la comparecencia de la ministra hemos ido entendiendo algo con ese anuncio de la agencia nacional que ustedes piensan poner en marcha; veremos si es únicamente un intento de invadir competencias o si realmente tiene otros objetivos. En todo caso, el Gobierno del Partido Popular estaba pensando en algo que la oposición parlamentaria no podía prever porque ni siquiera oficiosamente se nos había comentado en ningún momento esa intención política por el Partido Popular.

El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida solicitó esta comparecencia con el ánimo de que ustedes pudieran aclarar en el ámbito de la Comisión las razones que les han impulsado a promover la convocatoria. Tengo que decir que, desgraciadamente, el nivel de satisfacción de explicación es claramente insuficiente para las aspiraciones que tenía mi grupo parlamentario. Más allá de que este primer encuentro no sea precisamente idílico, señor subsecretario, le deseo que su gestión sea eficaz para el conjunto de la sociedad española y que también sea satisfactoria personalmente.

El señor **SECRETARIO** (Gutiérrez Molina): Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Señor subsecretario, me uno a la bienvenida que ya le ha dado la anterior portavoz y también a sus deseos de que tenga usted una buena gestión, y para ello tiene usted que empezar

por explicar una convocatoria heredada. Nosotros hemos solicitado su comparecencia por una serie de cuestiones que vamos a intentar explicarle.

En primer lugar, esta convocatoria nos parece dudosa por el tiempo en el que se produce (estábamos casi discutiendo una ley de consolidación de empleo en esta misma Comisión y de repente aparece una convocatoria que podría titularse igual, consolidación; incluso, creo que ha sido una palabra que usted ha utilizado) y por las formas en que esta convocatoria se realiza en el «Boletín Oficial del Estado». Voy a hacer un repaso de las mismas, intentaré que sea breve, para que nos situemos ante la opinión que al respecto puede tener este grupo y también algún otro, por lo ya oído.

En esta convocatoria, lógicamente, aparecen el puesto de trabajo, la descripción, los cursos de formación que se exigen o parece que se piden, los méritos y, además, unas puntuaciones determinadas en cada caso. Usted conoce la convocatoria del Boletín Oficial del Estado, vamos a ver algunas de las peculiaridades. El portero mayor de Madrid habrá tenido que hacer un curso de formación y perfeccionamiento sobre información y atención al público, pero el jefe de unidad de personal subalterno de Cáceres habrá tenido que hacer un curso de atención al ciudadano. Yo no sé si llegar a la conclusión de que Madrid tiene público y Cáceres tiene ciudadanos. En Madrid, un jefe de sección habrá hecho un curso sobre Internet y otro sobre correo eléctrico, no electrónico. Conclusión: aún ha de hacer el curso de correo electrónico para completar el curso de Internet. En Madrid, un jefe de sección habrá hecho un curso de atención al usuario (ya tenemos usuario, ciudadano y público) y un aspirante a un puesto de trabajo con el mismo nivel y el mismo complemento anual debe haber hecho cursos sobre Word, Access, Excel y PowerPoint. Eso en Madrid, pero en Baleares no se necesita el PowerPoint. Leyendo la convocatoria, uno llega a la conclusión de que el director territorial de Baleares no necesita hacer presentaciones gráficas, pero sí un subdirector general en Madrid. En el Insalud aún se maneja el D Base, cosa absolutamente sorprendente.

Esta es una pregunta con mayor trascendencia. ¿La cláusula de convivencia familiar que hay en la convocatoria del Insalud se va a seguir manteniendo en otras, se va a incluir en el futuro estatuto-marco? Lo digo porque ha habido otras muchas convocatorias en las que esa cláusula no la hemos encontrado. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la Presidencia.)**

Le he dicho ya que creemos que es una consolidación de empleo, pero fíjese que algunas de las plazas convocadas van a ser transferidas a las comunidades autónomas —usted lo ha dicho— o van a formar parte de la estructura periférica resultante. Si van a ser transferidas, como usted ha dicho, las comunidades autónomas asumen lo que yo podría calificar el *dedazo* de esta convocatoria, pero si van a formar parte de la estructura

periférica, y supongo que por sus características alguna lo puede ser, entonces no tiene demasiada justificación. Léase el tipo de puestos de trabajo convocados y las provincias en las que se convocan.

En cuanto a los méritos específicos, se puede decir que en realidad es uno solo: desempeñar las funciones propias del puesto de trabajo, que seguramente ya se está desempeñando. Así, el portero mayor tiene que tener experiencia en puesto similar y en atender a visitas; el jefe de servicio de bibliotecas tiene que tener experiencia en dirigir bibliotecas de la salud; el secretario o secretaria de la subdirección general de la asesoría jurídica tiene que tener amplios conocimientos sobre la estructura, organización y funciones de la subdirección general de la asesoría jurídica; un inspector de equipo territorial tiene que tener experiencia en inspección sanitaria en equipos territoriales.

Por lo que se refiere a la descripción del puesto de trabajo, alguno consiste en archivo de expedientes y hay que manejar el D Base 4 avanzado, pero el mérito en el manejo de éste no se corresponde después con tener que archivar los expedientes. Hay un puesto que a mí me resulta absolutamente sorprendente y es el de instructor de expedientes disciplinarios. Yo me imagino una persona que se hace una tarjeta profesional en la que pone instructor de expedientes disciplinarios, y además en Zaragoza. Supongo que esta persona será transferida para que el actual Servicio aragonés de la Salud pueda tener un experto. Yo creía que los instructores de expedientes se nombraban, no que era un puesto fijo y determinado como tal. Esto ocurre en el Insalud.

En el Ministerio de Sanidad se convoca la plaza de jefe de servicio del gabinete de la ministra. Si vemos la descripción del puesto, los cursos de formación y los méritos que se exigen, no tenemos ninguna duda de la persona de quien se puede estar hablando. Fíjense que entre los cursos de formación y perfeccionamiento tiene que haber realizado un curso jornada de gabinete de prensa en Barcelona. Uno realizado en Madrid no valdría, tiene que ser en Barcelona. Aparte de eso, parece que es un puesto de relativo peligro porque luego hay otras informaciones al respecto. En el Ministerio de Sanidad, un auxiliar de oficina ha de tener experiencia en la elaboración de bases de datos, los operadores de consola tienen que tener cursos sobre secretaría y de sistemas de gestión de bibliotecas, y un secretario o una secretaria tiene que tener capacidad de organización y coordinación de la secretaría, pero en los puestos de trabajo del Insalud esto no es exigible, puesto que no figura en la convocatoria. Se mantiene un jefe de negociado —fíjese— dedicado específicamente a las vacaciones de la residencia Lazareto, de Mahón, que también tiene que saber D Base y tiene que tener experiencia —y es un mérito— en confeccionar la memoria anual de la residencia Lazareto, de Mahón.

Existe otra perla que yo no puedo obviar, está en la página 45.295 del Boletín Oficial del Estado, para que

nadie tenga dudas de qué estoy hablando. Un consejero técnico, nivel 28, de la subdirección general de asistencia y prestación farmacéutica, cuyo puesto de trabajo consiste en evaluar especialidades farmacéuticas, en elaborar informes de evaluación terapéutica y en coordinar grupos de expertos en la elaboración de protocolos, tiene que haber realizado, en cursos de formación y perfeccionamiento, un curso sobre protocolo y ceremonial en los actos oficiales.

Señor subsecretario, yo sé que usted no es, en origen, el responsable de esta convocatoria, pero aparte de que nos parece dudosa en el tiempo y en las formas, como hemos intentado exponer, algunos de sus contenidos nos hacen pensar que hemos pasado de la escopeta nacional a la chapuza nacional. Espero que en el futuro tenga usted un mejor devenir en estas sesiones. Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): ¿Grupos que desean intervenir?

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Bienvenido, señor subsecretario. Gracias por su primera comparecencia y felicidades por su completa y clara exposición sobre estas dos convocatorias de plazas, tanto en el Ministerio de Sanidad y Consumo como en el Insalud.

Quiero empezar resaltando lo que es evidente, que esta primera comparecencia la hace usted diríamos que a cuerpo descubierto. Como se dice en el argot taurino, hace usted un quite casi sin capote, ya que comparece cuando no ha hecho más que llegar al Ministerio de Sanidad y Consumo y no ha tenido, por tanto, no digo ya los 100 días ni un mes, sino tan siquiera una semana, de eso que denominamos en estos casos período de cortesía para poder tomar el pulso a su nuevo cargo y ponerse al día en sus nuevas responsabilidades. También quiero decirle que, al mismo tiempo que valoramos su presencia en esta Cámara por primera vez, teniendo en cuenta su trayectoria, no nos cabe la menor duda de que desempeñará usted su nuevo cargo de subsecretario con la misma brillantez y eficacia que los anteriores y que su antecesor en el mismo.

Señalaré también, por obligado, que valoramos y entendemos el tono prudente y elegante que han tenido los anteriores grupos que han intervenido —eso sí, unos más que otros— no haciendo una intervención beligerante, agresiva ni exigente, sino comprensiva, toda vez que, como ha dicho el representante de Izquierda Unida, este tema no sea amable y sí muy sensible ante los funcionarios estatutarios y también ante la opinión pública. Teniendo en cuenta que usted podría lógicamente acogerse a su ausencia y responsabilidad en las cuestiones por las que se comparece, tendríamos que esperar a nuevas comparecencias suyas, pasado un tiempo prudencial, para poder preguntarle, incluso acosarle con más

profundidad, sin prescindir del justo derecho de la oposición de ejercer la crítica que puede desprenderse del contenido de su informe, imputable, eso sí, a través de su cargo, al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Su primera exposición sobre estas dos convocatorias de plaza ha sido concisa pero clara y no deja la menor sospecha de que los dos concursos convocados, tanto por el Ministerio de Sanidad y Consumo como por el Insalud, puedan obedecer a una idea preconcebida de dejar atadas posibles situaciones o que respondan a razones de clientelismo en unos momentos previos a realizarse unas transferencias sanitarias, ni tampoco a engordar el listado de altos cargos, como se ha dicho en algún medio de comunicación. Esto se ha hecho claramente respecto a la convocatoria de plazas del Ministerio de Sanidad y Consumo, porque no se transfieren y, aunque pierdan algunas funciones, como ha dicho la representante de Izquierda Unida, ganan otras y se hacen de acuerdo a la nueva reestructuración; también en cuanto a la del Insalud porque, como hemos oído, obedece a un concurso de méritos habitual, periódico, regular y ordinario, que no supone incremento de ninguna plaza que no esté contemplada en el catálogo de relación de puestos de trabajo aprobado por la comisión ejecutiva de la Comisión Interterritorial de retribuciones, formada como saben ustedes por los mismos funcionarios. Además, esta convocatoria responde a la demanda reiterada de los sindicatos e informada por la dirección general de la Función Pública. Por tanto nada de improvisación, absoluta transparencia, legalidad, e irreprochable proceso administrativo. Ha pronunciado usted la palabra consolidación, pero puede considerarse que ha sido regularización y normalización de la mayoría de situaciones, pues estaban desempeñando previamente y de forma provisional los cargos por los que han salido.

En cuanto a la forma, he de decir al representante del PSOE, que es normal y de acuerdo con este tipo de concurso de méritos. Por encima de esas pequeñas interpretaciones de los méritos, que ha hecho de forma jocosa tienen siempre sus singularidades. Sabe muy bien el señor Arola, ustedes han sido consabidos maestros respecto a esas singularidades. **(Rumores.)**

En cuanto a la distribución de estas plazas en la periferia, sabe usted muy bien, porque ha sido consejero, que, una vez transferidas las competencias, todas estas catalogaciones tienen poco valor, ya que tendrán que encuadrarse y remodelarse en la definitiva relación de puestos de trabajo que hagan los respectivos servicios de salud. Ningún problema por esa parte. El número de plazas convocadas fue de 80. De ellas, señor Arola, corresponden 34 a las direcciones provinciales, y, al transferirse, vuelvo a repetirlo, no tendrán ningún problema y no habrá ninguna tipo de hipoteca. En cuanto a las que son de los servicios centrales, se absorberán en la mayoría por el Ministerio, y las que no se transfieran las va a absorber la Comunidad de Madrid; creemos

que no pondrán ningún reparo al respecto porque se quería quedar con todos los funcionarios.

También quiero señalar que no obedece a la verdad y que confunde a la opinión pública el artículo publicado en un diario, que se titulaba *la ministra de Sanidad engorda la lista de altos cargos a pesar de las transferencias* ya que ninguno de estos concursos oferta ninguna plaza de alto cargo, del nivel 30, ni de subdirector general o asimilado.

Nuevamente refiriéndome al organismo donde va a ir la mayoría de las plazas, el Ministerio de Sanidad y Consumo, este tipo de convocatorias responde no sólo a un requisito básico, como bien a dicho el subsecretario, sino que es el procedimiento establecido para garantizar el derecho de los funcionarios a la carrera profesional, tantas veces demandada, que se contempla, como sabe S. S., en el Real Decreto 364/1995. Con ello, se regulariza una serie de desempeños provisionales a los que ya ha hecho referencia.

Señorías, nada de oscuro, nada de clientelismo, ni nada que merezca reproche alguno, aunque es lógico que SS.SS. cumplan con su labor de oposición, pidiendo explicaciones claras y transparentes de cómo se producen la resolución de los recursos humanos en la Administración pública, cosa que se ha hecho.

Gracias, nuevamente, señor subsecretario, bienvenido a esta Cámara, y esperamos su próxima comparecencia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Respecto a la pregunta que planteaba la señora Castro sobre la necesidad de estas plazas, efectivamente hacían falta; prueba de ello es que mayoritariamente son plazas que estaban ocupadas ya, en situación provisional, pero ocupadas ya. Por otra parte, debo insistir en que no supone incremento de gasto por cuanto que las plazas estaban ocupadas ya mayoritariamente, y las vacantes eran plazas que estaban dotadas ya presupuestariamente.

Este proceso lo que pretende, como hemos dicho, entre otras razones, es dar estabilidad al personal; en definitiva no deja de ser una responsabilidad del Gobierno garantizar esa estabilidad y la carrera profesional que determina el propio real decreto de provisión de puestos de trabajo.

Respecto a las observaciones planteadas por el Grupo Popular... **(El señor Arola Blanquet: El PSOE.)** Perdón, Grupo Socialista. Como ustedes comprenderán, este primer día me puedo permitir alguna equivocación. Como bien saben ustedes, los requisitos que se plantean en un concurso de méritos se piden a cada una de las unidades que convocan la plaza, de manera que lógicamente es imposible que haya una homogeneidad entre los requisitos que se plantean para plazas similares. De aquí, las diferencias de los perfiles en las plazas que

aparecen convocadas, siempre ha sido así y no hay más que verlo en las distintas convocatorias de concurso de méritos, en la Administración desde tiempo inmemorial este tipo de circunstancias se produce así.

En cuanto a la cláusula de convivencia, que también planteaba su grupo, quiero decirle que esta cláusula estaba ya en concursos anteriores, como usted conoce, que procede de un acuerdo alcanzado con las centrales sindicales. Insisto en que se trata de un procedimiento reglado en el que están absolutamente garantizados los derechos de todos los funcionarios; es un procedimiento ordinario habitual; el número de plazas que se ha convocado es el habitual en este tipo de procesos anualmente; básicamente son plazas que estaban ocupadas ya —en consecuencia, no suponen un incremento de gasto— y, por supuesto, se ha hecho con toda la transparencia y siguiendo el procedimiento establecido en la normativa al efecto.

— **EL DESARROLLO NORMATIVO, ASÍ COMO EL ESTADO DE EJECUCIÓN DEL REAL DECRETO 1497/1999, DE 24 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA UN PROCEDIMIENTO EXCEPCIONAL DE ACCESO AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA. (Número de expediente 212/000390.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Punto siguiente del orden del día, comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo para informar sobre el desarrollo normativo, así como del estado de ejecución del Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista. Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señora presidenta, señorías, el Real Decreto 1497/1999 establece un procedimiento excepcional y único de acceso al título de médico especialista, dando una vía de solución a un problema histórico que, como es sabido, está directamente relacionado con el excesivo número de estudiantes de medicina que finalizaron sus estudios en las facultades españolas en la década de los años setenta, que junto con la limitada capacidad formativa del sistema sanitario, dio lugar a que médicos sin título oficial de especialista desarrollaran funciones en servicios de atención especializada. Este colectivo, conocido como **MESTO**, constituye una bolsa histórica que no ha podido absorber ni las sucesivas convocatorias **MIR**, en las que se ha ido incrementando progresivamente el número de plazas ofertadas, ni las sucesivas medidas adoptadas por los ministerios de Sanidad y Educación.

El procedimiento excepcional de acceso al título de especialista, al que me estoy refiriendo, afecta a un total de 48 especialidades médicas, excluida la especialidad de medicina familiar y comunitaria, que tiene un procedimiento propio, en concreto, el establecido en el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, para el acceso excepcional al título de medicina familiar y comunitaria, cuyas connotaciones específicas derivan de las previsiones contenidas en la Directiva 93/16/CEE, en relación con el ejercicio de la medicina general. El procedimiento que regula el Real Decreto que hoy nos ocupa, el 1497/1999, se divide en dos fases claramente diferenciadas: una primera fase de admisión previa, que lleva a cabo la comisión mixta Ministerio de Sanidad-Ministerio de Educación, prevista en el artículo 2.6 del Real Decreto 1497/1999, que resuelve individualmente si cada aspirante reúne el requisito previsto en el artículo 1.1.a) de dicho real decreto. Por las connotaciones específicas de este procedimiento no se publican las listas de admitidos, si bien cuando se ha concluido el proceso de admisión de todos los aspirantes de una misma especialidad se traslada una relación de los admitidos a los correspondientes tribunales para que se inicie la fase siguiente del procedimiento, que es la fase de evaluación, fase de evaluación que lleva a cabo un tribunal específico para cada especialidad, cuyos miembros son designados por la Administración, a propuesta de las comisiones nacionales, sociedades científicas y de la Organización Médica Colegial. Cada tribunal es el encargado de elaborar y evaluar la prueba técnico-práctica y el currículum profesional y formativo de los aspirantes que han superado la fase anterior.

A los efectos del desarrollo de este real decreto deben resaltarse las siguientes actuaciones. El 14 de mayo de 2001 se aprobó la resolución de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo por la que se establecen los criterios comunes sobre formato, contenido, garantías y calificación aplicables a los procedimientos de evaluación curricular y desarrollo de las pruebas a las que se refiere el artículo 3 del real decreto que nos ocupa. La finalidad de dicha resolución es establecer criterios comunes y uniformes que garanticen la homogeneidad del proceso en todas las especialidades.

Según lo dispuesto en esta resolución, la evaluación de cada aspirante (en lo que podríamos denominar la evaluación del conocimiento y de la experiencia) consta de dos partes que se valoran de forma conjunta. La primera parte consiste en la realización de una prueba teórico-práctica, cuya evaluación, sobre una escala de 0 a 60 puntos, estará integrada por la suma de las puntuaciones obtenidas en las dos fases en las que se subdivide asimismo esta prueba, una contestación a un cuestionario de cien preguntas tipo test, que se evalúa sobre una escala de 0 a 30 puntos, y la resolución de tres supuestos prácticos, que se evalúan cada uno de ellos de 0 a 10 puntos. La segunda parte consiste en la valoración del currículum profesional y formativo de cada aspirante,

cuya evaluación, sobre una escala de 0 a 40 puntos, se efectuará por cada tribunal a la vista de la documentación aportada por cada solicitante y, en su caso, del resultado de la entrevista a la que también se hace referencia en el artículo 3.2 del Real Decreto 1497/1999.

En otro orden de cosas pero directamente relacionado con el tema objeto de esta comparecencia, debo indicar a SS.SS. que a nivel comunitario se ha producido un hecho de especial importancia, como es que, a propuesta del Gobierno de España, se haya procedido, mediante la Directiva 2001/19/CEE, publicada en el Boletín Oficial de las Comunidades Europeas el 31 de julio de 2001, a la incorporación en la Directiva 93/16/CEE de un párrafo nuevo en su artículo 9, que se refiere expresamente al reconocimiento a nivel europeo y, en consecuencia, por todos los Estados miembros que integran la Unión Europea de los títulos de médico especialista expedidos al amparo del Real Decreto 1497/1999. En base a esta modificación de la directiva el reconocimiento de los títulos que se expiden como consecuencia de este real decreto se efectuará mediante un procedimiento simple que consiste en que el interesado acredite, a través de una certificación expedida por las autoridades competentes españolas, que ha superado la prueba de competencia profesional específica organizada en el marco de las medidas excepcionales que figuran en el Real Decreto 1497/1999, con el fin de verificar la posesión por el interesado de un nivel de conocimientos y competencias comparable al de los médicos que ostentan los títulos de médico especialista que figuran para España en el apartado 3 del artículo 5 y en el apartado 2 del artículo 7.

Como he señalado a SS.SS., a la comisión mixta le corresponde llevar a cabo la fase administrativa de admisión de los aspirantes, debiendo resolver si en cada caso el aspirante cumple o no el requisito previo que se establece en el artículo 1.1.a) del real decreto, que exige acreditar un ejercicio profesional efectivo como médico dentro el campo propio y específico de una especialidad durante un período mínimo equivalente al 170 por ciento del período de formación establecido para la misma en España. Esta comisión mixta se reunió por primera vez el día 23 de junio de 2000, habiendo celebrado hasta la fecha un total de diez sesiones, la última de las cuales ha tenido lugar el día 17 de enero del corriente año. En el transcurso de las referidas reuniones y con el apoyo de grupos de expertos integrados por funcionarios de Sanidad y Educación, la comisión mixta ha revisado las solicitudes presentadas, que ascienden a 12.085. Sobre esta cifra pueden producirse pequeños deslizamientos motivados por solicitudes presentadas fuera de plazo o por duplicidades en la solicitud de especialidad, que se depuran a medida que los expedientes son analizados para su elevación a la comisión mixta. No obstante, sí quiero resaltar el importante número de solicitudes recibidas, 12.085.

Quiero señalar a SS.SS. que este proceso de revisión tiene una gran complejidad. De una parte, el volumino-

so número de solicitudes presentadas y la cantidad de documentación de cada una de ellas ha exigido poner en marcha un dispositivo administrativo acorde con esta situación. La documentación recibida ha sido analizada de forma muy minuciosa, con el objetivo de asegurar que no se excluía a nadie que reuniera los requisitos mínimos que se exigen en el real decreto. Con esta misma finalidad se han producido muchos actos intermedios; es decir, cuando se ha puesto de manifiesto que a un determinado solicitante le faltaba cierta documentación complementaria o que la documentación aportada debía ser subsanada, desde la comisión mixta nos hemos dirigido al solicitante a fin de recabar o mejorar esta documentación. Igualmente en esta serie de actos intermedios se incluye, en su caso, la notificación previa a cada interesado de la propuesta de exclusión, destinada a posibilitar que formule alegaciones que son estudiadas antes de que la comisión mixta dicte la resolución definitiva de exclusión. En resumen, se trata de un procedimiento, como ya he señalado, muy laborioso y en el que se han extremado todas las medidas para garantizar el derecho a acceder al título de especialista a todos los solicitantes que reúnan los méritos necesarios para ello. Estas circunstancias hacen que el proceso de cierre de cada especialidad, es decir, la relación de todas las solicitudes admitidas de cada especialidad, se esté realizando progresivamente según el número de solicitantes y la complejidad de los problemas que se planteen en cada una de ellas. Quiero recordarles que el proceso se inició en el mes de marzo del año 2000, es decir, una vez concluido el plazo para la presentación de solicitudes que, como recordarán, era de seis meses desde la fecha de publicación del real decreto. Al día de la fecha se encuentran cerrados los procedimientos de admisión relativos a 37 especialidades y 11 se encuentran aún pendientes de la correspondiente resolución en la comisión mixta. A continuación me referiré a la situación en la que se hallan cada una de ellas.

Por lo que respecta a las 37 que han concluido los procedimientos de admisión, se han publicado las resoluciones por las que se determina la composición de los tribunales de evaluación y se han realizado o están a punto de realizarse las pruebas correspondientes a 31 especialidades médicas. En concreto, la situación de estas 31 especialidades médicas es la siguiente: Han concluido absolutamente sus actuaciones 23 tribunales correspondientes a las especialidades de anatomía patológica, cirugía cardiovascular, cirugía pediátrica, cirugía torácica, farmacología clínica, medicina nuclear, neurofisiología clínica, alergología, aparato digestivo, bioquímica clínica, endocrinología y nutrición, neumología, otorrinolaringología, reumatología, medicina de la educación física y el deporte, análisis clínicos, angiología y cirugía vascular, cardiología, hidrología, medicina intensiva, nefrología, neurocirugía y oncología médica. Sus propuestas se han trasladado al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte —excepto las que se refieren a car-

diología y medicina intensiva, pendientes de las últimas actuaciones formales del tribunal—, a fin de que dicte las correspondientes resoluciones de concesión o en su caso denegación del título de médico especialista. El número total de solicitantes admitidos en estas 23 especialidades ha sido de 1.226. De estos, se han presentado a las pruebas de evaluación 1.161 y han sido declarados aptos 863, lo que representa el 74,33 por ciento del total de aspirantes que se presentaron, y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte ha concedido ya 662 títulos. Las ocho especialidades restantes —anestesiología y reanimación, hematología y hemoterapia, inmunología, microbiología y parasitología, neurología, oftalmología, oncología, radioterapia y rehabilitación— están pendientes de la realización de la prueba teórico-práctica, que tendrá lugar el próximo 9 de marzo. Una vez corregida esta prueba y efectuada la posterior evaluación de los currícula profesionales y formativos de los aspirantes, se trasladarán las correspondientes propuestas al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en el plazo aproximado de dos meses desde la celebración de la mencionada prueba teórico-práctica. Las otras seis especialidades que han concluido ya el procedimiento de admisión son: cirugía plástica y reparadora, dermatología médico-quirúrgica y venereología, radiodiagnóstico, urología, medicina legal y forense y medicina del trabajo. La resolución publicando la constitución de estos tribunales y convocando a los aspirantes a la realización de las pruebas se producirá a lo largo de este mes de marzo y está previsto que la prueba teórico-práctica se realice en el segundo trimestre de este año, ya que debe mediar un plazo mínimo de dos meses entre la convocatoria y la realización efectiva de las pruebas. Las 11 especialidades pendientes aún de cierre en la comisión mixta son: cirugía general y del aparato digestivo, cirugía maxilofacial, geriatría, medicina espacial, medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría y sus áreas específicas, psiquiatría, traumatología y cirugía ortopédica, medicina preventiva y salud pública y estomatología. En consecuencia, se puede afirmar que el proceso de revisión material de los expedientes de todas las solicitudes formuladas por este procedimiento está prácticamente concluido, a la espera de que se formalicen los correspondientes acuerdos de la comisión mixta. La única excepción son las especialidades de medicina espacial y de medicina preventiva y salud pública. En el caso de la de medicina espacial el escaso número de especialistas con título oficial dificulta enormemente la constitución de los tribunales. Además, la posible inclusión de esta especialidad dentro del ámbito de la medicina del trabajo aconseja cierta prudencia a la hora de concluir el proceso. Por lo que respecta a la especialidad de medicina preventiva y salud pública, el gran número de solicitudes presentadas —2.422—, unido a la amplitud de la especialidad y a la complejidad para hacer la valoración de los diferentes méritos aportados por los aspirantes, hace recomendable que el cierre del proceso de admisión sea

motivo de una sesión específica de la comisión mixta, que se celebrará más adelante.

Como ya he expuesto a SS.SS., el calendario de publicación de los tribunales de estas especialidades estará en función de las que se cierren en la próxima reunión de la comisión mixta, prevista para dentro de dos semanas, y de la resolución de los problemas técnico-organizativos que se derivan de la realización de unas pruebas que tienen una considerable complejidad y magnitud. Además de contar con un número de aspirantes elevado, hay otras dificultades añadidas, como la de disponer de aulas apropiadas en fechas que no coincidan con las actividades de las instituciones que las facilitan, normalmente universitarias.

En definitiva, señorías, esta es la situación en que se encuentran las actuaciones que vienen realizando el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Educación, Cultura y Deporte en desarrollo del Real Decreto 1497/1999, por el que se establece un procedimiento excepcional y por una única vez para acceder al título de médico especialista. A continuación, contestaré a las preguntas que tengan a bien formularme SS.SS. en relación con el tema de esta comparecencia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES**: En primer lugar, quiero saludar al subsecretario, felicitarle por su reciente nombramiento y, cómo no, darle la bienvenida a esta Comisión. Le deseo éxito en el desempeño de su nueva responsabilidad, importante por su contenido y por el momento en que nos encontramos, en que se han producido ya, después del 1.º de enero, las transferencias de todo el Sistema Nacional de Salud. Ya dijimos en una comparecencia de la señora ministra que todos tenemos que cambiar el chip, y también el ministerio y sus directivos. Estamos en un momento crucial para el futuro de la cohesión y de la equidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

Dicho esto, entro ya en el tema de la comparecencia. Nosotros la pedimos hace un año aproximadamente porque nos preocupaba la inquietud que generaba en el colectivo de que hablamos el impasse producido en el proceso de puesta en marcha de este real decreto. La situación ha ido cambiando desde entonces y podemos decir que ha evolucionado favorablemente con los pasos que se han dado. No obstante, dada la complejidad del proceso, que afecta a doce mil y pico profesionales y a cuarenta y tantas especialidades médicas, persiste nuestra preocupación. Algunos exámenes no se han realizado aún, como usted ha dicho, y la comisión mixta se ha visto desbordada por el gran número de instancias presentadas; por otra parte, tenemos el resultado de muchas pruebas, pero no el de todas.

Este real decreto tiene su origen en una iniciativa presentada en esta Cámara, que percibió la necesidad de dar solución a este problema histórico que afectaba a miles de personas. La solución se canalizó a través de la norma del Gobierno a que me refiero, que pretende reconocer y resolver la situación de miles de facultativos que llevan años ejerciendo como interinos en plazas de especialistas del Sistema Nacional de Salud. Nos parece importante hacer un seguimiento y que esta Comisión sea informada —como ocurre hoy— del desarrollo del real decreto, de las dificultades de su aplicación y, en definitiva, de su grado de ejecución. Nos preocupan especialmente algunos aspectos que comentaré a continuación.

Somos conscientes —y lo dijimos recientemente en una pregunta formulada a la señora ministra en el Pleno— de que estamos ante convocatorias extraordinarias realizadas al amparo de la Ley 16/2001, que estableció un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas. Los profesionales de que hablamos han desarrollado su labor en plazas de interinos especialistas y no han tenido hasta ahora posibilidad de consolidar su empleo porque no han podido aportar un título en las convocatorias de plazas de especialista. Su situación de desventaja es tal que tienen dificultades para competir en plazas de medicina general, puesto que están en peores condiciones que los compañeros de promoción que optaron por permanecer como interinos en dichas plazas, es decir, que las personas que accedieron a formarse y a ocupar plaza de especialista, ante la demanda de las administraciones sanitarias, carecen de antigüedad en plazas de medicina general para poder optar a una de ellas.

La disposición transitoria primera del real decreto por el que se regula un procedimiento extraordinario dice que los profesionales que se encuentren tramitando el título por el procedimiento mencionado en el mismo podrán participar en la convocatoria, pero que la obtención de la plaza no surtirá efecto si no se ha resuelto previamente el procedimiento de obtención del título. En una pregunta sobre este asunto que nuestro grupo formuló en el Pleno, la señora ministra contestó que ella entendía que esta disposición transitoria garantiza la permanencia de estos profesionales en el sistema y que garantiza asimismo no sólo que los mismos puedan presentarse a la convocatoria, sino también la adquisición de la plaza en caso de haber superado las pruebas, y que se esperaría a que hubieran obtenido el título para la toma de posesión. Esta contestación aclara bastante la posición y la voluntad del ministerio. Sería conveniente, para evitar inseguridades jurídicas, que en el seno del Consejo interterritorial y en la comisión creada al efecto de coordinación dentro del Sistema Nacional de Salud, se aclararan y homogeneizaran los criterios en las diferentes convocatorias, así como que se arbitraran los medios necesarios para acelerar el procedimiento de obtención del título, no sólo en lo referente a los dictá-

menes de los tribunales sino también en los exámenes que quedan por convocar. Insistimos en este punto no sólo por el procedimiento de la convocatoria extraordinaria, sino porque todos conocemos que algunas plazas ocupadas por profesionales llamados MESTO están judicializadas, incluso hay sentencias firmes del Supremo y existe jurisprudencia contradictoria sobre este tema. En este sentido, me gustaría saber la previsión de fechas de exámenes y de finalización de ese proceso.

El otro punto que nos preocupa es el de la incidencia en alguna especialidad objeto de valoración, como es el tipo de preguntas o la valoración de los currícula de los profesionales que, a nuestro entender y según el colectivo de afectados, no se corresponde con el espíritu de lo que se pretendía en el real decreto. Queríamos saber qué tipo de criterios de homogeneidad se han dado en los diferentes tribunales respecto al punto 2 del artículo 3 del real decreto, sobre sustentar una valoración curricular y el desarrollo de la prueba o exámenes que se llevarán a cabo por el tribunal de cada especialidad conforme a criterios comunes sobre formatos, contenidos de pruebas, garantía y calificaciones a través de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Debería evitarse que esto impactara en los resultados finales de estas especialidades, así como que haya terceros intereses en cuestionar la validez de este proceso que todos queremos avalar con las máximas garantías para que los profesionales que obtengan el título por este procedimiento desarrollen con todas sus consecuencias su futuro profesional.

Creemos que hay especialidades que van a ser conflictivas desde el punto de vista de su valoración, como es el caso de la especialidad de salud pública, puesto que se encorseta en una especialidad vía MIR que en España nació fundamentalmente basada en una formación de medicina preventiva hospitalaria. Hoy hay un gran número de profesionales de la salud pública comunitaria que están en el mundo de la gestión, de primaria, en centros de salud, cuya actividad abarca mucho más allá de las puertas del hospital. No sé si hay alguna previsión para resolver este conflicto.

Es importante reflexionar sobre lo que está ocurriendo, sobre todo de cara al futuro, y saber qué medidas se van tomar para que esta situación no vuelva a repetirse. En la exposición de motivos del real decreto sobre los MESTO se reconocía que dichos profesionales resolvieron las importantes necesidades de especialistas que el sistema sanitario demandaba y que no eran cubiertas por las inicialmente limitadas capacidades formativas del sistema sanitario a través de la vía MIR. Estas circunstancias permitieron a las diferentes administraciones sanitarias completar las plantillas de especialistas en hospitales y, en el caso de pediatría, en los centros de salud y dar una respuesta adecuada a las necesidades asistenciales. Hagamos que sea real y, después de resolver este conflicto histórico, cerremos las puertas para no volver a encontrarnos dentro de unos años con este mismo fenómeno. Digo esto porque la capacidad for-

mativa que hoy tiene nuestro sistema sanitario a través de la vía MIR es muy diferente de lo que fue en su inicio y hoy por hoy no se está aprovechando al cien por cien. Como conocerán SS.SS. nos encontramos con dificultades a la hora de dar una respuesta a la necesidad de cubrir plazas de ciertas especialidades. Hago esta reflexión, aunque no sea el objeto específico de esta comparecencia, para saber qué está haciendo el ministerio en cuanto a la planificación de recursos humanos y qué medidas va a tomar para evitar el desequilibrio entre oferta y demanda en ciertas especialidades que afectan a gran parte del territorio. En las comunidades autónomas más alejadas, como la canaria, tenemos más dificultades para encontrar en el mercado médicos de determinadas especialidades, lo que está afectando a la capacidad de prestar la asistencia correctamente.

Finalizo reiterándole la bienvenida a esta Comisión. Por lo que respecta a la actividad que el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria desarrolla en la misma, esperamos colaborar y trabajar conjuntamente en pro de la necesidad de seguir cohesionando el Sistema Nacional de Salud.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Señor subsecretario, todos conocemos perfectamente que el arrastre de la legislatura y de las iniciativas que estaban presentadas le ha traído a usted hoy aquí y, por tanto, aunque no hemos hecho el curso de protocolo, el curso de prensa de Barcelona, intentaremos que nuestro tono sea amable. Tampoco vamos a hacer una historia larga del problema porque ya se ha hecho. Intentaremos ser breves.

Aquí existe un problema y es que hay que acertar en la aplicación de lo que está previsto en el decreto y en las órdenes que lo regulan, porque de la misma manera que hay personas preocupadas por su posición, sobre las dudas de los criterios para dar titulación, es decir, para aprobar al MESTO, en ocasiones también hay dudas sobre alguna especialidad, cuyas notas pueden estar muy cerca de ser comunicadas, en las que pueden no cumplirse algunas de las cosas que se dicen en la orden, por ejemplo, que se trata de un examen para ver cuál es la práctica habitual que realiza un médico especialista para que demuestre que sabe resolver los problemas médicos prevalentes, por tanto, que no se trata de un examen de excelencia sino que se trata de un examen de tratar la prevalencia, etcétera. Ya se ha dicho que este proceso seguro que es largo y difícil y que hay que procurar solucionarlo bien, a pesar de las dificultades que tiene, así como hay que intentar, fundamentalmente por parte de los distintos servicios del Sistema Nacional de Salud, que no se vuelva a repetir esta situación. Creo que van a tener el apoyo del conjunto de las

comunidades autónomas para que esta situación, cuyas consecuencias conocemos, no se repita. Es un proceso largo y difícil que hay que unir a la Ley de consolidación de empleo, lo que permitiría dar los pasos necesarios para su agilización. Por otra parte esta solución feliz y final a este problema sería lógicamente un buen resultado del proceso de negociación —complicado también— al que ha dado lugar esta convocatoria.

¿Cuál es la posición del Grupo Socialista? Nosotros vamos a estar atentos al desarrollo de estas pruebas. Manifestamos nuestra preocupación en este momento porque algún tribunal, por las noticias que nos llegan, puede estar siendo excesivamente riguroso —yo creo que todos los presentes saben a qué me estoy refiriendo en estos momentos y alguna autoridad sanitaria también porque se lo he hecho llegar—. Además queremos que este posible precedente no se repita. Yo creo que los ministerios implicados deben realizar un papel de coordinación y de coherencia entre el examen, el reconocimiento del título y el problema que vienen a solucionar. Seguiremos atentos por lo tanto hasta que este problema pueda quedar finalmente resuelto y animamos a que usted desde la subsecretaría impulse también este proceso para que se pueda resolver finalmente bien, porque si no tendremos problemas todos. Como usted muy bien sabe, estamos en la fase en la que, trabajando bien, nos podemos evitar los problemas. Además, señor subsecretario, esta vez los problemas no serían protocolarios. Bienvenido de nuevo a esta Comisión y es cuanto queríamos decir después de la intervención de la portavoz de Coalición Canaria respecto a esta solicitud de comparecencia.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Voy a intervenir muy brevemente para fijar la posición en esta segunda comparecencia sobre el estado de ejecución del Real Decreto 1497/1999 para intentar resolver el problema de los llamados MESTO, aunque tengo que empezar diciendo que, en su intervención, la representante del Grupo de Coalición Canaria, grupo peticionario de esta comparecencia, ha ido un poco más allá y no sólo se ha parado en el procedimiento excepcional sino que ha que ido a la consignación de empleo. (**La señora Valentín Navarro: Que conteste él.**) Nosotros la entendemos y nos parece lógico, pero también entenderá que está fuera de esta comparecencia, que ya lo ha preguntado usted y que puede estar abierto a otra iniciativa distinta, que seguro que la vamos a apoyar. Dicho esto, quiero agradecer al señor subsecretario su segunda exposición, en la que ha quedado meridianamente claro que el Gobierno ha actuado con diligencia y eficacia y con un cumplimiento casi matemático en los plazos en la resolución de este problema crónico del sistema sanitario, aunque lógicamente pueda no

parecerlo por la explicada laboriosidad de las fases de este procedimiento, sobre todo la primera, por la cantidad de solicitantes y de documentos a aportar por los mismos, que hace sin duda que el tiempo de resolución sea muy dilatado, pero lo importante a resaltar es que, como ha dicho el subsecretario, no ha habido dilación, demora ni incumplimiento y el problema que se afrontó en esta legislatura terminará resuelto en ella. Tenemos que destacarlo porque es muy importante y satisfactorio, ya que, en definitiva, como ha dicho el representante del PSOE, nos compete a todos.

Hay que hacer hincapié en que resolvemos un problema que arranca, como bien ha dicho el subsecretario, nada menos que en la década de los setenta, cuando coincidieron en el tiempo dos problemas hoy a punto de resolverse, uno, el excesivo número de alumnos de medicina y sus consecuencias posteriores y, otro, la manifiesta y limitada capacidad de formación de entonces del sistema sanitario, problemas que dieron lugar a que muchos médicos generales sin titulación adecuada desempeñaran y ocuparan plazas de atención o de asistencia especializada, formándose esa bolsa histórica conocida como los MESTO, que todavía no ha podido resolver el sistema de formación conocido como para médicos internos o residentes (MIR), a pesar de que han ido aumentando año tras año las plazas de acceso por este sistema. El procedimiento excepcional que se plasmó en el Real Decreto 1497/1999 y que afecta a 48 especialidades, como saben SS.SS., tiene dos fases, que, vuelvo a repetir, han venido cumpliéndose desde que terminó el plazo de presentación de solicitudes y documentos requeridos en marzo de 2000 y que, por tanto, duró seis meses. La primera fase, sin duda, es la más laboriosa, la de selección, previa a la formación de la comisión mixta prevista en el real decreto, que, como hemos oído, se reunió por primera vez tres meses después, una vez que se ordenaron los documentos recibidos, que ha celebrado 10 sesiones y ha resuelto ya el procedimiento de admisión de 37 de las 48 especialidades. La segunda fase es la de evaluación, sobre la que han expresado su preocupación algunos de los intervinientes, hecha por los tribunales específicos, con criterios claros y homogéneos que ha explicado bien el subsecretario, aunque, claro está, con la autonomía necesaria y clara que tienen los tribunales. Lógicamente también nos preocupa a nosotros lo que pudiera ocurrir en algunas especialidades. Ya sabe el interviniente que, aparte de conocerlo, nos hemos reunido con ellos, lo conoce el ministerio y procuraremos resolverlo y, además, como han dicho SS.SS., que no se repita en el futuro. Ya se han resuelto 23 especialidades totalmente y se han concedido 662 títulos, que es importante, en este mes se resolverán ocho más y los demás seguirán el proceso fijado. Podemos decir a modo de conclusión final que ha habido un diligente cumplimiento por parte del Gobierno en este problema crónico, que se resolverá antes de terminar esta legislatura, y, por tanto, todos debemos alegrarnos porque una iniciativa

que se abordó en este Parlamento, como ha recordado la portavoz del grupo canario, propiciada por una proposición no de ley aprobada a finales de 1997, en un período razonable marcado por los plazos de obligado cumplimiento se resolverá en esta legislatura.

Sólo me queda tomarme una pequeña revancha amistosa con la compañera de Izquierda Unida, señora De Castro, aunque no esté aquí; como es bueno lo que le voy a decir, me tomó la iniciativa de decírselo. Continuamente viene acusando al Grupo Popular de que sólo aprobamos las proposiciones no de ley instando al Gobierno para que estudie y estudie y nunca resuelve nada. Pues tengo que decirle que esta es una prueba clara de que este Gobierno cumple no solamente lo que promete, sino también aquello con lo que se compromete. Además sumamos a la alegría del cumplimiento el hecho de que a nivel comunitario, como ha dicho muy bien el subsecretario, se haya aprobado mediante una directiva el reconocimiento de estos títulos de médicos especialistas que se expidan a través del Real Decreto 1497/1999.

Gracias, señor subsecretario, bienvenido nuevamente a esta Cámara, en la que le esperamos en otra ocasión en la que sin duda tendrá mayor asentamiento en su cargo y más decisiones y responsabilidades asumidas, aunque tengo que decirle para su satisfacción que a pesar de ser su primera comparecencia y con tan poco período de gracia, como le decía al principio, esta no ha desmerecido en claridad y concisión. Por tanto, en lo que se refiere a nuestro grupo, nos sentimos satisfechos con sus explicaciones y esperamos que en el caso de los MESTO suceda lo mismo con el resto de los grupos y sobre todo con el grupo demandante.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Vamos a hacer una pequeña consulta a los portavoces. Suspendemos la sesión por cinco minutos.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión a las doce del mediodía.

PREGUNTAS:

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA) SOBRE PREVISIONES ACERCA DEL DESARROLLO DEL ARTÍCULO 5.º DEL REAL DECRETO-LEY 5/2000, EN RELACIÓN AL DESARROLLO NORMATIVO SOBRE PROMOCIÓN Y PUBLICIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE USO HUMANO. (Número de expediente 181/001319.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, continuamos la sesión de la Comisión pasando a la contestación de preguntas.

En primer lugar, pregunta formulada por doña María del Mar Julios Reyes, del Grupo Parlamentario de Coa-

lición Canaria, sobre previsiones acerca del desarrollo del artículo 5 del Real Decreto-ley 5/2000, en relación al desarrollo normativo sobre promoción y publicidad de los medicamentos de uso humano.

Tiene la palabra la señora Julios Reyes.

La señora **JULIOS REYES:** Mi pregunta se refiere a las previsiones del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca del desarrollo del artículo 5 del Real Decreto-ley 5/2000, en relación al desarrollo normativo sobre promoción y publicidad de los medicamentos de uso humano.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Menéndez, puede contestar cuando quiera.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señoría, el artículo 5 del Real Decreto-ley 5/2000 dispone que el Gobierno antes del 31 de octubre del año 2000, a los efectos de una mayor racionalización de las actividades de promoción de las especialidades farmacéuticas, actualizará los artículos 17 y 18 del Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. En cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró en su día un proyecto de real decreto actualizando estos artículos. Este proyecto era acorde con la normativa existente a nivel comunitario y en especial con la Directiva 92/28/CEE, relativa a la publicidad de los medicamentos de uso humano. De otra parte, y a partir del 47.º Comité Farmacéutico de la Unión, celebrado en abril de 1999, se han venido desarrollando en el seno de la Unión Europea una serie de actividades dirigidas a estudiar diferentes aspectos relacionados con la información, la publicidad y el comercio electrónico de medicamentos. Estos trabajos, en los que ha participado el Ministerio de Sanidad y Consumo, han concluido señalando que es necesario modificar el marco legislativo actual a fin de tener en cuenta los cambios de tipo tecnológico y de todo orden producidos en las últimas décadas. A partir de estas conclusiones, se ha elaborado por parte de la Comisión una propuesta que, entre otras cosas, introduce algunos cambios en las normas en materia de publicidad de medicamentos, destacando en primer lugar una ampliación del concepto de publicidad, de forma que se incluya en el mismo cualquier actividad dirigida a dar a conocer la disponibilidad de un medicamento con independencia de si se promueve su prescripción, suministro, venta o consumo. Otra modificación propuesta en esta materia es la implantación de una experiencia piloto en el ámbito del suministro de información a pacientes en tres áreas terapéuticas específicas, en las que existe una fuerte demanda por parte del público en general, como son sida, asma, bronquitis crónica y diabetes. No obstante, la Comisión advierte que no está proponiendo autorizar la publicidad directa al público de medicamentos de prescripción, sino que simplemente

trata de asegurarse de que, en relación con estas tres áreas terapéuticas, cuando se solicite información por parte de un paciente o de un grupo de pacientes, se les pueda facilitar información validada y específicamente orientada a ellos. Esta propuesta, que vendría por tanto a modificar el marco legislativo comunitario y en concreto la directiva 92/28/CEE, ha iniciado su revisión en el Consejo coincidiendo con la presidencia española. El proceso de revisión implica una cierta complejidad, sobre todo porque debemos valorar con todo detalle las posibles implicaciones que podría tener sobre nuestra legislación actual, sobre el uso racional del medicamento, sobre el gasto sanitario y en particular sobre la publicidad. Por tanto, lo más aconsejable ante esta situación es esperar a que avancen los trabajos actualmente en marcha, con la finalidad de que el proyecto de real decreto en el que ha estado trabajando el ministerio no dé lugar a posibles colisiones con futuras regulaciones de ámbito supranacional. No obstante, debo indicar a S.S. que este proyecto de real decreto actualizando los artículos 17 y 18 del Real Decreto 1416/1994 está incluido dentro del Plan normativo del Ministerio de Sanidad y Consumo para el año en curso.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la señora Julios Reyes.

La señora **JULIOS REYES:** He formulado esta pregunta porque el artículo 5 del real decreto-ley mencionado que hay que desarrollar se encuadra en el contexto de un real decreto de medidas urgentes para la contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso del medicamento. Lo que dice ese artículo no lo voy a repetir, puesto que usted ya lo ha manifestado, pero quiero recordar que en la defensa de dicho real decreto que hizo la señora ministra en el Pleno de 29 de junio de 2000 se argumentó que uno de los elementos que más inciden en el crecimiento del gasto farmacéutico es el estímulo de la demanda, que sin duda se propicia a través de las importantes inversiones promocionales de las empresas farmacéuticas. Asimismo se dijo que países de nuestro entorno europeo han empezado a tomar medidas al respecto en el contexto de las políticas de control del gasto y uso racional del medicamento. Así, por ejemplo, se citó al Reino Unido, en donde se limita el porcentaje máximo de cifras de ventas que las compañías pueden invertir en publicidad, y a Francia, en donde existe un impuesto que grava la inversión en promoción del medicamento. Pues bien, en relación con esta intención del Gobierno, expresada por la ministra en el Pleno, de limitar de alguna forma las actuaciones de la industria farmacéutica en el campo de la promoción del medicamento, tengo que decir que la necesidad de acometer esta tarea sigue estando vigente y es urgente. Como todos sabemos, desde principios de año las transferencias sanitarias ya se han completado y las comunidades autóno-

mas, como es lógico, han de seguir dando la prestación farmacéutica y cubrir los costes de una creciente factura originada por recetas y a veces esto no está suficientemente financiado. Digo esto porque todos sabemos que en el reciente acuerdo de financiación se prevé el crecimiento en la financiación en torno al PIB nominal y también todos sabemos que el crecimiento del gasto por medicamentos a través de recetas está por encima de éste debido fundamentalmente por un lado al aumento de la demanda y por otro al incremento del precio de los nuevos medicamentos. Queramos o no, la inversión que la industria realiza en publicidad repercute en los costes del medicamento, pero desde nuestro punto de vista no añade valor ni a la prestación ni al usuario ni al sistema público sanitario y eso es precisamente lo que hay que equilibrar. El Estado es el que tiene competencias legislativas sobre esta materia y es importante que las desarrolle, ya que, de no hacerlo, ello contribuirá de alguna forma a generar en diferido a las comunidades autónomas unos costes que no están presupuestados, fundamentalmente en la evolución de cara al futuro, lo que impide un desarrollo armónico y equitativo del Sistema Nacional de Salud, así como la pérdida de una oportunidad, algo que es importante resaltar, para seguir modernizando las prestaciones, incluso la del medicamento, y abarcar nuevas prestaciones profundizando en su calidad. Teniendo en cuenta la nueva situación del Sistema Nacional de Salud, ahora es más urgente que nunca que el ministerio dé una respuesta, articulando el consenso a través del medio adecuado, el Consejo Interterritorial de Salud, para desarrollar estos aspectos normativos, así como que dé respuesta a las necesidades legislativas que demanda la correcta gestión del sistema público, gestión que hoy por hoy realizan las comunidades autónomas. El desarrollo de estos aspectos normativos y legislativos es también una necesidad urgente y prioritaria.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Quiere añadir algo el señor subsecretario?

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): No.

— **DE LA SEÑORA GARCÍA ARIAS (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE OPINIÓN DEL GOBIERNO ACERCA DE LA NEGATIVA DE LAS EMPRESAS DEL SECTOR ENERGÉTICO A PARTICIPAR EN LAS JUNTAS ARBITRALES DE CONSUMO. (Número de expediente 181/001344.)**

— **DE LA SEÑORA GARCÍA ARIAS (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE MEDIDAS PARA QUE LAS EMPRESAS DEL SECTOR ENERGÉTICO ACEPTEN PARTICIPAR EN LAS JUNTAS ARBITRALES DE CONSUMO. (Número de expediente 181/001345.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las dos siguientes preguntas, las cuales, de acuerdo con la diputada que las realiza, la señora García Arias, se unen.

Tiene la palabra.

La señora **GARCÍA ARIAS** (doña Ludivina): Con motivo de unas recientes preguntas que formulé al Gobierno sobre las empresas del sector de telecomunicaciones y de la energía que participan en las juntas arbitrales de consumo, me respondió con datos, con información, una contestación en la que se veía claramente que muy pocas empresas de gas local participaban en las juntas arbitrales de consumo y ninguna de las compañías eléctricas ni ninguna de las grandes del sector del petróleo, gas y derivados. El Gobierno dijo lo siguiente: Por si fuera de utilidad, se informa que en gas y electricidad el número de reclamaciones representa un porcentaje pequeño. Me sorprendió esta respuesta y por eso, señor presidente, he decidido formular estas dos preguntas: si la opinión del Gobierno, sobre todo después de los recientes apagones y de las reclamaciones a Gas Natural, es que no existen reclamaciones y si no sería necesario que se inste desde el Gobierno a que participen en las juntas arbitrales de consumo. Quiero escuchar una primera opinión y después haré algún comentario.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo.

Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señoría, debe entenderse que las preguntas no se refieren a la participación de las empresas del sector energético en las juntas arbitrales de consumo que, como es sabido, son los órganos en los que se resuelven las discrepancias entre los consumidores y las empresas adheridas al sistema arbitral de consumo, sino precisamente sobre la posible adhesión de estas empresas al sistema arbitral de consumo a través de las diferentes juntas arbitrales de consumo. En este sentido, conviene en primer lugar recordar que el sistema arbitral de consumo es uno de los mecanismos o procedimientos existentes para la resolución de conflictos o discrepancias entre los proveedores o suministradores y los usuarios o clientes, pero no es el único. Esta consideración es relevante porque el nivel de adhesión en un determinado sector no implica un diferente grado de protección de los derechos de los consumidores frente a los servicios o productos existentes en el mercado. Los consumidores y usuarios españoles están amparados por un amplio marco legislativo que garantiza la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos y servicios que se ofertan y que ofrecen los procedimientos necesarios para salvaguardar sus derechos como consumidores en unas condiciones similares a las del resto de los ciudadanos de la Unión Europea.

El sistema arbitral de consumo es un procedimiento extrajudicial y voluntario para la realización de consultas y reclamaciones entre consumidores y productores o proveedores. Estas dos connotaciones, extrajudicial y voluntario, son esenciales en el concepto del sistema arbitral de consumo. Es evidente que el carácter extrajudicial hace que el sistema arbitral de consumo tenga una relativa mayor proximidad para el usuario, lo que se traduce en una cierta facilidad para presentar ante él las discrepancias que puedan producirse. De otra parte, la voluntariedad del sistema puede limitar sus efectos al estar basado en la libre adhesión de los prestadores de servicio, pero también es cierto que esta circunstancia hace que los consumidores valoren positivamente esta adhesión, en lo que podríamos denominar una discriminación positiva, al entender que las empresas incluidas en el sistema están ofreciendo un plus de calidad a sus usuarios. Esta característica del sistema alcanza toda su virtualidad precisamente en un mercado liberalizado. Los procesos de liberalización emprendidos por el Gobierno deben culminar con la existencia de diferentes ofertas en el mercado, pudiendo ser la adhesión al sistema arbitral de consumo uno de los elementos diferenciadores de las distintas ofertas existentes en el mercado, que en su caso debe ser valorado por el consumidor en el momento de contratar. Por tanto, además de profundizar en el proceso de liberalización, el Gobierno continuará impulsando la utilización y el conocimiento de este eficaz, sencillo, rápido, ágil y económico mecanismo de resolución de conflictos de consumo, cuya paulatina implantación es más que evidente, como se desprende de los siguientes datos: Desde el año 1996, el número de empresas adheridas se ha multiplicado por cinco; el número de solicitudes de arbitraje se ha multiplicado por dos y el número de laudos citados se ha multiplicado por tres.

En segundo lugar, por lo que respecta a la pregunta formulada sobre las medidas adoptadas para impulsar la adhesión de las empresas del sector energético al sistema arbitral de consumo, debe indicarse que las administraciones públicas de consumo, esto es la Administración general del Estado, las autonómicas y locales, así como las diversas juntas arbitrales de consumo, vienen trabajando desde hace tiempo en la línea apuntada en la resolución adoptada en el debate del estado de la Nación sobre la adhesión de empresas prestadoras de servicios de interés general, entre otras las compañías energéticas. En este sentido ha venido trabajando también el grupo de trabajo de arbitraje de la Comisión de cooperación de consumo. Para ello, entre otras iniciativas, se han llevado a cabo diversas campañas divulgativas y contratos con los representantes legales de empresas prestadoras de este tipo de servicios, con el fin de conseguir su incorporación al sistema arbitral de consumo. Concretamente, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del convenio suscrito con Radiotelevisión Española para la emisión desde el año 1999 hasta el año 2001 de diversos *spots*

sobre derechos básicos de los consumidores, incluyó entre estos uno relativo al sistema arbitral de consumo. Dicho *spot* además se adaptó para discapacitados auditivos. Asimismo se han emitido *spots* en radio, entre otros medios, sobre este mismo tema.

Por otra parte, sin intentar disminuir la importancia que para el consumidor tiene un sector clave cual es el energético, no debe olvidarse que según el informe sobre las consultas y reclamaciones de los consumidores en el año 2000, al que usted hacía referencia antes, elaborado por el Instituto Nacional de Consumo con los datos facilitados por las asociaciones de consumidores, no es este uno de los sectores más conflictivos para el consumidor, como usted decía anteriormente. De hecho, del total de las consultas y reclamaciones planteadas durante el ejercicio 2000, que ascienden a 895.086, tan sólo un 1,80 por ciento corresponden al sector eléctrico, incluidos no sólo los suministros, sino también los servicios de asistencia técnica que, como es sabido, no se prestan sólo por las empresas suministradoras. El 2,62 por ciento de las consultas y reclamaciones se corresponde con el sector del gas, incluyendo asimismo las planteadas por los instaladores, servicios que como en el caso anterior no tienen por qué ser prestados por las compañías suministradoras, datos que usted ya conoce, como ha dicho antes.

No obstante, no quiero dejar de citar que este sector, en concreto el subsector de la energía eléctrica, fue objeto de una nueva regulación hace apenas un año. Me estoy refiriendo al Real Decreto 1955/2000, de 1 de diciembre, por el que se regulan las actividades de transporte, distribución, comercialización, suministro y procedimientos de autorización de instalaciones de energía eléctrica. Este real decreto, entre otros temas, viene a reforzar las garantías de seguridad y calidad del suministro eléctrico a los usuarios al menor coste posible, permitiendo a los consumidores beneficiarse de una situación de libre competencia. Con la finalidad de asegurar los intereses y la calidad del suministro eléctrico, se definen una serie de parámetros representativos de niveles de calidad, que sirven para el establecimiento de incentivos y penalizaciones aplicables a las compañías del sector. En consecuencia, y sin perjuicio de cuanto se ha señalado hasta este momento, vamos a continuar trabajando en el impulso de la adhesión al arbitraje del consumo de las empresas prestadoras de servicios energéticos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora García Arias.

La señora **GARCÍA ARIAS** (doña Ludivina): Si me permite el representante del Gobierno, que participa por primera vez en esta Comisión, quiero señalarle que no ha respondido respecto a la resolución que aprobamos en el Congreso de los Diputados, por cierto a propuesta del Partido Popular. Usted nos ha explicado las gestiones que se han hecho con el sector de telecomunicaciones, pero

no con el sector energético. Sé que no estamos hoy aquí —no es el motivo de la pregunta— para discutir sobre los apagones y sobre las reclamaciones de los usuarios, simplemente lo pongo como un ejemplo, porque la respuesta del Gobierno, y usted mismo lo ha reiterado ahora, es que no hay reclamaciones. No sé cuál es el círculo vicioso de las reclamaciones. Si no están adheridas, la gente se siente impotente y no utiliza esa vía o bien se va por la vía judicial, lo que es enormemente costoso. Piense usted en lo que puede suponer la reclamación de un recibo ante un aparato jurídico como el de una empresa eléctrica en un proceso largo. Me dirá usted cuál es el consumidor que se atreve a presentar esa reclamación por la vía jurídica. Yo he hablado con un representante de una empresa eléctrica y me reiteró lo que usted ha dicho: Es un sector regulado. El consumidor está protegido, pero en el caso de los apagones hemos visto que realmente no lo está. De hecho, las asociaciones de consumidores han planteado distintas vías de reclamación y han hablado de las juntas arbitrales de consumo. ¿En qué situación se van a encontrar los consumidores, sobre todo del levante español y de Madrid? Si presentan esa reclamación ante la Junta Arbitral, se van a encontrar con que no está la empresa y se tendrán que ver en un juicio largo y costosísimo, justamente lo que evita una junta arbitral de consumo. Por tanto, vuelvo a reiterar la pregunta, para que me diga qué medidas están tomando ustedes, igual que han hecho con el sector de telecomunicaciones, para convencer a estas enormes y respetables empresas de la electricidad de que se avengan, quizás humildemente, a debatir de tú a tú y a admitir un laudo en una junta arbitral de consumo.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Quiero reiterar que se trata de un procedimiento absolutamente voluntario y que, en definitiva, lo que se puede hacer —que es lo que se ha hecho y se sigue haciendo— es entablar contactos con estas empresas para incentivar en lo posible que se apunten a este sistema arbitral voluntario. Otra cosa que se puede hacer y que se ha hecho son las campañas publicitarias que se han realizado en este sentido. En cualquier caso, hay que insistir en que en un mercado liberalizado el hecho de que una empresa esté adherida a este sistema arbitral de consumo es un plus que el propio ciudadano que va a contratar un servicio debe valorar, y estoy convencido de que lo valora.

En cualquier caso, no es cierto que no haya ninguna empresa que esté adherida al sistema. Le puedo nombrar algunas de las empresas que están actualmente adheridas al sistema: FECSA, ENHER, Gas Natural Andalucía, Gas Natural Cantabria, Gas Natural Cataluña, Gas Galicia, Gas Natural A Coruña. Se las nombro simplemente para que vean que sí hay algunas empresas que están adheridas a este sistema.

— **DEL SEÑOR GONZÁLEZ SERNA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE EL PLAN PREVISTO PARA ELIMINAR LA GRAVE DESIGUALDAD EXISTENTE ENTRE CIUDADANOS QUE DISPONEN DE CENTRO DE SALUD EN SU BARRIO Y LOS QUE SIGUEN ASISTIENDO A LOS AMBULATORIOS. (Número de expediente 181/001371.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas formuladas por el señor González Serna, que tiene la palabra.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Señor subsecretario, mis primeras palabras van en la misma línea de los diputados y las diputadas que anteriormente han intervenido de desearle lo mejor tanto en lo personal, como de aporte a este ministerio y a este Sistema Nacional de Salud que tan necesitado está de buenos haceres.

Señor subsecretario, de alguna manera empezaré recordando que 1986 fue un punto importante para la sanidad española, ya que de alguna forma se impulsó el Sistema Nacional de Salud. Dentro de ese marco pone un pilar fundamental para los ciudadanos, como es la atención primaria. Éramos conscientes de que esa atención primaria era un proceso lento y complejo de desarrollo, pero que merecía la pena el esfuerzo que todos íbamos a hacer para ver cumplida esa estructura dentro de todo el Estado español, ya que de alguna forma nos iba a hacer un poco más iguales a todos, dentro de los desiguales que ya de por sí éramos. Recuerde usted que pasábamos prácticamente de la beneficencia, o aquel Seguro Obligatorio de Enfermedad que peyorativamente llamábamos los españoles el seguro, a un marco donde se iba a prestar un servicio integral dentro de la zona de salud y donde iba a trabajar un equipo cualificado, multidisciplinar, que no solamente iba a trabajar en la dirección de curar la enfermedad sino que además quería trabajar en cuidar la salud. A mediados de los ochenta, aquello fue una revolución. Con todos esos problemas se iniciaron los grandes cambios de dotación de centros de salud en cada una de aquellas zonas de salud de que hablábamos y que seguimos hablando todavía.

Con la llegada en 1996 y en algunas comunidades autónomas en 1995, de los gobiernos sustentados por el Partido Popular se produce una ralentización en la implantación de estos equipos de atención primaria en algunos sitios determinados, lo que produce que en estos momentos, después de seis años, nos encontremos con una realidad. La realidad, señor subsecretario, es que ciento de miles de españoles en estos momentos no disponen todavía en su barrio de centro de salud y siguen recibiendo asistencia a través de ese modelo antiguo, de aquél seguro del que hablábamos hace un momento. La realidad es que nos encontramos con profesionales, tanto médicos como enfermeras, que lamentablemente tienen que seguir trabajando con aquella

metodología — recordemos que eran dos horas trabajo y en aquellas dos horas tenía que atender a 60 ó 70 enfermos—, y con voluntarismo, que nos consta a todos que así lo hacen, tanto los médicos, como los practicantes, como las enfermeras, etcétera. La realidad con la que nos encontramos es que miles de niños no tienen servicio de odontopediatría en su zona, con lo cual están en desigualdad con el resto de niños de su mismo entorno y nos encontramos con que enfermos crónicos no tienen la oportunidad de tener educación para la salud o no tienen su consulta de referencia, de enfermería, etcétera. En definitiva, nos encontramos con una importante desigualdad entre los ciudadanos en el conjunto del Estado español, independientemente de que existan en estos momentos todas las transferencias y todos los servicios de salud constituidos.

Mi pregunta señor subsecretario es: ¿Piensa el Gobierno impulsar algún plan, en colaboración evidentemente con las comunidades autónomas, con los servicios de salud, para que definitivamente todos los españoles dispongan de un centro de salud con estándares de calidad razonables y reconocidos?

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señorías, como todos ustedes sabrán desde el día 1 de enero de este año se han transferido los medios y servicios del Instituto Nacional de Salud a las diferentes comunidades autónomas, del artículo 143 de la Constitución, que aún estaban pendientes de recibir estas competencias. Se ha tratado de un proceso de gran envergadura porque ha supuesto transferir a estas comunidades autónomas 133.000 trabajadores, 1.068 centros de salud y 80 hospitales, recursos con los que se atiende a una población protegida que puede cifrarse en más de 15 millones de personas. Los trabajos en los que se han suscitado estas transferencias han ido en paralelo con el nuevo modelo de financiación, aprobado por todas las comunidades autónomas y que ha supuesto una incorporación de la financiación sanitaria dentro del sistema general de la financiación de las comunidades autónomas. Por tanto, a partir de esta fecha son las comunidades autónomas las que tienen plenas competencias en materia de planificación y gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. En este sistema de plena descentralización el Ministerio de Sanidad y Consumo seguirá desarrollando las funciones que le corresponden, por supuesto, como garante último del derecho de la protección a la salud que la Constitución establece para todos los ciudadanos. La vertebración del Sistema Nacional de Salud y el mantenimiento de una identidad común son imprescindibles como mecanismo esencial para garantizar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud en condiciones equitativas. Todo ello

implica, tal y como ha anunciado la señora ministra, el esfuerzo y el establecimiento de nuevas fórmulas de cooperación y coordinación interterritoriales, así como la definición del ejercicio de alta inspección y continuar ejerciendo las competencias que la Constitución reserva al Estado de forma exclusiva.

No quiero dejar de hacer referencia al esfuerzo realizado durante los últimos años por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. En primer lugar, quiero dejar constancia del esfuerzo que se ha hecho para poder extender el modelo de atención primaria durante estos últimos años y para mejorar la dotación de las áreas de salud y en especial en lo que se refiere la puesta en marcha de nuevos centros de salud con sus correspondientes equipos de atención primaria. Algunos datos ponen de manifiesto y de manera clara este esfuerzo. Al cierre del ejercicio 2001, es decir en el momento de producirse las transferencias, se encontraban disponibles en el territorio Insalud 1.106 centros de salud frente a los 1.024 existente en el año 1996. El número de equipos de atención primaria ha aumentado también de forma muy considerable, especialmente en las comunidades autónomas de Castilla y León y de Baleares. A 31 de diciembre de 2001 existían 1.200 equipos de atención primaria funcionando frente a los 1.083 en 1996. De una forma global puedo decirle que en este período se ha completado la reforma en las comunidades autónomas de Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia, Ceuta y Melilla. El número de zonas básicas de salud dotadas de su correspondiente equipo de atención primaria era al final del ejercicio del 98,93 por ciento. En seis comunidades autónomas se ha llegado al cien por cien. Todas las comunidades autónomas superan el 97 por ciento de zonas básicas con equipos de atención primaria, quedando por incrementar una zona en Asturias, Aragón y Castilla y León y el resto en la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere a la población adscrita a equipos de atención primaria, considerando la base de datos de tarjeta individual sanitaria, el porcentaje se sitúa en un 91,95 por ciento de cobertura frente al 80,9 por ciento del año 1996. Por tanto, podemos decir que en el año 1996 el 19 por ciento de la población continuaba siendo atendida por médicos de cupo y este porcentaje se ha reducido al 8 por ciento al finalizar el año 2001.

Por último quiero reflejar que el volumen de inversiones realizado por parte del Insalud en el período 1996-2001 con carácter global se ha duplicado, situándose en este ejercicio por encima de los 420,7 millones de euros, es decir, más de 70.000 millones de pesetas, lo que también refleja el importante esfuerzo hecho por parte del Insalud en estos años.

El señor **PRESIDENTE**: Señor González Serna.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Lamento profundamente que no queramos entrar en el fondo de la cues-

ción. En distintas preguntas escritas al Gobierno he insistido en la necesidad de saber desligar lo que es Insalud de lo que es Sistema Nacional de Salud porque creo que son dos conceptos absolutamente distintos. En este caso yo no me he referido al Insalud sino que estoy hablando dentro del marco del Sistema Nacional de Salud. El Insalud es un territorio que le correspondió gestionar al ministerio pero en general creo que en el Parlamento fundamentalmente, y hoy más que nunca, tenemos que hablar del marco del Sistema Nacional de Salud. Dar datos del Insalud no es más que un sesgo dentro de la sanidad española. A los ciudadanos incluso nos pasa una cosa y es que a través de los medios de comunicación nos confundimos porque cuando habitualmente habla el Gobierno de España la gente entiende que está hablando dentro del marco español. Si habla solamente del sesgo Insalud es más lioso. Le agradecería que centráramos el tema en el Sistema Nacional de Salud.

En último término, es el Gobierno de España el garante de la igualdad de los españoles. Lo de las transferencias no lo considero ningún mérito, es una acción administrativa donde han participado distintas administraciones, se ha llegado a un acuerdo y me parece perfecto. Pero esto está más dentro del marco de administraciones públicas y de Hacienda que del propio ministerio de Sanidad y Consumo. De hecho, ¿quién llevo el peso de las negociaciones? Pues las llevaron los ministerios de Hacienda y Administraciones Públicas. Por tanto, esto no es ningún mérito de gestión. Sí le quiero decir que la realidad es otra. No me creo que exista un desconocimiento real por parte del ministerio de cuál es la cobertura, de cuál es la implantación de los centros de salud en el territorio español, es decir, en el Sistema Nacional de Salud. Yo no me lo creo, aunque repetidas veces y en muchas preguntas que le he hecho por escrito al Gobierno —y ello ha hecho que yo traiga esta pregunta oral a esta Comisión y que le pregunte directamente al Gobierno— nunca contestan y siempre contestan con el Insalud. Por tanto, primero hay que reconocer cuál es la situación del Sistema Nacional de Salud, reconocer cuál es la falta de implantación de centros de salud y reconocer que existe una desigualdad importante. Fíjese lo que le digo —y usted lo sabe porque debe entender de esto—, cómo puede ser que millones de españoles y españolas hoy no tengan historia clínica. Esto no es de recibo en la Unión Europea, y más ahora que la estamos presidiendo. ¿Cómo puede ser que un médico atiende a setenta enfermos de memoria? Porque lo único que tiene el pobre hombre es voluntad de recordar que aquel señor es hipertenso o diabético, no tiene ningún soporte, y ya no digo un soporte electrónico o informático —que esto sería lo que debería haber en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y también debería preocuparse por ello el Gobierno—, sino un soporte en papel, y el poco que hay —me gustaría que usted lo viese— es mugriento y da pena verlo. Lo

que le quiero decir es que yo creo que el Gobierno tiene que reaccionar y plantear e impulsar acciones, aunque las acuerde con las comunidades autónomas, con los ayuntamientos o con las diputaciones provinciales, pero después de casi veinte años todavía hay ciudadanos que tienen un médico de cupo, como usted decía. Se trata de que exista más igualdad. Por tanto, encontrándonos con españoles en esas circunstancias, le preguntamos si van a hacer algo.

Yo le voy a poner un ejemplo, y termino, señor presidente. La Comunidad Valenciana —usted lo sabe y los medios de comunicación que se dedican especialmente a la sanidad así la describen en muchas ocasiones— es el laboratorio de ensayo del Partido Popular en materia sanitaria —y en otras, pero nos centramos en materia sanitaria—. Usted conoce el hospital de Alcira, ejemplo único en España, que es una concesión administrativa, y seguramente de él tendremos oportunidad en otra ocasión de hablar, pero recordarán los ciudadanos qué tipo de hospital es y hacia dónde nos lleva. Usted conoce cómo funcionan las resonancias magnéticas en la Comunidad Valenciana, creo que el único sitio en Europa en el que, dentro de un hospital público, hemos permitido que pongan un negocio privado, algo que no se conoce en ningún sitio. **(El señor Castillo Jaén: En Andalucía lo hay.)**

Señor presidente, le ruego que, cuando yo esté interviniendo, si alguien habla, usted le corte.

El señor **PRESIDENTE**: No me ha dado usted opción, se ha adelantado usted al gesto que le estaba haciendo al señor Castillo.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Muchas gracias, señor presidente.

Le ponía el ejemplo de la Comunidad Valenciana. En 1995, es decir, hace siete años, asumió la responsabilidad un gobierno, casualmente del Partido Popular, y había una implantación de la atención primaria de aproximadamente un 65 ó 67 por ciento. Hoy, siete años después, se encuentra la Comunidad Valenciana con el 75 por ciento. ¿Sabe usted lo que significa? Significa que el 25 por ciento de los hombres y mujeres de esa comunidad no tienen atención primaria, significa que un millón de personas —que suena distinto que el 25 por ciento— no tienen centro de salud. Por tanto, lo que preguntamos es si el Gobierno va a tomar las medidas oportunas con el objetivo de que en esta legislatura todos los hombres y mujeres —pongo el ejemplo de la Comunidad Valenciana, pero lo hago extensivo al territorio nacional, al marco del Sistema Nacional de Salud— tengan un centro de salud en su zona, en su pueblo, etcétera.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Quiere añadir alguna cuestión el señor subsecretario?

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Por supuesto que

el Gobierno impulsará esa política, como lo ha demostrado de manera clara en aquel ámbito territorial en el que tenía la competencia plena durante los últimos años. Por eso hacemos referencia al Insalud, no porque el ministerio no tenga que pensar en todo el Sistema Nacional de Salud, sino porque en ese ámbito territorial era donde había competencias plenas y donde la responsabilidad absoluta del desarrollo de todas esas actuaciones era del Ministerio de Sanidad o del Insalud, tutelado por el Ministerio de Sanidad.

— **DEL SEÑOR GONZÁLEZ SERNA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE EL PLAN DE ACTUACIÓN PREVISTO PARA COMPLEMENTAR LAS ÁREAS DE SALUD MÁS DESASISTIDAS. (Número de expediente 181/001372.)**

El señor **PRESIDENTE**: Siguiente pregunta, formulada por el señor González Serna, que tiene la palabra.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Señor subsecretario, en este caso, yo creo que en la misma línea, le voy a recordar cómo eran las residencias de la Seguridad Social que había por los años ochenta, una serie de hospitales que se llamaban residencias de la Seguridad Social que estaban distribuidas sin ningún criterio, que se conozca, y, de existir alguno, seguramente sería inconfesable. Estas residencias, junto con aquellos hospitales de la beneficencia de las diputaciones provinciales y la red de sanidad privada, que siempre ha existido, eran los recursos de que disponían los españoles por aquellos años ochenta.

La filosofía del Sistema Nacional de Salud forzó el desarrollo de una red, esta vez ya no hablábamos de residencias, sino de una red de hospitales con unos criterios de distribución y que se desarrollaron de acuerdo con las correspondientes comunidades autónomas y ayuntamientos. Se impulsó de manera importante, pero en 1996 quedó inconclusa cuando el Partido Popular asume la responsabilidad de gobernar en el conjunto de España y en algunas comunidades autónomas. De esto hace ya seis años.

No está de más recordar que en esa época, 1986-1996, es cuando se universaliza el servicio sanitario a todos los españoles. Seis años después los ciudadanos españoles ven que existe una terrible desigualdad de servicios hospitalarios, es decir, desequilibrio en la distribución de los recursos y, lo que es peor, no se percibe voluntad de reconocimiento de la situación por parte del Gobierno de España, lo que está produciendo, a nuestro entender, tres cosas en las que cada vez ahondamos más: Primera, se está produciendo una sanidad para aquellos que tienen capacidad de pagar un aseguramiento privado, una compañía de seguros que, si no me equivoco, han ido creciendo entre 1996 y 2002; lo que nos gastamos los españoles en aseguradoras privadas está cerca de 400.000

millones de pesetas. Segunda, que algunos españoles tienen un poco de suerte y es verdad que dentro de su comunidad autónoma disponen de un hospital de referencia en condiciones normales. Y en tercer lugar están aquellos que tienen el hospital muy lejos, saturado o tienen la mitad de las camas de la media, con lo cual no les queda más que buscarse la vida o ir a un pasillo para que le puedan atender, dependiendo de la voluntariedad, que eso sí que nos consta que existe, de cada uno de los profesionales del correspondiente servicio de salud. Todos percibimos que existen claros y evidentes indicios de que la situación de los hospitales públicos está degradándose de manera rápida, de las listas de espera no vamos a hablar porque no corresponde, pero todos sabemos de su existencia, y sobre todo de lo que hemos interiorizado ya los españoles dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, que es el maquillaje que se está produciendo de esas listas. Esto parece que es algo normal, que es un problema de por sí.

Yo quisiera decirle tres cosas que entiendo que son objetivables. En primer lugar, que dentro del marco del Sistema Nacional de Salud somos el país que de menos camas dispone por mil habitantes del conjunto de la Unión Europea. En segundo lugar, que esa distribución de camas es muy desigual en el conjunto del Estado español, por ejemplo, nos encontramos con comunidades autónomas que llegan a tener, sumadas las camas de general, de pediatría y psiquiátricas, hasta 5.2 camas por mil habitantes, y otras que apenas llegan a 3.1 camas en las mismas condiciones por cada mil habitantes, siendo la media del conjunto del Estado aproximadamente de 4.1 camas por mil habitantes. ¿Qué está pasando? Dése usted cuenta que existen servicios de salud en comunidades autónomas que tienen un 25 por ciento menos de camas que la media del Sistema Nacional de Salud, y hasta un 40 por ciento menos de camas que el servicio de salud que de más camas dispone, pero centrándonos entre la media y la que menos tiene se dará usted cuenta que un 25 por ciento de camas es una cantidad importante.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, después de preguntarle (porque sabe usted que de vez en cuando yo le hago las correspondientes preguntas por escrito con el fin de documentarme y poder así conocer anteriormente cuál es el planteamiento del ministerio), da la sensación de que no sabe nada de esto, de que no sabe lo que está pasando en este país. Entonces, mi pregunta es si piensa el Gobierno de España auspiciar, con la colaboración evidentemente de las demás instituciones y fundamentalmente de los servicios de salud y de las comunidades autónomas, un plan para dotar de recursos hospitalarios equilibrados y de calidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señoría, le voy a pedir que me permita contestar más o menos en términos similares a la pregunta anterior, en el sentido de que a partir del 1 de enero, como usted bien conoce, las competencias en materia de planificación y gestión de la asistencia sanitaria son de las comunidades autónomas, sin perjuicio de insistir en que por supuesto el Gobierno de la nación y el Ministerio de Sanidad y Consumo pondrán en marcha todas las políticas necesarias para garantizar el acceso en igualdad para todos los ciudadanos al sistema nacional de la sanidad. En este sentido, usted conoce bien que estamos en un proceso de clarificar el papel del ministerio ante esta nueva situación que se plantea actualmente en el sistema nacional de la sanidad. Evidentemente, en esa nueva situación por supuesto que habrá que plantearse este tipo de políticas de garantía del acceso igualitario al sistema nacional de sanidad. Tampoco quiero repetirle los datos que he dado respecto al esfuerzo que se ha hecho en estos últimos años en el Insalud porque no quiero que me devuelva la pelota en lo que se refiere al Insalud, pero realmente son los datos que he traído en la idea de que, insisto, se trata del ámbito territorial en el que teníamos la plenitud de competencias y en consecuencia la plenitud de responsabilidades en el quehacer diario.

El señor **PRESIDENTE**: Señor González Serna.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Soy consciente de que usted no es responsable de esta situación y soy consciente de su buena voluntad. Me da la sensación de que lo han cogido a usted aquí en medio y está teniendo que torear, si me permiten, esta situación. El Defensor del Pueblo ha encargado un estudio en 25 hospitales del Sistema Nacional de Salud, y yo quiero hablar dentro de ese marco, porque creo que es el que nos corresponde, y mucho más ahora, aunque ustedes no quieran, pero esto es así, o cambian la ley o esto es así. Mientras la Ley General de Sanidad siga vigente, esto es así y el Sistema Nacional de Salud es responsable, es el Ministerio de Sanidad, el Gobierno de España, les guste o no les guste, pero esto es así. Pueden cambiarla, tienen mayoría, pero mientras esté, ejerzan, por favor. Le decía que el Defensor del Pueblo había encargado un estudio de 25 hospitales, y ¿sabe por qué? Dice en esta información: el Defensor del Pueblo ha recibido este año más de cien quejas graves relacionadas con las demoras asistenciales, por eso llevará a cabo una investigación de campo en 25 hospitales del Sistema Nacional de Salud, dos de ellos, por cierto, valencianos. Señor subsecretario, el traspaso de capital público a la sanidad privada ya es un verdadero escándalo en los últimos seis años, si no —yo sé que no los tiene— recoja los datos del Servicio Valenciano de Salud y recoja los datos además de las listas de espera del

Servicio Valenciano de Salud, las de verdad, las que hacíamos nosotros cuando gobernábamos, cuando teníamos esa responsabilidad, que eran a 30 días, no a 90 como ahora, y que eran absolutamente transparentes y sin maquillajes. Recoja las que había en 1995 y recoja las que hay hoy y se encontrará con los correspondientes datos que seguro que le ilustrarán.

El señor **PRESIDENTE**: Céntrese en la cuestión, señor González.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Señor presidente, permítame que me exprese como uno buenamente puede. Evidentemente, para argumentar hay que dar datos.

El señor **PRESIDENTE**: Pero aténgase a la cuestión. Habla usted de veinte cosas que no tienen absolutamente nada que ver con su pregunta. Aténgase a la cuestión.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Esto es la primera vez que me pasa. Yo trato de argumentar y para eso tengo que aportarle datos al representante del Gobierno, y además para que se ilustre le recuerdo datos que seguro que le van a venir bien para el desarrollo de su carrera. El conocer la sanidad valenciana le va a venir a usted muy bien, porque seguramente que si hace lo contrario iremos por el buen camino. **(Risas.)** Y no me río.

Señor subsecretario, en los pasillos de un hospital valenciano, de un hospital del Sistema Nacional de Salud, y por eso el Defensor del Pueblo va a investigar —no me mire usted, señor presidente—, moría una persona. Presuntamente no se le había atendido como correspondía. Esto se publicó en los medios nacionales. Esto no lo digo yo por gusto. No quisiera decirlo, ni mucho menos. Nadie es feliz diciendo estas cosas, pero esta es la realidad. Le digo esto porque la situación, especialmente en la Comunidad Valenciana, es grave. Lo digo yo, lo dice el Defensor del Pueblo, aunque el señor presidente me haga gestos. Desconcentra que cuando uno está hablando haga gestos, se lo aseguro. Por tanto, le rogaría, señor presidente, que cuando yo esté interviniendo, en mi pleno derecho y en mi tiempo, no me haga más gestos.

Estaba diciendo que la Comunidad Valenciana es la comunidad que tiene 3.1 camas por mil habitantes; es decir, tiene el 25 por ciento menos de camas hospitalarias que la media del conjunto español. Esto está produciendo una situación lamentable que está provocando casos como el que le comentaba. Le voy a dar un dato. Serían necesarias 3.281 camas hospitalarias dentro de la Comunidad Valenciana para equipararnos a esa media de 4.1 camas por mil habitantes. Pero creo que no se trata de eso; se trata de reconocer el problema, interiorizarlo en el marco del Sistema Nacional de Salud, en el marco de las competencias y de la responsabilidad del Gobierno de España para, conjuntamente

con las administraciones afectadas —en este caso la Generalitat Valenciana, el Servicio Valenciano de Salud— afrontar la realidad que se está viviendo. Esto sucede en otras comunidades autónomas, pero yo le hablaba de aquella que dispone de menos camas dentro del Sistema Nacional de Salud, porque creo que es el ejemplo más gráfico que podemos tener.

Merece la pena que el Gobierno de España se implique en solucionar esta situación. Por eso le pregunto si el Gobierno de España está dispuesto a hacer un plan para normalizar situaciones como la que ha ocurrido lamentablemente, en el hospital de Alcoy, que es un hospital del Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el turno de preguntas, agradecemos la comparecencia del señor Menéndez, subsecretario del ministerio.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (CAMPOS MUÑOZ), PARA INFORMAR SOBRE EL FOCO EMISOR DE LA EPIDEMIA DE LEGIONELLA SUFRIDA EN LA CIUDAD DE MURCIA EL PASADO VERANO. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000902.)

El señor **PRESIDENTE**: Comparecencia del director del Instituto de Salud Carlos III, para informar sobre el foco emisor de la epidemia de legionella sufrida en la ciudad de Murcia el pasado verano. Es a petición del Gobierno y, para su presentación y defensa, tiene la palabra el señor Campos Muñoz, director del Instituto de Salud Carlos III.

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Campos Muñoz): Excelentísimo señor presidente, excelentísimas señoras y señores diputados, comparezco ante esta Cámara a petición propia para informar sobre las distintas actuaciones que se han llevado a cabo por parte del Instituto de Salud Carlos III en el brote de legionelosis que ha sufrido la ciudad de Murcia durante el pasado verano. Se trata de una comparecencia cuyo único objetivo es el de relatar y clarificar las actividades realizadas ante numerosas noticias, a veces contradictorias, que han aparecido en los medios de comunicación. Esta comparecencia constituye la primera de un conjunto de comparecencias que tengo previsto solicitar periódicamente en relación con distintas actividades e iniciativas que se han desarrollado en los últimos tiempos en el Instituto de Salud Carlos III.

Permítanme SS.SS, como introducción a la comparecencia del día de hoy, hacer algunos apuntes sobre la legionelosis y la legionella, que considero ilustrativos para la mejor comprensión del proceso de detección del foco emisor ante la aparición de un brote. La legionelosis es un problema de salud pública emergente en nuestro país. La vigilancia de esta enfermedad se reali-

za a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y se basa en cuatro mecanismos. El primer mecanismo es la declaración de brotes, de acuerdo con el Real Decreto de 28 de diciembre, publicado en el «BOE» el 24 de enero de 1996, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Los órganos competentes de las comunidades autónomas deben comunicar a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, la existencia de un brote.

El segundo mecanismo es la declaración de enfermedades de declaración obligatoria, EDO. En este sentido, la legionelosis se incluye como enfermedad de declaración obligatoria a partir del real decreto anteriormente mencionado.

El tercer mecanismo es el sistema de información microbiológica. Desde los servicios de microbiología de los hospitales del Sistema Nacional de Salud se notifican los casos, bien directamente o bien a través de sus consejerías respectivas.

El cuarto mecanismo, el European Working Group Legionella Infections, que es un programa específico para la legionella de la Dirección de Salud Pública de la Unión Europea, tiene como objetivo el intercambio de información sobre la existencia de legionelosis en viajeros.

El aumento del número de casos desde que se incluyó en 1996 entre las enfermedades de declaración obligatoria puede explicarse por el mejor conocimiento que se tiene de la enfermedad y la disponibilidad de nuevas técnicas diagnósticas específicas, como la prueba de detección de antígeno urinario. La aparición reciente de brotes, tanto comunitarios como nosocomiales, ha conllevado una mayor atención a esta enfermedad. La legionelosis es una enfermedad bacteriana de origen ambiental que presenta, fundamentalmente, dos formas clínicas perfectamente diferenciadas. Primero, la infección pulmonar o enfermedad del legionario que se caracteriza por neumonía con fiebre alta y, segundo, la forma no neumónica conocida como Fiebre de Pontiac que se manifiesta como un síndrome febril agudo y autolimitado y que en la mayoría de los casos remite sin tratamiento específico. La infección por legionella puede ser adquirida en el ámbito comunitario y en el hospitalario. En ambos casos la enfermedad puede estar asociada a varios tipos de instalaciones y de edificios y puede presentarse en forma de brotes y en casos aislados o esporádicos. La legionella es una bacteria gram-negativa con forma de bacilo que es capaz de sobrevivir en un amplio intervalo de condiciones físico-químicas, multiplicándose entre 20 y 45 grados centígrados y destruyéndose a 70 grados. Su temperatura óptima de crecimiento es entre 35 y 37 grados centígrados. La familia legionellaceae comprende un género, legionella, y numerosas especies, algunas de las cuales se dividen a su vez en serogrupos, como la *legionella pneumophilla*, de la que se han descrito hasta 15 serogrupos. Aunque más de la mitad de las 40 especies descritas han estado implicadas en la infec-

ción humana, la causa más común de legionelosis es la *legionella pneumophilla* serogrupo 1.

La legionella es considerada una bacteria ambiental ya que su nicho natural son las aguas superficiales como lagos, ríos o estanques, formado parte de su flora bacteriana. Desde estos reservorios naturales la bacteria pasa a colonizar los sistemas de abastecimiento de las ciudades y, a través de la red de distribución de agua, se incorpora a los sistemas de agua sanitaria, fría o caliente, u otros que requieran agua para su funcionamiento. Estas instalaciones en ocasiones favorecen el estancamiento del agua y la acumulación de productos que sirven de nutrientes para la bacteria, como lodos, materia orgánica, material de corrosión y amebas, formando una biocapa. La presencia de esta biocapa juega un papel importante, junto con la temperatura del agua, en la multiplicación de la legionella hasta concentraciones infectantes para el ser humano. A partir de estos lugares, la bacteria puede alcanzar otros puntos del sistema en los que si existe un mecanismo producto de aerosoles puede dispersarse. La puerta de entrada en humanos es la vía respiratoria tras la inhalación de aerosoles conteniendo la bacteria. No hay evidencia científica de transmisión persona a persona ni de la existencia de reservorios animales.

En la investigación de un brote la responsabilidad corresponde a la consejería de Sanidad de la comunidad en la que tiene lugar este brote. El Instituto de Salud Carlos III participa en las tareas relacionadas con la respuesta a las solicitudes de análisis de muestra así como a la gestión de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través de los centros nacionales de microbiología y de epidemiología. El Centro Nacional de Epidemiología sustenta concretamente la gestión de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Su competencia está regulada por la Ley General de Sanidad y por el decreto de transferencia de competencias en materia de salud pública a la comunidad autónoma correspondiente, lo que le confiere a ésta la capacidad plena para el estudio de brotes epidémicos en su ámbito territorial. En el caso de Murcia está regulado por el Real Decreto publicado en el Boletín de 15 de marzo de 1980 del Ministerio de Administración Territorial, por el que se transfieren las competencias en materia de sanidad al Consejo regional de Murcia. La gestión de la red de vigilancia está regulada por el Real Decreto 2210/1985, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, mencionada anteriormente, que considera diferentes tipos de brotes en función del territorio epidémico afectado.

Corresponde a la Administración general del Estado, en este caso a los servicios de vigilancia epidemiológica dependientes del Centro Nacional de Epidemiología, su responsabilidad en los brotes supracomunitarios. En el caso que nos ocupa es un brote de ámbito local, si bien su repercusión social y mediática ha trascendido al ámbito estatal. De acuerdo con estas consideraciones, el Centro Nacional de Epidemiología participa en la vigi-

lancia epidemiológica de la legionelosis y, por ello, ha venido observando de forma continua la evolución del brote epidémico de la enfermedad del legionario en Murcia, tal y como se establece en el Real Decreto de creación de la red de vigilancia epidemiológica.

Las actuaciones llevadas a cabo, tanto por el Ministerio de Sanidad y Consumo como por el Instituto de Salud Carlos III, son las que corresponden dentro de lo establecido en la red de vigilancia epidemiológica. El brote fue notificado de forma urgente por la Comunidad Autónoma de Murcia al Centro Nacional de Epidemiología, el cual, a su vez, distribuyó la información a través de los canales establecidos de la red a todas las comunidades autónomas. Asimismo, el Centro Nacional de Epidemiología se lo comunicó a las estructuras y autoridades sanitarias de los países miembros de la Unión Europea, según establecen la Directiva 21/1998 del Parlamento y del Consejo y la decisión de la Comisión de 22 de diciembre de 1999, relativa al sistema de alerta temprana y respuesta para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles en Europa. Esta misma comunicación se hace al grupo europeo de información sobre legionelosis y también a la OMS, región europea. Por otra parte, el Instituto de Salud Carlos III, a través de los laboratorios del Centro Nacional de Microbiología, presta apoyo científico y técnico al Sistema Nacional de Salud, poniendo a disposición de las comunidades autónomas los conocimientos técnicos en los distintos aspectos microbiológicos relacionados con la legionella. Este apoyo se puede dividir en los siguientes apartados: primero, diagnósticos en muestras clínicas. Se realizan las siguientes determinaciones: determinación de anticuerpos frente a legionella en suero, mediante inmunofluorescencia indirecta; detección de antígeno de *legionella pneumophillas* serogrupo 1 en orina. Segundo, aislamiento de legionella a nivel de especie en agua procedente de instalaciones supuestamente contaminadas. Tercero, identificación a nivel de especie y de serogrupo. Y, cuarta y última actividad, tipificación en subgrupos mayores y menores dentro de los serogrupos mediante anticuerpos monoclonales. Por último, hay que añadir a esta actividad la tipificación molecular mediante las siguientes técnicas: primero, polimorfismos de longitud de los fragmentos de DNA digeridos mediante enzimas de restricción y amplificados mediante oligonucleótidos específicos, técnica AFLP, que es una digestión por DNA con enzimas de restricción y amplificación mediante PCR con iniciadores específicos. La segunda técnica de tipificación molecular, que también desarrolla el instituto, concretamente el Centro Nacional de Microbiología, son los polimorfismos en los fragmentos amplificados mediante oligonucleótidos sintetizados al azar, la técnica RAPD, que es una ampliación de DNA con iniciadores inespecíficos, es decir, sintetizados al azar y digeridos a secuencias del genoma de legionella. La tercera técnica de tipificación molecular es la electroforesis en campo pulsátil o pulsante, que es digestión de DNA con enzimas de restricción de baja secuencia de corte y

separación de fragmentos de DNA de alto peso molecular mediante la técnica del campo pulsante, que consiste en la movilización de dichos fragmentos de DNA de alto peso molecular mediante pulsos eléctricos alternantes.

Las muestras recibidas en el Centro Nacional de Microbiología proceden del Sistema Nacional de Salud y, específicamente, de los servicios de microbiología de los hospitales y de los laboratorios de salud pública de las comunidades autónomas. El Instituto de Salud Carlos III ha prestado y desarrolla su labor en el ámbito de la vigilancia epidemiológica, en el ámbito de la actividad que desarrolla el Centro Nacional de Microbiología, pero también lo hace en labores de asesoría. El Instituto de Salud Carlos III, además de gestionar la red de vigilancia y realizar estudios microbiológicos, también actúa como asesor respondiendo a todas las consultas que se reciben sobre distintos aspectos de la legionella y la legionelosis. Asimismo ha participado en la elaboración de distintos documentos y normativas relacionados con la prevención de la enfermedad. Desde este punto de vista, el instituto ha colaborado y colabora en lo siguiente: elaboración de protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, entre los que consta el correspondiente a la legionella y que fueron aprobados por el Consejo Interterritorial de Salud del Sistema Nacional de Salud, protocolo que ha sido actualizado y revisado recientemente; elaboración del libro *Recomendaciones para la prevención y control de la legionelosis*, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo; participación en la redacción del Real Decreto de 27 de julio, publicado el 28 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de legionelosis; participación del personal del instituto en el comité permanente del European Working Group for Legionella Infections así como participación en la redacción del documento sobre medidas contra la legionelosis en Europa, la *European guidelines for control and prevention for travel associated legionnaires' diseases*. El instituto, en su labor de asesoría también ha prestado su colaboración en la redacción de las normas UNE-100030IN relacionadas con la prevención de la legionelosis y publicada por AENOR en 1994 y actualizada en octubre de 2001. Finalmente, el instituto participa igualmente en actividades de formación. En este sentido, el instituto asume numerosos aspectos de formación continuada relacionada con esta enfermedad que incluye a todos los colectivos que se dedican a ella y realiza cursos y seminarios de prevención y otras actividades —más de 14 en los dos últimos años— en la Escuela Nacional de Sanidad, y participa en numerosos cursos y actividades desarrollados en comunidades autónomas y en otros ámbitos.

En relación con los brotes, el Instituto de Salud Carlos III ha participado en el estudio de más de 80 brotes de legionelosis ocurridos en España a lo largo de los últimos 20 años. Se tiene información epidemiológica de todos los brotes de legionella ocurridos en España y noti-

ficados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Así, desde 1989 se han notificado 68 brotes que corresponden a 1.368 casos y 71 defunciones; la tasa de letalidad es del 5,1 por ciento. Y concretamente en relación con el brote que ha tenido lugar en Murcia, la participación en el mismo por parte del instituto fue, primero, la incorporación de dos expertos independientes en el equipo formado por el Comité de los Juegos Olímpicos de la Juventud, que fueron invitados por el consejero de Sanidad y el Ayuntamiento de Murcia y que estudiaron la situación durante los primeros días de la aparición del brote. Por el instituto formaron parte de dicha comisión la doctora doña Carmen Pelaz, responsable del laboratorio de referencia de legionella del Centro Nacional de Microbiología, del Instituto de Salud Carlos III, y la doctora doña Odorina Tello Anchuela, epidemióloga y directora del Centro Nacional de Epidemiología del instituto. Estas expertas se integraron en el equipo que el Comité de los Juegos Olímpicos de la Juventud propuso para la realización de una valoración del riesgo que el brote pudiera suponer para los atletas y los visitantes que llegaran a Murcia durante la celebración de los Juegos y cuyo informe final fue a favor de la realización del evento. Las conclusiones del grupo de expertos fueron publicadas en el «Boletín Europeo de Eurosurveillance» en julio de 2001 (volumen 5, número 28) y está disponible en Internet. Durante este período, el Instituto de Salud Carlos III ha tenido información a través de sus centros nacionales de la situación en la que se desarrollaban las investigaciones que se han llevado a cabo en Murcia. Yo personalmente, como director general del Instituto Carlos III, he estado en contacto con el señor consejero de Sanidad de Murcia; la doctora Odorina Tello, con doña Carmen Navarro, jefa del Servicio de Epidemiología, y el doctor don Juan Luis Rodríguez Tudela y la doctora Carmen Pelaz, del Centro de Microbiología, con don Joaquín Ruiz, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Virgen de la Arrixaca y con don Manuel Segovia, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Morales Meseguer.

El brote epidémico se detecta en la tarde-noche del 7 de julio de 2001 y la última persona afectada enfermó el 19 del mismo mes. El número total de afectados se estima en 650, de los que se ha confirmado el diagnóstico en 459. Han fallecido cinco personas por legionelosis contraída en este brote epidémico. La tasa de letalidad —tanto por ciento de fallecidos respecto a los que enfermaron— es del 0,7 por ciento, esta tasa, en términos comparativos, se considera especialmente baja. Todos los casos detectados están incluidos dentro del mismo período de incubación. Las medidas de control adoptadas a partir de las investigaciones iniciales fueron completamente eficaces para controlar el brote, que se pudo dar por concluido a partir del 20 de julio. La Consejería de Sanidad de Murcia ha realizado un estudio epidemiológico de casos y controles que nos han remitido por correo electrónico el 6 de febrero del 2002, aunque

siguen desarrollando su actividad. El Centro Nacional de Microbiología fue invitado a participar por la Consejería de Sanidad de Murcia y esta colaboración se ha centrado en los siguientes aspectos: aislamiento de microorganismos en aguas procedentes de instalaciones supuestamente contaminadas, muestreadas y tomadas por los técnicos de la Consejería de Murcia; identificación de cepas de legionella aisladas en muestras de agua en el laboratorio de Salud Pública de Murcia; identificación de cepas de legionella aisladas de pacientes enviadas por los servicios de microbiología de los hospitales de la comunidad autónoma, tipificación mediante anticuerpos monoclonales y técnicas moleculares de todos los aislados de *legionella pneumophila* serogrupo 1. De acuerdo con las recomendaciones del Comité Olímpico Europeo, las muestras de agua se procesaron en paralelo en el Laboratorio de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Murcia y en el laboratorio de legionella del centro de microbiología. Las muestras recibidas y los resultados obtenidos se detallan a continuación: en el período comprendido entre el 17 de julio y el 30 de noviembre de 2001 se han recibido tres tipos de muestras: primero, 18 cepas de legionella procedentes de 18 pacientes, aisladas y enviadas por los servicios de microbiología de los hospitales Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca para su identificación y caracterización molecular; segundo, 434 muestras de agua procedentes de distintas instalaciones de Murcia, para aislamiento e identificación de legionella, enviadas por el Laboratorio de Salud Pública de Murcia; tercero, 113 cepas de legionella de origen ambiental —algunas proceden de las mismas muestras de agua reseñadas anteriormente—, aisladas y enviadas por el Laboratorio de Salud Pública de Murcia para su identificación y caracterización molecular.

Todas las cepas de legionella, tanto las recibidas para su identificación como las aisladas en el Centro Nacional de Microbiología, fueron identificadas al nivel de especie y serogrupo mediante inmunofluorescencia con antisueros policlonales específicos. Todas las cepas identificadas como *legionella pneumophila* serogrupo 1, tanto de origen humano como ambiental, fueron estudiadas mediante técnicas de caracterización subespecífica, las cuales permiten determinar o no su identidad, de forma que se puede establecer una relación entre los aislados obtenidos de los enfermos y las posibles fuentes de infección. Los métodos de caracterización empleados fueron inmunofluorescencia con anticuerpos monoclonales y técnicas moleculares a las que antes hice referencia: primero, determinación del subgrupo de todas las cepas identificadas como *legionella pneumophila* serogrupo 1 mediante inmunofluorescencia con dos paneles de anticuerpos monoclonales. Las cepas de todos los pacientes se identificaron como *legionella pneumophila* serogrupo 1, Pontiac, Philadelphia. Otras cepas de origen ambiental compartieron la misma identificación. En este momento se descartaron como agentes etiológicos posibles todos los aisla-

dos pertenecientes a otras especies, serogrupos o subgrupos y no fueron incluidas en los posteriores análisis. Segundo, las técnicas moleculares aplicadas fueron la AFLP, con la que se determinó que todas las cepas aisladas de los pacientes compartían idéntico perfil. Este perfil no se detectó entre los aislados ambientales procesados en los primeros meses. Al tipificar las últimas cepas ambientales recibidas el 30 de noviembre en el laboratorio se encontró que dos de las mismas, aisladas en las torres de refrigeración del hospital Morales Meseguer, compartían el mismo patrón molecular que los aislados de todos los pacientes. A pesar de este resultado, se decidió confirmar la identidad de las cepas ambientales y humanas mediante las siguientes otras técnicas: electroforesis en campo pulsante y PCR arbitraria. Los resultados en fecha 6 de febrero de 2002 confirman que las cepas obtenidas de los humanos y de las torres de refrigeración del hospital Morales Meseguer tienen el mismo patrón molecular. El 22 de febrero de 2002 se reúne en Murcia el comité técnico, en el que participa como representante del instituto doña Carmen Pelaz y el grupo asesor externo, en el que lo hace como representante del instituto doña Odorina Tello y don Ferrán Martínez Navarro.

En la investigación del brote comunitario de legionelosis ocurrido en julio de 2001 los representantes de ambos grupos son designados por la Consejería de Sanidad de Murcia. El comité técnico presenta al grupo asesor externo los resultados de la investigación sobre el origen del brote: estudios epidemiológicos, ambientales y microbiológicos. El documento presentado por el Instituto de Salud Carlos III recoge el análisis de todas las muestras realizadas en el Centro Nacional de Microbiología respecto a este brote. De las conclusiones cabe destacar lo siguiente. Primero, la cepa causante del brote se identificó como *legionella pneumophila* serogrupo 1, Pontiac, Philadelphia, AFLP, tipo 003 Glasgow, PFGE tipo I, RAPD tipo A. Segundo, las dos cepas procedentes de la torre de refrigeración número 3 del hospital Morales Meseguer fueron genéticamente indistinguibles de las cepas de los pacientes con las tres técnicas moleculares aplicadas, es decir, fueron *legionella pneumophila* serogrupo 1, Pontiac, Philadelphia, AFLP tipo 003 Glasgow, PFGE, tipo I, RAPD tipo A. Tercero, en el estudio de brotes para considerar que un punto ambiental ha podido ser fuente de infección no se deben analizar los resultados microbiológicos aisladamente sino junto con los derivados del análisis epidemiológico y ambiental. Por tanto, para establecer si este punto ambiental puede ser considerado la fuente de infección más probable es necesario analizar estos resultados microbiológicos junto con los derivados de la investigación epidemiológica ambiental. Se ha pretendido al aportar esta información —ha sido petición inmediata después de saber los resultados— a dar alcance de las acciones realizadas desde el marco de competencias del Instituto de Salud Carlos III, que son

el diagnóstico microbiológico por técnicas moleculares aplicado a aquellas muestras enviadas por la comunidad autónoma de acuerdo con un muestreo realizado por ella. También es importante destacar que el estudio epidemiológico ha sido realizado por el servicio de epidemiología de la Consejería de Sanidad de Murcia. Por tanto, son las autoridades sanitarias de la región de Murcia las que deben informar de las conclusiones finales del estudio y del foco emisor.

El Instituto de Salud Carlos III ha realizado solamente los estudios microbiológicos que le han sido demandados por la Consejería de Salud de las muestras remitidas por esta consejería, de acuerdo con un proceso de toma de muestras elaborado por esta comunidad, poniendo a disposición de ella todos los recursos técnicos y humanos necesarios para poder dar resultados con la calidad requerida y en el menor tiempo posible, para que ayude a afirmar las hipótesis establecidas de acuerdo con el estudio epidemiológico realizado por la Consejería de Sanidad de Murcia.

Quedo a su disposición para cualquier aclaración con respecto a este informe.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**) Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Eguiagaray.

El señor **EGUIAGARAY UCELAY**: Señor director del Instituto Carlos III, en primer lugar, quería darle la bienvenida a esta Comisión, de la que yo tampoco soy asiduo por mi condición de no sanitario. Es verdad que este es un tema de incidencia regional en una comunidad autónoma por la que soy diputado. Me atrevo a decir que siendo muy importante para todos los que viven en esa comunidad, especialmente en la ciudad de Murcia, es un tema de incidencia nacional. Estamos ante un problema de salud pública, no estamos solamente ante el brote específico de Murcia, que es una parte importante del asunto.

Es verdad que el Grupo Parlamentario Socialista había solicitado la presencia de la señora ministra de Sanidad y Consumo con fecha 19 de octubre de 2001, después de que se produjeran en Murcia no pocas confusiones, noticias alarmantes, desinformaciones y auténticos desastres en la gestión pública de lo que fue una crisis seria que todavía, por cierto, sigue generando bastantes inquietudes. La señora ministra no ha comparecido, ha creído que era mejor que lo hiciese usted y yo le vuelvo a reiterar que sea usted bienvenido; sin embargo, señor director del Instituto de Salud Carlos III, me gustaría que usted entendiera que hoy no hemos venido a hablar aquí sobre datos técnicos, a los cuales desde el principio he otorgado toda la credibilidad que tiene una institución básicamente científica, como es el Instituto de Salud Carlos III, sino a hablar con usted de política, ya que la señora ministra no ha comparecido. Usted es un alto cargo del Ministerio de

Sanidad, por lo que entiendo que la señora ministra delega en usted para hablar de algunas de las cosas de las que no hemos podido hablar con ella. Entenderá por qué le digo esto si le comento que hace algún tiempo en el Senado, ante una instancia de comparecencia por su parte, precisamente para hacer públicos los informes que hoy ha hecho usted públicos aquí, en el Congreso, un número no pequeño de senadores solicitó adjuntando sus firmas que usted no compareciera allí hasta que no estuvieran en posesión del contenido de los informes sobre los cuales quería dar cuenta. Aquí no hemos hecho eso, pero quiero llamar la atención sobre el hecho de que se nos dé a conocer informes de forma oral, porque si se nos hubiesen facilitado con antelación seguramente habiéramos tenido alguna ventaja para poder comentar a posteriori las consecuencias que de ellos se derivan.

Señorías, entro en lo que me parece más relevante. Déjeme empezar por decirle que de su comparecencia, más allá del conocimiento de las importantes y meritorias tareas que hace el Instituto de Salud Carlos III, no he sacado ninguna conclusión. Los párrafos finales de su intervención han sido especialmente confusos, porque usted ha acabado por decir, si le he entendido bien, que han detectado la coincidencia de cepas ambientales con cepas existentes o extraídas de los enfermos y que la responsabilidad de detectar los focos, de sacar conclusiones y de informar a la opinión pública corresponde a la Comunidad de Murcia. No sé si ha querido decir que el Instituto de Salud Carlos III se lava las manos, que usted coincide con las tesis defendidas hace algún tiempo por el señor consejero de Murcia, en virtud de las cuales el inequívoco foco ha sido el hospital Morales Meseguer o, por el contrario, con las rectificaciones hechas posteriormente por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Murcia, en virtud de las cuales no había evidencia científica para decir eso. Por tanto, empiezo por manifestarle que no sé exactamente qué nos ha querido decir, salvo los importantes análisis técnicos, sobre los cuales sin duda alguna yo ni puedo ni debo manifestarme.

Me gustaría detenerme en esta cuestión. Los hechos de Murcia son muy graves. Es verdad que la tasa de letalidad ha sido muy baja y no sé si tenemos que felicitarlos por ello —sin duda alguna hay que hacerlo— o si, por el contrario, tenemos que preocuparnos por el hecho de que se haya producido un brote, hasta ahora —según lo que he podido leer— el más importante de los conocidos no en España, sino en el mundo en materia de legionelosis: 5 muertos y 650 afectados según usted, aunque durante algún tiempo se dijo que podían ser alrededor de 1.000 o en todo caso 800; dejémoslo en la cifra que sea. Una valoración muy importante, aparte de la relativa al tratamiento y a la reacción, una vez producido el brote de legionelosis, es la de por qué se ha producido dicho brote y cuáles son las responsabilidades a las que tendríamos que hacer frente. Es el hecho más grave de todos los conocidos hasta ahora en esta materia y pone de

manifiesto el fracaso de una política preventiva en materia de salud pública. Es una expresión más de algunas de las importantes deficiencias (digámoslo para ser todos corresponsables, aunque sin lugar a dudas algunos deben ser más responsables que otros) del fracaso o de las limitaciones de la política preventiva en nuestro país; fracaso del Ministerio o fracaso de la comunidad autónoma. Dio una cierta pena escuchar a la ministra de Sanidad en una visita a Murcia, cuando el brote todavía estaba en pleno auge, que las competencias en materia de salud pública correspondían al Gobierno regional y no al Ministerio de Sanidad. Esto contrasta con la respuesta que la propia ministra dio a una senadora murciana hace unos días en el Senado, diciendo que el brote de legionelosis en Murcia fue un tema de carácter supracomunitario. No sé si las competencias administrativas pueden dividir los problemas de salud pública de los ciudadanos. Desde luego, estoy absolutamente en contra de que sea el mundo estricto del derecho y de las competencias el que sea capaz de hacer responsable a quien no puede serlo, cuando se confiesa la máxima autoridad sanitaria del país. Los problemas de salud pública, especialmente aquellos para los que hay redes de vigilancia, posibilidades de contagio o de traslación, son temas de carácter nacional; no es un tema de competencias administrativas sino un problema de responsabilidad política. Por tanto, uno no se puede escudar detrás de estas cuestiones para decir: Esto le corresponde al consejero de Murcia, no me corresponde a mí, y menos cuando finalmente este es un tema que nos preocupa a todos, seamos murcianos, castellano-manchegos, andaluces o gallegos.

En esta primera aproximación los hechos de Murcia ponen de manifiesto el disparate de la gestión pública de una crisis por parte de la autoridad competente. El consejero de Sanidad de Murcia con informaciones incompletas, al parecer falsas en algún momento, en todo caso confusas y casi siempre contradictorias, ha dejado en el aire muchísimas preguntas. Primero fueron un número de focos los responsables, después ese número de focos no era el que inicialmente se había dicho sino otro bien distinto. Algunos de los señalados inicial y públicamente como culpables salieron de la lista de culpables. Luego se dijo que se había conocido con absoluta certidumbre cuál era el foco responsable, que era el brote del hospital Morales Meseguer, en su momento del Insalud y hoy transferido a la comunidad autónoma. Posteriormente hemos tenido que hacer frente de nuevo a una rectificación para finalmente tener una posición pública de los responsables sanitarios de la región de Murcia, en virtud de la cuál nunca se podrá saber con certidumbre si efectivamente el hospital Morales Meseguer es el responsable del brote o no. Por lo tanto, estamos ante un disparate en la política de prevención, en la dejación de responsabilidades entre la comunidad autónoma y el Ministerio y en todo caso en la gestión pública de la información a los ciudadanos sobre lo que estaba ocurriendo y sobre lo que todavía ocurre.

Dentro de algún mes, el 6 de junio de 2002, está previsto que durante la presidencia española se celebre un Consejo de Salud. La presidencia española ha establecido como prioridad en su actuación que los programas de acción comunitaria en materia de salud, para el período 2001-2006 sean objeto de aprobación. Esto tiene algunas dificultades. La verdad es que a la luz de las cosas que han ocurrido a este país le vendría bastante bien. Señorías, coincidirán conmigo en que son muchas y repetidas las acciones que producen no solamente inquietud sino en algunos casos alarma social y que revelan sobre todo unas graves deficiencias de este país en materia de prevención, especialmente en materia de salud pública. No solamente fallan los mecanismos de prevención sino al parecer la asunción de responsabilidades sobre prevención, la distinción entre lo que corresponde a cada una de las instancias de Gobierno, la confusión entre, por ejemplo, la posibilidad jurídica de trasladar la competencia en materia normativa a una comunidad autónoma —en este caso a la Comunidad Autónoma de Murcia— con el hecho de que la propia ministra de Sanidad nada menos que en noviembre del año 2000 se hubiera comprometido a elaborar un decreto y siete meses después, cuando se produce la crisis de legionelosis en Murcia, ese decreto todavía no hubiera sido objeto de aprobación. Ese retraso de siete meses sirvió al consejero de Murcia para decir que estaban pendientes de que la ministra elaborara el decreto y también le sirvió a ella para decir que la competencia normativa era de la comunidad autónoma, puesto que la tenía transferida hacía muchísimo tiempo, ya que la competencia en materia de salud pública era de la comunidad autónoma.

Están ocurriendo otras cosas. Hace unos días hemos tenido también ocasión de presentar iniciativas, preguntas, incluso proposiciones o mociones que tomaban como punto de partida no solamente cosas como la legionella sino lo que había ocurrido con medicamentos como la cerivastatina, los fallecimientos por hemodiálisis o algunas otras cosas. Desde luego, es bastante común la preocupación que tienen los analistas económicos y sociales sobre un hecho que contrasta con la autosatisfacción que parecemos tener y que especialmente expresa el Gobierno sobre la marcha general de los asuntos en España. Es verdad que el gasto social en nuestro país ha caído, es verdad que estamos en la cola de Europa en materia de gasto social por habitante y es verdad, sin embargo, que algunos hechos ponen de manifiesto el déficit social en muchos terrenos, no solamente en materia de atención social, sino en la frecuencia de la aparición de fenómenos que tienen que ver con la salud como es el sida, la adicción a las drogas, la persistencia de la tuberculosis, la persistencia de enfermedades venéreas o la persistencia de la legionella, que nos sitúan en tasas que comparativamente son nada ventajosas para nosotros, las peores de la Unión Europea.

Déjeme que vuelva otra vez a la legionella en Murcia, para decirle que en este caso nos encontramos ante

unos hechos que ponen de manifiesto con toda claridad, primero, que las tareas de prevención no se habían llevado a cabo. Diversos informes oficiales, incluso declaraciones del consejero de Murcia, han puesto de manifiesto que la inmensa mayoría de las torres de aire acondicionado de Murcia tenían deficiencias. No quiero relatarle por menudo todo lo que se ha dicho en la prensa sobre esta cuestión, pero prácticamente ni una sola de las torres debía estar cumpliendo las condiciones, estaban todas —por así decirlo— hechas un asco. Es más, es dramático constatar que ante el brote de legionella el consejero de Murcia tuvo que recurrir a un helicóptero de la comunidad autónoma para que hiciera fotos de todos los tejados de la ciudad, a fin de detectar las eventuales fuentes de emisión, puesto que no estaban ni inventariadas ni se conocían con detalle. Posteriormente hemos tenido un baile sobre los eventuales focos responsables y de él se han obtenido conclusiones que como mínimo son todavía bastante confusas. Se ha constatado que la empresa que mantenía las torres de refrigeración del hospital Morales Meseguer, a la sazón de titularidad del Insalud, hoy de titularidad de la comunidad autónoma después de la transferencia, no cumplía los requisitos que exige la normativa. Tanto es así que posteriormente se ha demostrado que los trabajos de dicha empresa con agua sanitaria no son eficaces por su positividad a la legionella lo que ha obligado a la realización de estas tareas por otras empresas autorizadas.

Voy terminando, señor presidente. Créame, señor director general, no es posible, a la vista de los datos que hoy se conocen, sacar la conclusión de que la comunidad de Murcia y tampoco el Ministerio se hubieran tomado en serio la tarea preventiva en un área de potencial riesgo por sus condiciones climáticas como es la región de Murcia ante brotes de legionella. Señor director general, la legionella, como usted ha dicho anteriormente, no es algo que ocurre de pascuas a ramos, se ha referido a 80 casos documentados a lo largo de veinte años. Por referirnos nada más que a los más recientes, en el año 2000 tuvimos casos en Vigo, en Alcoy, en Barcelona y en el año 2001 hemos tenido algunos, el más importante hasta ahora el de Murcia, pero después ha habido otros en Navarra, en algún lugar de Andalucía o en Cataluña. Estamos ante un problema de política de prevención, en el que las autoridades no se lo han tomado suficientemente en serio, tanto como para creer que se podía despachar a la opinión pública con el éxito de nuestras autoridades en el ejercicio de las competencias sanitarias diciendo que se ha obtenido una tasa de letalidad extraordinariamente baja, de lo cual todos nos felicitamos. La pregunta, señor director general, es si efectivamente se habían hecho las cosas que ustedes científicamente recomendaron desde el Instituto Carlos III, desde el Consejo territorial de Salud, incluso desde el propio Ministerio de Sanidad y de tantos otros que habían dicho que era necesario adoptar medidas en esta materia. Argüir que no existía normativa es ciertamente falso. Existía una nor-

mativa bastante dispersa, que por otro lado no se ha hecho más que ensamblar y poner en un decreto después de la crisis de Murcia, decreto aprobado el 27 de julio. Las normas y las condiciones existían. Había hasta la legislación de salud y riesgos laborales, sobre la cual ha habido incumplimientos absolutamente flagrantes, por no hablar de otras legislaciones más específicas. Quisiera, señor director general, que tuviera en cuenta que los ciudadanos no solamente han tenido conocimiento de toda esta situación de falta de prevención, sino que han tenido la enorme zozobra de no saber si efectivamente, como se les había prometido, se podía detectar finalmente el foco responsable y si ante las sucesivas y contradictorias informaciones de las autoridades sanitarias de Murcia se podía sacar alguna conclusión.

Termino, señor presidente, diciendo dos o tres cosas. En primer lugar, el consejero de Sanidad dice en julio que probablemente será muy difícil conocer los focos responsables de la infección. En segundo lugar, en septiembre lo reitera y posteriormente da por cerrada la crisis de la legionella con la seguridad de que no se iban a poder conocer los focos infecciosos. Más aún, el presidente de la comunidad autónoma de la región de Murcia, en contradicción con lo que ha dicho su consejero, dice que se actuó con tanta diligencia que al parecer se hizo una limpieza de todas las torres, bien sea por hipercoloración o por otros medios que sirven para la desinfección. Así se llega a la conclusión de que las muestras que se tomaron de los focos infecciosos, que eventualmente podían haber sido los responsables de la transmisión, son muestras tomadas después de la limpieza inicial. Por tanto existen dudas —que me gustaría que usted despejara— sobre si lo que ustedes están comparando son las muestras derivadas de focos existentes antes del brote de legionella en las torres, que pudieran haber sido responsables, o son las tomadas —como se ha dicho en los medios de comunicación y en algunas comparencias— con mucha posterioridad, concretamente el 30 de octubre del año 2001, para conocer el origen del brote. Dicho de otra manera, si efectivamente se hizo una limpieza y no se tomaron las muestras previamente a esa limpieza, ¿hay alguna garantía de que la coincidencia de la composición molecular de las cepas encontradas en los enfermos y las encontradas en las torres demuestre que tienen algo que ver entre sí o, por el contrario, no tenemos ninguna seguridad?

Acabo, señor presidente. Me gustaría terminar con algunas preguntas sobre las que le pido clarificación. He empezado por expresarle mi respeto al trabajo científico que se hace desde el Carlos III, dadas sus funciones, y ciertamente no es de eso de lo que vamos a discutir, sino de las consecuencias sociales y políticas que debiéramos todos extraer. Le quiero preguntar muy claramente, señor director general, lo siguiente. Uno: ¿Cree usted que la falta de prevención que se detectó antes del brote es la clave de lo que ocurrió posteriormente? ¿Sí o no? Dos: ¿Tiene usted conocimiento de

que se hayan tomado todas las medidas normativas y de vigilancia que el conocimiento científico disponible aconseja en este momento? Tres: ¿En qué porcentaje de los casos, de acuerdo con la experiencia disponible, es posible conocer los focos de la infección, ya se trate de brotes nosocomiales, comunitarios o incluso holomínticos en esta cuestión? Cuatro: ¿Es o no es verdad que las muestras tomadas de las torres de refrigeración lo fueron después de que se hiciera la correspondiente limpieza y desinfección por hipercloración u otros medios? Cinco: ¿Es o no es verdad que las muestras que se analizaron correspondían a períodos muy posteriores a los del comienzo del brote infeccioso? Seis: ¿Tiene usted la razonable esperanza científica de que se pueda llegar a conocer el verdadero foco infeccioso del brote de Murcia? Siete: ¿Puede usted avalar con una probabilidad significativa —imagino que la seguridad absoluta en materia de epidemiología no existe— que el foco infeccioso hayan sido las torres de refrigeración del hospital Morales Meseguer de Murcia? Octavo: Quisiera advertirle, porque me preocupa, creo que le preocupa a usted y supongo que a todos, que existen afectados y personas que presentan reclamaciones, incluso en los juzgados. Más allá de la discusión en términos científicos, sin duda alguna la atribución de la responsabilidad de la infección a un foco en particular, como es el Morales Meseguer —que parece demostrado que no cumplía las normas vigentes en materia de vigilancia de sus propias torres de refrigeración, pero también existían otros focos— pudiera dar lugar a la exigencia de responsabilidad de la Administración pública, ya sea la comunidad autónoma, el propio ministerio o el Insalud que a la sazón era el titular de ese hospital. No sé si esa atribución de responsabilidad se puede hacer en este momento con el nivel de información y de conocimiento técnico o científico que ustedes pueden aportar, pero me gustaría que dijera alguna palabra en esa dirección.

Tengo algunos testimonios de científicos que trabajan y que han colaborado con la Comunidad de Murcia, y los han expresado por escrito, sobre las dudas que se pueden verter en torno a la seguridad de atribuir a un solo foco la existencia de ese brote. Pero más que hacer uso de la información que me ha sido entregada y que compromete simplemente a quienes la han firmado, me gustaría saber cuál es la opinión del Instituto Carlos III.

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

La señora **CASTRO FONSECA:** Le doy las gracias en nombre de mi grupo y en el mío propio, señor director del Instituto de Salud Carlos III, por su comparecencia de esta mañana en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados.

Le agradezco sinceramente su intervención, pero —y no me lo tome como una impertinencia, señor Campos—

ésta es una cámara política y, más allá de que es evidente que a ninguno de los diputados y diputadas que aquí nos sentamos nos viene mal aprender, no usted, el Grupo Popular, el partido que sustenta al Gobierno, nos pone en una tesitura difícil. Nosotros queríamos debatir hoy aquí de política y sinceramente la persona más adecuada para este debate creo que no es usted; debería ser la señora ministra quien estuviera aquí respondiendo a las inquietudes y a las propuestas de los grupos de oposición.

Dicho esto y desde el respeto que me merecen el Instituto de Salud Carlos III y, por supuesto, todos los profesionales que trabajan ahí, aunque no voy a entrar a discrepar, en absoluto, con el trabajo que ustedes han realizado, voy a ir a lo que a mí me interesa, que es lo político. Efectivamente —y lo decía usted—, estamos ante un problema de salud pública. Usted hablaba de un problema de salud pública emergente, y la primera pregunta que se hace esta portavoz de Izquierda Unida es: ¿Es de recibo que haya problemas de salud pública emergentes, como el de la legionella, en el siglo XXI? Esa es la primera reflexión que quiero compartir no sólo con usted sino con el conjunto de la Comisión de Sanidad.

El 21 de noviembre del año 2000, después de que el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida hubiera presentado una iniciativa en el Congreso, la ministra de Sanidad anuncia medidas legislativas que, desde nuestro punto de vista, fueron aprobadas tardíamente, con la publicación del Real Decreto de 27 de julio de 2001, que nosotros no cuestionamos porque su objetivo es la salvaguarda de la salud pública; pero nos preguntábamos entonces, y nos preguntamos hoy, cómo se va a financiar el cumplimiento de este real decreto.

Estos brotes epidémicos, que son un goteo a lo largo y ancho de la geografía nacional en los últimos tiempos, como comentaba el portavoz socialista, deberían merecer toda la atención por parte de las autoridades sanitarias para prevenir los factores de riesgo que puedan estar relacionados con esta enfermedad. En este sentido, nosotros entendemos que la actitud del ministerio ha sido de desidia, de cierta ligereza y, por qué no decirlo, de incapacidad manifiesta para afrontar los problemas de salud pública que nos está planteando la legionella.

En la intervención del portavoz que me ha precedido se abordaba un tema que parece que tiene poca importancia, pero que tiene muchísima. La semana pasada discutíamos en esta Comisión sobre salud pública y yo decía que es la maría o la cenicienta del Partido Popular, y la prueba más evidente, señor director del Instituto Carlos III, es que el presupuesto que se dedica a salud pública en relación con el presupuesto total de sanidad es del 0,1 por ciento. Comprenderá usted que con ese presupuesto queda definida la voluntad política del Partido Popular respecto a las tareas de prevención que tiene encomendadas en materia de salud pública. Ésta es una de las grandes preocupaciones que tenemos en el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y que queremos poner encima de la mesa. A esto hay que

sumarle la falta de ayudas en la financiación de las reformas en los centros y edificios públicos, lo que limita muchísimo, no voy a decir totalmente por aquello de no exagerar, la eficacia de cualquier norma que se ponga en marcha. La falta de presupuestos en los centros sanitarios retrasa las reformas necesarias, por lo que nos tememos que la eficacia de la norma sea francamente relativa, cosa que no nos agrada en absoluto.

El brote de Murcia, por ser el último, el más cercano y también el más grave, demuestra que ha habido una falta de previsión y de control por parte de la Administración, señor Campos, al menos sobre los focos de riesgo que desde hace años se conocen como difusores de esta enfermedad, que no es aceptable. Entendemos que se debería estar trabajando con un mapa de focos de riesgo ya conocidos, que se iría ampliando con los nuevos focos que se vayan detectando. Repito, entendemos que el ministerio ha sido negligente ante un problema de salud pública que genera una gran alarma social, que ha trabajado con falta de previsión y que —naturalmente, esto es una valoración política— ha estado más preocupado por las consecuencias políticas del problema que por resolverlo. Parece muy duro decir esto en voz alta, pero es así como lo percibimos y, por tanto, es así como nos vemos obligados a plantearlo en esta Comisión.

Desde nuestro grupo parlamentario, modestamente, hemos querido llamar la atención sobre los problemas de salud pública, sobre la falta de atención que el Gobierno del Partido Popular presta a estos problemas y, por eso, hace nueve meses presentamos en el Congreso de los Diputados una proposición relativa a las actuaciones del ministerio para prevenir los brotes de legionella. Nueve meses después seguimos teniendo las mismas preocupaciones que teníamos cuando presentamos aquella proposición, y no nos parece de recibo. Si bien es cierto que yo he atendido diligentemente sus explicaciones, sin dudar de la buena praxis de los científicos, de los investigadores, tengo que decirle que los resultados políticos tienen poco que ver con la buena praxis de la que usted nos habla y de la que esta diputada y portavoz de Izquierda Unida no duda.

Quisiera decirle a la señora ministra y al Gobierno del Partido Popular que prevenir es curar. No es decir nada nuevo, es echar mano de un refrán que es muy español y que yo ya oía comentar cuando era pequeña a los mayores de mi pueblo. Esto es lo que tiene que hacer el ministerio, prevenir, porque prevenir es curar y esto es lo que el ministerio no ha hecho. Otra de las cosas que no puede hacer el ministerio, y que nos sitúa en una posición francamente comprometida ante el resto de los servicios nacionales de salud de la Unión Europea, es dar respuestas coyunturales a cuestiones tan graves como estos problemas de salud pública.

Por eso, desde el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, anunciamos que seguiremos trabajando por doblegar la voluntad política del Partido Popular, por hacerles comprender la importancia que tiene

la salud pública y por dejar claro que por muchos recursos que se tengan y que se derrochen, si no hay una coordinación adecuada y necesaria entre el ministerio y las comunidades autónomas en esta materia, vamos a seguir fallando. Y desde luego, quisiéramos reclamar, cómo no, una gestión más eficiente en materia de salud pública. Señorías del Partido Popular, ustedes deben tomar nota de que no podemos seguir manteniendo un presupuesto tan exiguo para la salud pública, porque ese es un tema clave. Es más, yo diría que es uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos, junto con la Ley de cooperación y con la resolución de las desigualdades en materia territorial, en esta segunda parte de la legislatura. Naturalmente nosotros esperamos la muestra de que ustedes tienen voluntad de cambiar las cosas, que ha de pasar necesariamente por incrementar el presupuesto de salud pública en este país.

Así pues, una vez más, señor Campos, le agradecemos su comparecencia. Estaremos muy atentos a esa reunión del Consejo Europeo de Salud que se va a producir bajo presidencia española. Nosotros seguimos pensando que en materia de salud pública deberíamos hacer un esfuerzo por trabajar desde los parámetros del consenso y del sentido común. El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida una vez más, quiere dejar clara cuál es su voluntad política con relación a los problemas que esta mañana están siendo objeto de interés en la Comisión. Anunciamos que seguiremos desarrollando baterías de propuestas en el Pleno de la Cámara, tendentes a corregir estas situaciones de déficit presupuestario que no permiten definiciones claras de voluntad política de ningún Gobierno porque sin dinero todo el mundo sabe que no se puede hacer nada. Éste es uno de los principales problemas que se plantean y que nos preocupan en relación con la salud pública en nuestro país.

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

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: De nuevo bienvenido, profesor Campos Muñoz, a la Comisión de Sanidad y Consumo. En nombre de mi grupo quiero felicitarle por su intervención, porque creo que ha servido para poner de manifiesto, bien pudiera ser tangencialmente aunque a mí y a mi grupo nos ha parecido medularmente, el impulso, el número de actividades y el papel que el Instituto de Salud Carlos III desempeña en estos momentos no solamente en el campo de la investigación, sino también respecto a problemas fundamentales, como los que aquí se han tratado, de salud pública, aprovechando el problema de la legionella en la región de Murcia. Hace bien, profesor Campos Muñoz, en solicitar nuevas comparecencias para tratar de asuntos varios de su gestión, en el Instituto de Salud Carlos III. Y digo que hace bien, porque si no lo hubiera anunciado, se lo recordaríamos, ya que la Cámara debe conocer la muy fructífera labor que el Instituto de

Salud Carlos III está desempeñando no solamente en el tema que nos ocupa en la tarde de hoy, sino también en otros temas que conviene que conozca la misma.

Recordará el señor presidente que en la anterior comparecencia del profesor Campos le dije, en nombre de mi grupo, que no defraudara las ilusiones y las esperanzas que la Cámara tenía depositadas en su persona. Después de escucharle con la atención que merece, nuestro grupo reitera la satisfacción que le ha producido su comparecencia. No sólo no ha defraudado las ilusiones y las esperanzas que mi grupo tenía puestas en su intervención, sino que además no es una satisfacción artificial o protocolaria que hace que no se vean los defectillos y se idealicen las buenas cualidades de la intervención. Por el contrario, después de oírle, la satisfacción es clara y rotunda porque por encima de cualquier planteamiento grupal o partidista, aunque sea desde el punto de vista parlamentario, está la satisfacción de escucharle objetivamente los logros indiscutibles en este tema de salud pública que aquí se ha planteado y que mi grupo recoge con agrado.

He escuchado atentamente las bien estructuradas intervenciones del resto de los portavoces de los distintos grupos políticos, pero aunque diga bien estructuradas intervenciones, hay un tema principal cuyo debate se quiere hurtar sutilmente o, por lo menos, minusvalorarlo. El protocolo de actuación del Instituto Carlos III, que prolija y briosamente ha explicado el director general, no puede minusvalorarse sin más, porque sin la descripción de dichos protocolos de actuación, por enojosos que pudieran parecer, y sin el conocimiento de los análisis, se desconocería la aportación del Instituto de Salud Carlos III. Entonces, aunque se quisiera llevar a la Cámara, a la Comisión y a los distintos grupos políticos a un debate político *stricto sensu*, que no hay por qué hurtarlo tampoco, dicho debate carecería de sentido. No se haría entonces un debate político, señor presidente, en amplitud. A juicio de este grupo, y respetando cualquier opinión contraria al mismo, no se haría entonces un debate político objetivo. Entraríamos en un debate viciado artificialmente en sí; se traerían las premisas prefijadas para luego, sobre ellas, construir el debate. Es perverso, y entrecomillo la palabra, el sistema que lleva a la confusión; ese sistema de construir el debate político sí lleva a la confusión y creo que a la peor que pueda llegarse, a la confusión de llegar al debate con premisas prefijadas.

Según nuestro grupo, señor presidente, partiríamos de esta premisa. Era necesaria la relación del protocolo de actuación, por enojoso que parezca. Como profesional de la medicina, por primera vez me ha sido posible comprender de forma amena, los conocimientos de la epidemiología, enojosa rama del saber médico que creía felizmente archivada en mi memoria desde los lejanos tiempos de la facultad. Pero era necesario eso para no reiterar otra vez las premisas por las que construyo mi intervención.

Hay otra serie de premisas, ya del debate político, en las que los distintos grupos de esta Cámara, principalmente de la oposición, han insistido hoy aquí. Ha hablado el profesor Campos Muñoz del problema de salud pública emergente, del problema de la legionella, la legionelosis y otras enfermedades infecciosas. Precisamente este nuevo concepto de salud pública emergente hace que surjan esporádicamente, y a veces con mayor incidencia de la necesaria, casos de morbimortalidad o casos de incidencia y de prevalencia mayores que las deseadas. Pero esto no solamente ocurre en la legionelosis, sino también en la gripe, que —no quiero cansar a SS.SS.— también tiene en épocas del año y sobre todo en años indeterminados una mayor prevalencia, una mayor morbilidad, una mayor mortalidad, en resumidas cuentas, una mayor agresividad.

Nosotros creemos que el tratamiento de la crisis de la legionelosis, en contra de lo que aquí se ha dicho por otros grupos parlamentarios, ha sido muy bueno y desde luego no hemos sido capaces, seguramente por nuestra torpeza, de observar ni desidia ni ligereza ni molicie, en la actuación del ministerio, y mucho menos del Instituto Carlos III. Por cierto, si la Mesa y portavoces de la Comisión de Sanidad hubieran tenido la concurrencia de criterio necesaria para acumular comparecencias de la señora ministra, el problema que se suscitaba de que aquí compareciera hoy el profesor Campos Muñoz en vez de la señora ministra, pudiera haber supuesto que la señora ministra estuviera aquí en vez del profesor Campos Muñoz. Me permitirán SS.SS. que exprese el parecer de mi grupo con la misma sinceridad que he escuchado las intervenciones contrarias de los demás.

Por lo tanto, el tratamiento de la crisis, a nuestro criterio, ha sido muy bueno. Nosotros no hemos sido capaces de apreciar los defectos de gestión que por otros grupos políticos se han puesto encima de la mesa y desde luego en el tema de la salud pública, los datos presupuestarios habría que verlos aquí, con la presencia del director general del Instituto de Salud Carlos III, para mensurar realmente la importancia cualitativa de dicho presupuesto. Yo tengo que decir que la labor del Instituto de Salud Carlos III tiene una gran importancia y desarrolla programas fundamentales.

Se ha sacado aquí también a colación, señor presidente, algo que yo no quisiera dejar flotando más tiempo, y es la calidad del Sistema Nacional de Salud. Yo estoy convencido de que nadie ha pretendido ponerla en duda, pero a mí me gustaría enfatizar la posición de mi grupo, respetando los criterios de los demás. Con los medios de que dispone el Sistema Nacional de Salud, ocupar el quinto o el sexto lugar en el ranking, por decirlo así, mundial es lo suficientemente notable como para enfatizarlo en una Comisión como ésta.

Se ha hablado también de la tardanza en la elaboración de un real decreto, me parece que he apuntado la cifra de siete meses. Yo creo que nunca es tarde para aglutinarlo en un texto que unifique la dispersa legislación que

pudiera apreciarse, y fueron las propias comunidades autónomas, de acuerdo con los ayuntamientos, las que pidieron que el ministerio elaborara los puntos de vista fundamentales y el desarrollo de dicho real decreto.

Se ha discutido, señor presidente —y al profesor Campos seguramente no se le ha comprendido bien por el alud de datos que ha dado—, si la prevención de la enfermedad de la legionella, de este brote de legionella —porque conceptualmente insisto en que sí es un problema de salud pública emergente, salvo que el profesor Campos Muñoz, con mucha más autoridad que yo, me desmienta—, ha sido mala o no o si no se ha actuado, e inclusive se podía sacar como corolario de la intervención del profesor Campos Muñoz confusión en cuanto a las responsabilidades o en cuanto a la gestión de la crisis de la legionella. Después de escuchar al profesor Campos Muñoz, y seguramente movido por mi natural torpeza, tengo que decir que a mí no me ha parecido que la prevención haya sido mala. Lo que sucede es que hay un problema de salud pública tangencial que no quisiera que se fuera de la mano, y es el concepto de salud pública emergente, en el que hay dificultad científica y técnica de controlar no solamente los brotes, sino el hábitat natural de las bacterias productoras de los brotes en cuestión.

Ha dicho el profesor Campos, y lo ha dicho bien, que siempre aparecerán casos de legionelosis y siempre aparecerán con distinta morbimortalidad sin que sean de ninguna manera atribuibles responsabilidades a administraciones que, por otra parte, tienen perfectamente asumidas las competencias en materia de salud pública, epidemiología y sanidad, transferencias que precisamente llevaron a cabo gobiernos del Partido Popular enmarcadas en la Ley General de Sanidad, que ciertamente no se ha cambiado.

En mi intervención he intentado explicar el criterio del Grupo Parlamentario Popular. Concluimos agradeciendo una vez más al director del Instituto de Salud Carlos III sus datos y su intervención. Creemos que ha ido al meollo de la cuestión, y le agradecemos que se haya ofrecido a seguir compareciendo en la Comisión de Sanidad a petición propia para conocer detalladamente la magnífica labor que estamos seguros está llevando el Instituto de Salud Carlos III en este y en otros temas que se irán conociendo a lo largo del período de sesiones.

El señor **PRESIDENTE**: Para dar contestación a las distintas intervenciones, tiene la palabra el señor Campos Muñoz.

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Campos Muñoz): Señor presidente, es para mí un placer poder contestar a las preguntas y a las cuestiones planteadas por sus señorías. Trataré de hacerlo lo más sintéticamente posible. En primer lugar, algunas de las cuestiones que aquí se me han formulado, considero que quizás no deberían ser

planteadas a la persona que está en este momento presente aquí, porque como se ha dicho en su momento, están vinculadas a actividades que tienen que ver con el Gobierno de Murcia. Creo que el señor consejero comparece en estos días para informar sobre la situación de esta legionelosis que afectó a Murcia el pasado verano. Por tanto, supongo que algunas de esas cuestiones serán contestadas desde el ámbito de su competencia por el señor consejero.

Sí me parecen importantes, sin embargo, algunas de las reflexiones que aquí se han formulado y que yo no puedo dejar de considerar en mi intervención. Creo que se nos invitaba por parte del señor Eguigaray a hacer una reflexión conjunta, y yo creo que es importante hacerla. Lo primero que yo planteo como reflexión conjunta es que disponemos de un marco legal en este momento en el que existen una serie de competencias compartidas, de problemas que nos afectan a todos, y por eso tenemos que hacer el enorme esfuerzo de trabajar en la coordinación de los problemas que interesan a todos pero que están distribuidos en sus distintos niveles de responsabilidad: locales, regionales y nacionales. Creo que tenemos una excelente oportunidad en la ley de coordinación. Dentro de poco, el Partido Popular va a presentar una ley de coordinación que yo espero que desarrolle una actividad en este sentido. El Gobierno de la nación va a presentar, sustentado por el Partido Popular, esta normativa, en la cual se podrá hacer un esfuerzo en relación con las distintas proposiciones a las que nos invita la reflexión del señor Eguigaray. Todos podremos trabajar sobre problemas sanitarios que nos afectan a todos, cada uno, desde los niveles que el marco legal tiene establecidos, y colaborar en beneficio de todos. Esta es una reflexión importante y que quiero poner de relieve en ese momento.

Era importante esta comparecencia que yo he formulado a petición propia porque se ha dicho —este es un proceso largo que ya lleva una serie de meses en el propio candelero, como se suele decir— que si el Instituto Carlos III no colaboraba, que sí colaboraba, todo este tipo de cosas que, a veces, cuando uno está dedicado a su obligación (en mi caso como director general impulsar las actividades normales del Instituto y las extraordinarias que surgen como consecuencia de problemas como este), sorprende esa presencia permanente de cierta descoordinación. Yo he querido reflejar aquí, desde el primer día, la actitud de colaboración estrechísima del Instituto Carlos III con las autoridades de Murcia, como no podía ser de otra manera y como es nuestra obligación y nuestra responsabilidad. Desde el primer momento, yo personalmente llamé al consejero y di orden de que el Centro Nacional de Epidemiología, a través de su directora, y el Centro Nacional de Microbiología a través del suyo, se pusieran de inmediato al servicio de los responsables respectivos de la Comunidad Autónoma de Murcia. En ese sentido, he tratado de relatar aquí pormenorizadamente esa cola-

boración en distintos ámbitos, en los comités asesores, en los comités técnicos, en los laboratorios y en el contacto permanente, he querido demostrar —he pretendido hacerlo y no sé si lo habré conseguido— que la relación ha sido intensa, profunda y fecunda; al menos así lo vemos desde el Instituto. No se tome esto como arrogancia, pues todos cometemos errores. Y podemos hacerlo mejor, pero evidentemente nuestra voluntad ha sido la de prestar el servicio a que nos invita la ley General de Sanidad.

Creo que tienen razón el señor y la señora diputada cuando han formulado, otra cuestión, el clima de cierta confusión que se presenta en algunas ocasiones en los medios, como si se va a saber donde está el origen, si no se va a saber. Creo que la vida científica está, a veces, en un ámbito distinto de la vida política. No quiero decir que sea distinta, pero tiene otro ritmo. Hoy día está muy de moda hablar de los biorritmos, pues bien, el biorritmo de trabajo del Instituto Carlos III es de una determinada naturaleza, distinto al ritmo de otros ámbitos donde las preocupaciones son diferentes; es normal y tenemos que aceptarlo como normal. Voy a citar la fuente porque como me considero científico y estoy desempeñando un papel en el ámbito político, me gusta citar las fuentes, la bibliografía. Leí una vez una entrevista del señor presidente del Gobierno que decía una cosa que le recomendaba su abuelo y me pareció que eso era muy importante para la ciencia. Decía que había que tener paciencia, prudencia y perseverancia. Creo que en el mundo científico la paciencia, la prudencia y la perseverancia son fundamentales; sin paciencia, sin prudencia y sin perseverancia no hubiéramos ido paso a paso estudiando muestra a muestra a muestra, estudio a estudio, hasta lograr encontrar lo que se ha encontrado. Aquí se ha dicho que no se sabía el foco. Pues sí, cuando se dijo eso no se sabía, pero hay que seguir trabajando, hay que seguir con prudencia, con paciencia y con perseverancia. Quiero aprovechar la ocasión para felicitar, y lo hago públicamente, a los investigadores del Carlos III —tenemos aquí como invitados a algunas de las personas que han contribuido a ese trabajo—, porque ha sido un trabajo exhaustivo y consciente de la altísima responsabilidad que se tiene cuando se trabaja en este ámbito. Finalmente, en alguna de las muestras remitidas... **(La señora Valentín Navarro, pronuncia palabras que no se perciben.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, siguiendo la doctrina que ha impuesto en la Comisión el señor González Serna hace un rato, cuando interviene alguien se pide el mismo respeto con el que el señor Campos ha escuchado a su compañero y al resto de los miembros de la Comisión.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, si me permite, estoy hablando con mi compañero en un tono muy bajo. Le pediría a usted, como presidente de

esta Comisión, el mismo seguimiento a todos los diputados y diputadas de la misma cuando hagan algún comentario que pueda molestar al interviniente en este caso.

El señor **PRESIDENTE**: Esté segura, señora Valentín, que saldrá usted perjudicada en esta apreciación que tomará esta presidencia a partir de ahora.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Es que no se mide con la misma vara a todo el mundo, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Siempre, como es lógico, la última palabra la tiene que tener la señora Valentín. Yo la llamo al orden, señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: La tiene usted, perdone.

El señor **PRESIDENTE**: ¡Qué paciencia!

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: A la vista, ciencia y paciencia.

El señor **PRESIDENTE**: Siga usted, señora Valentín, siga usted.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: No, no, si yo ya he terminado. Gracias. Estamos siempre con las mismas, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera señor Campos.

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Campos Muñoz): Comentaba que precisamente, fruto de ese tipo de trabajos cotidianos en el laboratorio, poniendo a punto las nuevas técnicas, haciendo estudios de control, etcétera, cuando cronológicamente ha sucedido, se ha producido un hecho importante desde el punto de vista de las pesquisas de investigación que se venían realizando, y es la identificación del patrón molecular existente en las bacterias de una determinada torre de refrigeración con el existente en los dieciocho pacientes. Este es un hecho significativo, fundamental, decisivo en el protocolo de investigación, y se llega a él, cuando se llega. Evidentemente las muestras son remitidas con un programa, que establece el servicio de salud de la comunidad autónoma, de toma de muestras, que será topográfico, cronológico, etcétera, y que deciden los epidemiólogos y las autoridades de la comunidad para tomar ese tipo de determinaciones y por parte del Instituto se procede a su estudio. Por tanto, a la pregunta de si hay esperanza de saber el origen, esperanza sí, pero también le digo, como he dicho en mi informe, otro dato importante. No basta con conocer sólo el dato microbiológico, sino que para conocer la fuente y el origen de un foco emisor con estas características es necesario complementar ese estudio con el

estudio epidemiológico; estudio que se hace concretamente por los responsables del servicio de epidemiología en Murcia. En consecuencia, la combinación de ambas estructuras, si es factible, determinará el foco emisor. Los datos que nosotros aportamos desde el Instituto son los que aportamos desde el conocimiento microbiológico, y evidentemente los datos epidemiológicos se realizan en la Comunidad de Murcia. Yo supongo que el señor consejero informará de todos estos datos cuando aúne el conjunto de la información.

En relación con la señora Castro ha dicho algo que me parece muy importante. En primer lugar quisiera agradecerle su preocupación por los temas de salud pública, pero también decirle algo que no sólo yo sino el Gobierno, el Ministerio de Sanidad y todo el mundo compartimos en igualdad de intención, que la preocupación por la salud pública es general, es algo que está absolutamente vinculado al quehacer de este trabajo. Como en todas las cosas de la vida, como le he dicho antes, se puede acertar o no, hacer mejor o peor, pero no le quepa a usted la menor duda, que la voluntad de servicio a la salud pública es total y desde luego la vocación que tenemos por ese ámbito en el Instituto de Salud Carlos III es total.

Por otra parte, se ha planteado en las distintas intervenciones la cuestión de la prevención. Ya se ha comentado por el portavoz del Grupo Popular la normativa y la legislación al efecto, su desarrollo, su cronología, etcétera, pero yo quiero hacer hincapié en otras actividades que también tienen que ver en sentido amplio con la prevención. La prevención es también formación, la mejor prevención es la formación. Tengo aquí el anexo de cursos y actividades formativas que se han hecho en los dos últimos años en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III, la introducción constante de módulos sobre prevención de legionella en distintos ámbitos, comunidades, ciudades, por profesionales de la salud pública, introduciéndolos en el programa de la epidemiología aplicada de campo, que son los epidemiólogos que van a ir a los centros. Hay una voluntad de formación, que es prevención, desarrollada intensamente, voluntariamente, conscientemente y de una forma definida por el Instituto Carlos III, a través de la Escuela Nacional de Sanidad. Ahora vamos a impulsarlo en el ámbito que usted ha citado, y que me parece muy importante, que es el de la prevención de riesgos. En la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo que se ha incorporado recientemente al Instituto, se van a incorporar módulos de esta naturaleza para facilitar la prevención en este ámbito. Por tanto, la prevención —y con esto espero contestar también al señor Eguiagaray—, no sólo está en las disposiciones legislativas o las normativas, a las que ha hecho referencia el portavoz del Grupo Parlamentario Popular y que no voy a repetir, sino en la actividad diaria que se ejerce en la actuación formativa y docente, que es uno de los objetivos fundamentales del Instituto.

Se ha hablado también de inversiones en salud pública. Una de las preocupaciones fundamentales del instituto —espero tener ocasión de poder comentarlo en otra comparecencia— es la modernización constante de las instalaciones. El Instituto está en vanguardia en las técnicas de patología molecular; no sólo está en vanguardia porque las impulsa, las desarrolla y las pone a punto en sus laboratorios, sino porque, además, es un sistema de formación para laboratorios de toda España, pues vienen los profesionales a formarse aquí para distribuirse por distintos laboratorios y servicios de microbiología o laboratorios de salud pública de todas las comunidades autónomas. Hay más, es voluntad del Ministerio de Sanidad, y en este caso concreto del Instituto de Salud Carlos III, la reforma profunda de las instalaciones, lo dije en mi comparecencia hace aproximadamente un año. Recientemente se ha firmado un acuerdo para construir los laboratorios de salud pública de Majadahonda, con una inversión de alrededor de 23.000 millones de pesetas. Esto significa una voluntad de apuesta por las instalaciones que, a la postre, van a servirnos para fomentar la investigación y su aplicación en la salud pública, dato que podremos pormenorizar en otro momento, significa una apuesta por todos estos mecanismos.

Por no alargarme en exceso, sí quiero decir que existe prevención. Cuando se conozcan, además de los datos microbiológicos que hemos estudiado pormenorizadamente, los datos epidemiológicos desarrollados, hay esperanzas de conocer el foco. La ciencia hay que hacerla despacio, porque tiene su ritmo. El Instituto de Salud Carlos III ha colaborado estrechamente con las autoridades murcianas, para ayudar a la resolución de las consecuencias del problema y para que de este problema surjan enseñanzas e investigaciones que nos ayuden a prevenir en el futuro.

Quiero agradecer al diputado del Partido Popular sus palabras en relación con el trabajo del Instituto, pero no por mí que soy un instrumento, sino por las personas que están en el laboratorio, por las personas que están en el Centro de Epidemiología que se han quedado mañana, tarde y noche, a veces con las urgencias de todos los días, no sólo en este tema, sino en tantos otros. Esa felicitación, como la que ha dirigido el resto de los diputados, es el mayor estímulo que podemos transmitir desde esta Cámara a las personas que trabajan cada día para mejorar la salud pública de nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Eguiagaray, para alguna aclaración.

El señor **EGUIAGARAY UCELAY**: Con mucha brevedad. Me parece obligado, señor Campos, manifestarle, después de oírle a usted por segunda vez, mi profundísima decepción por la no contestación e ignorancia, a mi juicio, del sentido de su presencia aquí. Usted ha solicitado la comparecencia, es el Gobierno

quien ha solicitado su comparecencia; de acuerdo con el texto de la comparecencia venía usted a informarnos sobre el foco emisor de la epidemia de legionella sufrida en la ciudad de Murcia el pasado verano. Lo primero que ha dicho en su turno de réplica es que habrá que esperar a que lo diga el consejero en Murcia, porque hay que unir los datos que ustedes han corroborado con los datos epidemiológicos. Supongo que eso quiere decir que ustedes han podido contribuir hasta donde han podido contribuir, pero no quieren ir más allá.

Señor Campos, no me ha contestado a ni una sola de las preguntas específicas que le he hecho. Ni siquiera me ha dado la opinión del Instituto Carlos III sobre si es relevante la prevención no en general (es obvio que la contestación es que sí) sino en el caso de Murcia, a la luz del conocimiento que se tiene del comportamiento de las distintas torres de refrigeración, potenciales focos infecciosos, y la incidencia que ha podido tener en la expansión de la epidemia o de la infección.

Señor Campos, no me ha contestado a las preguntas muy precisas que le he hecho en relación con el momento en que se toman las muestras. Como usted sabe, soy un perfecto lego en esta materia, no tengo ninguna cualificación desde el punto de vista científico-médico, pero sé leer lo que han dicho las autoridades sanitarias y los máximos responsables de la Comunidad de Murcia uno escucha al presidente de la comunidad autónoma, según ha aparecido en los medios de comunicación, decir que iba a ser imposible conocer el foco, conoce su opinión sobre la alta probabilidad que tenemos de, al final, conocer el foco, ha escuchado o ha leído que, como se limpió todo, es imposible tener datos de las muestras en el momento previo o coetáneo al de la producción de la infección. Y no he tenido ningún dato por su parte para saber si efectivamente esas muestras están tomadas el 30 de octubre, como ha aparecido en los medios de comunicación, o son muestras de las torres tomadas en el momento de iniciarse el proceso de la infección, lo cual será totalmente diferente. Algunos expertos, a los que no citaré por su nombre, pero que aparecen en los medios de comunicación y que han producido testimonios en congresos y en otros lugares, han llegado a decir que era altamente improbable que de la confrontación de esos tipos de muestras se pudiera llegar a saber con evidencia científica razonable el foco, entre otras cosas porque las fechas de toma de muestras no coincidían y porque se podían haber producido — cito de memoria— mutaciones. Sobre todo eso no le he oído a usted decir ni una palabra y son algunas de las cosas sobre las que le preguntaba con bastante insistencia. Tengo la sensación de que ha venido usted a contar a la Comisión —lo cual hubiera sido motivo de una comparecencia de otro tipo— las funciones del Instituto Carlos III y la benemérita y meritoria tarea científica que realiza. Le recuerdo que he empezado por decirle que eso lo tiene usted reconocido de antemano por mi grupo, y que siendo enormemente interesante conocer

las tareas que han hecho y las que están dispuestos a hacer en el futuro, hoy viene usted a decir otra cosa. Viene usted en nombre de la ministra (no contesta desde luego en nombre de la ministra), elude las responsabilidades en la contestación, las traslada al consejero y finalmente no clarifica nada.

En la opinión pública murciana hay una cierta atención hacia lo que usted podía decir hoy aquí. No sé si en este momento está corroborando la opinión que dio el consejero de Murcia cuando, uniendo los informes que ustedes le habían trasladado desde el Instituto Carlos III a los informes epidemiológicos que le había trasladado su servicio de salud en la comunidad autónoma, llegó a la conclusión en pública rueda de prensa de que el único foco emisor era el del Morales Meseguer, porque eso ha ocurrido hace ya un par de meses o un mes y pico y después esa información, como mínimo, ha sido matizada, puesto que la comunidad autónoma ha dicho otra cosa distinta. No sé si estamos otra vez en el mismo lugar o estamos en un lugar distinto. Yo le ruego, señor Campos, que clarifique esta cuestión, pues es un asunto relevante. Si el Instituto Carlos III no tiene nada que decir sobre esta cuestión, le agradezco enormemente su colaboración con la comunidad autónoma en esta epidemia o en esta infección, como lo haría si la hubiera tenido con cualquier otra comunidad autónoma, pero me parece muy decepcionante.

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

El señor **DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Campos Muñoz): Es muy difícil hablar de sensaciones, de si uno se siente decepcionado o alegre; es difícil ser objetivo porque no se pueden medir, y cuesta establecer una pauta de cuán decepcionado o estimulado se encuentra uno. En ciencia, los datos son cosa cierta, y datos son lo que yo he venido a contar aquí. Los he contado de forma pormenorizada y creo que he respondido a sus preguntas de forma razonable. ¿Por qué? Primero, son los datos del Instituto Carlos III los que permiten demostrar la existencia de un foco emisor en este momento. Los datos epidemiológicos por sí solos pueden ser muy importantes, y de hecho son fundamentales, pero hacen falta además estos otros datos que he aportado en detalle, citándole hasta los últimos apellidos de la legionella presente en esos sitios. Los datos, todos. En segundo lugar, tengo que decirle cómo son estos procesos. No son procesos que se inventa el Carlos III o un servicio de epidemiología cualquiera, son los que existen en todo el mundo; son el resultado de la suma de los informes epidemiológicos y de los informes microbiológicos. No es una cosa que yo invente, es algo que existe y que yo he venido a reflejar. Como tengo que comparecer ante esta Cámara, y no ante la Asamblea Regional

de Murcia, les informo de lo que hace el Carlos III en colaboración con las autoridades de Murcia.

Me ha preguntado por la prevención y le he contestado citándole todas las actividades de prevención que se han venido realizando. Por fin, me pregunta sobre los afectados y las reclamaciones, aunque no le he entendido bien esa pregunta final. En este momento, estamos en la fase que le he comentado, hemos aportado una información científica, es la base sobre la que se toma una serie de resoluciones en colaboración con las autoridades políticas competentes; una de las conclusiones que saco es que el Instituto de Salud Carlos III ha sido eficaz, el Instituto ha puesto a disposición de las autoridades la competencia de sus profesionales, y con esa aportación está en condiciones de ayudar a esclarecer la situación al máximo. De toda esta experiencia aprendemos que podemos mejorar nuestra investigación, podemos afrontar nuevos brotes con más facilidad y más información. En esa reflexión que usted nos pedía al principio, tenemos que hacer hincapié en la importancia de la prudencia en ciertas manifestaciones que pueden resultar a veces muy alarmantes para el ciudadano en vez de ser precautorias. Lo más importante para los ciudadanos, a mi juicio, es que sepan que se están haciendo las cosas, que se están haciendo como deben hacerse razonablemente y que así se adquiere experiencia para el futuro.

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

Terminado el orden del día... **(El señor Eguiagaray Ucelay pide la palabra.)**

Señor Eguiagaray, usted que es experto parlamentario, sabe que no hay turno.

El señor **EGUIAGARAY UCELAY**: Si fuera usted tan amable de darme un minuto la palabra para dirigirme a usted...

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra por un minuto.

El señor **EGUIAGARAY UCELAY**: Señor presidente, si quiere usted, se lo digo fuera de la comparecencia. Aquí uno pregunta y otro contesta, lo que a cada uno le dé la gana, es obvio. Ahora bien, cuando uno pregunta cosas y no se le contesta, no se puede dar por satisfecho. No quiero saber solamente la conclusión que le oído 17 veces al señor director del Instituto de Salud Carlos III, sino también la respuesta a dos o tres

preguntas concretas que le he formulado; que las clarifique a efectos de opinión pública. Es posible que desde el punto de vista científico sean irrelevantes; no lo sé, soy lego en esa materia. Si la conclusión es, señor presidente, que hay coincidencia de cepas, solamente quiero saber si las muestras que se han analizado son del 30 de octubre o son de julio y si era verdad que se habían desinfectado previamente las torres antes de tomar las muestras, nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Esta presidencia estima que es demasiado aventurado que el señor director pueda afinar si una muestra determinada ha entrado en el Instituto Carlos III el 30 de junio o el 17 de octubre y que pueda contestar ahora mismo. No obstante, si tiene usted interés, rogaría al señor director general del Instituto Carlos III que le envíe por escrito ese dato con una información más fehaciente sobre las fechas. **(La señora Castro pide la palabra.)**

Señora Castro, ¿para qué solicita usted la palabra, por favor?

La señora **CASTRO FONSECA**: Señor presidente, no sé el artículo, como siempre, pero la solicito simplemente para que me permita usted hablar un segundo.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Quisiera decir que el Instituto Carlos III es de todos, ya que parece que de esta sesión sale la conclusión de que el Partido Popular es el único que respeta, considera y tiene en cuenta el trabajo que se hace en el Instituto Carlos III. Por tanto, desde mi grupo parlamentario queremos manifestar no sólo el respeto profundo que nos merece la institución, sino también el respeto y el apoyo a los profesionales, hombres y mujeres, que están ahí trabajando y que sabemos que lo hacen con la mejor voluntad.

Señor Campos, esperaba que un científico como usted hubiera agradecido la solicitud de esta parlamentaria de aumento de financiación para la salud pública, ya que creo que estarán muy contentos y agradecidos los trabajadores del Instituto Carlos III.

El señor **PRESIDENTE**: Se levanta la sesión.

Eran las dos y cuarenta 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**

