



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2003

VII Legislatura

Núm. 727

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 36

celebrada el martes, 1 de abril de 2003

ORDEN DEL DÍA:

Preguntas:

- | | |
|---|-------|
| — Del señor Blanco García (Grupo Parlamentario Socialista), sobre acciones para analizar en el seno del Consejo Interterritorial de Salud la incidencia y la problemática de la fibromialgia. (Número de expediente 181/001442.) | 23348 |
| — De la señora López y Chamosa (Grupo Parlamentario Socialista), sobre finalización de los estudios en relación con la inclusión o no, dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, de las llamadas bombas de difusión continua de insulina. (Número de expediente 181/002465.) | 23351 |

	Página
— Del señor González Serna (Grupo Parlamentario Socialista), sobre el número de habitaciones con una sola cama impulsadas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud hasta el 31 de diciembre de 2001. (Número de expediente 181/002507.)	23353
— Del mismo señor diputado, sobre intención del Ministerio de Sanidad y Consumo de actuar para que, dentro del Sistema Nacional de Salud, todas las mujeres dispongan en el parto de la adecuada analgesia. (Número de expediente 181/002508.)	23357
— De la señora Julios Reyes (Grupo Parlamentario de Coalición Canaria), sobre previsiones acerca de acreditar la unidad de anestesiología del complejo hospitalario materno-insular de la Isla de Gran Canaria, para que pueda iniciar actividades de formación médica especializada. (Número de expediente 181/002858.)	23360
— De la señora Valentín Navarro (Grupo Parlamentario Socialista), sobre actuaciones para garantizar la seguridad a los ciudadanos que se someten a técnicas de tatuaje «piercing» y micropigmentación. (Número de expediente 181/003175.)	23362

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

PREGUNTAS:

- **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE ACCIONES PARA ANALIZAR EN EL SENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD LA INCIDENCIA Y LA PROBLEMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA.** (Número de expediente 181/001442.)

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, buenos días a todos. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que SS.SS. conocen. Contamos con la presencia de don Rafael Pérez Santamarina, secretario general de Sanidad, para contestar a las preguntas realizadas por diversos parlamentarios.

En primer lugar tiene la palabra don Jaime Blanco, del Grupo Parlamentario Socialista, que pregunta sobre las acciones para analizar en el seno del Consejo Interterritorial de Salud la incidencia y problemática de la fibromialgia. Cuando quiera tiene la palabra, señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA:** Bienvenido de nuevo, señor secretario general, en nombre de mi grupo y en el mío propio a esta Comisión. Como ya ha dicho el presidente de la Comisión, la pregunta está explicitada en el orden del día, pero quisiera argumentar el porqué de su presentación.

Como todos los comisionados saben, y usted también sabrá, en septiembre del año 2000 se aprobó una proposición no de ley a iniciativa del diputado Joan Saura, que

con la incorporación de una enmienda transaccional del Grupo Popular fue aprobada por unanimidad. Esta proposición contaba con dos puntos. El primero es: Analizar en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la incidencia y la problemática de la fibromialgia y la necesidad o conveniencia de difundir entre los profesionales de atención primaria y atención especializada la evidencia científica disponible sobre esta patología, su protocolo —y subrayo lo de protocolo por lo que luego diré—, su protocolo-diagnóstico y las alternativas terapéuticas disponibles. En segundo punto decía, resumiendo: seguir manteniendo la máxima coordinación con las asociaciones de autoayuda. Esta proposición no de ley es de hace casi tres años —en septiembre cumplirá tres años— y esperamos una respuesta sobre qué actuaciones se han llevado a cabo en el Consejo Interterritorial. Espero que no se me dé una respuesta como la que se facilitó al señor Saura en abril del año pasado en la que el Gobierno responde diciendo: Desde la entrada en vigor de los reales-decretos sobre traspaso a las comunidades autónomas de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, la competencia sobre la materia radica en las comunidades autónomas.

Creo que esta respuesta es de poca cortesía parlamentaria, pero como es por escrito se vale de esa argucia porque no se puede replicar. Espero que aquí haya más cortesía, y sobre todo más profundidad en algunos temas concretos. Antes le hablado del protocolo-diagnóstico. Quisiera saber si ese protocolo se ha estandarizado a todas las comunidades autónomas, cómo se ha hecho y con qué soportes técnicos y científicos. Sobre la invalidez que conlleva esta enfermedad, deseo que me informe de las pautas a seguir en los tribunales médicos para la declaración de invalidez y también las pautas que se han seguido para coordinarlo con las asociaciones de autoayuda y qué ayudas han recibido estas asociaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar, señor secretario de Estado.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): Señor presidente, señorías, quiero aprovechar la oportunidad que se me brinda en mi segunda comparecencia como secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo en esta Cámara, para reiterar a SS.SS., como hice con ocasión del debate de los presupuestos, mi total disposición a comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo cuantas veces lo estimen conveniente y necesario.

Es para mí un honor comparecer ante esta Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados que tan decisivamente ha contribuido a la mejora de nuestro Sistema Nacional de Salud. En esta línea, me gustaría subrayar el papel de esta Comisión con motivo de la reciente tramitación en esta Cámara del proyecto de ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y también, con anterioridad a asumir mi actual responsabilidad en el ministerio, en la tramitación de la Ley 16/2001, por la que se estableció un proceso extraordinario de consolidación de empleo en el ámbito de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En ambos casos el trabajo de esta Comisión se ha traducido en un enriquecimiento del texto inicialmente presentado, lo que supone un ejercicio de entendimiento y de responsabilidad política.

Sin más dilación paso a contestar la primera de las preguntas referidas a la fibromialgia que me plantea el diputado Jaime Blanco García. Como SS.SS. conocen por el debate habido en esta Comisión en septiembre del año 2000 —como ha dicho usted— con ocasión de la aprobación de la proposición no de ley relativa a la fibromialgia hablamos de un síndrome de etiología desconocida, crónica, de evolución compleja y variable que provoca dolores musculares extensos que en algunos casos pueden llegar a ser invalidantes. Constituye un problema de salud muy importante por su prevalencia, morbilidad, alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios. En este sentido, cabe reseñar que, de acuerdo con los diferentes estudios epidemiológicos, se estima que la prevalencia de esta enfermedad en los países desarrollados varía entre el 1 y el 4 por ciento afectando en mayor proporción a las mujeres. Existe una cobertura sanitaria completa en relación con la atención sanitaria y el tratamiento de esta enfermedad en España pues hay que recordar que los pacientes afectados de fibromialgia tienen derecho a las prestaciones recogidas en el Real decreto 63/1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, por lo que su atención sanitaria queda garantizada con la misma amplitud que para el conjunto de la población. Así cuentan con la correspondiente cobertura de atención primaria, atención especializada, prestaciones complementarias, prestación farmacéutica y servicios de información y documenta-

ción sanitaria. Tienen derecho, asimismo, a recibir todas las prestaciones que precisen en los términos previstos en la normativa vigente, derivadas del hecho de padecer fibromialgia o cualquier otra patología asociada. Por consiguiente, cabe resaltar una vez más que la cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud español es de las más amplias de los sistemas sanitarios públicos del mundo y que los afectados por fibromialgia tienen derecho a todo ello, si bien en la normativa actualmente vigente no se detallan tratamientos específicos para estos pacientes, como tampoco ocurre en el caso de los restantes colectivos que padecen otras patologías, lo que no significa en modo alguno que no reciban la atención que precisan en cada caso. No obstante, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha continuado trabajando en relación con la problemática que comporta esta enfermedad, atendiendo así la proposición no de ley ya referida relativa a la asistencia médica y social de las personas que sufren fibromialgia, que fue aprobada por esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados en su sesión del 19 de septiembre del año 2000. Recordarán perfectamente SS.SS. que en ella se instaba al Gobierno a analizar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la incidencia y la problemática de la fibromialgia y la necesidad o conveniencia de difundir entre los profesionales de atención primaria y asistencia especializada la evidencia científica disponible sobre esa patología, su protocolo-diagnóstico y las alternativas terapéuticas disponibles, como ha recordado el señor diputado. La proposición hacía referencia también a la necesidad de seguir manteniendo la máxima coordinación y colaboración con las asociaciones de ayuda en la labor que realizan de apoyo, información y orientación a los enfermos afectados por el síndrome fibromiálgico y a sus familiares.

El Ministerio, en cumplimiento de esta proposición, ha planteado la problemática de las personas que padecen la fibromialgia en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la subcomisión de prestaciones. El 28 de mayo del año 2001 se celebró una reunión de dicha subcomisión —en la que, como todos ustedes saben, se hallan representadas todas las comunidades autónomas— y se acordó realizar un informe de situación de la posible problemática de los afectados de esta patología en los diferentes ámbitos de gestión. Una vez realizado este informe, la mencionada subcomisión de prestaciones acordó crear un grupo de trabajo para realizar un documento de consenso, a nivel de todo el Sistema Nacional de Salud, sobre la situación y pautas de abordaje de la fibromialgia. El grupo de trabajo se crea en la reunión de la subcomisión de prestaciones celebrada el 9 de abril del año 2002, y este grupo ya se ha reunido en tres ocasiones, la última el 12 de diciembre de 2002. En el documento elaborado se recogen recomendaciones acerca del diagnóstico y tratamiento de la fibro-

mialgia y se señala, de acuerdo con el mandato de esta Cámara, su impacto vital, familiar, sanitario y laboral. Este documento se ha presentado este año en la reunión de la subcomisión de prestaciones, celebrada el pasado 16 de enero de 2003, y tras ello las comunidades autónomas aportaron sugerencias y observaciones que se han incorporado al mismo. Posteriormente, se envió el último borrador del documento a los revisores externos que habían sido previamente designados por las comunidades autónomas, así como a las asociaciones científicas implicadas, y desde el pasado 21 de marzo el grupo de trabajo ya dispone de estas últimas aportaciones, por lo que en la actualidad se está a la espera de que pueda finalizar cuanto antes el documento de consenso definitivo que se pondrá en conocimiento de las asociaciones de afectados implicadas, dando así un paso más en el apoyo que desde el ministerio se presta a las asociaciones de pacientes y familiares afectados por la fibromialgia.

EL documento definitivo será publicado por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y se procederá a su distribución entre los profesionales sanitarios a través de los servicios de salud, con el fin de dar la máxima difusión a la evidencia científica disponible sobre esta patología, su protocolo-diagnóstico y las alternativas terapéuticas disponibles. Con este fin se ha incluido esta publicación en el programa editorial del Ministerio de Sanidad y Consumo para este año 2003.

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

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor secretario general, muchas gracias, por su respuesta, y sobre todo por los piropos que ha echado a la Comisión antes de la respuesta.

Respecto al tema que nos ocupa, nada nos ha dicho sobre invalideces, nada nos ha dicho sobre pautas de ayudas a las asociaciones que atienden a estos enfermos. Se ha centrado exclusivamente en lo que el ministerio ha hecho en el Consejo Interterritorial y en la subcomisión de prestaciones, acciones que me parece están en la buena dirección. Pero, ¿por qué la contestación en abril de 2002 diciendo que todo esto era competencia de las comunidades autónomas? Aquí ha habido un cambio radical del ministerio respecto a la política a seguir, o bien en abril de 2002 se estaba faltando a la verdad al informar al Congreso de los Diputados, y por escrito. Por tanto, hay que reprocharle al Gobierno, al ministerio en concreto, que tenga esa falta de sensibilidad ante lo que aprueban las comisiones —en este caso la Comisión de Sanidad—, se nos desdibuje la realidad, por no decir que se nos mienta, y la realidad es que a partir de abril de 2002 se empieza a trabajar en lo que esta Comisión había mandado al Gobierno. Espero que las fechas que S.S. ha dado se cumplan, que aparezca completo ese documento que

han elaborado los técnicos en colaboración con la subcomisión y el Consejo Interterritorial y estaremos a la espera de los resultados que aparecen por escrito como recomendaciones y pautas a todas las comunidades autónomas. Le sugiero, insistiéndoles, que cuando se hable de la invalidez que produce esta enfermedad, dentro del Consejo Interterritorial se utilicen también criterios homogéneos, y que para cumplir en su integridad la proposición no de ley se atienda de manera específica, como dice la resolución, a las asociaciones de autoayuda de esta enfermedad.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez Santamaría Feijóo): Como usted sabe la fibromialgia es una enfermedad muy compleja, no solamente desde el punto de vista de diagnóstico sino también del tratamiento y continuamente se están experimentando nuevos tratamientos para combatir los síntomas invalidantes de este proceso. Quiero destacar sobre todo como muestra de interés y preocupación que dicha enfermedad suscita en el Ministerio de Sanidad y Consumo la competencia y actuaciones no las traslada a las comunidades autónomas, sino que colabora con ellas a través del Consejo Interterritorial. El ministerio está muy sensibilizado por la problemática de estos pacientes y la señora ministra ha encargado a su consejo asesor la creación de un grupo técnico ad hoc para el estudio y análisis de esta enfermedad y de todos los factores relacionados con la misma, aparte de los trabajos ya realizados en la subcomisión de prestaciones del Consejo Interterritorial.

Igualmente, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y a través de esta secretaría general, se continúa en contacto con las asociaciones de afectados, con el objeto de estar informados de manera directa de las necesidades que acucian a este colectivo. Quiero insistir, además, que en los próximos días se pondrá en conocimiento de las asociaciones de afectados implicadas el documento del consenso definitivo elaborado en el seno del Consejo Interterritorial, al que me referí anteriormente, como instrumento absolutamente útil para dar a conocer, concienciar y divulgar, tanto a los profesionales como a la sociedad, los problemas a que se enfrentan los pacientes que sufren esta enfermedad crónica todavía de origen desconocido.

Quiero destacar que dentro de las convocatorias de los proyectos de investigación del FIS, Fondo de Investigación Sanitaria, período 1997-2002, de los diez proyectos que se presentaron sobre fibromialgia se ha procedido a financiar los dos proyectos que reunían criterios de calidad científica, una de la Comunidad Valenciana y otro de la Comunidad de Madrid, ascendiendo la suma de ambos proyectos a un total de 54.002 euros.

— **DE LA SEÑORA LÓPEZ Y CHAMOSA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS EN RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN O NO, DENTRO DEL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DE LAS LLAMADAS BOMBAS DE INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA. (Número de expediente 181/002465.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta formulada por la señora López i Chamosa, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre finalización de los estudios en relación con la inclusión o no, dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, de las llamadas bombas de infusión continua de insulina.

Tiene la palabra la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA**: Señor secretario general, el 3 de mayo de 2001, hace casi dos años, esta comisión aprobó una proposición no de ley, enmendada por el Grupo Parlamentario Popular, sobre la inclusión en el sistema sanitario de las bombas de infusión de insulina. Esa proposición pide un informe y además insta que finalicen lo antes posible los estudios que se estaban llevando a cabo, ya que la Universidad Carlos III reconocía que el pequeño informe que había emitido estaba desfasado. Mi pregunta es cómo se encuentran esos estudios y qué se ha hecho al respecto porque dos años dan para mucho y la realidad es que no tenemos ninguna comunicación al respecto.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): Ha pasado bastante tiempo desde esa pregunta y las cosas cambian y mejoran, gracias a Dios.

Como consecuencia de las solicitudes de diferentes asociaciones de diabéticos referidas a la financiación por el Sistema Nacional de Salud de los tratamientos mediante las denominadas bombas de infusión continua de insulina, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2000 como ha dicho usted, adoptó la decisión de encargar a la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto Carlos III, a través de la subcomisión de prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la elaboración de un informe sobre la efectividad de las bombas de infusión de insulina para poder adoptar una decisión suficientemente fundada sobre su posible financiación. El informe, bajo el título *Efectividad de las bombas de infusión de insulina: impacto sobre la calidad de vida de determinados pacientes*, fue hecho público en julio de 2001 y remitido a la entonces Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria. En dicho informe se estable-

cen determinadas conclusiones sobre la materia en cuestión.

Antes de exponer esas conclusiones, creo de interés referirme a las dos formas fundamentales de administración de insulina que existen en la actualidad para el tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 1. Existe una terapia convencional que implica una o dos inyecciones diarias de insulina de acción rápida e intermedia, y una terapia intensiva que implica inyecciones múltiples subcutáneas de insulina (tres o más inyecciones diarias) o bien la infusión continua mediante bombas de insulina; en ambos casos se aplica la insulina de acción rápida. Existen dos tipos de bombas de infusión: externas e implantables. Las externas consisten en una pequeña bomba de infusión alimentada por pilas que suministra una infusión subcutánea continua de insulina por medio de una pequeña aguja introducida generalmente en la pared abdominal; es una administración intraperitoneal. Las implantables son unos dispositivos de implantación subcutánea en el abdomen que a través de un catéter liberan insulina en el sistema portal o en la cavidad abdominal; es una administración intravenosa.

En el informe a que me refiero se comparan los dos sistemas de terapia intensiva, el de administración de insulina mediante las inyecciones múltiples subcutáneas frente al de las bombas de infusión. Las conclusiones de ese informe dan respuesta a estas cuestiones: ¿Cuál es la efectividad de las bombas de insulina? ¿Procede indicar su uso en poblaciones específicas, como es el caso de los niños, adolescentes y embarazadas? ¿Cuáles son las características de los pacientes a los que aplicar estos dispositivos? ¿Influyen las bombas de insulina en la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 1? Respecto a la primera de las cuestiones planteadas, esto es la efectividad de las bombas de insulina, el informe concluye que los buenos resultados obtenidos sobre el control metabólico por la insulino terapia intensiva son análogos tanto si ésta se efectúa mediante inyecciones múltiples o bien mediante bombas de infusión. Ello tiende a asociarse con la mayor frecuencia diaria de los autocontroles glucémicos en sangre que deben realizarse los pacientes así como al apoyo constante por parte del equipo sanitario, que debe facilitar una atención permanente. En cuanto al uso de las bombas de infusión en poblaciones específicas, el informe indica la conveniencia de utilizarlas en embarazadas o en aquellos otros pacientes en los que no se haya conseguido alcanzar un buen control metabólico mediante el régimen de inyecciones múltiples.

En relación con las características de los pacientes usuarios de las bombas de insulina, estos deben ser rigurosamente seleccionados y reunir una serie de características fundamentales que hagan prever el éxito en el seguimiento del tratamiento, como son la motivación, la preocupación y habilidad técnica para realizar-

se controles glucémicos frecuentes y una capacidad suficiente para aprender el funcionamiento de la bomba y poder realizar los ajustes necesarios en la dosis de insulina requerida. Por último, aunque el informe constata la escasez de estudios que valoran el impacto del uso de bombas de infusión de insulina sobre la calidad de vida de los pacientes (estamos hablando de un estudio realizado en el año 2000 pues los que existían no ofrecían resultados concluyentes) no debemos olvidar que este ámbito concreto requiere una actualización. No había suficiente experiencia en ese momento sobre el manejo de bombas de insulina en el año 2000 y del año 2000 hasta este momento sí se ha avanzado y se han considerado una serie de ventajas en el tema de la calidad de vida de los pacientes receptores de estas bombas de insulina.

Lo dicho hasta aquí da respuesta a uno de los aspectos que se contemplan en la proposición no de ley que aprobó esta Comisión en su sesión del día 4 de abril de 2001, en la que se insta al Gobierno a que la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III finalice lo antes posible los estudios que viene llevando a cabo en relación con la inclusión o no dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de las llamadas bombas de infusión continua de insulina. Como ya he referido a SS.SS., el informe elaborado por la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias finalizó y fue hecho público en julio del año 2001.

Con relación a la inclusión de las bombas de insulina entre las prestaciones sanitarias y/o farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud y partiendo del hecho que ustedes conocen de que las bombas de infusión de insulina no están incluidas en la actualidad dentro de las prestaciones farmacéuticas que financia el Sistema Nacional de Salud, el informe elaborado por la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, al que me vengo refiriendo, fue sometido a la valoración tanto de la Comisión de gestión de farmacia del Sistema Nacional de Salud como al de la subcomisión de prestaciones, ambas pertenecientes al Consejo Interterritorial, a fin de adoptar una decisión respecto a la financiación por el Sistema Nacional de Salud del tratamiento con bombas de infusión de insulina. En este sentido, considerando las bombas implantables como prótesis quirúrgicas fijas encuadradas dentro de la prestación ortoprotésica, la subcomisión de prestaciones solicitó un estudio sobre su propuesta de inclusión al comité asesor para la prestación ortoprotésica. Este comité, a la vista de las conclusiones del informe de la gerencia de evaluación acordó en su día no considerar procedente su inclusión dentro de la prestación ortoprotésica, lo que así fue ratificado por la subcomisión de prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A su vez, en relación con las bombas de infusión externa y atendiendo a las características de estos productos, igual-

mente se consideró en su día no procedente su catalogación como efectos y accesorios a efectos tan sólo de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad, entendiéndose que debían ser considerados como una prestación del ámbito de la atención especializada. Todo ello en atención a que estos productos sanitarios tienen unas características especiales en cuanto a la adaptación individualizada para su manejo y ajuste de la dosificación, control riguroso de la administración del medicamento y de las posibles incidencias en la aplicación de este, que aconsejan que su uso actual esté restringido al ámbito de la atención especializada y para pacientes excepcionales. No obstante, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha continuado estudiando la posible inclusión de esta prestación a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. Así, en la reunión de la Comisión de gestión del Sistema Nacional de Salud-Farmacia, celebrada el 18 de abril de 2002, a la vista de la diversidad existente en esta materia en las diferentes comunidades autónomas, se acordó elaborar una propuesta de la mencionada Comisión con objeto de alcanzar un consenso en todo el Sistema Nacional de Salud acerca de este tipo de tratamiento. En esta línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la intención de incluir el asunto de las bombas de infusión de insulina en una próxima reunión del Consejo interterritorial. Esta es la intención final del ministerio, incluirlo en una próxima reunión del Consejo interterritorial.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra la señora López i Chamosa.

La señora **LÓPEZ I CHAMOSA:** Señor secretario general, gracias por la información que nos ha facilitado, pero, cuando en su momento debatimos esta moción en Comisión, nos temíamos lo que al final ocurrió. El informe al que usted ha hecho referencia, del año 2000, ya existía cuando debatimos aquella proposición no de ley, existiendo informes de otras comunidades autónomas e incluso habiendo incluido algunas de ellas las bombas de infusión continua de insulina en sus prestaciones sanitarias, que, evidentemente, es lo que se ha utilizado para retrasar continuamente la toma de la decisión que pedíamos en aquella Comisión. Hay informes muy concretos que han llegado a analizar la reducción de las posibles consecuencias que tienen los diabéticos, como puede ser pérdida de visión, atrofia de articulaciones, etcétera, demostrando con datos que la utilización de las bombas de infusión continua reducen sustancialmente todos esos problemas e influyen en las condiciones y calidad de vida de los enfermos. En aquel entonces hablábamos ya de alrededor de 130.000 ó 140.000 personas que podían beneficiarse de esta medida y en la actualidad las cifras son similares. La verdad es que escucharle decir que va a llevarlo al

Consejo Interterritorial es de agradecer, pero no se trata sólo de que lo lleve, sino de cuál es la voluntad del ministerio, si realmente está decidido o no, a incluir las bombas, porque no creo que vayan a ser las comunidades autónomas las que se opongan en tanto que hay comunidades que ya las han incluido como prestación y otras que han mostrado su firme voluntad de incluirlas. Por tanto, lo que nos interesa es que se deje de marear la perdiz. Yo ya lo manifesté cuando en su momento discutimos sobre este tema, y es que cuando me hablan de hacer un estudio o de crear una Comisión ya sé que de lo que estamos hablando es de dejar pasar el tiempo. Así pues, lo que me gustaría es que el ministerio nos dijera ya si su voluntad es solamente debatir sobre el tema o si también piensa votar su inclusión en el sistema sanitario. Es lo que yo pido aquí, puesto que en caso contrario el Grupo Parlamentario Socialista tomaría alguna medida al respecto.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): En primer lugar, si me he referido al informe ha sido porque su contenido responde al contexto de la pregunta parlamentaria que S.S. me ha formulado. Y continúo diciendo que, a pesar de que el informe de la Agencia de evaluación entre sus conclusiones plantea que la administración de insulina mediante bombas de infusión es un tratamiento costoso, que en líneas generales no se considera imprescindible para el control de la enfermedad, que su elección puede atribuirse a las preferencias subjetivas del paciente y requiere un perfil del paciente que garantice un elevado grado de cumplimiento, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a la luz del tiempo transcurrido en la evolución de este procedimiento terapéutico, nos estamos replanteando esta cuestión con objeto, como he dicho anteriormente, de volverlo a someter al Consejo interterritorial, en la confianza de que la inclusión de estas bombas de insulina suponga una mejoría neta en la calidad de vida de los pacientes. Pero no podemos obviar el hecho de que la aplicación de esta tecnología requiere un sistema de asistencia permanente, por lo que, si se beneficiase de algún régimen de financiación por el Sistema Nacional de Salud, sería oportuno adoptar medidas organizativas, tales como su prescripción, adaptación de servicios habilitados al efecto y que atendiese a suficiente número de pacientes para que fuese rentable en todos los lugares, medidas todas ellas en el ámbito de gestión de la asistencia sanitaria competencia de las comunidades autónomas. Por otro lado, la necesidad de alcanzar un consenso en todo el Sistema Nacional de Salud se pone de manifiesto si analizamos los diferentes procedimientos establecidos por las comunidades autónomas. La mayoría de las mismas no tienen en este momento establecido un procedimiento

para el acceso de los pacientes a este tipo de tratamiento en su ámbito territorial. Así, en Cataluña se ha desarrollado un programa que establece criterios de inclusión o exclusión de pacientes, en Valencia y en Galicia se ha acordado incluir en este tipo de tratamiento a las mujeres embarazadas, que son las personas que más problemas plantean en el control de la insulina, en alguna otra comunidad se concede el reintegro de gastos para material fungible y el País Vasco tiene establecido un sistema de cesión de uso para las bombas de infusión externa y proporciona material fungible desde un hospital de referencia.

Como conocen SS.SS., situaciones en relación con determinadas prestaciones, con diferentes enfoques en el Sistema Nacional de Salud como las que he descrito hace un momento, son las que han llevado al Ministerio de Sanidad y Consumo a incluir en el proyecto de Ley de cohesión y calidad, aprobado por el Congreso de los Diputados el pasado 13 de marzo y que actualmente se está debatiendo en el Senado, una serie de medidas que sin duda contribuirán a que tales diferencias dejen de existir. Así, el papel fundamental que desempeña la evaluación de las tecnologías en el ámbito de la protección de la salud es tenido muy en cuenta en el proyecto de ley de cohesión y calidad. La ley contempla la necesidad de evaluar las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos con carácter previo a su incorporación en la cartera de servicios, estableciendo los requisitos que han de concurrir en las mismas para que se produzca dicha incorporación. Quiero resaltar la configuración que el proyecto de ley hace de dicha cartera, entendida como un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Este nuevo enfoque que recoge por primera vez la Ley de cohesión y calidad y que ha contado con el apoyo de esta Comisión de Sanidad contribuirá a garantizar en el futuro el contenido común de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Todo ello —y en el caso de las bombas de insulina resulta evidente— requiere del papel activo del Consejo Interterritorial para alcanzar un acuerdo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. En definitiva, queremos que esta prestación de las bombas de insulina sea financiada por el Sistema Nacional de Salud.

— **DEL SEÑOR GONZÁLEZ SERNA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE EL NÚMERO DE HABITACIONES CON UNA SOLA CAMA IMPULSADAS EN LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2001. (Número de expediente 181/002507.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta formulada por el señor González Serna, sobre el número

de habitaciones con una sola cama impulsadas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud hasta el 31 de diciembre de 2001.

Tiene la palabra el señor González.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Bienvenido, señor secretario general. En primer lugar, le quiero transmitir nuestro saludo.

A veces, para hablar de cualquier tema, merece la pena pararse y mirar hacia atrás. Yo, a veces, tenía dudas sobre esto, pero en una reunión en la que estábamos un grupo de amigos —alrededor de 30.000— hablando de política, el humorista Gila nos aclaró lo importante que era mirar hacia atrás y puso un ejemplo muy claro: Imaginaos un coche que vais a conducir por una gran ciudad y quitadle los espejos retrovisores. ¡Qué difícil se va a conducir! Permítanme hacer una breve introducción mirando hacia atrás, porque merece la pena.

Cuando hablamos del Sistema Nacional de Salud hay que situarse primero en la época de 1982 a 1996, en la que el objetivo principal fue pasar de aquel seguro de enfermedad que usted recordará —hablábamos del seguro— a un Sistema Nacional de Salud para todos los ciudadanos. Aquello era complejo, había que hacer un esfuerzo importante y el Estado español y la ciudadanía en general así lo entendieron, aunque aquella Ley General de Sanidad de 1986 no tuvo a bien ser apoyada por el partido de la derecha de aquel momento, creo se llamaba Alianza Popular. Ese esfuerzo se hizo en dos dimensiones: por una parte, se desarrolló la atención primaria, transformando aquellos vetustos ambulatorios que usted recordará perfectamente —por cierto, todavía tenemos casi seis millones de ciudadanos españoles dentro del marco del Sistema Nacional de Salud que no disponen de centro de salud—, y por otra parte, se transformaron lo que llamábamos entonces —y ustedes recordarán, porque todavía se utiliza el término, pero bastante menos— residencias de la Seguridad Social, convirtiéndose en modernos hospitales. Sin embargo, todo no se pudo hacer y, aunque aquellas residencias se transformaron en hospitales, hubo que redistribuir el número de camas porque en aquel momento la desigualdad era terrible. Le voy a poner un ejemplo bien conocido. En la provincia de Alicante, una provincia de casi millón y medio de habitantes, entre 1982 y 1996 se pusieron en marcha cinco hospitales distribuidos estratégicamente de forma que estuvieran equidistantes para los ciudadanos de la provincia. Este es un ejemplo clarísimo, que viene a resaltar el esfuerzo que se tuvo que hacer. Este es el trabajo que se hizo y que he querido resaltar para situarnos.

Durante la VI Legislatura la situación política del Partido Popular no le permitió hacer otra cosa que pasar por encima del agua y procurar hablar del Sistema Nacional de Salud. Pueden buscar en cualquier

hemeroteca, incluso en el «Diario de Sesiones», y verán como los dirigentes del Partido Popular o el Gobierno sustentado por dicho partido evitaron siempre el término Sistema Nacional de Salud. En cualquier caso, lo que se había heredado tenía tal bagaje, tal sustancia que podían permitirse ese lujo. En el año 2000, cuando el Partido Popular concurre a las elecciones, presenta un programa electoral que en la parte de sanidad no habla en ningún momento del Sistema Nacional de Salud, nunca, no lo nombra —lo tengo aquí por si tiene usted alguna duda—, sin embargo hay un punto que dice que durante la legislatura los usuarios del Sistema Nacional de Salud dispondrán al menos de un 50 por ciento de habitaciones hospitalarias de una sola cama. Por tanto, ahora que estamos prácticamente en la recta final de esta legislatura, mi pregunta es cuántas habitaciones de una sola cama se han impulsado dentro del marco del Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): La Ley General de Sanidad 14/1986 estableció las bases y la coordinación general de la Sanidad en España. En ella se definió el Sistema Nacional de Salud, integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, que se ha consolidado como un buen servicio público, con una amplia cobertura social y de prestaciones, y una elevada aceptación por parte de la ciudadanía. A partir del 1 de enero de 2002, como usted sabe, tras la culminación del proceso de descentralización sanitaria que ha supuesto el traspaso de funciones, bienes y servicios del Insalud a la totalidad de las comunidades autónomas, salvo Ceuta y Melilla, la asistencia sanitaria es responsabilidad de cada una de ellas.

Con anterioridad a dicha fecha, que es el motivo de la pregunta que formula S.S., me voy a referir fundamentalmente a los datos del Insalud como responsable de la gestión sanitaria de las diez comunidades autónomas que todavía no habían asumido las transferencias a esa fecha. Entre sus objetivos asumía incrementar el porcentaje de camas en habitaciones individuales, centrándose para ello en los proyectos de grandes reformas de hospitales que se estaban acometiendo en la red del Insalud, así como los programas funcionales de los nuevos hospitales que estaban previstos. En el último periodo de gestión del Insalud, la ratio aproximada era intentar que el 30 por ciento de las camas estuvieran ubicadas en habitaciones individuales en las unidades de hospitalización estándar, mereciendo lógicamente un tratamiento diferente las unidades especiales como obstetricia, pediatría, psiquiatría, etcétera. En este sentido, en el momento de las transferencias estaban terminados y aprobados los programas funcionales de los

nuevos hospitales de Ceuta, Inca, Menorca, Majadahonda, Fuenlabrada, Burgos, Valladolid, Tomelloso y Ciudad Real. Igualmente, con estos parámetros que le he comentado se realizaron programas funcionales de readaptación, planes directores, en otros hospitales de la red, como Valencia, Soria, Son Dureta, León, Cáceres, Cartagena, Segovia, Talavera de la Reina, Miguel Servet y Logroño.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor González Serna.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: La verdad es que me sorprende, señor Pérez-Santamarina, que me dé esta respuesta. De alguna forma le he dicho que si quería le aportaba el programa electoral que el Partido Popular presentó a las elecciones del año 2000, en el cual, en términos generales —naturalmente, no nombra el Sistema Nacional de Salud, porque nunca les ha interesado, nunca se lo han creído, nunca han estado convencidos, únicamente lo han tenido que aceptar— dice claramente —se lo voy a repetir textualmente—: Ninguna habitación tendrá más de dos camas y el 50 por ciento de las habitaciones serán individuales. Estaban diciendo: Renovaremos los hospitales y centros de salud al servicio de los pacientes. Estaban hablando de calidad. Lamento que usted no lo conozca. En cualquier caso, no me ha contestado tampoco al número de camas de las que en este momento dispone de verdad el Sistema Nacional de Salud. El sistema —no le voy a explicar a usted el sistema, porque usted lo conoce con seguridad mucho mejor que yo— es el conjunto de los servicios de salud que existen en el Estado español. Por tanto, no me ha contestado a nada, seguimos sin saber cuántas camas individuales tiene el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, le voy a decir una cosa que es importante, y no es que la diga yo, porque si la dijera yo tendría muy poquito valor, la denuncian responsables sindicales: En el hospital clínico de La Fe de Valencia había la semana pasada hasta 30 camas con tres enfermos, y lo denunciaban los profesionales. Otro dato importante: En el hospital de la Vega Baja de Alicante había más de 40 ciudadanos esperando hasta cuatro días en los pasillos de urgencias para disponer de una cama, ya no le digo de una habitación con una cama, le digo de una cama en una habitación doble o triple. Este es el escenario que le estoy describiendo.

En cualquier caso, lamento profundamente que usted no haya entrado en el fondo de la cuestión, e insisto que en esta vida, para resolver un problema, hay que tener la voluntad de hacerlo o, por lo menos, hay que ser capaz de decir: no hemos sido capaces de desarrollar o de impulsar ninguna habitación con cama individual, pero creemos en ello y tenemos la voluntad de que en el presupuesto del año 2004 haya una partida específica, con el fin de dotar al conjunto de camas de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud de

esa calidad. Esto no se ha dado y además le voy a hacer una descripción lamentable de la situación de camas de nuestro Sistema Nacional de Salud. No hace falta que lo diga, pero no está de más que lo recordemos, en el sentido que decía Gila: No está de más mirar hacia atrás. La realidad de hoy es que el Sistema Nacional de Salud tiene un poco más del 50 por ciento de camas por 1.000 habitantes que la media europea y, aparte de que tenemos pocas camas, las tenemos mal distribuidas, existe un importante desequilibrio en el número de camas hospitalarias dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud y, en último término, el responsable, el garante de la equidad es el Ministerio de Sanidad. Le digo esto porque usted conoce muy bien —si no es así, léase lo que dice el CES, y digo esto porque yo he preguntado al Gobierno por escrito y no ha tenido la cortesía de informarme o bien no lo sabía, por lo que he ido a buscar en otras fuentes, en este caso el CES— que hay servicios de salud que tienen hasta el 40 por ciento más de camas que el que menos tiene; es decir, dentro del Sistema Nacional de Salud llegamos a tener servicios que tienen hasta cinco camas mientras otros tienen tres camas nada más. Pero, lo que todavía es más grave, dentro de ese servicio de salud que tiene un 40 por ciento menos de camas que el que más tiene existe cierta desproporción entre sus propias provincias, habiendo provincias o áreas de salud que tienen menos de 1,5 camas por 1.000 habitantes. Así pasa que los ciudadanos están esperando en los pasillos una cama, no una habitación de una cama, sino una cama, aunque sea con dos o tres personas.

Le quiero poner un ejemplo muy gráfico. Ustedes utilizan habitualmente a la Comunidad Autónoma Valenciana como paradigma. De alguna forma, en palabras suyas o de dirigentes del Partido Popular, la Comunidad Autónoma Valenciana es el buque insignia del Partido Popular, el laboratorio del Partido Popular; en fin, el yacimiento de ideas. Pues la Comunidad Autónoma Valenciana, entre 1995 y 2002, ha generado una deuda que ha duplicado la que recibió en 1995. ¿Sabe cuántas camas hospitalarias se han generado, y no digo habitaciones de una sola cama, sino camas? No se lo voy a decir, le voy a dejar con la duda porque estoy seguro de que va a tener mucho interés en enterarse, como responsable máximo del Gobierno en asuntos de sanidad.

Otro ejemplo muy interesante y que se me había pasado es el del hospital de la Ribera, un ejemplo de concesión administrativa interesantísimo, tan interesante que pasan ustedes como por encima del agua, sin nombrarlo; sin embargo, ustedes han vuelto a privatizar la sanidad en la Comunidad Autónoma Valenciana con el consentimiento del Ministerio de Sanidad, concretamente en la comarca de la Vega Baja, en Torreveja, que seguro que le suena.

Voy terminando, señor presidente, porque ya veo que me mira...

El señor **PRESIDENTE**: Es que se ha salido usted del tema. Le miro para que se atenga a la cuestión porque el 80 por ciento de las cosas que está comentando en su intervención no tienen nada que ver con el tenor de la pregunta.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Si no recuerdo mal, estaba hablando de habitaciones de una sola cama; es decir, estaba hablando de la calidad de las camas hospitalarias en el marco del Sistema Nacional de Salud, pero si usted quiere que diga otra cosa, estoy a su disposición. Digo lo que usted quiera. ¿Qué quiere que diga?

El señor **PRESIDENTE**: Le pido que se atenga a la pregunta, porque entre col y col mete usted siete lechugas.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Estoy hablando del Sistema Nacional de Salud, de la calidad del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a las camas hospitalarias. Siempre que intervengo en esta Comisión en alguna pregunta le pasa a usted igual, así que, si le parece, voy terminando.

El señor **PRESIDENTE**: En esta Comisión hay 40 miembros y es curioso que sea con usted, porque los demás nunca han tenido queja en ese sentido. Analícese usted.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: La excepción confirma la regla.

El señor **PRESIDENTE**: No voy a entrar en más polémica.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Perfecto. Voy a terminar.

Decía que nos encontramos que dentro del Sistema Nacional de Salud el incumplimiento del programa del Partido Popular es clarísimo. No sólo no se ha impulsado la creación de camas, sino que nos encontramos en una situación delicadísima. Al principio de mi intervención le describí lo que recibieron ustedes en 1996 como traspaso de competencias del Sistema Nacional de Salud; le voy a decir en qué situación nos encontramos ahora. El desequilibrio de camas en el marco del Sistema Nacional de Salud es tan grave o más que antes. Decir que nos mantenemos por debajo de la media de la Unión Europea sería una broma porque estamos apenas por encima del 50 por ciento de camas por mil habitantes de la media europea; es decir, que estamos peor que estábamos. Quiero decirle que el Defensor del Pueblo, en diciembre, nos hizo un llamamiento al pueblo español, especialmente al Gobierno, porque había más de 350.000 personas en lista de espera quirúrgica, pero no sabemos cuántos ciudadanos hay

en lista de espera de pruebas diagnósticas o en espera de consultas de especialistas. Esta es la situación en la que nos encontramos ahora mismo.

En cualquier caso, termino diciéndole que algo está pasando cuando en 1995 solamente el 14 por ciento de ciudadanos en la Comunidad de Madrid habían decidido optar o complementarse con una póliza de seguro privado y, sin embargo, desde 1995 hasta la fecha, se ha incrementado hasta el 25 por ciento. A este paso, dentro de cuatro años, un tercio de los ciudadanos madrileños habrán optado por abandonar el sistema por falta de calidad.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general. Le ruego que se atenga a la pregunta.

El señor **SECRETARIO GENERAL SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): Como respuesta a su pregunta, en mi primera intervención le informé sobre las actuaciones realizadas en el desaparecido Insalud hasta el año 2001. Desde el 1 de enero de 2002, la capacidad de gestión de asistencia sanitaria del Ministerio de Sanidad se reduce a Ceuta y Melilla. Esto significa que la responsabilidad del ministerio de actuar directamente sobre este tema se limita a estas dos ciudades y, en este sentido, le voy a decir las actividades que está desarrollando el ministerio. En lo que respecta a la ciudad de Ceuta, está en proyecto la construcción de un nuevo hospital con 182 camas —ya se han terminado todos los trámites y se ha solucionado el tema de la financiación, por lo que es posible que las obras comiencen este mes—, de las cuales más de 50, lo que significa un 30 por ciento, se ubicarán en habitaciones individuales. El 70 por ciento de camas restantes se ubicarán en habitaciones dobles. Este objetivo está en perfecta consonancia con las previsiones que se establecieron para el conjunto del Insalud cuando esta entidad todavía no se encontraba transferida.

En lo relativo a la ciudad de Melilla, donde existe ya un hospital comarcal, se va a realizar un plan funcional que persigue prever y determinar las necesidades asistenciales que se manifiestan en el ámbito sanitario y la identificación de los recursos asistenciales, económicos y humanos necesarios para alcanzar esta cobertura. También se efectuará un estudio de las características de la población a la cual va dirigido y se analizará la situación sanitaria que se presenta en la actualidad, que es diferente a otras muchas que se presentan en otros hospitales españoles debido fundamentalmente al problema de la inmigración. Es intención del Ministerio de Sanidad y Consumo introducir en este plan funcional las actuaciones pertinentes que permitan valorar la implantación de habitaciones individuales en este hospital de Melilla. No sé si sabe que hace poco hemos firmado un convenio con Defensa para la utilización del hospital militar, con lo cual podremos establecer un

número determinado de habitaciones individuales para el servicio de los melillenses.

Además el Ministerio de Sanidad tiene un conjunto de responsabilidades sobre el Sistema Nacional de Salud, como usted decía, que, aunque no son de gestión directa, inciden de forma importante sobre cuestiones como la que estamos tratando. Como SS.SS. conocen, el proyecto de ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que recientemente se aprobó en esta Cámara presta una atención especial a las garantías de equidad, accesibilidad y calidad de las prestaciones sanitarias y por medio del mismo se establecen las previsiones oportunas para que el Ministerio de Sanidad pueda disponer de la información necesaria que permita efectuar tanto un seguimiento de estos objetivos como la instrumentación de las actuaciones necesarias para su logro en los ámbitos competenciales.

Aspectos como los que estamos comentando, que influyen de manera muy importante sobre la calidad percibida por el paciente de la atención que se le presta, sin duda van a ser objeto de un especial estudio y análisis en el marco del nuevo sistema de información sanitaria o de la agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud que se va a crear. En concreto, la Ley de cohesión y calidad, en su artículo 28, garantías de calidad y servicios de referencia, cita en el punto 1: las comunidades autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones, según se desarrolla en el capítulo VI de la presente ley, y para ello se podrán realizar auditorías periódicas independientes. Asimismo abordarán actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de accesibilidad administrativa y de su confortabilidad. Los hospitales —y está recogido en la Ley de cohesión y calidad— del Sistema Nacional de Salud procurarán la incorporación progresiva de habitaciones de uso individual.

— **DEL SEÑOR GONZÁLEZ SERNA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE INTENCIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ACTUAR PARA QUE, DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, TODAS LAS MUJERES DISPONGAN EN EL PARTO DE LA ADECUADA ANALGESIA. (Número de expediente 181/002508.)**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a la siguiente pregunta, también formulada por el señor González Serna, sobre la intención del Ministerio de Sanidad y Consumo de actuar para que, dentro del Sistema Nacional de Salud, todas las mujeres dispongan en el parto de la adecuada analgesia.

Tiene la palabra el señor González Serna.

El señor **GONZÁLEZ SERNA:** Señor secretario general, le ha costado a usted, pero al final ha hablado

un poco del Sistema Nacional de Salud; poco a poco, es cuestión de paciencia, nosotros seguiremos, de todas formas ya queda menos tiempo.

Cuando ustedes hablan de la Ley de cohesión y calidad que está en trámite parlamentario en este momento, yo quisiera decirle una cosa. Ustedes han tenido la capacidad, y hay que resaltarlo, de que de la necesidad han hecho virtud. El texto que aprobó el Gobierno y que vino aquí y el que ahora está en el Senado, si no recuerdo mal, no tienen absolutamente nada que ver, gracias a todos los grupos parlamentarios de la oposición, que han contribuido a que salga un buen texto. Usted me dirá —y hay que reconocerlo— que supone una cesión por parte del Gobierno y del Grupo Popular, y es verdad, pero ¿sabe por qué es verdad? Por la que les está cayendo: por la huelga general, por el tema del medio ambiente —usted recordará el *Prestige*— y sobre todo por el gran problema que tienen ustedes en la calle, que no reconoce nadie y que tiene a la gente profundamente preocupada, porque ustedes nos han metido en una guerra ilegal. (**Rumores.**)

Dicho esto, la pregunta tiene que ver con un problema que está sufriendo el conjunto de las mujeres de este país, que es la aplicación de la analgesia o la anestesia epidural. No hace falta que lo diga, porque es de sobra conocido, pero el embarazo es un período muy importante para la mujer, a la que le preocupa la parte física, es decir, el dolor. Las malformaciones congénitas o la participación de la mujer y de la pareja en el parto son temas importantes, pero evitar el dolor es algo que se destaca, y mucho, en los últimos años, especialmente a partir de la década de los ochenta, en la que esta técnica se va generalizando. Las ciencias médicas han ido avanzando, los anestesiólogos han sido capaces de depurar la técnica y parece que hoy las ventajas de la anestesia o analgesia epidural, no solamente para el parto, sino para muchas intervenciones quirúrgicas —pero en este caso para el parto—, son clarísimas. Las tenía aquí, pero no se las voy a leer porque creo que no merece la pena.

En cualquier caso, nos encontramos con el problema de que existe una desigualdad de oportunidades en la aplicación de esta técnica a todas las mujeres que lo desean y que son susceptibles de que les sea aplicada, es decir, en todos los partos vaginales normales. Ante esta situación, la pregunta es si el ministerio o el Gobierno tienen la voluntad de avanzar en la solución de un problema en el que sí tiene parte y puede actuar, con el fin de que todas las mujeres de España que están dentro del marco del Sistema Nacional de Salud tengan la posibilidad, si son susceptibles de ello, de que en el parto se utilice la técnica que se denomina analgesia o anestesia epidural.

El señor **PRESIDENTE:** Cuando quiera puede contestar el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): Como SS.SS. conocen, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, entre las prestaciones de asistencia especializada en régimen de hospitalización incluye expresamente la asistencia obstétrica. Si bien no se concreta en ese momento su contenido específico, al igual que ocurre para el resto de las prestaciones de atención especializada que se contemplan en el citado real decreto, debe entenderse que, al no estar excluida expresamente la analgesia que precisen las mujeres durante el parto, forma parte de las prestaciones sanitarias que facilita el Sistema Nacional de Salud.

En la fecha en que se formula esta pregunta parlamentaria, el 21 de marzo de 2002, ya se habían efectuado las transferencias del Insalud a las diez comunidades autónomas gestionadas por dicho Instituto y que se hicieron efectivas el 1 de enero de 2002. Anteriormente a esa fecha, el Insalud había elaborado en el año 1998, que es más o menos cuando se instauró progresivamente esta técnica, y puesto en práctica el Plan integral de atención a la mujer. Este plan significó, para las diez comunidades no transferidas, y Ceuta y Melilla, que en los contratos de gestión suscritos entre el Insalud y cada uno de los hospitales de su red se contemplase la anestesia epidural. Así, se disponía que todas las mujeres debían poder optar a la anestesia epidural en el parto. En consecuencia, la cobertura de partos con anestesia epidural ha ido incrementándose desde el año 1998. Hay que reconocer que hay dos variables en este tema: por una parte, que las mujeres que no conocían esta técnica tampoco la pedían; y, por otra parte, que los anestelistas tenían que hacer cursos de reciclaje para perfeccionarla.

Los objetivos de cobertura no solamente dependen de la disponibilidad de esta prestación en los hospitales ya que, como ya he dicho, muchas veces en los servicios de urgencia no hay suficientes anestelistas para poder optar a prestar esta atención. Así, podemos decir que en el año 2001, de los 88.614 partos vaginales que se registraron a través del CMBD (conjunto mínimo básico de datos) al alta hospitalaria y realizados en 82 hospitales propios del Insalud, en los administrados o en sus fundaciones, el 45,38 por ciento de ellos se llevaron a cabo bajo anestesia epidural; el porcentaje de partos con anestesia epidural en el año 2000 había sido del 39,59. Como ve, se va incrementando progresivamente. Si nos referimos, como usted hacía referencia, a los datos a grupos de hospitales, efectivamente la cobertura de partos atendidos bajo anestesia epidural fue considerablemente mayor en los del grupo 4, que incluye los hospitales de referencia y de alta complejidad, llegándose a una proporción del 60,24 por ciento de la totalidad de los partos vaginales.

A partir del 1 de enero de 2002, como ya he comentado, la gestión de la asistencia sanitaria es responsabi-

lidad de cada una de las comunidades autónomas, correspondiendo al Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades de Ceuta y Melilla. En estas dos ciudades que gestiona el INGESA, o Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se ha continuado desarrollando el programa de asistencia epidural en el parto.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor González Serna.

El señor **GONZÁLEZ SERNA**: Independientemente de todo esto, la realidad, que quiero que usted conozca, está en la calle: no todas las mujeres de este país tienen, ni de broma, ni de cerca, la posibilidad de disponer de la anestesia o de la analgesia epidural en el proceso del parto. Digo esto dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, porque usted me ha aportado unos datos —yo también dispongo de ellos— que dicen que en el año 2001 se alcanzó un 45 por ciento en una serie de hospitales, los que gestionaba el Insalud. Pero ustedes no me respondieron a otra pregunta que hice por escrito en esa misma fecha y que se refería al número de partos vaginales en hospitales privados en los que se había utilizado analgesia epidural, que es importante, porque cuando uno tiene un servicio lo que hace es compararlo, porque si no tenemos puntos de referencia, de poco nos sirve. De todas formas, si usted tiene alguna posibilidad, me gustaría que me remitiese la respuesta. El Gobierno dice que no lo sabe, es imposible, pero si usted lo tiene a bien, se lo agradecería.

La realidad es la que le digo y por ello quiero insistirle en tres cosas nada más. Primero, quiero insistir en que el garante de la equidad debe ser el ministerio. El ministerio cuando hace las transferencias, en enero de 2002, ¿es consciente de que más del 50 por ciento de mujeres no tienen esta posibilidad? Me refiero a mujeres que no tengan cien mil pesetas para irse a una clínica privada. Todas esas mujeres que no tienen cien mil pesetas son las que no tienen la posibilidad de tener una ayuda importante que cada vez se valora más no solamente por la mujer, sino por la pareja en general, pero sobre todo por la mujer, porque le permite disfrutar de un momento importante de su vida. Les guste o no, ustedes han tenido siete u ocho años para poder intervenir en esta cuestión. Por tanto, la responsabilidad es de ustedes, del Sistema Nacional de Salud, y es un dato de calidad. Espero que la agencia de calidad, que también figuraba en su programa electoral, la desarrollen un mes antes de terminar la legislatura para decir no sé qué, pero es evidente que sobre la calidad del sistema ustedes no han actuado.

La segunda cuestión en la que quiero insistir es que, en esta vida, cuando quiere uno solucionar un problema lo primero que tiene que hacer es reconocerlo y

plantearlo. Si uno no reconoce cuál es la situación y no la plantea correctamente, no avanzará en la solución. Mahoma ya lo decía: al lado del problema está la solución. El problema es el que yo le planteo: no existe el principio de igualdad de oportunidades de las mujeres a la hora del parto, entendemos que el ministerio se tiene que hacer eco de esa cuestión y desde aquí lo reclamamos, **(Risas.)** aunque algún diputado se ría. Ayer tuve la oportunidad de entrevistarme con miembros de una plataforma de mujeres que han tenido la valentía —y quisiera que constara en el «Diario de Sesiones»— de reclamar esto incluso después de dar a luz. Una me decía: he tenido dos cesáreas y, no obstante, entiendo que es tan importante para la mujer poder disponer de esta técnica que estamos trabajando y seguiremos trabajando en esta plataforma que se dirige al conjunto del Sistema Nacional de Salud, no se limita únicamente a un hospital, porque afecta a la calidad del servicio sanitario. Me decía otra cosa: No queremos que las mujeres disfruten del parto en función de su situación económica, porque la que puede pagárselo se va a una clínica privada, como usted sabe.

Hoy un dato que es importante y sobre el que seguro que el Gobierno de España, el Ministerio de Sanidad, puede actuar, que es la formación de anestelistas —ya que usted me va a decir que es uno de los problemas que existen para que en todas las partes se aplique la anestesia epidural es la escasez de estos profesionales— mayoritariamente dentro del marco del Sistema Nacional de Salud. Pero hay un elemento que también se cumple: le aseguro a usted que en una clínica privada siempre está disponible un anestesta para la aplicación de la anestesia epidural. Otro dato le voy a dar: las aseguradoras privadas en su reclamo publicitario —si no léaselos usted— subrayan la aplicación de anestesia epidural durante el parto. ¿Qué quiere decir esto? ¿Qué el Sistema Nacional de Salud es de segunda categoría? ¿O las mujeres del Sistema Nacional de Salud no tienen las mismas posibilidades? Algo falla aquí y en esto entiendo que sí que tiene que ver el Gobierno. Algo está pasando. Yo le resalto ese dato porque creo que merece la pena. Usted sabe que es un problema de falta de recursos humanos o de falta de política de recursos humanos. Eso decídale usted. En cualquier caso, a quien repercute es a las mujeres.

Otro problema importante, y usted lo sabe, es la adaptación de los hospitales. Como usted sabe, los hospitales son organizaciones muy complejas y la introducción de nuevas técnicas, de nuevos circuitos, cuesta mucho, chirría el sistema y hace falta una verdadera voluntad política. Eso tiene que nacer. ¿Y de quién tiene que nacer? Del ministerio, y eso que han sido siempre mujeres las que han estado al frente de ese departamento desde que gobierna el Partido Popular.

Hay otro elemento sobre el que se puede actuar perfectamente y que en aquella retahíla que nos planteaba la ministra Pastor cuando presentaba los planes en esta Comisión, se le olvidó decir. La información a la mujer para que pueda disfrutar del parto sí que se puede hacer perfectamente, se puede acordar; falta la voluntad política de darlo a conocer a todas las mujeres. Esta plataforma a la que yo me refería ha tenido a bien incluso dirigirse a la reina, pero me decían: no todo el mundo tiene un ordenador, no todo el mundo tiene la información, no todo el mundo es licenciado en derecho. Es decir, se ahonda cada vez más en las desigualdades.

Quiero terminar diciéndole una cosa. Haga la prueba, vaya usted a un ginecólogo privado con su señora o alguien que conozca usted, y dígame que desea en el día del parto disponer, si es susceptible de ello evidentemente, de anestesia epidural, y verá usted con qué seguridad le dice: no se preocupe, su señora dispondrá el día del parto, si es susceptible de ello y con el criterio médico correspondiente, de analgesia o de anestesia epidural. Sin embargo, pregúntele al ginecólogo que la vaya a atender o a la matrona que la ve por primera vez en el centro de salud si podría disponer de anestesia epidural en el parto. Le dirán: no sé, puede ser que ese día haya anestesta, puede que no lo haya, dependerá del hospital que le toque. En fin, la gran desigualdad está ahí y exigimos, en la medida que nos corresponde, que todas las mujeres tengan la misma igualdad de oportunidades a la hora de parir.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): Esta técnica de la anestesia epidural que comentábamos en este momento está extendida a todos los servicios de anestesia de los hospitales públicos, por lo que progresivamente se está incrementando el número de partos a los que se aplica la técnica de la analgesia epidural. Por otra parte, por supuesto el ministerio está haciendo un esfuerzo y está incrementando las plazas de anestelistas, de especialistas de anestesia y la formación de especialistas. Además, después de las transferencias sanitarias puede darse la circunstancia de que existan diferencias entre comunidades autónomas respecto a la disponibilidad de anestesia epidural en el parto y, como le comentaba antes, esa disponibilidad es menor en los centros de menor tamaño, pero una vez que se implanten las medidas que contempla el proyecto de ley de cohesión y calidad que hemos comentado, tales diferencias probablemente dejarán de existir. En efecto, la configuración que dicho proyecto de ley efectúa sobre la cartera de servicios entendida como un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones sanitarias, garantizará el contenido común de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

— **DE LA SEÑORA JULIOS REYES (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN CANARIA), SOBRE PREVISIONES ACERCA DE ACREDITAR LA UNIDAD DE ANESTESIOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO MATERNO-INSULAR DE LA ISLA DE GRAN CANARIA, PARA QUE PUEDA INICIAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA. (Número de expediente 181/002858.)**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a la siguiente pregunta, formulada por la señora Julios Reyes, sobre previsiones acerca de acreditar la unidad de anestesiología del complejo hospitalario materno-insular de la isla de Gran Canaria, para que pueda iniciar actividades de formación médica especializada.

Tiene la palabra la señora Julios.

La señora **JULIOS REYES:** Señor secretario, hacemos esta pregunta en relación a las previsiones de acreditación de la unidad de anestesiología de un complejo hospitalario materno-insular que está ubicado en la isla de Gran Canaria, para que pueda iniciar la actividad de formación médica especializada. Es una pregunta que, aunque es muy particular y está dirigida a un hospital o a un complejo hospitalario concreto, tiene bastante relación con la pregunta que escuchamos anteriormente. Formulamos esta pregunta porque desde 1992, se han cumplido ya diez años, en distintos momentos, en distintas épocas, de transferencias o de no transferencias, de pertenecer a la diputación, de pertenecer al Insalud o de pertenecer a la comunidad autónoma, se ha solicitado la acreditación de un número de plazas para luego poder ofertar, por la vía MIR, la formación de anestesiología y reanimación. Dicha solicitud ha sido reiteradamente rechazada y su rechazo ha sido explicado por distintos motivos, que han ido variando en función del tiempo y de la propia evolución de las condiciones objetivas de dicho hospital. Lo cierto es que las condiciones que hoy se dan no son ni mucho menos peores que las de muchos otros centros hospitalarios en el propio ámbito de las islas, y también en el peninsular, que sí están acreditados y que están pudiendo ejercer esta actividad. Insisto en que nuestra comunidad autónoma tiene interés en financiar esas plazas, como el resto de las plazas que se puedan producir en otros hospitales, para poder ejercer esta actividad formativa y en última instancia aportar más recursos humanos de esta especialidad a las necesidades del sistema.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): Como S.S. conoce, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la

formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, la acreditación de las unidades docentes para la formación de médicos especialistas se inicia a solicitud de las entidades titulares de los centros sanitarios donde dichas unidades se ubiquen. La resolución de los expedientes de acreditación de centros y unidades docentes corresponde al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte —artículo 17.1 del citado Real decreto—, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades Médicas —artículo 16—, que a estos efectos actúa a través de la comisión permanente del mismo. Hay que tener en cuenta que la citada comisión permanente emite sus correspondientes informes basándose en los que, a su vez, le facilita la comisión nacional de la especialidad de que se trate, la cual está integrada por auténticos expertos de cada especialidad que representan a los más diversos estamentos: universidad, instituciones sanitarias, colegios profesionales, sociedades científicas y el propio colectivo de residentes.

De los antecedentes obrantes en la Secretaría General Técnica del Consejo Nacional de Especialidades Médicas se desprende que la solicitud de acreditación de una plaza de la especialidad de anestesia y reanimación relativa al Hospital Universitario Insular de Gran Canaria fue analizada por la comisión nacional de dicha especialidad en su sesión de 27 de septiembre de 2001. Tal como se recoge en el acta de la comisión nacional, en la citada sesión se informó desfavorablemente la solicitud de acreditación por considerar insuficiente la actividad quirúrgica del centro, al no disponer de algunos servicios de cirugía para las rotaciones correspondientes, por no concretar en el informe, en el momento en que solicitó, la acreditación docente la disponibilidad de la unidad de reanimación durante las 24 horas del día durante todo el año y también por considerar excesivo el período formativo complementario en especialidades quirúrgicas que deberían realizar los residentes en otros centros. Estas fueron, según la comisión nacional, las razones por las que no prosperó en su momento —hace ya un año y medio— la solicitud de acreditación formulada por el mencionado hospital.

El acuerdo de la comisión nacional, de 27 de septiembre de 2001, se notificó al gerente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria mediante escrito número 8.709, de fecha 14 de noviembre de 2001, sin que hasta el día de la fecha —y esto es muy significativo— se haya formulado alegación alguna sobre el mismo.

Finalmente, hay que tener en cuenta que la acreditación de unidades docentes para la formación de especialistas supone un control de calidad destinado a garantizar que todas las unidades que integran el sistema docente reúnan los requisitos necesarios para que se imparta una formación adecuada que asegure un ejercicio eficiente de la especialidad de que se trate.

Por lo tanto, la posible carencia de médicos especialistas en anestesia y reanimación no puede ir en detrimento de la calidad en ningún caso. No obstante, y debido a que la información de que se dispone es del año 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo manifiesta su total disposición para recoger la información actualizada correspondiente a la actividad asistencial del servicio de anestesia del complejo hospitalario de Gran Canaria.

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

La señora **JULIOS REYES:** Muchas gracias, señor secretario general, por la información que nos acaba de dar.

Estamos tratando de un problema acuciante y de extrema gravedad en la Comunidad Autónoma de Canarias —y probablemente en otros lugares— como es la escasez de anestelistas. Esto afecta de forma directa a toda la actividad quirúrgica de los hospitales y a la capacidad de los servicios autonómicos para dar debido cumplimiento a las demandas de los ciudadanos y a la no generación de listas de espera. Conforme se van teniendo más recursos en infraestructuras, quirófanos y otros especialistas, se termina produciendo un embudo por la ya conocida escasez de los especialistas.

Estamos hablando de una solicitud que se viene reiterando desde hace 10 años, por lo que se habrán hecho muchas alegaciones a lo largo de los mismos, y lo digo con cierto conocimiento de causa. Estamos hablando de un complejo hospitalario que está conformado por un hospital general universitario que da cobertura a la mitad de la población de la isla de Gran Canaria, que es referencia de las islas de Fuerteventura y del hospital materno infantil, hospital monográfico que da prestación a la globalidad de la isla de Gran Canaria y es referencia de la isla de Lanzarote y Fuerteventura. Con ello, quiero decirle que es de los complejos hospitalarios de mayor actividad quirúrgica dentro del cómputo de todos los hospitales de la Comunidad Autónoma canaria. Entiendo que haya problemas de gestión en la implantación de la anestesia epidural en un hospital, pero son problemas que corresponde resolver a las comunidades autónomas. En concreto, este hospital materno infantil suministra la prestación de anestesia epidural durante 24 horas, 365 días al año, elemento de calidad que el hospital quiere seguir manteniendo. En este y en otros hospitales hay años en que la plantilla de anestelistas se ve reducida incluso a la mitad. Esto dificulta en gran medida, más allá de las posibilidades de gestión, el ofrecimiento de la debida prestación de la anestesia epidural, al igual que el resto de prestaciones que tienen que ver con la actividad quirúrgica. Además, hay que añadir que es sorprendente la valoración que hace

el informe de la escasa actividad quirúrgica y, por otro lado, se alegue que hay un excesivo período de formación en la actividad quirúrgica. Me sorprende, porque se trata de una contradicción, máxime cuando estamos hablando de un complejo hospitalario que realiza globalmente 28.074 intervenciones quirúrgicas al año. Por lo tanto, se trata de uno de los complejos donde se concentra una mayor actividad quirúrgica dentro de la comunidad autónoma, además de otros tres hospitales acreditados, con un número de plazas limitado, que va en función del tamaño de las plantillas de anestelistas. En la medida en que disminuyen las plantillas de anestelistas, la propia capacidad formativa con garantías de calidad, evaluadas por la propia comisión de formación, va disminuyendo. Es la pescadilla que se muerde la cola.

En este contexto, hablábamos antes de la necesaria prestación de la anestesia epidural para el parto. Quiero recordar que mi grupo viene diciendo con insistencia en esta Cámara que en Canarias hay islas pequeñas en las que el problema no es que falte un anestesta para administrar la anestesia epidural en el parto, es que falta un anestesta para una apendicitis, y hay que evacuar al o a la paciente por vía aérea o marítima. La situación es grave, y estamos hablando de un complejo hospitalario que es centro de referencia en la comunidad autónoma para trasplante y determinadas especialidades de cirugía, como la cardiaca pediátrica. Si nos fijamos en las unidades acreditadas en otros territorios, las nuestras difieren de la calidad que entendemos que podrían garantizar nuestros centros. Estamos hablando del área de salud de Gran Canaria y por este hospital rotan los médicos en período de formación de otras especialidades que están en otros hospitales, porque tiene cirugía pediátrica, por ejemplo. Según la oferta de solicitud que se hizo, ante el problema coyuntural de falta de unidad de reanimación, porque el hospital está en obras —hay unidad de despertar, pero no de reanimación—, la formación se puede completar en otro hospital de la isla.

Para que se hagan una idea, señorías, nos referimos a un complejo hospitalario de 936 camas y 22 quirófanos, en este momento. Cuando termine el plan funcional, el número de quirófanos será mayor, pero no habrá anestelistas para dar un uso adecuado a los quirófanos recién construidos. La ley de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará próximamente en el Senado, no resultará una varita mágica que resuelva estos problemas; creo que todos somos conscientes de ello. Es necesario implementar medidas urgentes que permitan equilibrar la relación oferta/demanda de esta especialidad. Es un problema histórico —el déficit de anestelistas se ha venido acumulando durante años—, pero el hecho de que sea histórico no justifica que no hagamos nada: cuanto más tiempo pase, mayor será el problema.

Voy concluyendo, señor presidente. Quiero recordar que, el 29 de noviembre de 2001, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) presentó una proposición no de ley en esta Comisión, que apoyaron todos los grupos, por la que se instaba al Gobierno a paliar el déficit de unidades de anestesiología en los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. En ella se hacían propuestas como la de agilizar la tramitación de las nuevas solicitudes de acreditación de unidades de anestesiología —núcleo de mi pregunta—, o que el Consejo Nacional de Especialidades y el comité de estudio analizaran el posible acercamiento entre los programas de medicina intensiva y de anestesiología. No nos consta que se haya avanzado en este aspecto y no podemos seguir esperando a tener más anestelistas gracias a las nuevas promociones; el problema en Canarias es urgente y vital.

Por último, la proposición no de ley proponía también hacer una estimación de las necesidades asistenciales a corto y medio plazo que requieren el concurso de los anestelistas, para llevar a cabo una planificación correcta de las plantillas de los hospitales; esto, como es lógico, en colaboración con las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas. Insisto: esto es urgente; si no lo que dice la ley de calidad y de cohesión del Sistema Nacional de Salud que todas las comunidades autónomas vayan dando prestaciones iguales en cantidad y calidad, no será posible en territorios como el nuestro. No será responsabilidad exclusiva de las comunidades autónomas que gestionan la sanidad, pues, la formación MIR y la planificación de los recursos humanos en función de las necesidades asistenciales son competencia de la Administración del Estado, del ministerio. Este problema no puede quedarse en la mesa sin darle solución urgente.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): Como he dicho antes, quiero insistir en el tiempo transcurrido desde que se notificó el acuerdo de la Comisión Nacional de Especialidades al gerente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria el 14 de noviembre de 2001. Desde esa fecha, los actuales órganos directivos del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria no han formulado observaciones ni han notificado que se hayan subsanado las deficiencias detectadas por la Comisión Nacional de la especialidad de anestesiología y reanimación en su sesión de 27 de septiembre de 2001 por las que se denegó la solicitud de acreditación formulada por dicho hospital el 25 de septiembre de 2001. Usted dice que desde el año 1992 se ha solicitado unidades de acreditación que después puedo comentarle directamente.

Quiero hacer constar también que lo que se aborda es un asunto de gestión, por lo que la Dirección General de recursos humanos y servicios económicos y presupues-

tarios del Ministerio de Sanidad está en todo momento dispuesta a debatir este asunto con los actuales órganos de gestión del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria con vistas a subsanar, si es posible, las deficiencias que hasta este momento han determinado la no acreditación de la unidad docente. También quería decir que es del máximo interés para el Ministerio de Sanidad, como he dicho en mi respuesta a la pregunta anterior, acreditar el mayor número posible de hospitales para la formación en la especialidad de anestesia, tan demandada en estos momentos, sobre todo desde que se aplican técnicas del dolor. Sirva de ejemplo que en los dos últimos años se han ofertado 31 plazas más de esta especialidad en el MIR, lo que representa un incremento del 13,6 por ciento. En el periodo 2000/2001 fueron 228 plazas las acreditadas y para el periodo 2002/2003 han sido 259 plazas.

A mí me consta la categoría de ese hospital y su capacidad para formar residentes porque lo conozco perfectamente ya que he trabajado en ese servicio hace muchos años y he hecho el seguimiento de este tema con antiguos compañeros que trabajan en ese hospital. Sin embargo, desde el año 1992 sí ha habido problemas administrativos, a mi entender, en el sentido de que no había un servicio diferenciado —no sé si en este momento lo tiene—, estaba diferenciada la parte del materno de la parte del insular, con dos servicios independientes, y en uno de esos servicios los anestelistas dependían del entonces Hospital del Pino, aunque seguramente ya se habrá fusionado. Yo no sé cuál era en ese momento el servicio que querían acreditar —probablemente querrían acreditar uno de ellos—, servicios, quizá era el materno y la comisión de especialidades podría haber opinado que solamente y tenía determinado tipo de patología que tenía que completarse con unas rotaciones externas muy amplias. Yo sí sé que los residentes del otro complejo hacían las guardias y rotaban en este hospital.

Yo creo que un hospital que tiene 1.000 camas y que además está configurado como complejo hospitalario sí está capacitado para formar residentes. Lo que le pido es que los órganos de gestión de ese hospital envíen toda la información, porque ahora mismo solamente hay un servicio y desde el ministerio se brindará todo el apoyo, además con conocimiento de causa, para que este servicio sea acreditado en la próxima convocatoria.

— **DE LA SEÑORA VALENTÍN NAVARRO (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE ACTUACIONES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD A LOS CIUDADANOS QUE SE SOMETEN A TÉCNICAS DE TATUAJE, PIERCING Y MICROPIGMENTACIÓN. (Número de expediente 181/003175.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última pregunta, presentada por la señora Valentín Navarro, que

va a ser formulada por la señora Cortajarena, sobre actuaciones para garantizar la seguridad a los ciudadanos que se someten a técnicas de tatuaje, *piercing* y micropigmentación.

Tiene la palabra la señora Cortajarena.

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: Señor secretario, hace exactamente dos años que en esta misma comisión se aprobó una proposición no de ley con una enmienda transaccional negociada y acordada por todos los grupos parlamentarios de esta Cámara. Esta proposición no de ley, que fue aprobada por unanimidad, tenía tres elementos importantes sobre los que quiero recobrar un poco la memoria y sobre todo ver qué actuaciones ha acometido el Gobierno. En el primer punto, se decía que se elaborara un estudio para garantizar que los instrumentales que se utilizan en las técnicas de tatuaje, *piercing* y micropigmentación fueran acordes con la normativa. En segundo lugar, en relación con la actividad del arte corporal en las tres facetas que ya he enunciado anteriormente, se instaba al Instituto nacional de cualificaciones para elaborar un trabajo que permitiera su definición tanto desde el punto de vista de futuros yacimientos de empleo, como desde la formación, las técnicas, etcétera, que tenían que acometer para la ejecución de estas actividades. En tercer lugar, se instaba al Ministerio de Sanidad y Consumo, junto a las comunidades autónomas, es decir, al Consejo interterritorial, a que establecieran las campañas de comunicación y publicidad que estimaran necesarias para favorecer que los demandantes del arte corporal exigieran las debidas condiciones de idoneidad profesional, así como las higiénico sanitarias.

Una vez aprobada esta iniciativa, señor secretario general, esta diputada cada tres meses, a través de preguntas escritas al Gobierno, se ha interesado por las actuaciones que estaba acometiendo. La verdad es que no nos podemos dar por satisfechos con las respuestas y por eso hemos procedido a formular esta pregunta oral. Quiero conocer, tal y como reza en el enunciado, qué actuaciones ha acometido el Gobierno para garantizar la seguridad a los ciudadanos que se someten a técnicas de tatuaje, *piercing* y micropigmentación.

El señor **PRESIDENTE**: Señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamarina Feijóo): En los últimos años, algunas de las prácticas incluidas en lo que se denomina arte corporal han experimentado, como todos ustedes saben, un auge sin precedentes, especialmente difundido entre la población juvenil y destacando entre ellas las técnicas del tatuaje, las del anillado corporal, conocidas por *piercing*, en cuya práctica se produce la ruptura o perforación de la barrera epidérmica, y que se aplican por lo general en establecimientos no sanitarios y por profesionales que carecen de una adecuada for-

mación sanitaria específica. La práctica de estas técnicas no está exenta de riesgos, siendo uno de los más frecuentes o probables el de la transmisión de enfermedades infecciosas, especialmente las producidas por el virus de la hepatitis B, el de la hepatitis C y el de la inmunodeficiencia, lo que hace que adquiera especial importancia el establecimiento de medidas sanitarias orientadas a prevenir los contagios. Todo ello sin olvidar la posibilidad de que ocurra otro tipo de efectos no deseados como pueden ser los desgarros, hemorragias, las infecciones bacterianas o los abscesos, dependiendo de la localización del *piercing*.

Ante este nuevo fenómeno que ha irrumpido con tanta fuerza en nuestra sociedad y en todas las sociedades modernas, el Parlamento español ha mostrado su sensibilidad y preocupación, como se ha visto reflejado en la actividad de ambas cámaras. Me refiero, por un lado, a la moción del Pleno del Senado, que fue aprobada en su sesión del 16 de noviembre de 1999, en la que se instaba al Gobierno a que, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en el marco de las competencias del Estado y de las comunidades autónomas, se consensuasen los requisitos técnicos de habilitación profesional, garantía sanitaria y otros requisitos que debían reunir los profesionales y los centros donde se realizasen actividades de tatuaje, anillado corporal y técnicas de micropigmentación. Por otro lado, esta Comisión de Sanidad y Consumo, en su sesión del día 4 de abril de 2001, aprobó la proposición no de ley por la que se instaba a que el Gobierno y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, elaborasen, en el plazo más breve posible, la normativa por la que se regulasen las condiciones que debía reunir el instrumental utilizado en las técnicas de tatuaje, *piercing* y micropigmentación, así como las sustancias que se utilicen en esta última; de forma particular, se instaba al Ministerio de Sanidad a que, junto con las comunidades autónomas, estableciese las campañas de comunicación y publicidad que se estimasen más adecuadas con el objeto de favorecer las condiciones higiénico-sanitarias y de idoneidad profesional a los ciudadanos que practicasen el arte corporal. De acuerdo con dicha proposición no de ley se establecerá asimismo la formación necesaria para ejercer la actividad del arte corporal en las tres facetas —tatuaje, *piercing* y micropigmentación— instando al Instituto nacional de cualificaciones a finalizar el trabajo que permita su definición, cometido que corresponde al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a fin de cumplimentar ambos mandatos y con objeto de llegar a un acuerdo que sirviera de base y punto de referencia para aquellas comunidades autónomas que no tuvieran desarrollada normativa respecto a este asunto, porque ya había varias comunidades que habían desarrollado normativa, tomó la iniciativa de que, en el seno de la Comisión de Salud Pública del Consejo

Interterritorial, se elaborase un documento de consenso sobre los requisitos técnicos y las consideraciones sanitarias mínimas de los establecimientos no sanitarios en los que se realizan prácticas de tatuaje y *piercing*, a fin de garantizar una protección sanitaria equivalente a todos ciudadanos del territorio español que utilizan estos servicios. En la elaboración de este documento de consenso, se ha tenido en cuenta la normativa ya publicada —como ya he mencionado antes— por algunas comunidades autónomas, y dicho documento se ha sometido a la consideración de la totalidad de las comunidades con objeto de incorporar al texto las observaciones y sugerencias que las mismas quieran aportar. El documento final —y esto es muy reciente—, una vez aprobado por la Comisión de Salud Pública, se sometió el pasado 13 de enero de 2003 a la consideración del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, quedando aprobado bajo el título: acuerdo por el que se establece con carácter general los requisitos técnicos y condiciones sanitarias mínimas de los establecimientos de tatuaje y *piercing*.

Quiero resaltar a continuación los aspectos que se recogen en el referido acuerdo y que están encaminados a garantizar la seguridad, no sólo de los ciudadanos que se someten a estas técnicas, sino —cómo no— también de los profesionales que las practican. En primer lugar, se establecen los requisitos y condiciones mínimas sanitarias que serán de aplicación a los establecimientos no sanitarios donde se realizan prácticas de tatuaje, *piercing* o cualquier otra de naturaleza similar, entendiéndose por este tipo de establecimiento aquel en el que se lleven a cabo actividades de tatuaje o *piercing*, bien con carácter exclusivo o integrados en centros donde se realicen otras actividades. En segundo lugar, quedan establecidas las condiciones generales que deben reunir los locales en los que se realiza este tipo de actividades. En aras a la protección de la salud de las personas que se someten a este tipo de técnicas, se describen los requisitos generales de los utensilios y materiales utilizados, haciendo especial hincapié en la utilización de material desechable, estéril y de un solo uso, indicando en un anexo aparte los métodos de esterilización y de desinfección, tan importantes, del material que no sea desechable. En relación con el material empleado en los procedimientos de *piercing*, se establece que las joyas utilizadas serán de acero quirúrgico, de oro de 14 ó 16 kilates o de titanio, con objeto de reducir el riesgo de infección o degradación alérgica, tan frecuente cuando se emplea material de níquel. En cuanto a las medidas generales de protección del personal, destaca la utilización de guantes de un solo uso y de ropa específica para el desarrollo de su trabajo, así como la recomendación de que estén vacunados contra el tétanos y la hepatitis B.

El acuerdo establece además que las comunidades autónomas promoverán actividades enfocadas a la

información y educación sanitaria de todos los profesionales del sector, potenciando la colaboración voluntaria de los mismos, con vistas a alcanzar de modo eficaz los objetivos preventivos que se pretenden con este acuerdo. Igualmente, encomienda a los ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas y de sus servicios de salud, la realización del control sanitario y la inspección del correcto cumplimiento de las medidas previstas en el acuerdo. Por último, el sistema de inspección y control de infracciones se llevará a cabo por parte de las comunidades autónomas de acuerdo con lo previsto en la Ley General de Sanidad.

Una vez dicho esto, me resta añadir que, a partir de los requisitos establecidos en este acuerdo, las comunidades autónomas desarrollarán, en el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas, la normativa correspondiente, con el fin de garantizar las medidas de protección a la salud, tanto de los usuarios de los establecimientos en los que se realizan estas técnicas como del personal que aplica las mismas, pudiendo elevar, en el caso de que así lo consideren, el nivel de exigencia contemplado en el mencionado acuerdo.

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

La señora **CORTAJARENA ITURRIOZ**: Me alegra la respuesta que me ha dado, pero parece que las comunidades autónomas son las únicas responsables. Yo le quiero decir que, si desde el año 1999, el Senado ya aprobó, a instancias de todos los grupos parlamentarios, una moción para que se actualizara tanto la formación como las medidas de carácter preventivo para el ejercicio de las técnicas del arte corporal, me parece que existen lagunas cuya responsabilidad es del ministerio y no sólo de las comunidades autónomas.

En varias preguntas —ya le he dicho que cada tres meses hacía preguntas al respecto—, solicité del Gobierno que me dijera qué tipo de quejas había recibido en el territorio Insalud cuando todavía no estaba transferido, y nunca me ha respondido sobre esta materia. También le quiero decir que desde el año 2001, señor secretario general, ya existía el compromiso, mediante una proposición no de ley, de que el Gobierno actualizara campañas informativas y de divulgación sobre esta materia, ya que es un elemento clave. Los jóvenes no conocen muchas veces los riesgos que están asumiendo cuando se someten a este tipo de arte corporal, de decorado. Tal y como establecen las conclusiones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en un trabajo sobre el estudio ocupacional del arte corporal, es evidente que falta una normativa específica —estas conclusiones datan de diciembre del año 2001, por lo que hemos tenido todo un año para poder acometer esta tarea— que regulase el control sanitario de estas actividades. Por otro lado, se decía que desde el punto de

vista estadístico y fiscal, no existe ninguna adecuación ni ninguna clasificación que permita identificar este tipo de actuaciones, cada vez más demandadas por los jóvenes.

Como le digo, no hemos tenido información respecto a las quejas. En relación con las campañas de publicidad, le diré que una de las recomendaciones que se daban en el estudio antes mencionado era que Internet es uno de los elementos que más consultas está teniendo; es decir, la red está permitiendo que haya 27 páginas web sobre el tatuaje y ocho sobre el *piercing*. Otra de las recomendaciones del propio estudio se refería a los medios de esterilización y a los medios de autoclave digital, señalando la importancia de que la Administración utilizara Internet para informar sobre la actividad del arte corporal, no simplemente porque hay consultas de carácter individual de quienes se van a hacer este tipo de tatuajes, sino porque también se realiza gran cantidad de consultas para el conocimiento de nuevas técnicas, nuevos diseños, la relación entre ellos, etcétera. Es decir, el propio ministerio podrían haber adecuado una campaña de comunicación y de publicidad.

Me extraña que el ministerio no haya tenido ninguna queja. Le puedo decir que en el País Vasco, durante los años 2001 y 2002 en Osakidetza se han superado las 200 quejas, y eso que no llegamos a un 5 por ciento de la población española; calcule la cantidad de quejas que ha podido haber en el ámbito del territorio Insalud. Por otra parte, nos llama poderosamente la atención que, para informar sobre el desfase entre el cálculo del IPC del Gobierno y el cobro de las pensiones, se gastaran 7 billones de pesetas en una campaña de publicidad y de comunicación —que por casualidad fue adjudicada al antiguo portavoz del Gobierno—; 7 billones de pesetas hubieran permitido evitar en la juventud graves riesgos de transmisión de enfermedades que están generando graves dificultades. No lo decimos nosotros, el Consejo de la Juventud de España y todas las organizaciones juveniles están solicitando que se dé una mayor información sobre estas prácticas que están de moda y que no vamos a poder parar por decir que tienen riesgos. Si los riesgos existen, informemos sobre los riesgos y digamos a la juventud dónde y cómo se pueden someter a estas técnicas de arte corporal. Así podremos garantizar y asegurar una prevención de la salud que compete, les guste o no, al propio ministerio.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Pérez-Santamaría Feijóo): Como le comenté antes, dentro del Consejo Interterritorial se elaboró un documento de consenso y existe un acuerdo de 13 de enero de 2003 por el que se van a llevar a cabo estas iniciativas.

La distribución competencial en materia de sanidad está muy clara y es un caso típico que los estudiosos en la materia califican como competencias compartidas; sobre una determinada materia, en este caso la sanidad, recaen actuaciones provenientes tanto del Estado como de las comunidades autónomas. Al Estado le corresponde la definición de las bases y la coordinación general sanitaria y a las comunidades autónomas la ejecución de estas bases y su desarrollo legislativo. A partir de lo anterior y bajo la premisa de que las competencias son irrenunciables, ha sido frecuente el debate y discusión en torno a si una determinada medida llevada a cabo por una instancia incidía o no en actuaciones reservadas a otra. De todo ello tenemos múltiples ejemplos en el Sistema Nacional de Salud, pero podemos recordar por ejemplo cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo se planteó la necesidad de adoptar una ley que abundara en los mecanismos de cohesión y coordinación del Sistema Nacional de Salud una vez que la descentralización plena de nuestro país fue un hecho. Siguió ocurriendo cuando ya se dispuso de un texto, que algún sector lo calificara como recentralizador por considerar que con él el Estado pretendía recuperar o recentralizar competencias que ya no tenía. Finalmente, el texto adquirió forma definitiva una vez se alcanzó el oportuno consenso con las fuerzas políticas y las comunidades autónomas; las cuestiones sobre las que fue necesario este consenso no eran de fondo respecto a qué entendemos por cohesión o calidad, sino respecto del papel concreto que al Estado y a las comunidades autónomas les cabe en relación con tales cuestiones. Es decir, el debate se centró fundamentalmente en cuestiones competenciales, consiguiéndose una ley que satisface a todos, en la medida en que sitúa a las administraciones públicas en el estricto ámbito competencial que nos marcan la Constitución y la Ley General de Sanidad.

Por otra parte y en función de su naturaleza, existen actuaciones cuya ejecución sólo puede ser llevada a cabo desde ámbitos competenciales precisos, mientras que otras permiten márgenes para la colaboración y el consenso; ejemplos de unas y otras los hemos podido ver a lo largo de la exposición que he presentado. En aquellos casos en que la ejecución de la actuación depende exclusivamente de la decisión de la comunidad autónoma, soberana para decidir cómo llevarla a cabo, el Ministerio de Sanidad y Consumo no puede en modo alguna sugerir, y menos imponer, una determinada acción sin que ello sea interpretado como una vulneración competencial. Por el contrario, el Ministerio de Sanidad y Consumo sí puede incidir, a través fundamentalmente del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre aquellas actuaciones de especial interés susceptibles de un análisis conjunto que facilite la toma de decisiones. Eso es lo que viene haciendo y ha hecho, tal como he puesto de manifiesto en algún punto de mi intervención.

Señorías, quiero transmitirles a todos ustedes que desde mi responsabilidad en el Ministerio de Sanidad y Consumo y sin duda alguna también desde la responsabilidad de las autoridades sanitarias y autonómicas lo que prima en primera instancia a la hora de llevar a cabo una determinada actuación es el interés general, que no es otro que mejorar los resultados en salud de nuestros ciudadanos. Ahora bien, para la consecución de este interés general hemos de valernos de los mecanismos y recursos que el orden legal y constitucional nos ofrece. Sólo así, desde el mutuo respeto

de competencias y la acción conjunta allí donde resulte precisa, podremos alcanzar un Sistema Nacional de Salud cohesionado y con la calidad que todos nosotros deseamos.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el orden del día, agradecemos al señor Pérez-Santamarina su comparecencia.

Se levanta la sesión.

Era la una y cinco 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**

