



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1998

VI Legislatura

Núm. 498

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 26

celebrada el martes, 30 de junio de 1998

Página

ORDEN DEL DÍA:

Decisión final sobre la celebración de la siguiente comparecencia:

- Solicitud de comparecencia del gerente de la Fundación Hospital de Alcorcón (Madrid) ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para dar cuenta de su gestión al frente de la misma. A petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 212/001289) 14338

Proposiciones no de ley:

- Sobre financiación de la prótesis exógena de mama por el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/000994) 14338
- Sobre la comercialización de los llamados «productos dietéticos para diabéticos». Presentada por el Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000999) 14341
- Sobre petición de informe a la Agencia de Protección de Datos. Presentada por el Grupo Socialista en el Congreso. (Número de expediente. 161/001014) 14344
- Sobre medidas para la fabricación del fármaco RU-486 en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/001036) 14346

	Página
Celebración de las siguientes comparencias:	
Del director general de Organización y Planificación Sanitaria, para:	
— Dar cuenta de la elaboración y presentación del Plan estratégico del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). A petición del Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 212/001090) ...	14349
— Explicar los contenidos del Plan Estratégico del Insalud. A petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000552)	14349
Del ministro de Sanidad y Consumo para informar sobre el Plan Integral de Atención a la mujer. A petición del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 213/000433)	14362

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

DECISIÓN FINAL SOBRE LA CELEBRACIÓN DE LA SIGUIENTE COMPARENCIA:

— **SOLICITUD DE COMPARENCIA DEL GERENTE DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE ALCORCÓN (MADRID), ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA DAR CUENTA DE SU GESTIÓN AL FRENTE DE LA MISMA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 212/001289.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, comenzamos la sesión de la Comisión, cuyo orden del día todas SS.SS. conocen.

Se somete a votación la decisión final sobre la celebración de la comparencia del gerente de la Fundación Hospital de Alcorcón (Madrid) ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para dar cuenta de su gestión al frente de la misma.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 13; en contra, 22.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE FINANCIACIÓN DE LA PRÓTESIS EXÓGENA DE MAMA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/000994.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 2 del segundo del orden del día: Debate y votación de las

siguientes proposiciones no de ley. Proposición no de ley sobre financiación de la prótesis exógena de mama por el Sistema Nacional de Salud, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Antes, someto a la consideración de los miembros de la Comisión que las votaciones se efectúen al final del debate de las cuatro proposiciones no de ley, que en principio estimo no serán antes de las doce del mediodía. ¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento.**)

Para la defensa de la proposición no de ley, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, señorías, la proposición no de ley que defiendo en nombre del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida tiene un objetivo que creemos que puede ser compartido por los grupos parlamentarios presentes en esta Comisión. Propongo que el Ministerio de Sanidad y Consumo inicie las actuaciones conducentes a la modificación de la Orden de 18 de enero de 1996, para la regulación de la prestación ortopédica, con el fin de incluir la prótesis exógena de mama entre el grupo de prótesis que son financiadas íntegramente con cargo al Sistema Nacional de Salud.

Esta proposición no de ley incide sobre, probablemente, el principal problema de salud de las mujeres y, sin duda, sobre la principal causa de muerte y de enfermedad de las mismas. Afortunadamente, la detección precoz del cáncer de mama permite unos niveles de supervivencia progresivos; sin embargo, la incidencia de la enfermedad hace que la curva de morbimortalidad por cáncer de mama entre las mujeres, sobre todo a partir de los 50 años, esté en ascenso, según ponen de manifiesto los indicadores oficiales del Ministerio de Sanidad. En estos momentos, la ausencia de financiación total de esta prótesis por parte de la sanidad pública está suponiendo una discriminación socioeconómica para aquellas mujeres que están en peores situaciones o disponen de menos recursos económicos. Creo que es obvia la incidencia que tiene la mutilación de una parte del cuerpo de la mujer, no solamente desde el punto de vista estrictamente físico, sino desde el punto de vista psicológico, en relación con la extirpación de la mama por diferentes motivos, el primero de ellos, sin duda, el cáncer.

Quiero añadir también que proposiciones no de ley semejantes a la que mi grupo parlamentario propone han sido aprobadas, por amplia mayoría o por unanimidad, en los parlamentos de diferentes comunidades autónomas. Sin más, creo que la voluntad de la proposición no de ley es manifiesta; por otra parte, creemos que la inclusión de esta prestación entre las prestaciones ortopédicas financiadas por la sanidad pública no tiene un alcance económico desproporcionado que pudiera introducir desajustes presupuestarios importantes, y entendemos que esta Comisión de Sanidad y Consumo podría tener el honor de aprobar, no una propuesta de Izquierda Unida, sino una propuesta que influyera de una manera importante en la salud física y psíquica de las mujeres que sufren —como decía— una de las enfermedades cuya incidencia está creciendo con más fuerza en nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas; una, del Grupo Socialista y otra, del Grupo Parlamentario Popular.

Para la presentación y defensa de la enmienda del Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Bartolomé.

La señora **BARTOLOMÉ NÚÑEZ**: Señor presidente, señoras y señores diputados, efectivamente, el Grupo Socialista ha presentado una enmienda a la proposición no de ley defendida por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, referida a la inclusión de la prótesis exógena de mama entre el grupo de prótesis que son financiadas íntegramente con cargo al Sistema Nacional de Salud. En este sentido, tengo que manifestar que la Ley General de Seguridad Social, en su artículo 108, se ocupa de las prestaciones sanitarias ortoprotésicas, haciendo una clara distinción entre las que se han de facilitar en todo caso y aquellas otras merecedoras de ayudas económicas. Asimismo, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, recoge en el apartado 4 del anexo I las prestaciones denominadas complementarias, entre las que se incluye la ortoprotésica y, dentro de ésta, distingue a efectos de su protección, por una parte, las prótesis quirúrgicas fijas, las externas, y, por otra, las prótesis especiales, entre las que se encuentra la prótesis exógena de mama, que son beneficiarias de ayudas económicas. La inclusión de esta prótesis en este apartado se hizo por un convencimiento absoluto de que había que seguir a rajatabla unos principios básicos establecidos en la Ley General de Sanidad, y entre estos principios u objetivos estaba el de la eficacia, la economía, la racionalización, la organización, la coordinación e integración de los recursos sanitarios públicos para hacer efectivas las prestaciones sanitarias básicas e imprescindibles para la salud, así como el mantener unos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Con este espíritu se desarrolla la Orden ministerial 33/1997, en la que se incluyeron prestaciones que en esos momentos no asumía el Sistema Nacional de Salud, con un listado muy amplio, y se consideró por otro lado que otras prestaciones, concretamente distintas prótesis externas que no precisaban ser implantadas en centros hospitalarios, debían pasar a ser financiadas con una anortación mínima

relacionada con el coste real por parte de los usuarios. Esta es la situación en la que se encuentra la prótesis exógena de mama, cuyo coste real puede estar entre las 23.000 ó 25.000 pesetas, financiando el sistema público el 75 por ciento y el 25 por ciento restante la usuaria. En estas mismas condiciones están toda una serie de ortesis y prótesis especiales para restauración de cara, andadores, etcétera, que, aun siendo prótesis externas, son todas ellas necesarias aunque no imprescindibles para la salud de los pacientes.

Si bien es cierto que cualquier tipo de prótesis antes referidas tienen importancia para los pacientes, la prótesis exógena de mama tiene una relevancia especial para las mujeres que son mastectomizadas. Esta prótesis no sustituyen una parte amputada sin más, sino que tiene para la mujer un significado mucho más amplio, tiene que ver con su autoestima, con su estado psicológico y social, con su vida afectiva; en definitiva, con su calidad de vida en todos los sentidos.

Todas las prótesis ejercen una mejora muy importante en la calidad de vida de las personas, pero creemos que hoy aquí es innecesario profundizar más en las repercusiones que tiene en la mujer una operación de cáncer de mama y, por consiguiente, en la importancia que tiene la utilización de esta prótesis. Por todo ello pensamos que, aun manteniendo los criterios y las valoraciones llevadas a cabo en su momento en la elaboración de la Orden de 18 de enero de 1996, tal y como se recoge en sus artículos 8.º y 9.º, cabe la posibilidad de que la Comisión técnica asesora sobre prestación ortoprotésica —en la que están incluidos representantes del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Asuntos Sociales, representantes de las distintas comunidades autónomas así como facultativos especialistas y expertos en prestaciones ortoprotésicas— sea la que estudie de una forma exhaustiva la necesidad de inclusión de esta prótesis en el grupo de prótesis financiadas íntegramente con cargo al Sistema Nacional de Salud y lo que dicte, tal y como es preceptivo, la modificación y actualización de anexos y catálogos de prestaciones ortoprotésica. De esta manera posibilitaríamos que la justa petición que están haciendo las mujeres mastectomizadas a través de sus asociaciones pueda estudiarse y evaluarse y se pueda llegar a una conclusión positiva para ellas, teniendo en cuenta además que son ya varias las comunidades autónomas que asumen el cien por cien del coste total de la prótesis y que el sistema sanitario público está realizando operaciones de reconstrucción de la mama con un coste elevado por las que la paciente y que la paciente no tiene que aportar nada en absoluto, siendo un coste muchísimo más elevado del que pueda representar asumir la prestación de la prótesis exógena.

Creemos, además, que en un momento en que al Gobierno le sobran recursos económicos para incrementar las retribuciones de los altos cargos, para financiar los beneficios fiscales injustificados de determinados tipos de renta o para abordar una reforma fiscal, el Sistema Nacional de Salud podrá asumir la total financiación de una prótesis que tiene una gran importancia en la calidad de vida de la mujer. Por eso yo creo que es importante que los grupos parlamentarios que formamos esta Comisión lleguemos a un posible acuerdo en una transaccional y saquemos adelante esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Por parte del Grupo Parlamentario Popular, para la defensa de su enmienda, tiene la palabra la señora Faraldo.

La señora **FARALDO BOTANA**: Voy a intervenir para defender la enmienda de modificación que mi grupo presentó a la proposición no de ley sobre financiación de la prótesis exógena de mama por el Sistema Nacional de Salud.

Como ya se expuso aquí, a tenor de lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 18 de enero de 1996, que regula las prestaciones ortoprotésicas, los servicios de salud del Insalud desarrollaron sus propios catálogos, de modo que abonan en su totalidad las prótesis quirúrgicas mamarias e incluyen las prótesis exógenas de mama dentro de las prótesis especiales, facilitando ayudas consistentes en la diferencia entre los precios de las mismas, que oscilan entre las 18.000 y las 29.000 pesetas, y la aportación establecida para los usuarios en 6.000 pesetas. Así, se financiaría por la sanidad pública el 73 por ciento, siendo financiado por las usuarias el 27 por ciento.

Las prótesis exógenas de mama tienen una peculiaridad respecto a las prótesis externas de miembro superior o inferior, que son abonadas íntegramente por el Sistema Nacional de Salud. A diferencia de aquéllas, no reemplazan ninguna función, pero no cabe duda de que, como se dice en la exposición de motivos de la proposición no de ley, además de tener un componente estético inciden de una manera clara en la mejora del daño psicológico originado por la pérdida para la paciente de una parte del organismo, más cuando el origen de esta pérdida es una enfermedad. Se estima pues que estas prótesis no pueden considerarse exclusivamente estéticas, y creemos que esta fue la consideración tanto del Insalud como de las comunidades autónomas al incluirla dentro de estas prótesis especiales en la Orden del 18 de enero.

La citada orden contemplaba asimismo la creación de una Comisión técnica asesora en la que participaran representantes del Ministerio de Sanidad, de las comunidades autónomas con competencias en la gestión de la prestación ortoprotésica, del Insalud, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y facultativos especialistas expertos en la materia, entre cuyas funciones destaca la de proponer la inclusión de nuevos grupos de productos y la modificación de las condiciones de los ya incluidos, como sería el caso de las prótesis de mama. Señorías, hay que tener en cuenta que cualquier iniciativa que se traduzca en un incremento del gasto público, como el que se produciría con la modificación de la aportación de las prótesis externas de mama, ha de hacerse con la necesaria prudencia, valorando previamente su repercusión económica para conocer exactamente el alcance de la medida y la posibilidad de que su financiación sea asumida con los fondos actualmente previstos para las prestaciones sanitarias. Con este objetivo, y a petición de los sistemas de salud andaluz y valenciano, se han iniciado los estudios técnicos correspondientes para solicitar información sobre el consumo de este tipo de productos a todos los servicios de salud. A la vista de toda esta información disponible, la Comisión podrá efectuar la correspondiente propuesta al Ministerio de Sanidad y Consumo para que proceda a modificar la orden. El Ministerio de

Sanidad y Consumo, tal como recoge la orden, a la vista del informe que elabore la Comisión técnica asesora, deberá someter al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la posible modificación de la Orden reguladora de las prestaciones ortoprotésicas. En aras al consenso en la Comisión —como bien ha dicho la portavoz del Grupo Socialista—, la proponente va a presentar una enmienda transaccional uniendo las dos enmiendas, que sería aceptada por nuestro grupo.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Faraldo. ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa**). Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra la señora Almeida.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: Sólo quiero decir, en nombre del Grupo Mixto y del Partido Democrático de la Nueva Izquierda, que vamos a apoyar esta proposición no de ley incluyendo la enmienda transaccional, porque las razones que se han dado sobre la financiación de la prótesis exógena de mama tiene un contenido muy determinado para las mujeres, y además la financiación de esta prótesis por el sistema de salud es una forma más de la ayuda integral para la mujer, que creo que vamos a tratar en el día de hoy, y que supone una protección no sólo de su derecho a la salud, sino también del derecho a no sentirse discriminada en una sociedad que presiona a la mujer desde muchos puntos de vista. Por eso vamos a apoyar esta proposición no de ley y vamos a respetar el cambio transaccional que hagan los grupos que han presentado enmiendas a la misma.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Convergencia i Unió, tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: En la actualidad la Comisión asesora sobre prestaciones ortopédicas, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, está pendiente de un estudio sobre la repercusión económica que pueda suponer la supresión de la aportación económica por parte del usuario en la adquisición de prótesis especiales, entre las que también están incluidas la prótesis de mama.

La Orden ministerial de 18 de enero de 1996, que desarrolla el Real Decreto 63/1995, del 20 de enero, regula la prestación ortoprotésica dentro del ámbito del Sistema Nacional de Salud, así como las correspondientes ayudas económicas a los usuarios. El contenido de estas prestaciones está delimitado en los anexos de la Orden ministerial. El desarrollo de los anexos se realizará por orden ministerial, a propuesta de la Comisión asesora sobre prestaciones ortopédicas. En el decreto se establece que las prestaciones ortopédicas se recogerán en dos catálogos, uno para prótesis quirúrgicas fijas y otro para prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y prótesis especiales. En este decreto también queda incluida la prestación ortoprotésica de prótesis de mama, que implica la exclusión de la totalidad de la financiación por parte del Sistema Nacional de Salud. Es del todo inaceptable que esta prestación protésica, desarrollada para paliar el impacto psicológico que se deriva de una amputación del pecho, no sea íntegramente sonorizada

por el sistema de salud pública, más teniendo en cuenta que en nuestra sociedad la estética es parte fundamental de la calidad de vida pretendida por nuestro Estado del bienestar.

Señorías, las mujeres que son sometidas a una operación quirúrgica de mastectomía, con la consiguiente amputación de la mama, se ven en la necesidad de adquirir una prótesis que permita disimular el trauma físico y psíquico que les ocasiona la pérdida de este miembro. Si tenemos en cuenta que el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad, un 28,2 por ciento por cada 100.000 mujeres, que gracias a las investigaciones médicas se está avanzando en su lucha y muchas mujeres pueden llegar a superarlo, nuestra aportación debe ser el proporcionarles una prótesis que les pueda hacer la vida más agradable y que contribuya a que, al mirarse al espejo, vean con orgullo que están ganando la batalla, sin importar su estado económico. El Sistema Nacional de Salud no cuestiona otras prótesis externas en su utilidad terapéutica y las asume económicamente en el cien por cien. Señorías, no voy a enumerarlas, pero quiero recordar y poner encima de esta mesa que la discriminación aún continúa teniendo nombre de mujer. Por todo esto, señorías, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), en espera de que la conferencia sectorial acabe sus informes e indique sus acciones, votará a favor de la proposición presentada.

El señor **PRESIDENTE**: A los efectos de expresar la de aceptación o rechazo de las enmiendas, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Nuestra posición es de aceptación de las enmiendas, pero hay que plantear una redacción que, por lo hablado con las portavoces del Grupo Parlamentario Popular y del Grupo Parlamentario Socialista, recoja la voluntad de estos grupos parlamentarios y del grupo proponente, Izquierda Unida. Quedaría, por tanto, de la siguiente manera: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Acelerar los estudios técnicos que viene realizando la Comisión técnica asesora sobre prestación ortoprotésica, con objeto de proceder a la inclusión de la prótesis exógena de mama como prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud. 2. Una vez finalizados y evaluados estos estudios, y en el caso de que se determine modificar la Orden de 18 de enero de 1996, reguladora de las prestaciones ortoprotésicas, el Ministerio de Sanidad y Consumo someterá al Consejo Interterritorial la propuesta de modificación correspondiente.

— **SOBRE LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS LLAMADOS «PRODUCTOS DIETÉTICOS PARA DIABÉTICOS». PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/000999.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente proposición no de ley, sobre la comercialización de los llamados productos dietéticos para diabéticos. El autor de la propuesta es el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: La proposición no de ley tiene dos puntos y pretende, en términos generales, actualizar la legislación de los productos dietéticos para los enfermos diabéticos y también que desde la Administración se persiga el fraude y la picaresca.

Como todas SS.SS. saben, la diabetes mellitus es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de los glúcidos, por falta o por escasez de secreción de insulina por el páncreas, y una base fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus es una dieta baja en calorías, en grasas y sobre todo en hidratos de carbono. La legislación española sobre esta materia data de 1976, el Decreto 2.685, de 16 de octubre. A mi modesto entender, desde entonces acá se ha avanzado mucho en el conocimiento del metabolismo de los hidratos de carbono. **(El señor vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)** Tan es así que el citado decreto permite la adición, para sustituir la glucosa, de los llamados sustitutos del azúcar en alimentos para diabéticos, llamándolos edulcorantes naturales, y cita en concreto fructosa, manitol y sorbitol.

Hace veinte años, señorías, se creía que por el hecho de que la fructosa fuese una pentosa —a diferencia de la glucosa, que es una exosa, es decir, tiene cinco o seis carbonos— tenía una vía diferente de metabolismo en relación con la glucosa. Pues bien, hoy se sabe que, aunque es verdad que existe una diferente vía de metabolismo, en la práctica en el hígado se transforma una gran parte de la fructosa en glucosa. Por tanto, los productos que estén edulcorados con el azúcar fructosa son el peor enemigo de los enfermos diabéticos: la glucosa.

Lo mismo ocurre con los polialcoholes que he citado, el manitol y el sorbitol, bien es verdad que en menor cuantía, pero también se transforman intrahepáticamente en glucosa. Por tanto, señorías, si la base del tratamiento de la diabetes es una dieta estricta en hidratos de carbono, de tal manera que en las primeras etapas de tratamiento se les hace pesar los alimentos, hasta que cojan la costumbre, para que no se excedan en la ingesta de glúcidos, el consumo por parte de estos pacientes de alimentos mal llamados dietéticos para diabéticos que contengan hidratos de carbono está alterando de manera importante el tratamiento de estos pacientes. En la actualidad ningún médico especialista recomendará ninguno de estos alimentos dietéticos a sus enfermos diabéticos, y esto viene siendo norma general desde el año 1986, año en que el Congreso de la Sociedad Española de Diabetes condenó —por así decirlo— el consumo de estos alimentos.

En el punto 2 de la proposición no de ley se propone adaptar la legislación vigente a los conocimientos científicos actuales, pues los productos dietéticos que contienen fructosa y polialcoholes van en contra del principio fundamental del tratamiento de la diabetes, que es la educación diabetológica, y —como se ha dicho anteriormente— se metabolizan intrahepáticamente formando glucosa. Además, y en relación al primer punto de la proposición no de ley, hay determinados productos que rayan el fraude, la picaresca está comercializando determinados productos para diabéticos con el fin de hacer negocio con la salud de estos enfermos. Como ustedes saben, hay multitud de productos dietéticos para diabéticos, entre ellos, pan, bollería, pastas, mermeladas, zumos de frutas, conservas de frutas.

etcétera, que han ido proliferando en los últimos años y que en su mayoría tienen una publicidad por lo menos engañosa y algunos de ellos, a mi juicio, no cumplen ni siquiera el Real Decreto de 1976 citado anteriormente.

Me van a permitir SS.SS. que hable de tres de estos productos escogidos al azar que están comparados con la tabla de alimentos españoles. Uno de ellos se llama figuritas de mazapán, de la marca Fluidet. Este producto no puede ser incluido como alimento dietético, pues tiene un 3 por ciento más de calorías que los elaborados tradicionalmente. La relación de hidratos de carbono, en comparación con las figuritas de mazapán que se hacen de forma tradicional, es idéntica, 1 a 1, y en el etiquetado se dice: tolerado para diabéticos. Por tanto, desde nuestro punto de vista, se está cometiendo un engaño en la publicidad para con estos enfermos.

El segundo producto cuyo estudio y análisis está a disposición de SS.SS., se llama: turrón duro El Almendro Century. En el etiquetado dice: «sin azúcar». Sin embargo, cuando se observa la composición, dice: hidratos de carbono, 41 gramos. En segundo lugar, no tiene impreso ni el número de registro sanitario, tiene un 17 por ciento más de calorías que el turrón elaborado tradicionalmente, la relación de hidratos de carbono con respecto a los elaborados tradicionalmente es 1 a 1 y no tiene ningún beneficio para los diabéticos.

Por último, el llamado turrón de chocolate crujiente con fructosa. Éste va mucho más allá. No figura el número de hidratos de carbono, no tiene el número de registro sanitario y no dice el tipo de edulcorantes de su composición. En el Real Decreto, señorías, se dice también que los productos dietéticos para diabéticos no solamente deben tener edulcorantes sustitutos de la glucosa, sino una determinada composición en grasas. Pues bien, tengo que decir que de estos tres productos cogidos al azar y que les he comentado, los dos primeros exceden con holgura la composición en grasas de los fabricados tradicionalmente y en el último producto no figura ningún tipo de información sobre el porcentaje de grasas que se utiliza en su fabricación.

Creo, señorías, que estamos ante una situación sanitaria y de ahí la importancia que mi grupo y yo concedemos a esta proposición no de ley porque —deben saberlo SS.SS.— que el 25 por ciento de la población mayor de 45 años tiene algún tipo de trastorno —no estoy diciendo que sean diabéticos del metabolismo de los hidratos de carbono. Por tanto, esta proposición no de ley afecta a un tramo de población importante en España y en el mundo occidental. Además, como creo que he demostrado, la picaresca y el fraude están a la orden del día en la elaboración de este tipo de productos, sacando una rentabilidad económica de la salud de los enfermos diabéticos. Por tanto, se debe actualizar la legislación a los conocimientos científicos y se debe perseguir el fraude y la picaresca en la elaboración de estos productos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa tiene la palabra el señor Rego.

El señor **REGO COBO**: Señor presidente, nuestro grupo quiere hacer un análisis de la proposición no de ley del Grupo Socialista, sobre los llamados productos dietéticos para diabéticos. Los alimentos para diabéticos son productos destinados a una alimentación especial, dietéticos formulados y elaborados para que puedan ser consumidos por las personas que padecen *diabetes mellitus*, enfermedad causada por una deficiencia de insulina biológicamente activa. Esta insuficiencia de insulina produce una elevación de la glucosa en sangre —glucemia—, por lo que la sustitución de sacarosa —azúcar— en la dieta de estos pacientes es esencial para regular la glucemia. Actualmente se comercializan numerosos productos alimenticios en cuyo etiquetado se incluye la mención, «sin azúcar», pero esta característica no es suficiente para su consideración como alimento dietético para diabéticos, cuya composición requiere otras condiciones específicas en cuanto a su valor nutricional: reducción del contenido de hidratos de carbono y de las grasas. Los alimentos etiquetados «sin azúcar» están elaborados sustituyendo este disacárido por un edulcorante no energético, porque el objetivo de esta sustitución es reducir el valor calórico del alimento, y en el etiquetado no figura la mención, «apto para diabéticos», porque el sólo hecho de la sustitución del azúcar no los hace adecuados para este grupo de población especial, los diabéticos.

Los alimentos dietéticos para diabéticos están sujetos a inscripción en el Registro General Sanitario de Alimentos, de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1712/1991, del 29 de noviembre, y según los datos disponibles durante 1997 no se ha presentado ninguna solicitud de inscripción referente a productos de este grupo. Por tanto, debemos entender que la proliferación de determinados productos en el mercado no puede referirse a alimentos para diabéticos sino a productos etiquetados con la mención «sin azúcar añadido», etcétera, que van dirigidos a otros grupos de población, ya que los alimentos dietéticos deben comercializarse indicando el objetivo nutricional al que van destinados, en este caso los diabéticos. Los alimentos para diabéticos están regulados por el Real Decreto 2685/1976, del 16 de octubre, por el que se aprueba la reglamentación técnica—sanitaria de preparados alimenticios para regímenes dietéticos o especiales modificada en varias ocasiones y, en último lugar, por el Real Decreto 1809/1991, del 13 de diciembre, que incorpora al ordenamiento jurídico interno la Directiva 89/398/CEE, del 3 de mayo, Directiva marco de dietéticos. En cuanto a la composición de este tipo de productos y con el fin de adecuarla al objetivo nutricional al que van destinados, las condiciones se establecen en el artículo 18 del mencionado Real Decreto 2685/1976, en el que se requiere al etiquetado de los productos para diabéticos, además de lo dispuesto en la norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios, Real Decreto 212/1992, que deben cumplir las exigencias establecidas en el artículo 20 del Real Decreto 1809/1991, entre los que debemos destacar: los elementos particulares de la composición cualitativa y cuantitativa o el particular proceso de fabricación que dan al producto sus características nutricionales especiales, el valor energético disponible expresado el kilojulios o kilocalorías, así como el contenido de hidratos de carbono, grasas, proteínas nor

cien gramos o por cien mililitros del producto comercializado y referido a la cantidad propuesta para el consumo si el éste se presenta de esta manera y la denominación de venta debe ir acompañada de la mención de sus características nutricionales específicas. El Real Decreto 1426/1988, de 25 de noviembre, establece que con carácter general los alimentos dietéticos se distribuirán y comercializarán a través de los canales de alimentación de los establecimientos especializados en alimentos de régimen y en las oficinas de farmacia, y para determinados grupos, entre los que figuran los alimentos para diabéticos la venta exclusivamente en oficinas de farmacia.

Respecto a los edulcorantes utilizados en la elaboración de alimentos para diabéticos es conveniente señalar que, como aditivos que son, se encuentran sujetos a evaluación de inocuidad para la salud del consumidor por los organismos científicos nacionales e internacionales de conocida solvencia, y en este caso lo han sido por el Comité científico de alimentación humana de la Comisión de la Unión Europea antes de la adopción de la Directiva 94/35/CEE, del 30 de junio, relativa a los edulcorantes utilizados en los productos alimenticios. Por otra parte, es necesario destacar que ni los edulcorantes autorizados ni la fructosa son metabolizados en el organismo humano por la ruta de la glucosa. Los alimentos para diabéticos, como el resto de los productos alimenticios de consumo ordinario destinados a una alimentación especial, están sujetos a control por parte de las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas que, en el ámbito de sus propias competencias, proceden a la retirada del mercado de los productos que no se ajusten a la legislación vigente. El punto 2.2 del artículo 18 del Real Decreto 2685/1976 del 16 de octubre se encuentra parcialmente derogado en lo que se refiere a los edulcorantes autorizados, dado que la adaptación a los avances científicos y técnicos se ha sustituido por lo dispuesto en el Real Decreto 2002/1995, de 7 de diciembre, por el que se traspone a la legislación española la Directiva 94/35/CEE antes mencionada. Por último, quiero señalar que la normativa vigente y el mecanismo establecido a través de la red de alerta alimentaria cuyo punto de contacto en España corresponde a la Dirección General de la Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, posibilita la retirada cautelar de cualquier producto alimenticio que pudiera suponer un riesgo para la salud de la población. Por todo ello, no es preciso promover ninguna normativa adicional a las existentes para regular los productos dietéticos sustitutivos de la glucosa y establecer medidas para retirar del mercado aquellos que no cumplan esta normativa o que supongan un riesgo para la salud de los consumidores.

En resumen, se debe señalar lo siguiente. Primero, la normativa española en esta materia es transposición de las disposiciones comunitarias y, en consecuencia, se trata de legislación armonizada y plenamente equiparable a la del resto de los países de nuestro entorno. Segundo, el mencionado Real Decreto 2685/1976 fue modificado, a excepción de lo dispuesto con respecto a la fructosa, por el Real Decreto 2002/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba la lista positiva de aditivos edulcorantes autorizados para su uso en la elaboración de productos alimenticios, así como sus condiciones de utilización. El citado Real Decreto 2002/1995 especifica que en él se establece

una regulación actualizada de los edulcorantes autorizados en la elaboración de los productos alimenticios con objeto de garantizar la protección de la salud de los consumidores europeos, careciendo este organismo de información científica que aconseje revisar la normativa vigente. Nuestro grupo parlamentario, en aras del consenso, presentó una enmienda de modificación que de ser aceptada, votaría a favor de la proposición no de ley presentada por el Grupo Socialista. La enmienda dice lo siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que: 1. Los productos alimenticios de valor energético reducido que se comercializan con objetivo distinto de la alimentación especial de los enfermos diabéticos, sin adaptarse, por tanto, a las exigencias específicas aplicables a dichos productos dietéticos, serán objeto de especial seguimiento en el marco de las actividades del control oficial de los productos alimenticios, a fin de comprobar que no se comercializan con alegaciones que pudieran inducir a error al consumidor, en cuanto a su aptitud para la alimentación especial del enfermo diabético. 2. En los foros correspondientes de la Unión Europea se realicen las actuaciones tendentes a conseguir la aprobación de una medida comunitaria o, en su defecto, la autorización de una medida nacional que permita exigir, en el etiquetado de los alimentos de consumo corriente con valor energético reducido, la indicación obligatoria «no apto para diabéticos».

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): ¿Grupos parlamentarios que quieren fijar su posición en relación con esta proposición no de ley? Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Muy brevemente, mi grupo parlamentario va a apoyar esta proposición no de ley y se congratula de que el Partido Socialista y el Partido Popular lleguen a consensuar una enmienda que parece que recoge el sentir de la mayoría de grupos de esta Cámara, por no decir la totalidad, sensibilizada ante la problemática que presenta este colectivo de diabéticos. La proposición no de ley que presentó el Partido Socialista tiene una gran dosis de sentido común en su planteamiento y la enmienda que propone el Partido Popular, en todo caso, lo que hace es redondear un criterio en el que nos mostramos básicamente todos conformes.

Es evidente que existen en el mercado productos que no cumplen la normativa de etiquetado y que se prestan a confusión. Si esto siempre es grave en los productos alimenticios, mucho más cuando los colectivos afectados son personas que por sus características son susceptibles de unas repercusiones importantes cuando son llevadas a engaño, por decirlo de alguna manera, o a fraude. La normativa que tiene que regular los productos aptos para consumir por los diabéticos será lógicamente europea. Mi grupo parlamentario tiene entendido que en este momento esta normativa aún no está completamente desarrollada, que está en vías de estudio. Por tanto, obviamente es de esperar que se agilicen estos trámites, pues, lógicamente, el Estado español no puede estar al margen una normativa comunitaria. Por tanto, reiteramos nuestro voto a favor de esta proposición.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): En nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, quiero manifestar el acuerdo de mi grupo parlamentario con el sentido de la proposición no de ley, presentada por el Partido Socialista, que pretende incidir sobre un mercado descontrolado que, como se pone de manifiesto en el caso de los productos dietéticos para diabéticos, puede tener graves repercusiones en la descompensación de una enfermedad que tiene precisamente en la alimentación uno de sus principales factores de control y de riesgo. En este caso, la aplicación de la directiva comunitaria a nuestro país podría contribuir a que al menos estas personas no pudieran ser objeto de malas interpretaciones con graves repercusiones para su salud.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Señor Blanco, tiene la palabra a efectos de aceptación o no de la enmienda propuesta por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **BLANCO GARCIA**: Mi grupo agradece a todos los grupos la comprensión que han tenido sobre una materia que afecta, como he dicho antes, a un sector grueso de población, porque todos los grupos, incluido el Popular, reconocen que se están produciendo transgresiones de la legislación vigente que, por otra parte, está muy dispersa en numerosos decretos leyes.

Nosotros aceptamos la transacción que hace el Grupo Popular en su punto 1 íntegramente, porque nos parece que persigue lo mismo que nosotros decimos en nuestra proposición no de ley, es decir —valga la redundancia—, perseguir el fraude y la picaresca en estas materias, pero en el punto 2 proponemos una redacción no divergente ni distinta a la que propone el Grupo Popular y a la que doy lectura para conocimiento de los grupos y para, si es posible, su aceptación. El punto 2 diría: Que se actualice la legislación vigente a los conocimientos científicos en la materia y a la directiva comunitaria con el fin de utilizar edulcorantes naturales o artificiales que no produzcan alteraciones significativas en la dieta de los enfermos diabéticos ni induzcan a un consumo erróneo por su etiquetado. La paso a la Mesa para su conocimiento.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Señor Rego, ¿acepta la transacción propuesta? (**Asentimiento.**) Gracias, señor Rego. Por tanto, se someterá a votación en el momento oportuno la proposición con la enmienda que ha sido expuesta por del señor Blanco.

— **SOBRE PETICIÓN DE INFORME A LA AGENCIA DE PROTECCIÓN DE DATOS. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001014).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Pasamos a debatir la siguiente proposición no de ley sobre petición de informe a la Agencia de Protección de Datos. a soli-

cidad del Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa tiene la palabra la señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Señor presidente, voy a defender la proposición no de ley que mi grupo ha presentado, cuyo objetivo es que el órgano adecuado para ello, la Agencia de Protección de Datos, garantice que los nuevos procedimientos adoptados por el Insalud para el control de las recetas de prescripción de fármacos se adaptan a lo previsto en la Ley Orgánica del año 1992, que regula el tratamiento automatizado de datos de carácter personal. (**El señor presidente ocupa la Presidencia.**)

Muy brevemente, señor presidente, se trata de que el Insalud ha adoptado un nuevo mecanismo informático para el tratamiento de las recetas de prescripción de medicamentos a los pacientes del Sistema Nacional de Salud, que esa receta incorpora un código de barras en una etiqueta que obviamente no es descifrable sin el sistema informático adecuado y que ha suscitado una enorme preocupación entre los pacientes, entre los facultativos, que en algunos casos se niegan a utilizarlo, y en definitiva entre los grupos políticos, como el nuestro, que tenemos claro que hay que anteponer la protección de los derechos a la intimidad, en este caso a la intimidad sobre la propia salud, los datos relativos a la salud de los pacientes, sobre consideraciones de carácter burocrático, de gestión y económico. Por todo ello, señor presidente, a la vista de lo poco satisfactoria que en este sentido resultó la comparecencia del presidente del Insalud cuando fue interpelado sobre esta materia y lo poco tranquilizadora que fue su respuesta, consideramos que existiendo como existe un órgano institucional, cuya competencia consiste precisamente en garantizar que se cumple esta ley de protección de datos de carácter personal, nada más correcto que por esta Comisión se inste al Gobierno para que pueda dirigirse a la Agencia de Protección de Datos para que por ésta se dictamine si la información que recogen los TAIR, los aparatos informáticos que está utilizando el Insalud y que ha implantado con carácter general en la atención primaria, la etiqueta y el código de barras que contiene susceptible de tratamiento automatizado garantiza la intimidad y la protección de los datos de carácter personal, en este caso de la historia médica del paciente, que la Ley General de Sanidad y la Ley Orgánica del año 1992 preservan. Esto es tanto más importante cuanto que la circulación de las recetas excede del ámbito del Insalud. Es decir, la receta prescrita por el médico que incorpora esa etiqueta se maneja y circula en los colegios de farmacéuticos, como se sabe, y en el Consejo General de Farmacéuticos, que factura con esas recetas al Insalud. Como digo, la circulación de la receta excede del ámbito de la Administración sanitaria y, por tanto, en el supuesto de que esa etiqueta contuviera datos que permitieran identificar la historia clínica del paciente se manejarían por personas ajenas al sistema sanitario público.

Por todo ello mi grupo tiene el mayor interés en zanjar esta cuestión. Me parece que tenemos obligación de preservar los derechos de los pacientes y que las mejoras que el Insalud considera tales en la gestión de las recetas y en el control del gasto farmacéutico no deben en ningún caso poner en riesgo lo que constituye un derecho fundamental de los nacientes. que es el derecho a la intimidad. que noso-

tros queremos seguir defendiendo y que por esta vía de la Agencia de Protección de Datos de manera muy sencilla puede quedar despejado definitivamente. Por tanto, solicito a todos los demás grupos de esta Comisión el voto favorable para la proposición no de ley que acabo de presentar.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: En la comparecencia del señor Núñez Feijóo en esta Comisión de Sanidad para hablar de la introducción del nuevo sistema informático TAIR en los centros sanitarios de la sanidad pública, mi grupo parlamentario ya puso de manifiesto la preocupación global acerca de los riesgos que la intimidad de los pacientes podría sufrir con la introducción de este mecanismo informático que entonces empezaba a conocerse y que ya había suscitado críticas serias por parte de los profesionales de la sanidad. Lo ocurrido en estos meses ha venido a confirmar las sospechas de que, además de la posiblemente bien intencionada finalidad de mejorar la gestión, vía informática, de la sanidad pública, podrían existir elementos que tienen otro objetivo mucho menos bien intencionado, y es un intento de controlar desde el punto de vista informático, y por tanto sin la protección suficiente, datos relativos a la salud de los pacientes que de ninguna manera deben salir del estricto ámbito de la confidencialidad médico—paciente, como se pone de manifiesto en otros debates relacionados, como es el relativo a la gestión de la incapacidad transitoria, perversamente calificados por el Ministerio de Sanidad como de lucha contra el fraude y que en definitiva tienen por objeto recortar prestaciones en la sanidad pública.

Por consiguiente, entendemos que la medida cautelar de la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, que pretende exclusivamente llevar a cabo un trámite que el propio Ministerio de Sanidad debía haber realizado con anterioridad a la introducción de este sistema informático, dada la alta sensibilidad de los temas que con él se relacionan, es plenamente pertinente y mi grupo parlamentario va a votar a favor de la misma.

También me permito decir que el resto de los grupos parlamentarios de la Cámara antepongan otros intereses a simplemente garantizar que las medidas que se introducen para la gestión del sistema sanitario público cuentan, de hecho, con todas las garantías de confidencialidad que la más estricta ética sanitaria requiere.

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

La señora **RIERA I BEN**: Mi grupo parlamentario está de acuerdo con el contexto y con la filosofía que se desprenden de la proposición no de ley. Nosotros compartimos la necesidad de que la Agencia de Protección de Datos ratifique que todo este procedimiento se está haciendo de acuerdo con la norma. En este sentido, mi grupo parlamentario ha hablado con el portavoz del Grupo Parlamentario Popular para que, como seguramente estamos todos de

acuerdo en que de procederse a esta mecanización que se ha llevado a término en el Insalud debe hacerse con las garantías debidas que exige la Agencia de Protección de Datos, disipásemos las dudas que pueden tener colectivos determinados susceptibles este tema y consensuásemos todos que esta norma va a cumplirse de manera indiscutible y sin ningún tipo de dudas.

Por tanto, señor presidente, compartiendo el criterio de que si existe una ley lo que debe hacerse es cumplirla y que la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, regula exactamente cómo deben ser tratados los datos de carácter personal, pensamos que sería necesario que en esta proposición no de ley llegásemos hoy también a un texto consensuado si hace falta, o que se proponga una transacción si hay algún problema, para que todos los grupos demos apoyo a una normativa que, sin duda, en su filosofía y en su contenido compartimos. Por consiguiente, esperaremos a ver cuál va a ser la posición del Grupo Popular en este sentido y posteriormente anunciaremos nuestro voto.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO**: El Grupo Parlamentario Popular también desea que la garantía en la confidencialidad de todos los datos referidos a los pacientes sea un hecho, y no solamente lo desea sino que en la segunda parte de la exposición que voy a hacer espero que los demás grupos entiendan que en estos momentos esa garantía se cumple, y se ha cumplido también anteriormente, y tras una breve explicación que daré a SS.SS. espero que se comprenda que la postura del Grupo Parlamentario Popular defiende a ultranza, como no podía ser menos, toda acción referente a la confidencialidad de los datos del paciente.

Esta proposición no de ley cuestiona la instauración de este sistema informático en el sentido de que puede afectar a la confidencialidad de los datos sobre la salud y a la intimidad de los pacientes, vulnerando la Lortad. Yo quisiera expresar que la implantación del TAIR, este nuevo sistema informático, se ha realizado fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria y que es, como saben SS.SS., un sistema de gestión que tiene una finalidad dirigida primordialmente a una mayor información sobre el consumo farmacéutico. Se trata, pues, de una necesidad funcional para la consecución de unos fines que se ha propuesto el Insalud. Si bien es cierto que no existe una disposición legal que de manera concreta regule la implantación del TAIR, existen otras leyes, como puede ser y ustedes conocen la Ley del Medicamento, que se desarrollan bajo el mismo prisma y a través de una serie de artículos salvan en todo momento la confidencialidad de los datos y el secreto estadístico. Los datos que se obtienen a través del TAIR son emitidos por un médico, son datos del paciente que coinciden —y esto es muy importante— con datos ya existentes en la tarjeta sanitaria, y en caso de prescripción de medicamentos se emite al mismo tiempo una pegatina que contiene un código de barras que queda adjunto a la receta. De acuerdo con lo que establece la Lontad, la Ley 5/1992, de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal, la recogida de datos por el procedimiento del TAIR y su tratamiento automatizado no necesitaría

autorización de los interesados, basándose en los artículos 6, 8 y 11. Pero queremos significar que los datos que se recogen ya están en otros ficheros automatizados de carácter sanitario, como es el de la tarjeta sanitaria, en cuya orden de relación se prevé la cesión de estos datos a otros organismos sanitarios y organismos oficiales. La recogida de los datos a través del TAIR, si su finalidad es estadística de control de actividad y de control farmacéutico, no implica en principio vulneración alguna de la Lortad, pues estas previsiones van encaminadas a establecer, como hemos dicho, un sistema organizado de información sanitaria que se encuentra recogido en la propia Ley General de Sanidad, muy concretamente en su artículo 8 y en la disposición adicional segunda. Por otro lado, estos datos son recogidos por profesionales médicos en el ejercicio de sus funciones y en el ámbito de sus competencias, tal y como establece la Lortad, por lo que en ese sentido tampoco se estaría vulnerando la legislación vigente. Para finalizar, la Orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros automatizados de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, contempla los ficheros de tarjeta sanitaria, la información de población protegida, de atención especializada y primaria, de historias clínicas, de gestión de prestación farmacéutica, de gestión de incapacidad transitoria y de invalidez provisional. Debe tenerse en cuenta la existencia de estos ficheros que contienen datos que, en cierta medida, son coincidentes con los que ya se recogen a través del procedimiento TAIR.

Por estas razones, el Grupo Parlamentario Popular está convencido de que no vulnera en ningún momento la confidencialidad de los datos de los pacientes y considera innecesaria esta proposición no de ley, aunque comparte el fondo, puesto que en la actualidad queda suficientemente garantizada, a través de los sistemas ya explicados, la confidencialidad de estos datos.

— **SOBRE MEDIDAS PARA LA FABRICACIÓN DEL FÁRMACO RU-486 EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/001036.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Pasamos a la siguiente proposición no de ley sobre medidas para la fabricación del fármaco RU-486 en España, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Para su presentación y defensa tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, como recuerdan SS.SS., a finales del año pasado y de manera unánime esta Comisión de Sanidad aprobó una proposición no de ley presentada por mi grupo parlamentario, aceptando una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, que supuso una esperanza muy importante para la sociedad española y, desde luego, para las mujeres. Esta Comisión de Sanidad parecía reconocer que estábamos ante un problema estricto de salud pública, que estábamos ante una medida técnico—científica que tenía ventajas

reconocidas desde los puntos de vista de la seguridad y de la disminución de complicaciones físicas y psicológicas en la interrupción voluntaria del embarazo y en una disminución considerable del coste económico que supone para el sistema sanitario o para los pacientes. Se trataba —y pienso que es muy importante reiterarlo— no de intentar como de manera artera se dice desde medios de comunicación interesados, abrir sin ningún tipo de control la interrupción voluntaria del embarazo, sino de situarlo en el ámbito de la legislación vigente. No era éste el objetivo de esta proposición no de ley; otras ha habido desde mi grupo parlamentario dirigidas a determinar que las mujeres pudieran decidir sobre su propia maternidad. Pero esta proposición no de ley se instalaba en el marco estricto de la legislación vigente y se trataba simplemente de introducir una técnica suficientemente avalada por estudios científicos en todo el mundo. Esa proposición no de ley salió adelante, aunque probablemente de manera sorprendente.

Cuando el 19 de abril de 1982 el profesor Etienne Emile Beaulieu presenta una sustancia antiprogesterona ante la Academia de Ciencias, parecía haberse abierto una vía revolucionaria para simplificar la interrupción voluntaria del embarazo. Son los laboratorios franceses Roussel-Uclaf los que presentan la RU-486. Señoras y señores diputados, estamos ante una situación cuyas dimensiones ustedes conocen pero no me resisto a mostrar. En el mundo se producen 50 millones de abortos al año, la mitad de ellos clandestinos. Como consecuencia de ello, 200.000 mujeres mueren al año en todo el mundo por una interrupción voluntaria del embarazo que realizan en función del derecho inalienable a tomar decisiones que afectan a la propia vida, y como la vida aparece por entre las fisuras —querámoslo o no— al margen de legislaciones que sesudos políticos puedan determinar acerca de impedirles realizarlo, eso sí, poniendo en juego su propia vida y su propia seguridad en el intento. En 1983 el laboratorio Roussel-Uclaf establece un acuerdo con la Organización Mundial de la Salud para favorecer la distribución de una novedad que es una mejora para la salud reproductiva de la población. En 1984 el mismo laboratorio establece un acuerdo con la organización no gubernamental POPULATION COUNCIL, de Estados Unidos, e inmediatamente se desata la guerra por parte de sectores integristas —a veces el integrismo islámico del que tanto se habla queda pálido ante la demagogia y los recursos con que cuentan otros integristas— y se desencadena una batalla contra la que llaman píldora de la muerte o el plaguicida humano. Aparecen en Estados Unidos y poco después en Francia los movimientos antiabortos (cito sus nombres porque me parecen suficientemente significativos: SOS Bebés y La tregua de Dios) que copian y organizan con los movimientos norteamericanos la lucha contra la RU-486. Las presiones de todo tipo, las presiones económicas, que son las más eficaces, las presiones soterradas, las amenazas de boicot a otros productos del laboratorio, hacen que el 26 de octubre de 1988 el laboratorio Roussel Uclat decida suspender hasta nueva orden la distribución en Francia. Las presiones del accionista principal de los laboratorios Roussel—Uclat, los laboratorios Hoechst de Alemania, están detrás de eso. Afortunadamente, ese mismo día, el ministro socialista de Sanidad en Francia manifiesta que.

puesto que el interés de la salud pública está en juego, se ha exigido al laboratorio Roussel—Uclat que prosiga con la distribución del RU-486, requerimiento que el laboratorio se ha comprometido a cumplir. Era simplemente una tregua. Con posterioridad, el presidente del grupo Hoechst, católico ferviente, contunde una vez más el carácter privado y subjetivo, de los principios y convicciones morales y aprovecha su capacidad de decisión para ponerlos en práctica quiéralo o no el resto de la humanidad interrumpiendo nuevamente la distribución de la RU-486.

La venta de este producto supone pocos beneficios para los laboratorios. Son 450 millones de pesetas frente a los 850.000 millones de beneficios anuales del grupo. Los derechos de la RU-486 para el territorio norteamericano son cedidos gratuitamente a una ONG, la que he dicho antes, Population Council, y los derechos de patente se ceden —habría que decir que de una manera bastante cínica— a uno de los investigadores que más han colaborado en la identificación de la RU, el doctor Sakiz, que crea una pequeña sociedad con capital propio y destinada a seguir garantizando a las mujeres de todo el mundo la posibilidad de acceder a la RU-486.

En China, la negativa de Roussel—Uclat a comercializar la RU-486 en ese país, hace que le Gobierno copie la molécula y hoy dos millones de mujeres chinas interrumpen su embarazo por este método.

Las noticias publicadas fundamentalmente por medios de comunicación franceses de toda solvencia, ponen de manifiesto que hay serios riesgos de que, a partir de enero de 1999, las mujeres de todo el mundo, excepto las chinas en este caso, puedan seguir contando con este medicamento. Se dice que Exeelgyn el nuevo laboratorio del doctor Sakiz, no tiene medios para asegurar su producción. A pesar de ello, ante el escándalo que sobre todo entre la sociedad francesa ha producido este hecho, la ministra de Empleo y Solidaridad, Martine Aubry, se compromete a que los poderes públicos tomen las medidas necesarias para evitar el agotamiento de existencias y asegurar la continuidad de su fabricación. Es decir, una vez más, hay un interrogante sobre un medicamento. Probablemente, cuando pase a mencionar otras indicaciones que no tienen que ver con la interrupción del embarazo de la RU-486, se pueda poner mejor de manifiesto la dimensión, la fuerza, la irracionalidad de los poderes que están detrás del objetivo de impedir que las mujeres del mundo puedan abortar, independientemente de las legislaciones de sus propios países, de manera más segura, más barata y más sana.

Saben ustedes que el mifepristone bloquea la acción de la progesterona en el útero de la mujer, pero hay otras indicaciones, señorías, puede ser utilizado también como sustancia anticonceptiva en la segunda fase del ciclo; puede ser utilizado como píldora interceptiva después de un coito sin protección; en el campo de la obstetricia está indicado en el trabajo de la inducción del parto acortando el tiempo de inducción y expulsión del feto, dado que provoca un dilatación más fácil del cuello uterino en casos de abortos en las primeras doce semanas; mejora la sintomatología y reduce el volumen en enfermedades femeninas como la endometriosis y los miomas uterinos: en el camino de la

oncología, la aparición de tumores receptores de progesterona, es decir, tumores que crecen por la inducción de progesterona, como pueden ser al cáncer de mama, de endometrio y otros cánceres del sistema nervioso central, hacen que la antiprogesterona sea un medicamento de indicación.

Por tanto, señorías, estamos ante un medicamento que tiene sus indicaciones. Ante un medicamento que debe ser usado como tal, como un instrumento de salud y que, en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, requeriría que el reconocimiento de la mayoría de edad de las mujeres, que muchas veces se centra en algo saludable como la participación política, la participación social o sindical, se extendiese a su propia salud y en relación con uno de los aspectos fundamentales de su vida: la maternidad.

Señorías, el asunto que está encima de la mesa es el intento de minimizar o ridiculizar la decisión de las mujeres de interrumpir su embarazo en determinadas condiciones como una especie de idea súbita, delirante y caprichosa, que pasa por su cabeza poco sensata en general, y que los poderes públicos tienen que controlar y modular. La interrupción voluntaria del embarazo, la salud reproductiva, es una situación en retroceso en nuestro país. Un estudio realizado recientemente por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, es verdad que bajo el patrocinio de la empresa Schering —cada vez es más difícil encontrar en nuestro país estudios independientes financiados públicamente—, ponía de manifiesto que el embarazo no deseado se incrementa, que el embarazo no deseado en la adolescencia crece espectacularmente y con él también crece el número de abortos.

He dicho en diferentes ocasiones que mi grupo parlamentario de ninguna manera —de ninguna manera, reitero con firmeza— entiende que la interrupción voluntaria del embarazo sea un método deseable de planificación familiar, sino el último recurso ante el cual una mujer que ante una maternidad no deseada se ve en circunstancias económicas, psicológicas, de salud o de propio proyecto de vida, en última instancia y de acuerdo con su autonomía y soberanía como persona decide interrumpirlo. Sin embargo, desde mi grupo parlamentario esta posición siempre ha ido vinculada a la exigencia de paralización del terrible retroceso en nuestro país de las actuaciones en materia de planificación familiar en la sanidad pública, a la importantísima disminución producida en la calidad de la prestación en planificación familiar, que es mucho más que la simple prescripción de un anovulatorio, de un preservativo o de un dispositivo intrauterino, es todo un problema relacionado con la educación para la salud y con abordar de manera integral los problemas de la salud reproductiva. Insisto, señorías, la degradación de la prestación sanitaria pública, en cantidad y en calidad, es un hecho preocupante en nuestro país. Se está enfrentando como enfrenta el mercado los problemas de salud: de manera individualizada y mecánica, prescindiendo de ese abordaje que en los primeros años de la democracia pretendieron introducir ante un problema de salud pública de la máxima importancia.

Quiero reiterar que relegar a la sanidad privada la planificación familiar casi en su totalidad, como está sucediendo en este momento, y las interrupciones voluntarias del

embarazo es una dejación de responsabilidades por parte de los poderes públicos y una discriminación intolerable para aquellas mujeres en peor situación socioeconómica, cultural, etcétera, teniendo en cuenta, además, señorías —y con esto termino—, que el abordaje de manera consciente, de la maternidad y la reproducción desgraciadamente en nuestro país es un problema socioeconómico y cultural y que la demanda de planificación familiar es sólo una pequeña parte de las necesidades sanitarias objetivas en esta materia.

Con anterioridad he mantenido conversaciones con portavoces de otros grupos parlamentarios, en relación con una proposición no de ley que presenta mi grupo parlamentario, que pretendía simplemente materializar una declaración de intenciones que esta Comisión de Sanidad planteó por unanimidad cuando se aprobó la proposición no de ley a que he hecho referencia. A pesar de que los titulares o los artículos de opinión en prensa general y especializada puedan volver a reproducirse, el hecho, señorías, es que desde los años sesenta existe la RU-486 y que los riesgos de su utilización prácticamente han sido reducidos a la nada o a un nivel de consecuencias indeseables que ya quisieran para sí otros medicamentos cuando se asocian con prostaglandinas, el hecho es que las mujeres de nuestro país que no sean vascas o catalanas (cuyos sistemas de salud o servicios sanitarios están contando con la posibilidad de utilizar la RU-486 para aquellas mujeres que lo necesiten en dichas comunidades autónomas) no tenemos posibilidad de acceder a lo que es estrictamente un medicamento que siempre debiera haberse valorado en el estricto ámbito de la ciencia, de la técnica y de las indicaciones sanitarias, y existe el riesgo de que la RU pueda haber sido solamente una posibilidad temporal por la vía de la práctica, por la vía de los poderes económicos, porque insisto, señorías, los laboratorios privados tienen capacidad absoluta para decidir qué comercializan o no. Alguien en otros debates me ha acusado de estatismo, pero, señorías, cómo los laboratorios, cómo la sanidad pública, cómo los poderes públicos garantizan el derecho de la población a cualquier tipo de medicamento cuando su comercialización o no por parte de la industria privada está sometida exclusivamente a consideraciones de carácter económico. La proposición no de ley que presentaba mi grupo parlamentario pretendía que los poderes públicos, en el desarrollo de las intenciones que se manifestaron con motivo de la aprobación de la proposición no de ley el año pasado, pudieran pasar de la teoría y de las intenciones a la realidad de las mujeres.

En aras a impedir que pudiera producirse un retroceso absolutamente indeseable, al menos en las declaraciones de principios y de intenciones, cosa que desde luego mi grupo parlamentario no desea, a pesar de que siga siendo todavía una entelequia la posibilidad de que las mujeres de este país puedan acceder a la RU-486, no es intención de mi grupo parlamentario retroceder en el consenso parlamentario conseguido y, por tanto, en este momento, con tristeza para la dignidad de las mujeres y para su salud, anuncio la retirada de la proposición no de ley a la que el señor presidente ha hecho mención cuando me ha dado la palabra.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado este punto del orden del día, someto a la consideración de los miembros de la Comisión si hacemos un receso, pues habíamos anunciado que la votación sería a las doce.

Pregunto a los miembros de la Comisión si la votación se hace, se pospone a la comparecencia del director general o hacemos un receso hasta las doce. Podemos iniciar la comparecencia, a las doce suspenderla un momento y efectuar la votación. **(El señor Villalón Rico pide la palabra.)**

Señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor presidente, no tenemos ningún inconveniente en esperar un cuarto de hora en base a que la Presidencia dijo que las votaciones serían en torno a las doce del mediodía. Suspender en mitad la intervención del compareciente no parece muy lógico.

Con permiso de la Presidencia, quisiera concretar uno de los aspectos del orden del día en relación con la primera votación que hemos realizado en esta Comisión, sobre la solicitud de comparecencia del gerente de la Fundación hospital de Alcorcón, y quisiéramos que se nos aclare por parte de la Presidencia si con esta votación que hemos realizado la Comisión ha dado por decaída la comparecencia del gerente del hospital de Alcorcón. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE**: Esta Presidencia estima que el acuerdo a que se ha llegado después de la votación es que se anula la comparecencia. Los términos en que se ha sometido a votación el acuerdo por parte de la Presidencia son éstos. Se ha anulado la solicitud de comparecencia. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Intervengo a efectos de matizar, ante la inquietud del señor Villalón, y decir que evidentemente este período de sesiones da por zanjada la posibilidad de que el gerente de la Fundación de Alcorcón venga, pero otros períodos de sesiones llegarán.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a suspender la sesión hasta las doce, y procederemos después a la votación.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, vamos a proceder a la votación de las proposiciones no de ley.

En primer lugar, la proposición no de ley sobre financiación de la prótesis exógena de mama por el Sistema Nacional de Salud, en los términos de la aceptación de las dos enmiendas presentadas tanto por el Grupo Parlamentario Socialista como por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Procedemos a la votación de la segunda proposición no de ley sobre la comercialización de los llamados productos dietéticos para diabéticos, también en los términos resultantes de la aceptación de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Procedemos a la votación de la proposición no de ley sobre petición de informe a la Agencia de Protección de Datos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 14; en contra, 18; abstenciones, tres.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Como saben SS.SS., no se somete a votación, al haber sido retirada, la cuarta proposición no de ley sobre medidas para la fabricación del fármaco RU-486 en España.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS: DEL DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA, PARA:

— **DAR CUENTA DE LA ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD), A PETICIÓN DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 212/001090.)**

— **EXPLICAR LOS CONTENIDOS DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 213/000552.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al tercer punto del orden del día, rogando al señor director general de Organización y Planificación Sanitaria ocupe su puesto en la Mesa.

Damos la bienvenida al director general, señor Bestard, a esta Comisión donde comparece por acuerdo de la Mesa y portavoces de la misma. Se han unido las dos comparencias, tanto la del director general como la del ministro de Sanidad y Consumo, para explicar los contenidos del Plan estratégico del Insalud.

Para su presentación y deseándole una grata estancia en esta Comisión, le damos la palabra al señor Bestard.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA** (Bestard Perelló): Señor presidente, señoras y señores diputados, considero necesario realizar una breve introducción para sentar los principios que rigen las actuaciones de la Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud, que en todo caso han inspirado el documento de planificación estratégica. del que se solicita la explicación

de su elaboración y presentación por parte del Grupo Parlamentario Socialista.

Los principios a los que aludía no pueden ser otros que los que nos enmarca el Estado del bienestar, nuestro ordenamiento jurídico y el marco constitucional español. Es sin duda este último el que debe orientar la Administración del Estado y a sus órganos de gestión y planificación a actuar en aras de un pleno y correcto desarrollo. Es, por tanto, el principio de igualdad que establece nuestra Constitución tanto en su artículo 1.º, al determinar que España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, como en los principios rectores de la política social y económica del capítulo tercero, del título I. Este valor superior se refleja no tan sólo en su artículo 43, sino en su artículo 21 y en las sucesivas interpretaciones del Tribunal Constitucional que como fuente de Derecho ha establecido en sus sentencias 104/1987 y 137/1987 en el sentido de que deben primar en él el deber de solidaridad de los ciudadanos.

No podemos olvidarnos de la referencia al artículo 10.2; dado que en éste no se establece las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos humanos, tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias, ratificados por España.

Así pues, es el artículo 25.1 de la Declaración de 1948 el que viene a reconocer, entre otras cosas, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios. También el Tratado de Maastricht, de 7 de febrero de 1992, en su artículo 129, hace referencia expresa al valor de la protección a la salud.

El valor constitucional superior de la igualdad, reflejado mediante la promulgación del derecho a la protección de la salud, a la protección de la Seguridad Social y a la asistencia sanitaria que sin duda ha inspirado el Plan estratégico del Insalud como documento básico de normalización social y organizacional, no es el único que ha guiado el proceso de planificación, sino también los preceptos que apelan a la participación ciudadana, como son los artículos 9 y 129. Mención especial merece el artículo 103, que entre otras cosas manda a la Administración pública actuar con los principios de descentralización y desconcentración.

No puedo finalizar esta introducción sin hacer referencia explícita al Estado del bienestar, a los principios de igualdad y solidaridad que lo rigen y a los mecanismos que nuestra sociedad ha adoptado para su materialización. Es tal vez el Sistema Nacional de Salud uno de sus máximos exponentes, creado por la Ley General de Sanidad de 1986, cuarenta y cuatro años después de la promulgación del concepto de Sistema Nacional de Salud ante el Parlamento británico por lord William Beveridge y cuarenta y cuatro años después de que España, mediante la creación del seguro obligatorio de enfermedad, consolidado en 1974 por la Ley General de la Seguridad Social, se incorporara a las corrientes sociales centroeuropeas iniciadas por Bismarck en Alemania en 1883. Así pues, el Sistema Nacional de Salud, sus principios, su significado y el valor del logro social que tiene para cada uno de nosotros, ha presidido

todos los pasos del análisis, diseño y desarrollo del documento de planificación.

A continuación, es preciso contestar a la pregunta de qué es el Plan estratégico del Insalud. Es el documento que define sus líneas de actuación para los próximos cuatro años, y como ejercicio corporativo de ordenación de prioridades, es el marco para la diferenciación de las acciones de planificación operativa de recursos y prestación de servicios, que en el argot técnico llamamos separación de funciones de compra y provisión, que conjuntamente con el desarrollo de las líneas estratégicas o de actuación establecen las bases que permitirán, de forma paulatina, ir generando un escenario de clarificación de responsabilidades, es decir, lo que venimos a llamar competencia regulada.

Este plan es la presentación de los cambios necesarios que deberá acometer de forma paulatina el Insalud para que, mediante la generación de este nuevo escenario, se pueda incrementar la satisfacción de los pacientes a través de la mejora de la calidad y la progresiva elección de centro y facultativo, así como mediante el inicio de una participación eficaz y responsable del ciudadano en la sanidad.

Asimismo, el plan presenta medidas que posibilitarán mejorar la organización de los centros sanitarios, adecuar los recursos disponibles a las necesidades de los servicios médicos para la integración de la atención al paciente e incrementar el nivel de motivación de sus profesionales y devolverles el protagonismo que merecidamente les corresponde.

Este plan será revisado anualmente, al cual se incorporarán las mejoras necesarias y las aportaciones de los agentes sociales, corporativos, colegiados y las remitidas por cualquier miembro del Insalud, tanto a nivel central como periférico una vez canalizadas y aprobadas por la presidencia ejecutiva del Insalud.

El plan contiene una serie de líneas estratégicas y objetivos generales en torno a cuatro grandes áreas: organización, calidad, marco de asignación de recursos y provisión de servicios sanitarios e información. El plan establece un procedimiento exhaustivo de homologación para facilitar que los centros sanitarios que lo precisen y deseen introduzcan nuevas formas organizativas y de gestión bajo los principios de voluntariedad del centro, progresividad de las acciones y seguridad jurídica de sus actuaciones.

Este proceso de mejora implica que el centro realice su planificación de futuro con la participación de todos sus miembros y que, a su vez, esta planificación sea presentada, a través de la dirección general que tengo a bien coordinar, a la presidencia ejecutiva del Insalud. No obstante, la importancia de ese documento no viene reflejada tan sólo por su propia naturaleza, sino, en primer lugar, por ser esta la primera vez que el máximo responsable del Insalud realiza un ejercicio de compromiso público frente a la sociedad de lo que va a hacer y del porqué de sus actuaciones. En segundo lugar, porque introduce importantes líneas de mejora, tanto en el ámbito de la atención del paciente como en el de motivación del personal sanitario. En tercer lugar, por la importante incorporación de nuevas tecnologías de sistemas que permitirán avanzar rápidamente en una mejora sustancial de la información necesaria, tanto para el profesional como para el gestor. En cuarto lugar, por la decidida voluntad de dotar de herramientas de gestión y de

nuevas formas de organización a los centros sanitarios, bajo la convicción de que estas acciones potencian el gran activo profesional de nuestros centros asistenciales. Y, en último lugar, por haber decidido, acertadamente, implicar a los profesionales del sector sanitario, y en especial a los facultativos de las mejoras organizativas y de gestión mediante la elaboración de documentos de planificación en cada uno de los centros asistenciales. El Plan estratégico del Insalud se elaboró dentro de un escenario global que presentaba al Sistema Nacional de Salud con cuatro grandes retos, cuatro grandes asuntos que debían abordarse con urgencia.

El primero era dotar de un marco legal, seguro estable y homogéneo al Sistema Nacional de Salud, de modo que se garantizara la transferencia real de autonomía de gestión a los centros sanitarios, iniciada ya en las comunidades autónomas, como, por ejemplo, en Cataluña a raíz de la Ley de ordenación sanitaria de 1990. En segundo lugar, celebrar y concluir un debate abierto y en profundidad sobre el presente y el futuro del Sistema Nacional de Salud en el seno del Parlamento, donde se planteasen todos aquellos aspectos necesarios para la reforma, en orden a la consolidación y viabilidad futura del propio sistema sanitario español. A esta labor parlamentaria invitó el propio presidente del Gobierno en su discurso de investidura del 5 de mayo de 1996. En tercer lugar, aprobar un sistema de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001 que incrementara el presupuesto y, a la vez, estableciera medidas estructurales que redundaran en mayor financiación propia del sistema y en el que se realizaran criterios de actualización de incrementos automáticos, permitiendo simultáneamente la convergencia económica de España con la Unión Monetaria Europea. En cuarto lugar, en el marco competencial de la Administración general del Estado, el reto consistía en diseñar los procedimientos y actuaciones necesarios para que la red del Insalud afrontase las exigencias de mejora de la atención al usuario de incremento de la eficiencia, de la calidad y de la motivación de los profesionales. Estos cuatro grandes puntos configuraron el marco sobre los que se inició y basó la elaboración del plan estratégico del Insalud.

Hay que reconocer que la elaboración de un plan estratégico no es más que un ejercicio de relación de prioridades y debe ser observado como un hecho natural que se justifica en sí mismo. En el caso del Insalud, su propia dimensión y estructura y por la propia naturaleza e importancia estratégica de los servicios que presta.

Por otra parte, dan soporte y sustento a la realidad que requiere el desarrollo de los principios a los que nos referimos en la introducción. A este respecto conviene concretar, en primer término, lo que era y representaba el Insalud en 1996 y que, por otra parte, sigue siendo y sigue representando en este momento. Esta actividad es la institución pública de la Administración central del Estado, responsable directa de los servicios de atención sanitaria que dan cobertura a más de 14 millones de ciudadanos. El 38,18 por ciento de la población protegida del Sistema Nacional de Salud, según datos del padrón de 1996. Dispone de unos recursos, tanto materiales como humanos, extremadamente considerables. Tiene 82 hospitales propios, 37.324 camas instaladas. 95 centros de especialidades periféricas. 994

centros de salud, 1.083 equipos de atención primaria. En esta estructura prestan servicios 133.285 trabajadores, entre personal sanitario y no sanitario, de ellos, 12.502 facultativos en atención primaria, 16.432 facultativos en atención especializada y, además, utiliza 99 centros concertados con 20.950 camas.

Su presupuesto para 1998 es de 1 billón 454.724 millones de pesetas, el 4,7 por ciento de los Presupuestos Generales del Estado. Su ámbito territorial se extiende a diez comunidades autónomas, junto con las ciudades de Ceuta y Melilla, lo que totaliza 27 provincias. Esta dimensión de recursos da idea de la complejidad, tanto en lo referente a la organización como a la gestión, de dicha red sanitaria.

La estructura, dimensión y responsabilidad que ella conlleva exigen que el Insalud sea participe activo de los movimientos de normalización y modernización que se llevan a cabo en los países de la Unión Europea y del propio Estado. En consecuencia, ha de fijar sus propios objetivos y concretar las medidas necesarias de mejora que consigan la mayor rentabilidad social de los recursos sanitarios públicos que gestionan. A esto responde, o al menos pretende responder, el libro azul del Insalud, su plan estratégico. Este plan se inició el 6 de agosto de 1996, finalizándose el mes de abril de 1997. El valor fundamental no es la realización de un libro o documento, sino el proceso de participación y puesta en común de los diferentes elementos. Los debates entre los profesionales y las conclusiones operativizadas eran estudiadas por otros grupos técnicos. La importancia del plan estratégico radica en la movilización de actitudes, en la motivación y en el esfuerzo.

La Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud, creada el 24 de mayo de 1996 y dotada de estructura por el Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, que entra en vigor el 2 de septiembre, dispuso la contratación de tres consultoras para la elaboración de estudios técnicos preliminares, de análisis, recopilación documental y soporte necesarios. Esta decisión no fue arbitraria ni espuria, sino que se motivó por la carencia de personal de la Subdirección General de Organización, carencia, por otra parte, natural por ser esta Dirección General de nueva creación y en aquel momento sin RPT disponible. Las consultoras cerraron la entrega de trabajos en marzo de 1997, habiéndose realizado 97 estudios y documentos técnicos.

Para el análisis y discusión de esos documentos técnicos elaborados se contactó con 120 expertos, organizados a través de comisiones y grupos de trabajo, con la participación de 268 componentes, profesionales del sistema sanitario, tanto del Insalud como de las comunidades autónomas. Los estudios, trabajos de campo y escritos adicionales fueron aportados para la configuración del documento final. Se mantuvieron más de cuarenta reuniones con distintos expertos del sector, constituyéndose grupos de trabajo con expertos y personal técnico del Insalud que produjeron más de 20 reuniones de gestores y grupos de trabajo. Se realizaron tres reuniones de trabajo plenarias, con más de cuarenta participantes en cada una de ellas, elaborando los siguientes documentos. Análisis de la situación, El Escorial en 1996; Análisis de líneas estratégicas, Ávila en noviembre de 1996 y Análisis del plan estratégico, Segovia en 1997. Se finalizó el documento en abril de 1997, con carácter provisional.

No obstante, dado que el documento recogido, el llamado libro azul debería incorporar la recomendación de la subcomisión parlamentaria que pudiera afectar a su contenido, se cerró definitivamente el 21 de diciembre de 1997, tres días después de la aprobación por el Congreso de los Diputados del acuerdo de la subcomisión parlamentaria, efectuándose el día 21 de enero de 1998 su presentación pública. La participación de los agentes sociales y profesionales contempla explícitamente la invitación que realiza el presidente ejecutivo del Insalud a su evaluación y valoración. Siguiendo en esta línea, en fecha 10 de marzo se remiten cartas personalizadas solicitando las opiniones y propuestas de las diferentes organizaciones para mejorar el estudio, dándose como fecha límite el 15 de abril de 1998. Fruto de esta oferta son las 17 alegaciones, recomendaciones o adhesiones presentadas por entidades, agrupaciones, sindicatos y administraciones.

Una de las consecuencias más inmediatas y directas del Plan estratégico es el plan estratégico de los centros, ejercicio de planificación, de participación, pero sobre todo de implicación de los profesionales en cada uno de los 77 hospitales del Insalud. En la actualidad, cuatro hospitales han finalizado su plan estratégico, seis están en fase de desarrollo de las líneas estratégicas y 66 en la fase de identificación de la misión y diagnóstico de situación.

La presentación del Plan estratégico del Insalud, como es lógico, tenía unos objetivos claros y para su consecución se marcaron unas estrategias precisas. Dado que tan importante como la realización es la implementación, y que para ello se requiere una adecuada política de información y eficaz estrategia de comunicación, tres objetivos se persiguieron mediante la comunicación del documento. En primer lugar, informar internamente a toda la organización. En segundo lugar, que fuera la propia organización la primera en conocer su documento, que les afecta directamente. En tercer lugar, informar correctamente a los agentes sociales, con el objeto de que el contacto con el documento no se realizara de manera informal a través de medios de comunicación, sino de forma directa por el máximo responsable de la institución. En cuarto lugar, un objetivo claro era que la información llegara a los interesados a través del máximo órgano del Insalud.

La consecución de esos objetivos se realizó a través de una serie de estrategias. En primer lugar, conocimiento de la población mediante un folleto, formato tríptico titulado: Mejorando lo que es de todos, utilizado para su difusión entre el público en general, definiendo conceptos, objetivos, contenido y alcance. En segundo lugar, información directa y personalizada a los profesionales mediante carta del presidente del Insalud. En tercer lugar, informe técnico de uso general materializado en el libro azul como vehículo técnico con el resumen del estudio dirigido a gestores, profesionales, técnicos y directivos. En cuarto lugar, imprimir un carácter dinámico y actualizado, mediante carteles y paneles dispositivos plastificados, de información, de impacto visual directo, con información puntual y actualizaciones periódicas. En quinto lugar, realización de —un acto institucional de presentación del documento por el presidente ejecutivo del Insalud en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid, como local amplio que permite la concentración de todos aquellos directivos del Insalud.

autoridades y agentes sociales interesados. En sexto lugar, difusión a través de la revista Noticias, del Insalud, boletín interno que pretende actualizar y difundir progreso en el desarrollo del Plan estratégico del Insalud.

En conclusión, debo afirmar que las acciones de la Dirección General encaminadas al Plan estratégico quedan legitimadas al dar contenido a lo dispuesto en el Real Decreto 1820/1996, en su artículo 10.1, letra c), siendo además la primera vez que este organismo de la Administración central del Estado explícita públicamente su programa de actuación. Por otra parte, es un documento del Insalud, por el Insalud y para los ciudadanos atendidos por el Insalud.

Para finalizar, quiero recalcar que ideas de modernización requieren herramientas dinámicas y presentaciones con alto contenido comunicativo como elemento complementario para garantizar la eficacia del mensaje.

Agradezco el interés de los representantes políticos en este proyecto común de modernización y normalización de la gestión sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director general de Organización y Planificación Sanitaria por su intervención.

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

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, quisiera anunciarle que dividiré mi intervención con el compañero Jaime Blanco.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista queremos agradecer al señor Bestard su presencia hoy en la Comisión de Sanidad y darle la bienvenida, dado que creemos que este Plan estratégico del Insalud es un plan fundamental, básico, que no ha tenido a nuestro entender suficiente discusión política.

También quiero señalar al señor Bestard si es posible que los diputados del Grupo Parlamentario Socialista dispongan del libro azul del Insalud. Yo dispongo de este libro después de una petición de amparo al presidente del Congreso cuando pedí información por el artículo 7, que no me llegó. Después de pedir el amparo, llegó el libro azul, pero no se ha repartido ni se ha entregado a los distintos miembros de la Comisión de Sanidad.

Le agradezco la exposición didáctica de los procesos que ha seguido, sin entrar en ningún elemento de discusión ni sanitaria ni de política sanitaria, en relación con el Insalud. Vamos a ver si nos puede concretar algunas cuestiones para tener mayor información sobre este tema.

De la lectura del libro azul, mi impresión muy subjetiva es que se trata de un monumento a la obvia y una ofrenda al ídolo del modelo de gestión, pero aparte de esto pocas cosas más se pueden encontrar en este libro azul que reseña el plan estratégico.

En uno de los anexos está la relación de todos los expertos y de las consultoras que nos ha señalado el señor director general que han participado en la elaboración de este trabajo. Realmente, esperábamos que de 119 expertos y de tres consultoras, más los equipos técnicos del Ministerio, etcétera, pudiera salir algo que estuviera en la línea de lo que debe ser un plan estratégico. como definen incluso los

defensores a ultranza del liberalismo económico en las empresas.

Una de las preguntas es si nos puede confirmar que estos 119 expertos y profesionales han tenido contrato con el Insalud para elaborar este informe, como aquí ha manifestado el propio presidente ejecutivo del Insalud. Al menos uno de estos expertos sí estuvo contratado por el Insalud. Me refiero al señor Palop. No sé si los otros 118 también tienen o han tenido contrato con el Insalud, aparte de las consultoras, que también se nos ha manifestado en esta Comisión que cobraron 30 millones cada una de ellas por este informe.

De lo que nos ha dicho el señor Bestard, me ha chocado que las consultoras entregaron sus estudios en marzo de 1997 —me parece que ha dicho en su intervención—, cuando del propio plan estratégico se deduce que toda la elaboración fue previa a estos informes de las consultoras. Según se deduce del propio plan estratégico, en agosto de 1996 se crearon los comités, en octubre de 1996 se discutió ya el borrador del análisis de situación, que es la primera parte del libro, y en noviembre de 1996 se discutió la segunda parte del libro borrador sobre líneas estratégicas, para, como decía, en marzo de 1997, en Segovia, discutir ya el plan estratégico global del Insalud.

Por tanto, o no se han tenido en cuenta los informes de las consultoras, si es que se entregaron en marzo, dado que se habían hecho ya las líneas previas antes, o más bien da la impresión de que se tenía un esquema previo de lo que se quería conseguir y después se ha vestido este esquema previo con una serie de informes, etcétera.

También querría que el señor Bestard nos informara, después de la lectura que yo he hecho del libro azul, de los principios generales siguientes: el primer principio general que señala es la orientación de los servicios hacia los ciudadanos como elemento básico. Con estos principios generales el Grupo Parlamentario Socialista está totalmente de acuerdo, no con lo que se deduce después de los mismos. Si este principio es que debe orientarse todo el tema hacia el servicio a los ciudadanos, lo primero que debería hacerse es consultar con los ciudadanos cuáles son los servicios que se prestan, si no entramos en hacerlo todo para el pueblo sin el pueblo, que es un poco lo que parece que se ha hecho con este plan estratégico.

El segundo principio general es el de la creación de la competencia regulada con separación de compra y provisión. Me parece que esto informa casi todo el proyecto del plan estratégico. Nos gustaría que nos comentara qué significa lo de la competencia regulada. Está definido, pero queremos saber qué consecuencias tiene; es decir, si se establece una competencia regulada interna dentro de los distintos servicios, aquellos que no tengan demanda van a ser cerrados o no van a ser cerrados. ¿Van a incrementarse los que tengan demanda? ¿Qué alternativas se ofrecen? Si la separación de compra y provisión significa que el que compra, que es el Insalud, a un proveedor, que es el Insalud, lo viste por una forma de gestión distinta —y después hablaremos— y lo preside el propio presidente del Insalud. ¿Esta es la separación entre compra y provisión, o es que cuando se habla de provisión no se habla de los centros propios sino sólo de los centros públicos no propios y de los centros externos al sistema público y no entra en este tema de

la competencia regulada y de la diferencia de separación entre compra y provisión?

El tercer punto que usted ha señalado, y del que se habla mucho en el libro azul, es el de la autonomía de gestión con personalidad jurídica propia, y aquí se basan —y lo citan— en la Ley del año 1997. Yo diría que todo el plan estratégico se ha elaborado no de acuerdo con la ley, sino con el decreto-ley que hizo el Ministerio y que tenía una finalidad distinta a la ley, es decir, lo que ustedes pretendían con el decreto-ley —y así lo denunciábamos nosotros en su momento— era la privatización del sistema público, del Sistema Nacional de Salud. Este decreto-ley, en su tramitación a lo largo de las sesiones de este Congreso de los Diputados, sufrió modificaciones serias que prevén cambios fundamentales que ustedes después no han aplicado. Por ejemplo, no han sido capaces aún de elaborar, después de más de un año, el reglamento que desarrolle la ley de las nuevas formas de gestión de los centros públicos. ¿Por qué? Porque este no era el modelo que ustedes pretendían imponer con el Decreto-ley y no les cuadra actualmente con estas definiciones. Da la impresión de que esta ley, que se aprobó con el consenso mayoritario de la Cámara, con nuestro apoyo, ha sido una vez más traicionada en su espíritu por el Gobierno del Partido Popular y por el Ministerio de Sanidad.

Nos gustaría que sobre este tema de la gestión con personalidad jurídica propia pudiera detenerse brevemente el compareciente, porque da la sensación de que le sirve igual para un roto que para un descosido, es decir, le sirve para señalar que los centros propios van a tener personalidad jurídica propia y que los nuevos centros van a estar ya todos ellos regulados por esta nueva ley de gestión de los centros sanitarios, como por ejemplo el hospital fundación de Manacor y el hospital fundación de Alcorcón, pero le sirve también para crear empresas privadas, como lo que después se ve en los equipos de atención primaria, que en todo caso con brevedad le señalaré posteriormente.

Otro principio general que ustedes reseñan es el de la motivación, incentivación y participación de los profesionales en la gestión, principio que no podemos más que compartir totalmente. Lo que sucede después es que en la práctica no hay motivación, ni incentivación ni participación de los profesionales, y vemos que en este momento incluso los profesionales sanitarios empiezan a estar ya un poco mosqueados, y valga la expresión, por la cantidad de consultores que pululan por los centros asistenciales pidiendo datos de que no dispone el Insalud para ir elaborando estos planes estratégicos de centro. Quizá nos podría usted señalar cuánto lleva ya gastado el Insalud en estos planes estratégicos de centro.

El último principio general que a mí me ha parecido ver que orienta todo el plan es el de las mejoras continuas de calidad en el campo asistencial, económico y de gestión. Debo señalarle que en el campo asistencial no he encontrado ninguna línea ni ningún elemento de mejora de la calidad, en el área económica, pocas, y se centra prácticamente todo en el área de gestión, que parece que es la idea que predomina en el Ministerio. Estamos ante el culto, como decía, de este modelo de gestión que se ha impuesto en las empresas privadas y del que hoy día ya los propios defensores de estos modelos de gestión y de los planes estratégi-

cos en las empresas privadas parece que están de vuelta. Ahora, cuando ya se empieza a estar de vuelta, ustedes hacen el camino de ida. Veremos dónde termina.

Tengo la impresión de que hay una confusión continua entre la provisión de servicios públicos y lo que son centros propios del Insalud. Por tanto, es difícil aclarar esta confusión. Cuando hablan de la competencia, como le señalaba, existe también una dificultad insalvable, a nuestro modo de ver, cuando equipara que debe establecerse competencia entre centros proveedores de servicios sanitarios públicos y privados. Me parece que la gestión sanitaria la tiene encargada el Insalud, y por tanto debe hacerla de acuerdo con sus centros propios, y simplemente, como dice la Ley General de Sanidad, es complementaria la de los centros privados. Por tanto, ustedes mismos manifiestan que en algunos casos sería necesario cambiar la legislación actualmente vigente para que algunos de los elementos pudieran ser aplicados.

Voy a centrarme en tres puntos concretos —y termino, señor presidente? porque el tema daría para mucho— respecto a la atención primaria, que me parece que es fundamental. En atención primaria, ustedes señalan tres elementos fundamentales, que son el cambio de modelo retributivo de los facultativos —tema en el que entrará después mi compañero—, los equipos de atención primaria como compradores de servicios, que es otro tema fundamental, y sobre todo la creación de sociedades médicas, que es el último punto al que me voy a referir.

Aquí —y leo textualmente, para no entrar en disquisiciones ni confusiones— dice: la Ley 15, del año 1997, sobre nuevas formas de gestión, habilita para iniciar un proceso de transformación hacia la autonomía real de gestión. Las sociedades médicas son entidades asociativas con personalidad jurídica, formadas por un grupo de profesionales sanitarios bajo la fórmula de sociedad cooperativa u otras, las cuales, a través de contratos, asumen la atención sanitaria en una población determinada.

Esto no es lo que dice la ley. Como decía, le sirve para un roto y para un descosido. La ley dice que la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios se podrá llevar directa o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. Ustedes lo ponen también aquí, en la página 159, porque esto es lo que dice la ley. Parece que una entidad de naturaleza o titularidad pública admitida en derecho no es una sociedad cooperativa u otra como las que proponen en las sociedades médicas. Me parece, por tanto, que entrarían en confusión.

En resumen, a nuestro modo de ver esto no es un plan estratégico, no reúne ninguna de las condiciones de un plan estratégico, es decir, que haya unos objetivos claros, que se defina qué recursos precisos va a haber, qué alternativas se han seleccionado, por qué y qué metas tiene. En ese sentido no es un plan, carece de análisis estratégico, no habla para nada de cuál es la situación del entorno sanitario en el que debe actuarse, no es del Insalud, porque no ha participado, a pesar de las declaraciones que se han hecho, el personal del Insalud en una gran proporción, contiene numerosas ausencias y simplemente sirve para poder confirmar lo que ustedes tenían en su programa electoral. que es des-

brozar el camino para llegar a la privatización del Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Blanco, y le advierto que su compañero de grupo parlamentario se ha excedido muy ampliamente en el tiempo que habían acordado repartirse entre los dos. Le ruego concisión en sus preguntas, lo mismo que le pido al señor director general concisión en sus respuestas.

El señor **BLANCO GARCIA**: No tenga duda de que voy a atender su requerimiento y voy a ser lo más breve posible, porque quiero hacer cinco preguntas concretas al director general.

El eje fundamental de todo el plan estratégico, como ya ha dicho mi compañero Corominas, está centrado en la apertura del mercado interno. Yo creo que este es el grueso del plan, pero le quiero hacer las siguientes preguntas: Primero, si en un horizonte temporal de cinco años el Insalud va a ser transferido y ya existen cuatro o cinco comunidades autónomas que tienen la gestión de los servicios de salud, ¿cómo puede encajar que las comunidades autónomas gestionen y, por tanto, organicen los servicios, con un plan ya preestablecido, en el que una parte del territorio tiene una determinada gestión y en otra parte, el llamado territorio Insalud, se pretende hacer otra gestión que luego va a ser transferida a las comunidades autónomas y se puede dar vuelta porque esas comunidades autónomas quieran o no cambiar ese sistema de gestión? Cuando el señor director general se refiere a la de descentralización, yo creo que está hablando de la ley de descentralización del Insalud o del Servicio Nacional de Salud a las comunidades autónomas.

En segundo lugar, quiero preguntarle acerca de algo que me ha llamado poderosamente la atención. A mi juicio, en el programa electoral del Partido Popular, y en materia de sanidad en concreto —en general, pero también en materia sanitaria—, se ha hecho mucho hincapié en acabar con la burocratización del sistema y en disminuir la contratación de funcionarios públicos o que no aumente el número de éstos. Sin embargo, en el libro azul, en una de sus líneas estratégicas, se desarrolla toda una argumentación por la cual se crean direcciones territoriales del Insalud, cuya misión fundamental es negociar el presupuesto con los servicios centrales.

A la vez, se contempla que cada provincia tenga un director provincial que es el agente de compra, responsable de esa compra de servicios en el ámbito provincial, y todo ello acompañado por una serie de directores que tienen que asistir a estos dos directores territoriales. ¿No piensa que las experiencias que ya ha habido de este sistema, porque esto lo implantó Margaret Thatcher en los años ochenta en Inglaterra, van en contra de la buena voluntad expresada en el programa electoral del Partido Popular acerca de la no burocratización y no aumento del número de funcionarios?

En tercer lugar, en una de las líneas estratégicas, la B5, se dice que los centros de atención primaria podrán, si así lo desean, ser compradores de servicios de atención especializada. En concreto se citan tres: las pruebas de radiología, las pruebas de laboratorio y las consultas externas. Me llama la atención que no se haya introducido otra línea

de servicios que es la cirugía reglada. Mi sorpresa es que si los centros de atención primaria van a tener capacidad de compra de esos servicios, este plan estratégico está limitando la autonomía sobre la cual se está basando como gran principio general de la atención primaria. Otra línea de principios generales que ilustran el Libro azul del plan estratégico es la libertad de elección de médico, tanto en atención primaria como en la especializada. Si van a ser los médicos de atención primaria quienes comprenden los servicios, los pacientes van a ser dirigidos hacia determinados servicios sin que tengan ninguna posibilidad de elegir libremente el médico en atención especializada. ¿Cómo van a compatibilizar esta situación?

Por último, en lo que a la cuestión retributiva se refiere, hay una laguna grande. En la reforma que se plantea se contempla que los servicios de atención primaria que lo soliciten puedan ejercer la función de compra de determinados servicios de atención especializada. A su vez, se contempla una nueva modalidad retributiva con un amplio abanico de porcentajes de —aumentos, lo cual también me llama mucho la atención—, que van desde el 18 al veintitantos por ciento. Hay una nueva modalidad retributiva para los facultativos que se acojan a ella. Pero los que no se acojan a esta nueva modalidad, no sólo porque no quieran, sino porque el documento dice que va a haber sitios donde es imposible física o geográficamente ponerlo en marcha, ¿qué les va a pasar a estos profesionales que no van a tener esa nueva modalidad retributiva, que en definitiva es un incentivo y un aumento de las retribuciones? Se va a crear un importante agravio comparativo, no por culpa de los profesionales, sino, como dice el Libro azul, porque física o geográficamente no pueden acogerse a esta nueva modalidad de compra de servicios que se establece como criterio general en el documento.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar, señor Bestard, aunque le pido concisión en las respuestas.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA** (Bestard Perelló): Señor Corominas, voy a intentar contestar a sus preguntas con concisión y con la brevedad que me pide el presidente de la Comisión.

Explicar qué es un plan estratégico nos llevaría tiempo, pero también tengo que decirle que no estoy de acuerdo con sus apreciaciones. Me gusta mucho Murtzbery cuando trabaja en su manual y plan estratégicos, y no coincide exactamente con usted. La estrategia y el plan estratégico no siempre han de estar vinculados. Yo diría que ni muchísimo menos está vinculado sólo con empresas privadas, etcétera, sino que la planificación es un acto permanente del hombre. Planificamos cuando pensamos, planificamos cuando andamos, y lo que hacemos los técnicos, para matizar esto, es llamarle estratégico cuando no es el objetivo. Porque se puede llegar a las mismas cosas por varias vías, unas pueden dirigirse al objetivo y otras marcar estrategias. Estamos todos de acuerdo en que podemos ir a Zaragoza mañana, pero tenemos que ver si vamos todos en autocar o en avión. Por tanto, en el concepto de plan estratégico no comparto sus apreciaciones, sino las del señor Mintzberg.

Usted me ha hecho una pregunta concreta para saber si teníamos muchas personas contratadas por el Insalud. Entre los 119 expertos que aparecen en el Insalud hay unas cuantas personas que están contratadas como funcionarios, porque trabajaban en el Insalud, y otras personas están contratadas por servicios externos, una de ellas el profesor de Derecho tributario de la Universidad Pontificia de Comillas, tutor del primer curso del master de Icade, que nos parece una persona muy a propósito para asesorarnos en puntos muy concretos que desconocíamos, esto por una parte. Por otra, carecíamos de personal experto; ya he dicho que la estructura entró en vigor el 2 de septiembre y que durante bastantes meses carecimos de plantilla de RPT, por la naturaleza propia de los mecanismos de la Administración.

Desde luego, el plan está orientado al paciente, porque sólo puede ser así. Ahora bien, de estar orientado al paciente un servicio a llegar a lo que queremos llegar, que es un paso posterior, a preguntarle al ciudadano qué quiere, hay una diferencia sustancial. Yo puedo orientar un servicio hacia una persona determinada, lo que significa que todos mis recursos y esfuerzos van a ir orientados a satisfacer sus necesidades, pero otra cosa posterior y positiva (que es seguro que llegaremos a ello en un futuro, porque está metido dentro del Plan de calidad total) es preguntarle si coincide la apreciación que tenemos de lo que él necesita con lo que indican las cifras. Entiendo que sería una segunda fase.

En cuanto a la competencia regulada y su significación, voy a tomar las palabras del profesor Eduardo Berenguer, jefe del departamento de teoría económica de la Universidad de Barcelona, catedrático de teoría económica, cuando nos pedía que le explicáramos qué quería decir esto de la competencia regulada. Y usted seguro que lo sabe. En los mercados hay mercados regulados o no y usted sabe que nosotros, cuando hablamos de competencia regulada, estamos utilizando un argot del mundo de la comunidad sanitaria, dentro lógicamente de nuestro escenario, que es la economía de la salud, y nos estamos refiriendo a temas muy concretos. Y no tiene nada que ver, como dice el profesor Berenguer, con lo que puede entender un economista en otro tipo de mercados. Porque la competencia regulada en su esencia, en su argot, no habla de ningún tipo de mercado; habla de la necesidad de separar funciones —no personas— para establecer responsabilidades, identificarlas y que la persona que lleva el presupuesto tenga que negociar con la persona que presta el servicio para que de esta negociación surjan eficiencias y afloren, así como que de alguna manera se manifiesten las ineficiencias. Esta es la competencia regulada. Seguramente los ingleses la habrán cambiado de nombre porque tiene un cierto matiz. Ellos sí que hablan más que de competencia regulada de competencia neta.

De todas formas, el señor Graham Lister, que estuvo con nosotros hace 15 días, nos comunicó que sólo habían cambiado el nombre. Sin embargo, independientemente de esto, entiendo que tal vez los ingleses sí han intentado regular su lenguaje porque están hablando —entiendo yo— de otra cosa a lo que entendemos en España, en el sector de economía de la salud. por competencia regulada. v de lo

que entiende Eduardo Berenguer, profesor de teoría económica de la Universidad Central de Barcelona.

En cuanto a la autonomía de gestión y la necesidad de dotar de ella a los centros, le voy a decir una cosa, señor diputado. No supe qué contestar a la presidenta de los hospitales de Suecia cuando visitó España y nos preguntó por qué España sigue siendo el único país de la Unión Europea cuyos hospitales no tenían personalidad jurídica propia. No le supe contestar; no supe porque es difícil contestar cómo es que en una sociedad como la nuestra, donde las cosas están registradas, donde tiene que haber transparencia, participación, respeto a los artículos 9 y 129 de la Constitución —el 129 habla de participación interna, de cooperativas— estamos planteándonos en 1998 si un hospital tiene que estar registrado. Un hospital tiene que tener personalidad jurídica propia, titularidad pública, naturaleza pública, control público, pero que esté registrado, que sepamos exactamente cuál es su naturaleza, cuáles son sus estatutos, qué es lo que rige exactamente en el centro; que los trabajadores tengan un marco propio —además del marco general que ampara a todos los funcionarios y estatutarios— en el que negociar sus pretensiones, que no tengan que regirse siempre por las líneas únicas que seguramente al excelente profesional de Coria no le satisfacen porque son las de grandes hospitales gestionados por el Insalud en grandes ciudades. La única forma de que se plasme este necesario reflejo de la naturaleza y características de cada hospital del Insalud es darles personalidad propia. Siempre de titularidad pública —lo hemos repetido en el plan estratégico y cada vez que hemos hablado en público—, siempre de naturaleza pública y no como en otras comunidades autónomas, donde se han planteado avanzar por la vía de las cooperativas en el mundo de los hospitales. La cooperativa está reconocida en la Constitución como un elemento de participación, que dice además que los poderes públicos tienen que favorecer este tipos de personalidades —el artículo 129.2—, pero entiendo que en los hospitales es una fórmula que excedería la pretensión de que estén identificados y jueguen, lógicamente, con las reglas del control público.

Creo que el documento ha dejado unas líneas de debate interno en atención primaria, unas líneas importantes de trabajo. La atención primaria requiere, efectivamente, una gran reflexión, pero lo primero es normalizar el comportamiento organizativo de los hospitales. Por eso el plan pone un gran énfasis en el mundo de los hospitales. Si no tenemos hospitales normalizados en su comportamiento con la sociedad, con titularidad pública, naturaleza pública y personal estatutario, difícilmente podremos plantearnos seriamente qué nivel de compra debe tener la atención primaria. Cuando decimos compra en el mundo público y, sobre todo, en el sanitario, hablamos también en argot. Cuando hablamos de compra —seguro que ustedes lo saben ya que conocen bien el mundo de la gestión sanitaria— estamos hablando de reflejar el intercambio que hay entre una dotación presupuestaria y el servicio que presta el centro provisor; que aflore el presupuesto que le da el Insalud al centro de salud, que dice: yo, con este presupuesto, he hecho tantas cosas. Entiendo que este fue el significado en Cataluña cuando hicieron la primera gran separación de funciones en 1990 entre el ICS y el Servei. ésta era la voluntad y la

han mantenido. Tengo que decir con todo orgullo que nos ha inspirado el hecho de que esta separación de funciones ha sido positiva, lo mismo que la gran separación de funciones que existe en Cataluña entre el Consorcio y el resto del aparato comprador. Ha generado una dinámica importante de participación municipal en los hospitales, etcétera. En la medida que hemos podido, hemos recogido este espíritu en el plan.

En cuanto a las preguntas del señor Blanco sobre la apertura del mercado interno, ya he contestado al señor Corominas. Estamos en el mundo sanitario público, en un mundo de técnicas determinadas que estudiamos en la Escuela Nacional de Sanidad, economía de la salud; como dice Eduardo Berenguer, el profesor de teoría económica de la Central, no existe el mercado interno, así que explíqueme lo que me está diciendo. Lo que quiero decirle es que tenemos que identificar responsabilidades y el señor que recibe un presupuesto tiene que aflorar la actividad que ha hecho, y aquí nace un equilibrio de responsabilidades, incluso usted me puede decir un equilibrio de intereses públicos legítimos. Como usted me decía y el señor Corominas muy bien ha reflejado, cómo es posible que el Insalud quiera separar funciones y el presidente del Insalud lo es del Insalud y además de un centro provisor. Hablamos de separación de funciones, señor Corominas, no de cargos ni de personas. La función está muy clara, entendemos que esto legitima mucho más el hecho de que nunca el Insalud ha pretendido ni la más mínima privatización de nada, y esto lo confirma al ser el presidente del Insalud presidente de la fundación, en este caso con personalidad jurídica propia.

Si usted me permite, le tengo que decir que el tema de las transferencias me interesa en el sentido de que nosotros consideramos que el contribuyente no está financiando nuestros recursos para que esperemos otras decisiones que son las transferencias, que son legítimas y se darán cuando los órganos competentes estimen oportuno que se den. Tenemos que ir actuando y así se comunica a las comunidades autónomas. Las comunidades autónomas recibirán recursos por efecto del plan estratégico 0 por defecto. Alguien también me podría preguntar: Oiga, y usted, durante los años que ha estado aquí, qué esperaba, ¿que lo recibiera y lo arreglara yo? ¿Por qué usted no me dio alguna pista o hizo algo? Todo siempre es por efecto o por defecto. Entiendo que el plan a algunas comunidades autónomas no les pueda gustar, pero también entiendo que a muchas otras sí que les gusta y entiendo que la Administración no puede hacer dejación de sus funciones esperando que otros órganos legítimos y competentes decidan cuándo tiene que haber transferencias.

Las direcciones territoriales no incrementan personal. La dirección territorial del Insalud está ubicada física y jurídicamente en la presencia del director provincial de la provincia donde está ubicada la comunidad autónoma, y entiendo que no tiene mucho que ver —y perdone que se lo diga— con el modelo inglés. Cuando le preguntamos a Graham Lister, que estuvo con nosotros explicándonos los cambios hipotéticos que ha hecho el Gobierno inglés, por el modelo territorial, vimos que no tenía mucho que ver. A lo mejor no tengo toda la información y sí que lo tiene, pero en principio entiendo que no. Entiendo que es una

separación de funciones. No tiene mucha lógica que el director general de atención primaria especializada o la subdirectora general tengan que reunirse cada año tres veces con 87 hospitales. A lo mejor tiene mucho más sentido que la persona que está cercana a la realidad del hospital negocie con ellos sus necesidades y luego este personal las transmita al Insalud, y ésta es la voluntad.

En cuanto a la autonomía relativa de atención primaria, tengo que afirmar que sí, que siempre hemos querido que fuera relativa, muy relativa, y hay que enmarcarla en la relatividad de la realidad que tiene la atención primaria, una vez que consigamos normalizar el comportamiento de los hospitales. Esto no quita que al decirnos la Constitución que las cooperativas son una acción positiva de participación y un mecanismo de asociación participativa consideremos oportuno el hecho de abrir esta posibilidad, un poco también por los resultados favorables de la experiencia de Cataluña no solamente en Vic, sino por las experiencias que están implantando, si mal no recuerdo, en Barcelona. Nos parece que es una innovación, que se podría intentar explorar en ese sentido y buscar la motivación del profesional y su implicación, en el marco —repito— de la Constitución.

En cuanto a la libreta de elección, tengo que decir que entiendo que una persona puede elegir cuando el elegido enteramente está en condiciones de dejarse elegir; si no, es difícil establecerlo. Las elecciones de las personas no se establecen porque salga un real decreto y diga que mañana la gente puede elegir; tiene que saber cómo, el centro sanitario tiene que estar motivado para dejarse elegir, que esta elección redunde en el presupuesto del hospital, etcétera. Nos parece fundamental, y no solamente a nosotros sino, por lo visto, a los equipos de gestión con los cuales hemos consultado del resto de países de la Unión Europea; es una condición necesaria para que realmente se pueda llevar a cabo la elección del ciudadano.

Finalmente, quiero comentar un detalle que se me ha olvidado cuando nos decía que el plan de calidad total del Insalud estaba muy centrado en el mundo de la gestión. Es total, no es de gestión, aunque contempla también la gestión. Por esto hemos hablado de plan de calidad total y no de plan de calidad de gestión o de plan de calidad de atención sanitaria o de plan de calidad de enfermería; total. Tenemos que seguir un camino que es largo y complicado, pero hay que iniciarlo. No podemos seguir pidiendo a los médicos calidad asistencial permanentemente y no preocuparnos del resto del hospital que también tiene que actuar con la máxima calidad. Entendemos que está implicado todo el mundo.

Señor presidente, señoras y señores diputados, muchas gracias.

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

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Son tres las cuestiones a las que me gustaría que me contestara, porque no he encontrado respuesta para ellas.

En primer lugar, cuánto dinero llevan gastado en el plan estratégico del Insalud y en los planes estratégicos de los centros asistenciales del Insalud. En segundo lugar, el tema

de la competencia regulada. Le preguntaba si la competencia regulada, tal como se describe aquí —que en el fondo lo que se postula es potenciar la libertad de elección, por tanto, la idea de que el dinero sigue al paciente en función de donde va para estimular la mejora de la gestión—, va a comportar reestructuraciones, si se van a cerrar aquellos centros que no tengan demanda por parte de los usuarios por las razones que sean.

En tercer lugar, la personalidad jurídica de los centros. Estamos de acuerdo y por esto nuestro grupo votó la ley de nuevas formas de gestión. Lo que pasa es que la ley tiene muy poco que ver con el real decreto-ley, que preveía otras fórmulas de gestión que no eran las públicas, por ejemplo, las cooperativas, que usted tanto ha remarcado, que evidentemente están en la Constitución y que son una forma de participación. Pero las cooperativas no son centros de titularidad pública, la titularidad de una cooperativa es de los cooperativistas; la ley prevé que deben ser de titularidad pública. En cuanto a los proveedores externos, le recuerdo lo que dice la página 185: La inclusión de proveedores externos en el sistema de competencia regulada se realizará mediante la creación de una nueva norma que modifique la Ley General de Sanidad, porque con la Ley General de Sanidad no es posible que los proveedores externos entren en este tema, y ustedes lo prevén. Por tanto, no me diga que no van a cambiar y que todo lo que están proponiendo está previsto en las leyes. Están haciendo cosas que están bordeando las leyes, tanto la Ley de nuevas formas de gestión como la Ley General de Sanidad, sin entrar en discusiones teóricas en las que podríamos alargarnos mucho y en las que supongo que usted y yo podríamos llegar a algunos puntos de acuerdo y a otros de desacuerdo, pero al menos disfrutar hablando de este tema que es interesante y apasionante.

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

El señor **BLANCO GARCIA**: Muy brevemente, señor presidente.

Llamémosle como queramos, separación de funciones, competencia regulada, mercado interno; en lo que estamos de acuerdo es en que hay capacidad de compra y a comprar se va a un mercado, porque si no no entiendo ya de lo que se está hablando. Si hay capacidad de compra es que hay alguien que vende; por tanto, hay un mercado, dentro de las funciones del Insalud. Primera cuestión.

Segundo, no hay aumento de personal, esto no tiene nada que ver con el modelo inglés. Simplemente hago una reflexión en voz alta. Al erario público inglés este sistema del mercado interno, competencia regulada, separación de funciones, o como quieran ustedes llamarlo —pero hay compra de funciones—, le ha costado entre los años 1989 y 1995 nada menos que 225.000 millones de pesetas, es decir, 37.500 millones de pesetas al año, para que ahora un Gobierno laborista empiece a modificar ese sistema de mercado interno.

Transferencias. Usted dice que se puede transferir y que no pueden hacer dejación de funciones, está claro. Pero esto quiere decir, que lo sepamos todos, que el gasto millonario que puede suponer en práctica el plan

estratégico puede significar que en cinco años las comunidades autónomas den la vuelta, total o en parte, a este plan estratégico. Que sepamos que vamos a hacer un gasto que luego se puede modificar en todo o en parte.

En cuanto a los principios inspiradores de la autonomía y también del servicio de atención especializada, ya veo que es todo muy relativo. La atención primaria va a tener una autonomía muy relativa, me ha dicho usted. Por lo tanto, no es ningún principio inspirador que haya autonomía en la atención primaria. Segundo, me dice usted que para la elección de servicios especializados primero hay que dejarse elegir. Esto yo no lo entiendo. O hay libre elección de servicios especializados o no la hay, dígalo usted claro.

Por último, señor director general, creo que ha faltado la contestación a una pregunta sobre la retribución a los profesionales que le he hecho al final.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar, señor Bestard.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA** (Bestard Perelló): Primero voy a contestar al señor Corominas, si me lo permite el señor Blanco.

En cuanto al coste del Plan estratégico Insalud, si no recuerdo mal, creo que lo comunicó el presidente del Insalud aquí. Yo no soy director general de presupuestos, pero costó 90 millones de pesetas. No sé lo que han costado los planes de centros, porque esto lo está llevando cada centro. El que cree oportuno que tiene que hacerlo, lo hace y el que no, no lo hace, pero yo lo desconozco, no es responsabilidad de mi dirección general. **(El señor Corominas i Busqueta: No meta sólo a las consultoras).**

El señor **PRESIDENTE**: No establezca debate, señor Corominas.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA** (Bestard Perelló): En cuanto a la competencia regulada y cierre de los hospitales, si leemos con detalle el plan (se habla) en el argot técnico, de competencia, regulada, pero la palabra no es competencia, es regulada. El problema es regular lo que ya tenemos. En la *King Found*, en septiembre, cuando se reunieron los países que están haciendo mejoras en su sistema, se hizo esta exposición en inglés y aceptaron nuestra tesis de que la palabra regulada tiene que ir por estándares de calidad, no por tarifas, ni por precios, ni por costes. Entiendo que es así. Nosotros decimos: regulemos los hospitales, pero no hablamos de tarifas. Por tanto —y aprovecho para contestar al señor Blanco—, no es éste el tema de la regulación, ya que no estamos en un mercado. No hay capacidad de compra, no hay libre mercado, sino que hay capacidad de transferencia de procesos y afloran los conceptos. Esto es así, pero es así en los sectores sanitarios públicos, donde se introducen herramientas y se establecen estos principios. Inglaterra no reguló por estándares, sino por una especie de tarifas políticas o públicas, no sé como reflejarlo. En este caso, tal vez sí se vuelvan atrás y empiecen a trabajar sobre estándares. Es difícil que en una simu-

lación de equilibrios entre ofertantes, que son los hospitales, a un mismo tenedor del presupuesto se pueda elegir equilibrio de tarifas. Esto no le cabe en la cabeza a nadie. Es imposible, se rompería cualquier teoría de la generación de precios y se iría al garete. Por consiguiente, lo importante es la palabra regular, cómo se va a regular por estándares de calidad. Pero esto no tiene nada que ver con el cierre de los hospitales. El hecho de que yo aflore la eficiencia o ineficiencia en un hospital no significa que lo vaya a cerrar. Entonces, ¿qué ocurre con los hospitales que hay en España? Que se ajustan, se afloran las eficiencias, se afloran las ineficiencias y se generan elementos motivadores y de eficiencia en ese sistema. No, este concepto es imposible porque el nivel de competencia no se establece con criterios de mercado sino de calidad, regulada por estándares.

Usted me dice que hemos incluido los poderes externos. Hay una cosa, que no sé si usted conoce, que es la teoría del triciclo. Un triciclo tiene tres ruedas y no puede haber un triciclo con cuatro. Lo llamemos como lo llamemos, esto es lo que es. El INSALUD puede tener conciertos con entidades privadas. Esto en argot técnico es compra de servicios y no lo hemos inventado nosotros. Por tanto, existe; ahora bien, regulemos esto, regulemos lo que ya existe. Yo entiendo que no hace mucho en favor de la calidad, cuando tenga una necesidad, ir a un proveedor. Yo creo que previamente tengo que regularlo y preguntar qué nivel de calidad me va a dar en el servicio que me va a prestar. Voy a regular este nivel de relación. Existe, aunque lo quiera llamar mercado, aunque la Ley General de Sanidad no encaje esto. Digámoslo como lo digamos, el triciclo tiene tres ruedas, señor Corominas. Por consiguiente, el nivel de conciertos está allí, es complementario, pero genera una relación bilateral, y nuestro ordenamiento jurídico así lo establece. La relación es bilateral —es una oferta y una transferencia de presupuestos— y tiene que regularse.

Usted se refería a la capacidad de compra y el mercado. Repito que no estamos aquí en ningún sector económico de relaciones económicas industriales, sino que estamos en el sector público sanitario y tiene una naturaleza absolutamente diferente que la de cualquier otro. Conocemos todos los foros de formación que hay específicos sobre esto, será porque no se parece en nada a los demás. Por tanto, repito, no hablamos de capacidad de compra en el libre mercado, a la que usted se ha referido, ni a la capacidad de tener varios proveedores y varios compradores, no, no, sino del comprador o tenedor del presupuesto único que es el Insalud, que como tal tenedor del presupuesto tiene que hacer esa transferencia, de todas las formas, al hospital; afloramos esta transferencia de presupuesto y a eso le vamos a llamar compra. Desde luego que el centro hospitalario que presenta su carta de servicios y se somete a la vigilancia que ha aflorado debe tener también sus beneficios, sus incentivos, sus eficiencias, etcétera. Por lo tanto, desde el punto de vista técnico entiendo que habrá que aclarar muchos conceptos. Los debates se están dando también permanentemente en las escuelas de formación de gestores sanitarios existentes y en el foro de profesionales, no es un debate exclusivamente parlamentario, para intentar centrar los conceptos. No hablamos de lo mismo, porque, si fuera así, no hablaríamos de esto, sino del nombre que le da el sector empresarial o el sector industrial fuera del sector

sanitario, que tiene otra naturaleza. Es una cosa en la cual no nos hemos fijado en absoluto nunca.

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

Yo le ruego brevedad en su intervención, contando con que el señor Bestard ya ha contestado a muchas de las preguntas que posiblemente tenga planteadas la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor presidente, pero mi grupo parlamentario ha solicitado, al igual que el Grupo Parlamentario Socialista, la comparecencia del Gobierno para hablar del Plan estratégico del Insalud y hemos aceptado la tramitación conjunta de ambas iniciativas. Evidentemente voy a intentar ser breve, no tengo mayor interés en entretener a nadie, pero solicito el tiempo que reglamentariamente me corresponde.

Gracias, señor Bestard, por su comparecencia.

En primer lugar quería plantear el tema con carácter general. Usted es director general de Planificación, su trabajo es planificar. La Ley General de Sanidad hablaba de la obligatoriedad de que el Ministerio de Sanidad, más allá del Insalud, estableciera en un plazo que creo que era de 18 meses, a partir de 1986, un plan integrado de salud, que, evidentemente, debería ser el elemento rector de la actividad de los servicios sanitarios. No se ha hecho ni por el Gobierno anterior ni por el Gobierno actual, y ustedes se descuelgan con un plan estratégico del Insalud, pomposo nombre sobre el cual yo le pregunto algo que no he encontrado en ninguna de las numerosas páginas de tal Plan y es algo elemental, señor Bestard: ¿qué objetivos de salud pretende conseguir dicho Plan? ¿En función de qué diagnóstico de salud? Es que esto sí que es estratégico, señor Bestard. La sociedad española, los trabajadores y trabajadoras que financian éste, como el resto de los servicios públicos, lo hacen para legitimar un servicio social esencial y caro que es la sanidad, no porque sí, no para mantener gerentes ni directores generales, ni siquiera al personal sanitario, sino para cubrir objetivos de salud. Señor Bestard, le hago preguntas para las que espero respuesta; estos objetivos son medibles en función de criterios de salud; no se miden por la cantidad de actividades realizadas, no se miden por la cantidad de intervenciones quirúrgicas, por la cantidad de consultas, por la cantidad de fármacos consumidos, sino por la eficacia en el impacto sobre la salud de la población del sistema sanitario. Esto, que parece elemental —a mí hasta me da vergüenza decirlo, pero lo digo muchas veces, porque me parece que es un elemento de ordenación conceptual imprescindible—, no aparece por ningún lado en el Plan estratégico del Insalud. Podría, pues, decirse, con todo rigor, que es un plan estratégico del Insalud que pretende transformar de arriba abajo el Insalud y que se ha hecho al margen, olvidando cualquier criterio del elemento fundamental para el cual existen los servicios sanitarios, y es para intervenir positivamente sobre la salud de la población. Podría decirse, pues, que el Plan estratégico del Insalud no cumple ninguna función y perfectamente podría llegarse a la conclusión —a la que yo llego— de que está concebido al margen de objetivos básicos v. nor tanto. norque no ha

contemplado objetivos básicos podría ser contraproducente —como pienso— para la salud de la población. En cualquier caso, la afirmación objetiva es que ustedes no han tenido en absoluto en cuenta cuál es la situación de salud de la población dependiente del Insalud a la hora de elaborar un plan estratégico. Si hiciera caso al señor presidente tendría que callarme, porque ya está todo dicho, pero este plan que ustedes han presentado permítame que le diga, señor director general, es un aparato de propaganda destinado a enmarcar objetivos reales.

A fuerza de reflexionar sobre lo que ustedes pretenden —sobre los grandes intereses que hay en juego—, a fuerza de reflexionar acerca de qué es lo que está pasando en la sanidad pública, cada vez percibo con más claridad un hecho que les transmito a SS.SS. y al señor director general en este momento: con la sanidad pública en nuestro país está pasando exactamente lo mismo que con los planes de reconversión que afectan a cualquier empresa pública; se están siguiendo exactamente los mismos pasos que se han seguido para la reconversión de Astilleros, para la reconversión de Iberia, para la reconversión de Telefónica; es decir, el objetivo, el vender todo lo que pueda ser rentable y liquidar el resto. Para eso, un elemento contradictorio, señor director general, es que es objetivamente cierto, más allá de discusiones entre grupos acerca de las cifras, que están invirtiendo en sanidad pública, exactamente igual que está haciendo Iberia renovando la flota de aviones: para privatizarla en mejores condiciones. Eso es exactamente lo que está pasando en la sanidad pública; se está invirtiendo dinero público para sanear la producción, para modernizar infraestructuras y para poder privatizar lo rentable y hacer rentable la mayoría de lo que hay. Y, para ello, evidentemente, hay que invertir, hay que acometer reducciones de plantillas y hay que fragmentar un sistema sanitario que tiene sentido en el marco, creo yo, de la coordinación y de la planificación, pero de la planificación en serio, no de lo que ustedes están haciendo con esto.

El señor Barea, a quien yo agradezco muchísimo que el Gobierno del PP haya colocado al mando de la oficina presupuestaria o de cualquier otro sitio que le permita hablar, dice: La sanidad es un bien privado —piensa él—, pero que está financiado públicamente, lo que no significa que haya que hacer caso omiso del mercado. Y eso —dice— no es privatizar. La preocupación es la mala gestión actual y para superarla hay que introducir dos criterios: la competencia y una legislación no administrativa, sino mercantil. Dice este mismo señor: Si algunos hospitales públicos no cubrieran sus costes con los servicios facturados al Insalud, se abriría un plan de reestructuración de tres a cinco años, al término del cual, si persistiesen las pérdidas, habría que cerrar el hospital o enajenarlo al sector privado.

Señor director general, el mercado sanitario que ustedes plantean (por lo menos yo tengo la convicción de que el marco de la reestructuración, al igual que en la empresa productiva —no de servicios públicos—, lleva los elementos que he mencionado) está suficientemente identificado en otros países. Cuando ustedes se amparan en congresos, en reuniones de expertos, evidentemente, nuestro país tiene, una vez más, la desgracia de ir a la cola en procesos en los que otros están de vuelta, y es que el mercado en el terreno sanitario está absolutamente identificado. La selec-

ción de riesgos, la desintegración y la fragmentación del sistema sanitario, el aumento de los costes administrativos y de gestión y los problemas generales de la competencia en sanidad suponen incrementar la demanda de servicios necesarios, aumento de utilización inadecuada de la tecnología y problemas derivados de la asimetría de la información y de la inducción de la demanda por los proveedores. Todo eso está suficientemente constatado; está suficientemente constatado qué ha sucedido en la sanidad inglesa en los años de gobiernos conservadores. Yo tenía esperanzas de que el Gobierno laborista lo modificara —ya veremos—, pero no parece que las cosas vayan decididamente en ese camino. Las cargas por prescripción en los años de gobiernos conservadores pasaron de 25,4 a 53,6 millones de libras entre los años 1979-83; el número de camas se redujo de 8,1 a 5,1 y el sector privado pasó del 5 al 10 por ciento, y del 40 al 60 por ciento de los ingresos de los médicos generales proceden de su capacidad de ahorro. Atención, señor director general, se han disparado las denuncias por mala praxis, se han disparado las denuncias de la aceptación del chantaje —contrario a cualquier principio deontológico—, que ustedes llaman participación de los profesionales en la gestión. E, Gran Bretaña, el 40 por ciento de los médicos generales han sido demandados por mala gestión.

Señor director general, quiero preguntarle, estrictamente, qué pasa con el estatuto marco. Es evidente que algunos de los objetivos explicitados en el acuerdo de la subcomisión parlamentaria —que, como usted sabe, mi fuerza política denunció— son las reducciones de plantilla, los planes de empleo, las jubilaciones anticipadas, en un marco general de desregulación de las relaciones laborales. Más allá de estos principios —no es una valoración subjetiva, sino letra impresa en el Congreso de los Diputados—, yo le pregunto en qué condiciones está el estatuto marco en estos momentos, qué pasa con las representaciones sindicales en su desarrollo y cuáles son las previsiones que tiene el Gobierno para enviar el proyecto de ley a esta Cámara. Al mismo tiempo, le pregunto por algo que en la prensa...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le recuerdo que ha sobrepasado su tiempo.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor presidente. Estoy terminando ya con las preguntas concretas. Terminó enseguida.

Por parte de altos cargos del Ministerio se ha anunciado la elaboración de un proyecto de ley de financiación selectiva de prestaciones sanitarias que, en teoría, tenía que entrar en esta Cámara en este periodo de sesiones. Yo le pregunto en qué condiciones está, porque evidentemente en un plan estratégico de esta envergadura la inversión de dinero público destinada a sanear la empresa va seguida de los recortes presupuestarios correspondientes. Y le hago una pregunta muy importante. Todo su proyecto se enmarca en lo que establece la Ley 15/1997, acerca de las nuevas formas de gestión. Como han dicho otros diputados, ustedes establecen posibilidades —la nueva palabreja para el hermoso idioma castellano es externalidades—; prevén contratos marcos para conciertos singulares y para medios móviles de diagnóstico y terapéuticos, mamografía, resonancia magnética, etcétera. v fijos: se plantean la creación

de unidades clínicas y su previsible gestión privada; se plantean las cooperativas u otro tipo de sociedades en el caso de la atención primaria. La pregunta concreta que le planteo, señor Bestard, es la siguiente: ¿Quién va a tomar las decisiones acerca de la implantación en uno u otro nivel asistencial, en uno u otro centro, de las nuevas formas de gestión? Porque, señor Bestard, la ley dice lo que dice, y supongo que ustedes defenderán que el Plan estratégico del Insalud se sitúa en el marco legislativo actual, aunque es más que dudoso. Es evidente que el Plan estratégico del Insalud plantea la extensión al conjunto del sistema sanitario de las nuevas formas de gestión. Yo le pregunto ¿quién va a tomar las decisiones? La Ley 15/1997 dice que los centros sanitarios, hospitales, etcétera, del Sistema Nacional de Salud podrán gestionarse bien directamente, como hasta ahora, o bien a través de las nuevas formas de gestión. ¿Quién lo va a decidir? Ustedes no han hecho el reglamento, ni parece que tengan mucha prisa en hacerlo, y hay un vacío reglamentario evidente. ¿Quién lo va a decidir, usted, los gerentes de los hospitales, los gerentes junto a los jefes de servicio, la representación sindical? Eso es algo que hay que decidir y que tiene la máxima trascendencia en este momento.

Quería terminar manifestando la rotunda oposición de mi grupo parlamentario a algo que no merece otro calificativo que el de montaje propagandístico para enmascarar los pasos intermedios necesarios en un proceso de privatización directa de la sanidad, y quiero terminar con unas palabras me han llamado la atención. Decía un asesor de la señora Thatcher: Nosotros creemos en la lucha de clases y pensamos ganarla. No sé si ustedes piensan ganarla, lo que es evidente es que están haciendo una reforma sanitaria contra la inmensa mayoría de la población, contra criterios de salud y de equidad, que son elementos fundamentales de legitimación del sistema y que, evidentemente, tiene unos beneficiarios claros para los que ustedes están trabajando.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA (Bestard Perelló)**: Señor presidente, señores diputados, señora diputada de Izquierda Unida. En cuanto a las referencias que ha hecho sobre el Plan estratégico y sus calificaciones, debo decirle que éste, como todos los planes estratégicos —y así aludo a las personas que han escrito sobre ellos, como el señor Mintzberg—, tienen un contenido que suele ser, en la mayoría de los casos, la mejora organizativa de las estructuras que pretenden mejorar. Por tanto, siento decirle que no estoy de acuerdo con esta diferencia o esta ambivalencia que usted hace entre los dos planes. Tengo que recordarle que nosotros somos una entidad gestora de la Seguridad Social y nuestra obligación es buscar los mejores mecanismos de gestión para dar la prestación adecuada y con la mayor calidad al ciudadano, que es para quien trabajamos. Entiendo que el Insalud necesitaba de un plan para la mejora de su organización y su gestión. Así ha sido también, según hemos entendido, la voluntad de otros servicios de salud del Estado español. va que desnúes de que el

Insalud, con nuestro presidente, presentara este documento público de planificación y de compromiso público, han tomado la misma iniciativa, y les felicito porque es un buen instrumento publico. Es decir, señores, tenemos que hacer esto y lo vamos a publicar para que pueda ser debatido. Lo vamos a publicar para que la gente lo conozca y vamos a abrir un plazo de alegaciones, de proposiciones de mejoras a los agentes sociales, agentes corporativos, agentes profesionales y a la Administración para que todo el mundo pueda introducir mejoras o puntos que se han podido quedar pendientes o elementos que no consideramos importantes y que tras la reflexión, discusión y el trabajo con nuestros grupos podemos incorporarlos. Además, decimos que este Plan va a ser revisado cada año, señora diputada. Es un ejercicio público, desde mi punto de vista, exquisito de compromiso con el ciudadano y con los profesionales del sistema sanitario, que nada tiene que ver con que no se hagan los planes de salud, porque son cosas diferentes. Era fundamental y necesario y así parece que lo entienden los demás directivos de los servicios de salud de algunas comunidades autónomas que también han iniciado el proceso de planificación estratégica de sus servicios.

Siento mucho no poder contestar a su pregunta en relación a cómo está el estatuto marco, dado que me consta que las personas encargadas de ello en el Ministerio están trabajando con mucho esfuerzo y dedicación en torno a este tema. En cuanto a la ley de financiación selectiva de los fármacos, tampoco puedo contestarle porque no está en mis competencias, pero reconozco que también se está trabajando con mucho esfuerzo y tesón.

En relación a quién tomará la decisión de que los hospitales vayan incorporando nuevas fórmulas organizativas y de gestión, tengo que decirle, y me entenderá, que hay dos niveles de toma de decisión. El primero lo conforman los profesionales del hospital. Si la Administración no tiene constancia clara de que son ellos los que adoptan la posición, la voluntad de mejorar su modelo organizativo y de adquirir autonomía, que es un compromiso frente a la sociedad y no como una desmembración de sistemas, ya que la personificación de los hospitales une a la sociedad con el sistema sanitario, no funcionará, así lo entiendo yo y algunos sociólogos a los que hemos consultado y nos han dicho que sí, que en los países en que se ha hecho los hospitales se han unido más a la sociedad. Por tanto, en esta alegación a las reclamaciones del Reino Unido que hacia usted, posiblemente tenga razón, pero también tengo que recordarles que en los años ochenta hubo un caso en la OMS que alarmó porque decían que en España había habido una epidemia de tuberculosis y lo que había ocurrido es que se habían generado los registros de tuberculosis. A lo mejor lo que está ocurriendo en Inglaterra es que al acercarse el hospital a la población, ésta ha tenido más oportunidad de manifestar su descontento en algunos puntos determinados, dado que se sentía más cerca de hospital. Los análisis que se hacen respecto a estos sistemas a lo mejor requerirían otros tan aceptados como el suyo, pero con otro punto de vista.

Señora diputada, estamos de acuerdo y así lo hemos repetido continuamente, en que el beneficiario último de la mejora organizativa de los hospitales en ningún caso tiene nada que ver con lo que me estaba comentando hace un rato

de las reconversiones. Esto es otra cosa, es intentar dar respuesta a esta demanda permanente de los centros sanitarios que no tienen capacidad organizativa, que no tienen, capacidad de incentivación y tenemos a muchos profesionales valiosos a los que no damos la oportunidad de motivarse y dar herramientas de gestión para motivar es lo que hace la sociedad cuando le da el título de cirujano, le da un bisturí, una herramienta para que pueda trabajar. En los hospitales queremos darles herramientas de gestión y organización para que puedan motivar a los profesionales y, desde luego, el último beneficiario es el ciudadano, es el usuario. **(La señora Mestro Martín pide la palabra).**

El señor **PRESIDENTE:** Por un minuto, señora Maestro; es consciente de cómo estamos de tiempo.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** De sobra, señor presidente. Simplemente quería reiterar dos preguntas que creo que han sido insuficientemente contestadas.

El señor **PRESIDENTE:** Concrételas, por favor.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Es evidente que la modificación de la estructura y funcionamiento de cualquier entidad social obedece a unos objetivos; el funcionamiento de algo se adecua al funcionamiento de unos objetivos, en función de la teoría de sistemas a la que usted ha hecho mención en su intervención. ¿A qué objetivos de salud pretenden responder estas transformaciones en la estructura, funcionamiento y organización del Insalud? En segundo lugar, quería saber si las previsiones acerca de conciertos singulares, unidades clínicas, etcétera, para medios de diagnóstico y terapéuticos y las cooperativas en la atención primaria, a juicio del señor director general de Planificación tienen cobertura legal, bien en la Ley General de Sanidad o bien en la Ley 15/1997.

El señor **PRESIDENTE:** Puede contestar, señor Bestard.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA** (Bestard Perelló): Señora diputada, los objetivos del Plan estratégico del Insalud creo que están explicitados suficientemente en el Plan pero, en grandes líneas, es la mejora organizativa, la mejora de gestión en los hospitales encaminada a incrementar la calidad de la prestación del servicio a la población. Nosotros hemos introducido un concepto, señora diputada, que creo que es innovador en España, y tengo que decirlo porque yo creo que es así, que es el concepto de calidad total; cuando hablamos de calidad total del Plan estratégico, y esto usted sabrá perfectamente, implica una protocolización de las actividades del hospital encaminadas como último objetivo hacia el paciente. Usted sabe perfectamente que en Estados Unidos, y en algún hospital de Alemania y de Suecia, se está trabajando en esta línea, porque los médicos participan en esta protocolización, y es una forma de garantizar esta calidad, este nivel de salud que tenemos que dar a la población.

Estuvo con nosotros el profesor Marchessi de Harvard, jefe del departamento de calidad asistencial en Harvard.

que es en este momento jefe de calidad del hospital Mont Sinaí, y nos alentó en el trabajo que estamos haciendo, porque en alguna medida entendemos que el nivel de calidad de los hospitales no basta con que lo fije la Administración sino que tenemos que implicar al profesional en la definición de este objetivo de calidad. Esto lo pone muy explícitamente el Plan estratégico: plan de calidad total. Además, que afecte a todo el personal del hospital, o a todo el personal del sistema sanitario, no solamente a los médicos, porque en el factor salud interviene fundamentalmente el médico pero no solamente él sino todo el personal que ha participado en el hospital.

También tengo que decirle, pues se me había olvidado comentarlo, que los planes de salud competen a las comunidades autónomas; por tanto, entiendo que nosotros, independientemente, señora diputada, de que estamos realizando análisis permanentes de nuestro CMBD, que está en cotas de realización muy importantes pues estamos superando el 80 por ciento —cuando llegamos no teníamos ni el 45 implantado—, que el análisis permanente del CMBD nos orienta hacia la morbilidad, hacia la atención que estamos realizando de los pacientes en el sistema; junto con otros sistemas de información periféricos de salud pública, obtenemos informaciones suficientes, pero independientemente de esto, los planes de salud, según la Ley General de Sanidad, competen a las comunidades autónomas.

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

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA:** Muy brevemente, señor presidente, quiero, en primer lugar, dar la bienvenida, en nombre del Grupo Popular, al señor director general y, en segundo lugar, hacer un par de reflexiones en voz alta, después de haber escuchado las respuestas que ha dado a los grupos parlamentarios solicitantes de la comparecencia.

Ciertamente tenemos que empezar diciendo que nos ha gustado el aspecto didáctico con que el señor director general ha esbozado la comparecencia, porque parece que cuando se habla de aspecto didáctico es un aspecto de menor cuantía o de género chico en el acto de las comparecencias. A nosotros nos parece que no. Nos parece que el afán didáctico que el señor director general ha puesto nos ha servido para esclarecer algunos puntos si no oscuros, al menos que estaban —en nuestro criterio— ciertamente desteñidos.

Por otro lado, contrariamente a otros planteamientos, no nos ha parecido el Plan estratégico ni la comparecencia un monumento a la obiedad ni un montaje propagandístico. Antes al contrario, nos parece que ha sido y es —tanto el Plan estratégico como la comparecencia— un compromiso de mejora explicitado hoy aquí, ante la Comisión, precisamente porque de la lectura que hace el Grupo Parlamentario Popular el Plan estratégico del Insalud parte del reconocimiento de los principios generales que identifican nuestro Sistema Nacional de Salud. Por razones de tiempo y para no cansar a SS.SS., sólo diré que ciertamente se recogen en la médula explicativa del Plan estratégico tanto la universalidad como la financiación pública, el aseguramiento público frente al riesgo de enfermar, la solidaridad v. nor sunuesto. la garantía de que los ciudadanos recibire-

mos el nivel de cuidados que precisemos a fin de restañar los estados de salud quebrantados. Por tanto, aunque solamente fuera por eso, de un análisis sereno y juicioso del Plan estratégico, del documento que hoy se explica y de las líneas básicas que el señor director general nos ha dado, no nos parece que sea ningún monumento a la obviada ni, desde luego, ningún montaje propagandístico. Ciertamente compartimos el concepto del director general referente a un término no muy claro relativo a la competencia regulada, y creemos que la definición y separación de las funciones de compra y provisión que el señor director general ha explicado, la necesidad de separar las funciones —quizá esto sea lo más importante— es fundamental para acertar en las responsabilidades de las mismas.

Por último, señor director general, quiero animarle a completar algunos aspectos que quizá no se han señalado en las intervenciones de los grupos respecto a la descentralización territorial, a redefinir, como se está haciendo, la alta inspección sanitaria —y me consta por las preguntas a las que he tenido respuesta por escrito del departamento— y a reforzar del Consejo Interterritorial de Salud, porque con independencia de los temas más o menos medulares o de discusión en el debate nos parece que estos tres aspectos podrían ser importantes a la hora de abordar íntegramente el Plan estratégico del Insalud, que hoy aquí el señor director general ha explicado, tanto en su elaboración y presentación como en los contenidos.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA** (Bestard Perelló): Señor diputado, agradezco muchísimo sus palabras y el apoyo de su grupo parlamentario. Tengo que decirle que estamos convencidos de que este plan ha introducido previamente los conceptos de mejora, de participación de los profesionales y de compromiso público de una líneas claras de actuación en función de que entendemos que tenemos que mejorar la gestión para poder mejorar luego de forma permanente los niveles de calidad del ciudadano.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director general, por su comparecencia.

— **DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE EL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN, CONVERGÈNCIA I UNIÓ. (Número de expediente 213/000433.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos la bienvenida al señor ministro de Sanidad y Consumo, que comparece ante esta Comisión para informar sobre el Plan integral de atención a la mujer. Dicha comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Catalán, Convergència i Unió. Para su exposición tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señor presidente, señorías, constituyo para mí un motivo de satisfacción comparecer, a petición del Grupo Parlamentario Convergència i Unió, para informar sobre el contenido del Plan integral de atención a la mujer, derivado del tercer Plan de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, así como de las acciones que se van a acometer en los próximos años para dar cumplimiento a los objetivos generales establecidos en el mismo.

El tercer Plan para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres ha sido elaborado por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y fue aprobado por el Gobierno el día 7 de marzo de 1997, y en el mismo se establecen 10 áreas de actuación para el período 1997/2000. Este plan está dirigido fundamentalmente a impulsar una política de igualdad de oportunidades para el avance social de las mujeres y promover su participación en todas las esferas de la vida social, desde una óptica de integralidad. Su contenido coincide en aspectos básicos y fundamentales con las recomendaciones surgidas en la IV Conferencia mundial de mujeres, celebrada en Pekín, así como con las orientaciones fijadas en el cuarto programa de Acción Comunitaria, aunque, como es lógico, con las necesarias adaptaciones a nuestra realidad económica, cultural, social y sanitaria, en su caso. Entre las 10 áreas que se incluyen en el tercer Plan de igualdad de oportunidades, lógicamente, figura el área sanitaria contemplada desde una visión integral que considera la salud de la mujer no sólo como la ausencia de enfermedad sino como el bienestar— emocional, social y físico, tal y como la propia Organización Mundial de la Salud preconiza. Entre los objetivos marcados dentro de esta área del Plan de igualdad están aquellos dirigidos a incidir en los diversos aspectos de la atención a la salud, desde la prevención hasta la asistencia, tanto en cuestiones específicas derivadas de la diferenciación sexual como de aquellas relacionadas con condicionantes culturales y sociales. Aunque en los últimos años se han conseguido mejoras en cuanto al acceso a los servicios de salud y a los programas de atención a la mujer dentro del sistema sanitario público, sin embargo, todavía es preciso reforzar las actuaciones tanto en las áreas asistenciales como en las de prevención y promoción de la salud y reorientar los servicios para poder atender las aspiraciones y demandas tanto de la mujer como usuaria de los servicios como de las personas de su entorno. Para ello es imprescindible conocer y analizar los cambios sociales que se están produciendo y las necesidades de las mujeres en relación a su salud. Precisamente con el objetivo de alcanzar los fines sanitarios y asistenciales establecidos en este tercer Plan de igualdad de oportunidades, el Insalud ha aprobado un Plan integral de atención a la mujer, a desarrollar durante el bienio que estamos empezando, 1998/99. El objetivo de este Plan de atención a la mujer es unificar, reforzar e impulsar actuaciones sanitarias dirigidas a mejorar la salud de las mujeres. Es decir, de una parte se trata de optimizar los recursos disponibles logrando la máxima coordinación al tiempo que se incorporan instituciones que realizan algún tipo de actividad asistencial o de promoción de la salud en relación con este colectivo, como es la Asociación Española contra el Cáncer, con la que se ha firmado un convenio de colaboración en el marco de este Plan integral de aten-

ción a la mujer; de otra parte, el plan está dirigido a desarrollar acciones específicas en aspectos que aún no estaban suficientemente contemplados en la carrera de servicios del Insalud.

Este Plan de atención a la mujer, que se ha puesto en marcha a primeros de enero de 1998, pretende impulsar las acciones de atención a la mujer tanto asistenciales como preventivas, rehabilitadoras o de promoción de la salud, que ya se vienen realizando por los centros sanitarios del Insalud, reforzar y ampliar algunos servicios que en estos momentos pudieran ser deficitarios, presentar de una manera integral el conjunto de acciones y dispositivos del sistema sanitario público en beneficio de la salud de la mujer, lograr la máxima coordinación de todos los recursos disponibles tanto técnicos como humanos, incorporando aquellas iniciativas de voluntariado social que están surgiendo en nuestra sociedad como, por ejemplo, las de la Asociación Española contra el Cáncer, con la que recientemente, como he dicho, hemos firmado un convenio de colaboración. Como he señalado, este Plan integral de la mujer se ha incorporado a los objetivos generales del Insalud en el bienio 1998-99, y, en consecuencia, se ha incluido en el contrato-programa de este año 1998 y se incluirá también para el próximo año 1999 y su ejecución supondrá una inversión adicional de 7.000 millones de pesetas para el Insalud. Este plan está constituido por cuatro programas específicos que cubren todas las necesidades sanitarias en el ciclo biológico de la mujer y que están dirigidos a mejorar la información sobre métodos anticonceptivos, a potenciar la atención integral en el embarazo, parto y puerperio, a intensificar los programas dirigidos a la detección y atención precoz del cáncer femenino, en especial los de mama, endometrio y cérvix, y a establecer cuidados específicos en la menopausia.

El programa para mejorar la información sobre métodos anticonceptivos tiene como objetivo favorecer la maternidad responsable y el embarazo deseado, lo que permitirá disminuir en la medida de lo posible el número de interrupciones voluntarias de embarazo. Para ello se ha incrementado la información que se proporciona en los centros de salud sobre los métodos anticonceptivos, así como el seguimiento de las mujeres que utilizan estos métodos. El programa va dirigido con carácter general a todas las mujeres en edad fértil, aunque las actuaciones se priorizarán en función de los colectivos de mayor riesgo o necesidad. La meta que nos hemos marcado es alcanzar una cobertura del 50 por ciento sobre las mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 49 años y que ascienden en el territorio del Insalud a 3.644.000.

Respecto al programa para potenciar la atención en el embarazo, parto y puerperio, como es sabido, la tasa de mortalidad materna en nuestro país se encuentra situada entre las más bajas de los países desarrollados y nuestro objetivo es mantenerla en estos límites e incluso si es posible reducirla, al tiempo que se desarrollan acciones específicas dirigidas a mejorar la atención en el embarazo, parto y puerperio. Por tanto, las acciones que incluye este programa se dirigen a mantener y a potenciar la educación y el consejo médico durante el embarazo a través de las unidades de psicoprofilaxis obstétrica, así como intensificar y protocolizar las exploraciones químicas y analíticas diri-

das a mejorar el estado de salud de la embarazada y el feto, a proseguir las actuaciones dirigidas a lograr que la pareja u otra persona de confianza acompañe a la mujer durante el período de dilatación, parto e incluso durante la expulsión, siempre y cuando las condiciones sanitarias de la madre y del recién nacido lo permitan; a extender de un modo progresivo la analgesia epidural durante el parto a todas las mujeres, ya que en estos momentos sólo se aplica al 40 por ciento de las que dan a luz en centros sanitarios del Insalud. Nuestra meta es alcanzar el cien por cien en el período de vigencia del plan. Este nuevo servicio consiste en ofertar a la mujer embarazada la analgesia siempre que su situación clínica lo permita. Lógicamente su aceptación será voluntaria, teniendo que suscribir el documento de consentimiento informado. En su implantación se está siguiendo un protocolo consensuado entre las sociedades científicas de ginecología y obstetricia y la de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor, que indican los criterios para realizar la analgesia, así como los recursos humanos para efectuarla. EL principal objetivo de la analgesia epidural es proporcionar a la madre un adecuado alivio del dolor sin poner en riesgo el binomio materno fetal. Por ello este servicio se ha prestado siempre por un médico especialista en anestesiología, así como por especialistas en obstetricia y ginecología, los cuales son los encargados de supervisar todo el proceso del parto. Dado que en los hospitales del Insalud se producen unos 100.000 partos anuales, consideramos que aproximadamente 80.000 mujeres podrán beneficiarse de este servicio cuando esté totalmente incorporado. La complejidad de la implantación de este servicio en los centros de la red hace que la misma deba aplicarse de una manera paulatina. Para ello se ha negociado durante los meses de enero y febrero con los gerentes de los hospitales dentro de la negociación de los contratos de gestión y el objetivo es que este servicio se inicie en los centros hospitalarios donde se atiendan más de 1.500 partos al año. Se estima que el coste de la implantación de la analgesia epidural para el bienio 1998-99, con un 80 por ciento de implantación, será de 1.292 millones de pesetas, siendo asumido dicho coste con cargo a las nuevas acciones, estando incluido ya en el contrato de gestión de atención especializada. Otras acciones son potenciar el seguimiento de la mujer embarazada, poniendo a disposición de los casos que sanitariamente sea necesario el diagnóstico precoz de posibles malformaciones mediante pruebas de amniocentesis, de acuerdo con el protocolo existente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, así como el consejo genético en los casos en que fuera necesario; protocolizar las visitas postparto incluyendo, junto a las exploraciones médicas precisas, recomendaciones pediátricas y consejo sanitario sobre higiene de la puerpera y alimentación tanto de la madre como del recién nacido, recomendando en todo caso la lactancia materna. La meta en estas actuaciones es ofertar la psicoprofilaxis obstétrica, la captación y valoración de la mujer embarazada y el seguimiento protocolizado durante el primer mes de postparto al cien por cien de las embarazadas captadas en el programa.

El programa para intensificar los programas dirigidos a la detección y atención precoz del cáncer femenino, en especial los de mama, endometrio y cérvix, quizá sea el más ambicioso de los cuatro que integran el plan y está diri-

gido a intensificar las actuaciones de detección y atención precoz en los distintos cánceres femeninos, en especial los que acabo de decir de mama, endometrio y cérvix.

La importancia del cáncer de mama viene dada por la tendencia creciente que presenta en España tanto en su incidencia como en la mortalidad asociada al mismo. En la actualidad esta incidencia varía entre 40 y 75 por 100.000 mujeres, siendo el tumor maligno más frecuente en la población femenina española, y constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de mortalidad de 28,2 por 100.000, lo que representa el 18,4 por ciento del total de muertes por cáncer en mujeres. El objetivo de este programa es ofertar la realización de mamografías de *screening* periódicas a las mujeres en edades comprendidas entre 50 a 64 años, que ascienden a 1.156.000. Para ello el Insalud está realizando una campaña de captación de mujeres en edad de riesgo a través de su red de atención primaria, garantizando una rápida respuesta hospitalaria en caso de sospecha de patología, lo que irá unido a una amplia difusión del programa en los medios de comunicación. El desarrollo del programa se efectúa en coordinación con las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas. En cada área de salud se designará un coordinador que ejercerá la dirección técnica del programa, lo que permitirá obtener la máxima rentabilidad y optimización de los recursos disponibles. En estos momentos se están ultimando últimos detalles para su entrada en funcionamiento, perfilando todos los circuitos dentro del Insalud para garantizar que una vez que la mujer ha recibido la citación para el programa todo funcione adecuadamente, sin demora en el caso de que hubiera que implantar tratamiento quirúrgico y/o oncológico. El coste estimado de este programa es de 1.322 millones de pesetas para el bienio 1998-99.

El cáncer de endometrio es el segundo en orden de frecuencia de los cánceres ginecológicos, después del de mama. Con el objetivo de potenciar su detección precoz se van a realizar pruebas diagnósticas sobre un total de 2.637.000 mujeres con edades mayor o igual a 50 años. Esto supone alcanzar una cobertura del 75 por ciento de detección precoz para el año 1999. Para ello el Insalud incluirá en su cartera de servicios actuaciones específicas dirigidas a la detección precoz del cáncer de endometrio mediante las pruebas clínicas y las exploraciones correspondientes.

El cáncer de cérvix uterino presenta en España una incidencia muy baja, de 4 a 10 casos por cada 100.000 mujeres, lo que sitúa a nuestro país entre los de menor incidencia en el mundo. La mortalidad es de 2,5 por 100.000 mujeres. El objetivo es detectar precozmente este tipo de cáncer mediante actuaciones dirigidas en esta fase al 50 por ciento de las mujeres con edades comprendidas entre 35 y 64 años, por lo que las pruebas de diagnóstico precoz se realizarán sobre un total de 2.542.000 mujeres. Todas estas actuaciones permitirán el diagnóstico precoz de este tipo de neoplasias y facilitarán el tratamiento médico-quirúrgico que en cada caso sea preciso, lo que conducirá a una disminución de la mortalidad por estas causas y a una mejora en la calidad de vida de las pacientes afectadas como consecuencia de un tratamiento precoz adecuado.

Respecto al programa para establecer cuidados específicos en la menopausia, en la etapa biológica de la meno-

pausia la mujer demanda una atención sanitaria específica, en ocasiones debido a un desconocimiento de las variaciones hormonales que se producen en el climaterio y de sus consecuencias naturales, y en otras ocasiones por una sintomatología concreta relacionada con estas variaciones y que requiere el adecuado consejo médico y tratamiento. Los expertos coinciden en que el 80 por ciento de las mujeres superan esta etapa biológica sin necesidad de apoyo médico, aunque insisten en que es preciso proporcionar una correcta información sanitaria sobre las nuevas condiciones y los cambios que se están produciendo en la mujer. Por ello se están desarrollando programas encaminados a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y a la prevención de los problemas ligados a esta situación, siendo los criterios definidos por la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y en especial los que hacen referencia al tratamiento de la osteoporosis en la menopausia. En base a estos criterios se recomendará la administración de terapia hormonal sustitutiva en aquellos casos en que sea necesario. El programa se viene desarrollando por los equipos de atención primaria del Insalud y se va a establecer un circuito de derivación a la asistencia especializada en aquellas situaciones que se definen en el protocolo sobre osteoporosis postmenopáusica elaborado por las sociedades científicas. El número de mujeres a las que se dirige este programa es de 892.000, con edades comprendidas entre 50 y 59 años. Los objetivos básicos del mismo están dirigidos a mejorar la calidad de vida en el climaterio, a abordar con rigor científico el tratamiento de la sintomatología grave del climaterio y a proporcionar estilos de vida y hábitos saludables que prevengan los problemas asociados a la menopausia. El coste aproximado del programa para el bienio 1998/99 es de 1.451 millones de pesetas.

En conclusión, señorías, estos son en grandes líneas los contenidos generales y las metas de los programas que se incluyen dentro del Plan integral de atención a la mujer elaborado por el Insalud y que ha comenzado a desarrollarse a primeros de este año 1998. A partir de los mismos, los equipos de atención primaria y los centros similares de asistencia especializada han procedido a la necesaria adecuación de los objetivos que se pretenden a las necesidades concretas de cada área o zona básica de salud, dando prioridad a aquellos programas incluidos en el plan en función de las necesidades concretas que en cada zona se presentan. En este ámbito de actuación, dentro de las actividades de prevención del sida en la mujer y bajo el marco del tercer Plan de igualdad de oportunidades, se ha firmado en 1997 un convenio específico entre el instituto de la Mujer y el Ministerio de Sanidad y Consumo para entidades específicamente dirigidas a la prevención del sida. Los aspectos fundamentales de esta colaboración se centran en la prevención del VIH en mujeres, en la educación para la salud a jóvenes, as como en la elaboración, actualización y distribución de materiales divulgativos. Para estas actividades se ha creado un grupo de trabajo constituido por el Plan nacional sobre el sida y el Instituto de la Mujer, cuyo objeto fundamental es la sensibilización del personal sanitario sobre las necesidades específicas de prevención en relación con el VIH-sida y atención de las mujeres que acuden a servicios sanitarios. Estas actividades se llevan a cabo mediante la realización de diferentes cursos, con su valoración

correspondiente, en diferentes comunidades autónomas dentro del Estado español. Por último, se realizará una revisión y actualización de la guía de salud *Mujer y sida*, en la que se incluirán conocimientos sobre el sida y mecanismos de transmisión del VIH, lucha contra la discriminación y recomendaciones para aquellas mujeres infectadas para mantener una mejor calidad de vida y cómo pueden proteger a otras personas de la enfermedad. El Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro de su estrategia de prevención del VIH-sida en lo que se refiere especialmente a mujeres, incluye la recomendación de la realización de la prueba del VIH a las mujeres embarazadas. Las mujeres deben recibir información adecuada sobre el sida y con su consentimiento es recomendable que se sometan a esta prueba diagnóstica. En esta línea se ha desarrollado un programa conjunto con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia desde hace más de un año y se sigue trabajando en la emisión de documentos técnicos y en reuniones científicas para mejorar esta estrategia. Quiero terminar, señorías, señalando que la disminución a tasas muy bajas de la transmisión madre-hijo del VIH debe ser un objetivo a nuestro alcance.

Muchas gracias por su atención y quedo a disposición de SS.SS., como no podía ser de otra manera, para atender cuantas preguntas quieran formularme en relación con este tema.

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

La señora **AMORÓS I SANS**: Señor presidente, ante todo, quiero agradecer al ministro su comparecencia, solicitada por el Grup Parlamentari Català, para presentar este Plan integral de atención a la mujer, puesto que nos interesan todas las iniciativas encaminadas a una mejor calidad de vida de todas y todos.

La salud de las mujeres incluye su bienestar emocional, social y físico y está determinada por el contexto social y económico, así como por sus características biológicas. Es importante conocer los cambios en las necesidades de las mujeres en relación a su salud y a las distintas etapas de la vida biológica de ésta. Señor ministro, en España las mujeres, especialmente las jóvenes, consumen cada vez más tabaco y alcohol, con los graves efectos que ello tiene para su salud. Así, un 50,9 por ciento consume alcohol con alguna frecuencia, de las que un 2 por ciento son bebedoras en alto o excesivo grado y un 24,5 por ciento de las mujeres declaran ser fumadoras habituales. Desearíamos saber si piensa el Ministerio iniciar alguna campaña para paliar estas consecuencias.

Otro tema que nos preocupa enormemente es el relacionado con la salud reproductiva de las mujeres. Las mujeres tenemos derecho a obtener la información y el acceso a métodos de planificación familiar y a los centros de servicios adecuados de atención a la salud reproductiva. La tendencia a tener relaciones a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados, así como el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, especialmente el sida. Señor ministro, trabajar en la educación sexual y reproductiva, en especial de los más jóvenes, es primordial y necesario, pues debemos tener en cuenta que en el último año hubo 47.832

interrupciones voluntarias del embarazo, de las cuales 6.598 fueron de adolescentes. Es un tema preocupante y sin duda el Ministerio debe adoptar soluciones médico-prácticas, pero la educación y la responsabilidad debe proporcionarse desde la familia y la sociedad. Nos gustaría que profundizase sobre este tema y nos adelantara si presuntamente va a dotarse este programa de educación sexual y reproductiva, si se va a llevar a término, y si hay voluntad, por ejemplo, de incluir los anticonceptivos mecánicos en las prestaciones farmacéuticas del sistema público de la Seguridad Social. Señor ministro, la maternidad es un bien social, pero la mujer tiene derecho a decidir cuándo quiere ser madre y, por consecuencia, a tener acceso a todos los medios sin coste económico para decidir cuándo quiere ejercer esta maternidad. El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y poner en práctica este derecho es un elemento esencial para sus vidas y su bienestar y para hacer posible su participación en todas las esferas de la vida pública y privada.

Señor ministro, otro tema también preocupante para esta diputada y su grupo parlamentario son los graves efectos que especialmente en los jóvenes producen los factores alimentarios, como la anorexia y la bulimia, que ocasionan serias consecuencias en la salud física y psíquica y que en muchas ocasiones, desgraciadamente, incluso acaban con su vida, llegándose a alcanzar unos porcentajes de fallecimiento en las mujeres de un 4,65 por ciento. En esta Comisión y en el anterior período de sesiones se aprobó una proposición no de ley encaminada a paliar, en lo posible, estos trastornos. Quisiera conocer las iniciativas desde el Ministerio encaminadas en este sentido.

Un tema de incidencia social es el relacionado con los riesgos y consecuencias de muchos tratamientos quirúrgicos que derivan en trastornos psicológicos, sobre todo cuando nos referimos a los derivados de las atenciones quirúrgicas de cáncer de mama o de útero, que implican un trastorno en la mujer por la necesidad de aceptar una realidad distinta al quedar mermada por parte de su fisiología. Es necesario contemplar una atención psicológica concreta en este campo, así como una formación específica de los profesionales que los atiendan. Quisiéramos conocer en qué sentido incluye el plan toda la atención psicológica en este campo, puesto que no sólo es la atención médica, sino también el seguimiento de esta enfermedad. Quisiéramos saber, si fuera posible, el dato más importante de este plan integral, que, como por desgracia ocurre siempre, es la dotación económica con que contará, si este plan será finalista o estará incluido en otras partidas y si se dotará específicamente a las comunidades autónomas que ya disponen de un plan, integral destinado a la mujer con fondos directos y específicos para que el plan que ya está en desarrollo tenga un buen funcionamiento.

Procurar todas las mejoras para una buena salud integral de la mujer es un beneficio para todas y todas. En este empeño el Grupo Parlamentari Català, estaría siempre al lado de las iniciativas que contribuyan a ello. Muchísimas gracias, señor ministro.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista. tiene la palabra la señora Mulet.

La señora **MULET TORRES**: En nombre de mi grupo parlamentario agradezco al señor ministro su comparecencia en esta Cámara hoy 30 de junio, último día del actual período de sesiones. Pero podría haberse ahorrado la comparecencia, ya que en su contenido es repetitiva con la que realizó en el Senado a petición del Grupo Parlamentario Socialista el día 10 de diciembre de 1997. En la misma, como consta en el «Diario de Sesiones», refleja la voluntad de recoger todas aquellas informaciones, consultas y previsiones para mejorarlo, pero del contenido de su comparecencia de hoy entiendo que no ha sido así, desgraciadamente. A pesar de ello, compartimos esa dotación de nuevos impulsos en políticas de salud pública basadas en su promoción y prevención, con la única finalidad de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los ciudadanos y, en el caso que nos ocupa, de las ciudadanas.

Sí quiero hacer constar que nuestro partido y nuestros sucesivos gobiernos ya tomaron medidas en este sentido y, por lo tanto, coincidimos con usted en que es preciso conocer y analizar los cambios sociales de las mujeres en relación a su salud. Pero nos gustaría que el Gobierno del Partido Popular profundizara más en el aspecto de la salud de la mujer, percibida siempre como una concepción global de la salud, teniendo en cuenta que las mujeres somos un colectivo que sufrimos desigualdades y a las que nos afectan muy directamente el desarrollo integral de la persona.

El cuidado de la salud es considerado en España como uno de los pilares básicos del Estado de bienestar y concita un amplio consenso social. La mayoría aboga por un Estado de bienestar maximalista, considerando que debe existir igualdad de oportunidad de uso ante igualdad de necesidad, y exigiéndolo como un derecho irrenunciable. En este sentido, el plan integral de atención a la mujer, del que usted nos ha informado, conllevaría un avance significativo de coordinación e implantación si de verdad abarcaba todos y cada uno de los aspectos básicos que influyen decisivamente en las necesidades sanitarias de la mujer, entendido y contemplado desde una visión integral y atendiendo, como usted ha dicho, a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.

Señor ministro, usted incide en que este plan va dirigido a atender los diversos aspectos de la atención de la salud, desde la prevención hasta la asistencia sanitaria, tanto en cuestiones derivadas de la diferenciación sexual, como en aquellas relacionadas con condicionantes culturales y sociales. Pero debo decirle que se contradice al aplicarlo y plasmarlo, ya que el plan sólo está integrado por cuatro programas específicos que, aunque muy importantes, sólo cubren las necesidades sanitarias del ciclo biológico de la mujer.

Nuestro grupo parlamentario ya en su comparecencia en el Senado reflejó la necesidad de que contemplara todos y cada uno de los aspectos de la salud, que entendemos importantísimos e imprescindibles, para que realmente se aborde desde una visión integral y se lo repetimos hoy. Siempre y en cada una de nuestras intervenciones le hemos facilitado nuestra colaboración y el consenso en temas de tanta relevancia, pero depende de la voluntad política del Gobierno y de los grupos que le apoyen para hacerlo una realidad.

Señor ministro, me gustaría que nos informara sobre una serie de cuestiones. En primer lugar, sobre el compromiso que adquirió de incluir 7.000 millones de pesetas adicionales en los Presupuestos Generales del Estado para abordar estos cuatro programas específicos, inversión que suponemos repartida en los Presupuestos Generales del Estado para 1998 y 1999. Quisiera que nos explicara en base a qué objetivos y cómo ha realizado el reparto en las distintas partidas presupuestarias para 1998 y qué previsiones tiene para 1999; en qué partida presupuestaria se ha consignado o englobado, qué incremento ha supuesto respecto a años anteriores y, a fecha de hoy, cuánto se ha invertido y en qué, con qué personal se cuenta en estos momentos y con qué medios; en qué fase nos encontramos al finalizar el primer semestre de aplicación, porque el plan se implantó —o debería haberse implantado— en enero de 1998, así como si se han implantado todas las fases. Supongo que entenderá nuestra dificultad para poder analizar con rigurosidad las distintas partidas presupuestarias y realizar un seguimiento estricto del incremento anunciado.

¿Sabe usted cómo se denomina a este Plan integral de atención a la mujer? Se le denomina: tres telefonistas y una centralita. De momento, y a la espera de los resultados de las evaluaciones pertinentes, entendemos que este plan no supone modificación o ampliación de actuaciones, más bien al contrario. Existe una gran falta de concreción, divagaciones en su organización y gestión y está plagado de ambigüedad en este aspecto organizativo, lo que hace que se pueda poner en duda su viabilidad.

Respecto al programa de prevención del cáncer ginecológico, en el número 6, del apartado de organización y gestión, se anuncia que son varias las instituciones que deben intervenir en su organización. ¿Cuántos convenios y cuáles son las instituciones que han firmado con el Insalud para colaborar en su aplicación?

Señor ministro, todos conocemos datos y cifras, las manejamos, pero también debemos abordarlas con la máxima seriedad. Coincidimos con usted al decir que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer de las mujeres y que su detección precoz podría evitar hasta un 50 por ciento de estos fallecimientos. Sin embargo, nos preocupa que entre un 70 o un 80 por ciento de los casos que se descubren sea de manera casual. Tenemos constancia de mujeres que llevan más de un año en lista de espera para la realización de una mamografía, que la han solicitado y que después de un año todavía no se les ha atendido. ¿Qué va a suponer —mejor dicho, qué supone— la aplicación del plan? ¿Podemos contestar a estas señoras que a la máxima brevedad se las atenderá, o tendrán que esperar más?

Señor ministro, también en este sentido las últimas estadísticas hacen referencia a que el colectivo de mayor riesgo, las tasas más altas, se dan en mujeres con edades superiores a los 60 años. ¿Cuál es la voluntad del Ministerio de ampliar el intervalo por arriba hasta los 69 años? Usted sabe que le hablo de una evidencia científica. A esta edad la evolución es más lenta pero se tiene un mayor riesgo de sufrir la enfermedad. ¿Qué piensa hacer con respecto a estas mujeres de edad más avanzada? ¿Las abandonamos a su suerte?

También llama poderosamente la atención que este planteamiento no ofrezca y notencie el anovación psicológico a

las mujeres que han sido tratadas de un cáncer ginecológico. Pensamos que debería invertirse en esta finalidad y que se debería hacer en colaboración con las propias asociaciones de mujeres. Ya le advertimos, en su anterior comparecencia en el Senado, de esta necesidad. ¿Ha hecho algo al respecto, o definitivamente no lo contempla?

En cuanto a la atención al embarazo, parto y puerperio nos gustaría que, aparte de otras cuestiones que se nos puedan plantear, nos informara sobre el porcentaje de aplicación de la analgesia epidural. ¿Con qué medios y con qué recursos cuenta? ¿Cuáles son las provincias con mayor implantación? ¿Cuántos partos se han realizado aplicando analgesia epidural en el primer semestre y cuántas de las solicitudes realizadas se han atendido? ¿Cuál es la relación y el porcentaje de partos realizados con analgesia epidural respecto a los años 1996 y 1997? Asimismo, nos gustaría que nos informara de la implantación de la píldora RU-486 desde la aplicación del plan, teniendo en cuenta la aprobación en esta Comisión de una proposición no de ley en este sentido.

Tenemos información, que usted puede verificar o clarificar, sobre qué está ocurriendo en los presupuestos destinados al servicio de planificación familiar. Tenemos conocimiento de que han sufrido una rebaja importante, rebaja que va en menoscabo de estos centros. Por nuestra parte, nos gustaría que se impulsara y mejorara la oferta de servicios y que se ofreciera, ante todo, asesoramiento sobre el comportamiento sexual.

Usted ha hablado sobre la enfermedad de transmisión sexual que tiene los efectos más devastadores en estos momentos: el sida.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya concluyendo, señora Mulet.

La señora **MULET TORRES**: Voy concluyendo, señor presidente.

Se prevé que para el año 2000 el 50 por ciento de las personas infectadas sean mujeres.

Respecto a estos programas y acciones que el Gobierno va a realizar o está realizando en la lucha antisida, me gustaría que explicara cómo se contempla la acción dirigida a las mujeres, en especial a las embarazadas, y si en la realización de las pruebas a éstas se tiene en cuenta el consentimiento informado y la confidencialidad. Quisiera saber si el señor ministro considera lícitas estas pruebas sin estas dos consideraciones y cuánto va a invertir en recursos y medios para salvaguardar las dos premisas.

Esta semana se está celebrando el XXII Congreso mundial en Ginebra y los expertos coinciden en que la prevención sí da resultados, siempre que existan intervenciones contundentes. ¿Qué medidas van a tomar a ese respecto?

Ustedes, el Gobierno actual, han presentado un plan integral que no contiene nada nuevo, así se reconoce en sus objetivos. Hablan de reforzar servicios que ya estaban implantados con anterioridad, aunque también tengo que decirle que, de momento, nos parece importante y que por algo se empieza, si es verdad que se lleva a cabo. Pero debo recordarle, una vez más, que obvia y no contempla aspectos de salud de la mujer que también son importantísimos, así se lo dijimos en su comparecencia en el Senado. Se

deben impulsar campañas generales de educación sanitaria, atender nuevas enfermedades como la anorexia y la bulimia, no aborda tratamientos de infertilidad, no plantea con decisión la aplicación de la píldora RU-486. ¿Por qué el plan, aunque usted dice que se basa en las orientaciones de la IV Conferencia de Pekín, no recoge las recomendaciones que se hacían sobre el aborto?

En salud laboral, las alteraciones psicosomáticas, el estrés, la atención psiquiátrica y la atención a la salud mental, el plan debería ser más ambicioso, señor ministro, y recoger como mínimo las actuaciones y las iniciativas que en el área de salud contempla el tercer plan de igualdad de oportunidades que aprobó su Gobierno en 7 de marzo de 1997 —usted acaba de verificarlo—. La salud laboral, las alteraciones psicosomáticas, el estrés, la predisposición a sufrir accidentes...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Mulet, por favor, termine.

La señora **MULET TORRES**: Acabo enseguida, señor presidente.

Hasta hace poco tiempo se estudiaban preferentemente los riesgos asociados al trabajo que realizaban los hombres, sin embargo, hoy día hay que ampliarlo a las mujeres, ya que estamos diversificando nuestro trabajo dentro del mundo laboral.

Después de lo acordado en el informe de la subcomisión de Sanidad en el apartado de aseguramiento y prestaciones, en el que se instaba al Gobierno a reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan sus miembros a los enfermos crónicos y ancianos, ¿pretende relegar a la mujer al cuidado de los mayores? De ser así, señor ministro, provocaría un gran retroceso en los avances que en este sentido han venido produciéndose en las últimas décadas. De ser así, ampliaría la diferencia en favor de los varones que viene reflejándose a través de la historia en una menor participación femenina en el mercado de trabajo. En comparación con los países de nuestro entorno, destaca la baja participación de la mujer española en el trabajo remunerado, la segregación ocupacional de la mujer, la fuerte concentración femenina en ocupaciones que requieren poca calificación...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Mulet, atégase a la cuestión, porque estamos haciendo un debate que no es sobre el Plan integral de atención a la mujer.

La señora **MULET TORRES**: Me parece que va todo en el mismo sentido, señor presidente, pero acabo enseguida.

El señor **PRESIDENTE**: Desde el punto de vista estrictamente sanitario, usted sabe que no.

La señora **MULET TORRES**: Para finalizar, consideramos que el plan bienal es una experiencia excesivamente corta para que los resultados de las distintas evaluaciones puedan tener rigurosidad y fiabilidad en cuanto a la viabilidad de aplicación en relación con la mejora de la prevención en la asistencia sanitaria. Entendemos que el plan

debería tener una mayor continuidad. ¿Después de 1999, qué, señor ministro?

Muchas gracias, señor ministro por su comparencia y muchas gracias, señor presidente,

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

La señora **FARALDO BOTANA**: Señor presidente, brevemente, dado lo avanzado de la hora.

En primer lugar, señor ministro, mi grupo quiere felicitarle por la oportunidad de haber elaborado por primera vez un plan integral de atención a la mujer que consideramos que sí profundiza en la salud de la mujer y responde a las necesidades y demandas específicas que de los servicios sanitarios determinan las diferentes etapas biológicas en la mujer.

Este plan integral tiene el mejor de los objetivos, como es unificar, reforzar, impulsar actuaciones sanitarias dirigidas a mejorar la salud de las mujeres, porque si bien es verdad que en los últimos años se habían iniciado actuaciones en este sentido y se habían conseguido mejoras en el acceso de las mujeres a la atención sanitaria, era necesario reforzar actuaciones y darle un carácter integral, así como desarrollar acciones específicas en aspectos que no estaban suficientemente contemplados en la cartera de servicios del Insalud, logrando para ello algo que nos parece fundamental, como es la mejor coordinación entre el Insalud y las comunidades autónomas, evitando duplicidades innecesarias existentes, mayores tiempos de espera, etcétera, que pueden generar una notable angustia sobre todo en las mujeres cuando tienen sospecha de patología. Queremos destacar que al tiempo que se trata de optimizar los recursos disponibles en el sistema sanitario se incorporan instituciones que realizan actividades de promoción de la salud en relación con este colectivo, además de esa partida adicional de 7.000 millones.

Desde un análisis de la situación actual del proceso enfermedad, nos ha descrito los objetivos de cada uno de los cuatro programas, sin olvidar que cada acción viene acompañada de una serie de actuaciones y de la descripción de la gestión y de la organización que se pretende llevar a cabo de los recursos existentes.

Compartimos con usted que el programa más ambicioso de este plan integral es la prevención de los diferentes tipos de cáncer ginecológico, y en especial del cáncer de mama, por ser el tumor maligno más frecuente en la población femenina y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, deseamos que obtenga en su gestión el mismo éxito que ya había obtenido en Galicia, tanto en la participación del colectivo afectado, como en los bajos tiempos de espera entre procesos, así como el alto grado de satisfacción por parte de las mujeres en la atención recibida por los servicios sanitarios.

Quiero insistir —y así lo han hecho las dos portavoces anteriores— en la importancia de una atención integral en el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico, potenciando el apoyo psicológico a las mujeres. Compartimos con usted las actuaciones que se ha marcado su Ministerio tanto para mejorar la información sobre métodos anti-

menopáusicas. De su eficacia y acierto estamos seguros de que muchas mujeres se van a beneficiar.

En el programa que hace referencia a la atención del embarazo, parto y puerperio, etapas importantes en la vida de la mujer, esta Comisión había aprobado una propuesta de mi grupo para que en ese momento fuera compartido con la pareja. Usted nos ha expresado su voluntad en atenderlo y, en definitiva, el grupo se lo agradece y apoya, en la medida que sea posible, extenderlo y generalizarlo, evitando cualquier riesgo de dificultad añadida.

Nos parece también de gran interés el esfuerzo que se está realizando para sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la necesidad de incorporar el punto de vista de la mujer a la asistencia sanitaria dada la diferente problemática que representa, como lo ponen de manifiesto los convenios que han dado lugar a una serie de actividades formativas, firmados en colaboración con el Instituto de la Mujer, tanto por el Instituto Nacional de la Salud, como por el Instituto de Salud Carlos III, independientemente del específico sobre la prevención del sida, y por la Escuela Nacional de Salud.

Para terminar, señor ministro, y en aras a la brevedad, nuestro grupo venía reclamando la necesidad de atender el área de salud de la mujer buscando la eficacia, eficacia que no dudamos se va a obtener, porque nos parece que no sólo ya se desprende de que por primera vez se haya hecho un plan integral de la mujer, sino porque también en él se han contemplado todas las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos.

Por todo ello, señor ministro, sepa que cuenta con el apoyo del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señoras y señores diputados, señora Amorós, le agradezco mucho que haya tomado esta iniciativa y que nos haya dado la oportunidad de celebrar aquí este debate. Creo que S.S. coincide básicamente en la oportunidad de este plan y en la conveniencia de haberlo acometido. Naturalmente, no pretende ser exhaustivo ni que todo lo que se haga en relación con los problemas de salud de las mujeres necesariamente tenga que estar comprendido en este plan. Usted se refirió al tema del tabaco y del alcohol y convendrá conmigo en que ese no es un problema relacionado con el ciclo biológico de la mujer, aunque no deja de ser motivo de preocupación para nosotros. Nos estamos ocupando de ese tema, como lo hacen las comunidades autónomas; lo que hemos hecho este año ha sido incrementar sensiblemente los recursos que se destinaban a estas finalidades y llegar a acuerdos con las comunidades autónomas para impulsar programas relacionados con la salud pública, también éstos relacionados con el tabaco y el alcohol, de forma que entre todos podamos avanzar en la lucha contra esos problemas.

En el territorio del Insalud, con independencia de todo lo demás, permanentemente hacemos campañas de educación sanitaria, a través de la radio básicamente, como medio de comunicación capaz de llegar a muchos ciudadanos. con mensajes informativos y educativos en estas mate-

rias y no nos olvidamos de esos problemas que tanto tienen que ver con la salud.

Como sabe S.S., la financiación del plan son 7.000 millones adicionales sobre lo que venían siendo los recursos dedicados por el Insalud a estas necesidades. La anorexia y la bulimia son también —como no podía ser de otra manera— motivo de preocupación para nosotros. El Ministerio y el Insalud están implantando el mandato del Parlamento sobre esa cuestión; las acciones fundamentales están basadas en la coordinación, atención primaria y atención especializada, que ya han comenzado en distintas áreas sanitarias para prestar a esta problemática la atención especial que merecen. El plan se centra en la información en relación con los anticonceptivos. Le puedo decir que se centran en la información sobre métodos anticonceptivos realizada por el médico de atención primaria, que debe aconsejar a la mujer el método más adecuado en razón de sus circunstancias personales; a nuestro juicio esa información debe ser personalizada y no se contempla realizar campanas de otro tipo en relación con esa cuestión.

También doy mucha importancia a la atención psicológica, y creo que a eso sí me referí en mi intervención, como un acompañamiento que tienen que tener estas mujeres cuando son objeto de algún tratamiento de esta naturaleza; creo que eso forma parte de las buenas prácticas clínicas que tienen lugar en los servicios sanitarios españoles y pienso que en los del Insalud también.

Por lo que se refiere a mayores recursos a favor de las comunidades autónomas para estas necesidades, son estos a los que me he referido antes en el ámbito de la salud pública, que ciertamente sí los ha habido, como ha habido aumento de recursos en relación con el sida, de los cuales hemos hecho partícipes a las comunidades autónomas, pero no podemos desconocer que los sistemas generales de financiación de la sanidad han sido también objeto de una consideración cuidadosa por parte de este Gobierno y los presupuestos del Sistema Nacional de Salud, que llegan a todas las comunidades autónomas, se han incrementado este año en relación con lo que hubiera sido el crecimiento normal de la financiación, según el modelo anterior, en una cifra del orden de los 200.000 millones de pesetas que seguro que a todos nos está permitiendo mejorar nuestros servicios y dar una mejor atención a los ciudadanos, a quienes cada uno tenemos que atender.

Quiero decir a la señora Mulet que si tengo que informar sobre el Plan integral de atención a la mujer tendré que decir cosas bastante parecidas en el Congreso y en el Senado. Nosotros también partimos de esa concepción global de la salud a que se refiere S.S.; creemos en ese desarrollo integral. También estamos de acuerdo con el cuidado de la salud en condiciones de equidad, tal como afortunadamente tiene lugar en nuestro país. Por cierto, este es un aspecto que estamos mejorando, porque no vale de mucho decir que las prestaciones son totales y universales y que todo el mundo tiene derecho a ellas si después no se dan en unos plazos determinados, porque eso perjudica mucho la equidad. Los que tenían que esperar más de dos años son los más perjudicados por las inequidades del sistema. Ahí había una inequidad muy grave, que afortunadamente estamos tratando de corregir para que nuestro modelo sea realmente equitativo v. siendo equitativo. cumpla su función

de cohesión social tan necesaria y que tanto identifica a las sociedades modernas en occidente.

Tenemos voluntad política de hacerlo todo lo mejor posible en materia de sanidad y no sólo ejecutar este plan, que hay que hacerlo, sino también que los servicios funcionen de la mejor manera posible y atiendan todos los problemas de salud de la población, a la que tienen que asistir en las mejores condiciones. Y este plan es compatible con todo lo que se hace, conectado o desconectado con él, en los servicios de salud de cada una de las instituciones que los tienen a su cargo. Lo cierto es que este plan supone un aumento de las dotaciones para estas finalidades sobre lo que venían siendo las dotaciones anteriores de esa cifra de 7.000 millones de pesetas. Aquí podría yo cansarles a ustedes con las cifras, muy pormenorizadas, de lo que son las diferencias entre el coste para el bienio 1998-1999, lo que hubiera sido el coste sin las previsiones del plan, y lo que suponen los incrementos, según el plan, para el bienio 1998-1999: exploraciones más ecografías; si se iban a gastar 485 millones, se van a gastar 426 millones más. Y así podría, y lo hago con mucho gusto si ustedes me lo piden, desglosar el importe de las cantidades adicionales que se dedican a este plan y que suponen esos 7.000 millones de pesetas, repartidos en capítulo 1, de personal; capítulo 2, de material; capítulo 4, del gasto farmacéutico, porque después cada gasto tiene que ir al capítulo correspondiente, según la estructura de los presupuestos. Pero ahí estarán singularizadas estas partidas, sin que haya el menor asomo de pretender engañar a nadie, lo que no tendría sentido ni es ni de lejos nuestro propósito.

De modo que decir que este plan son tres telefonistas y una centralita es querer hacer una frase demagógica, como tantas otras a las que estamos acostumbrados. EL plan son mamografías a dos millones de mujeres, exámenes ginecológicos correspondientes y todo lo que he tratado de relatar. Ya me hubiera gustado a mí que se hubieran hecho muchas más cosas de esas antes, porque seguramente algunos de esos problemas que ahora aparecen, y que son muy difíciles de solucionar, no aparecerían en esas condiciones si estas iniciativas se hubieran acometido con anterioridad, porque venir aquí a decir que el 70 por ciento de estos cánceres de mama se encuentran de una manera casual... se encuentran de una manera casual porque no está en vigor un plan de estas características; ojalá hubiera estado en vigor desde hace ya algún tiempo y, por lo tanto, no ocurriría así.

Creo que nosotros hemos actuado con la máxima diligencia posible, lo hemos puesto en práctica y vamos a hacer mamografías a todas las mujeres comprendidas entre 50 y 64 años. Y a esas señoras que se les encuentra de una manera casual, les tendremos que decir: nosotros hemos puesto en marcha un plan para que eso no vuelva a ser de manera casual, y para las mujeres comprendidas en estas edades, vamos a hacer esta operación de *screening*, porque son las edades en que está aconsejada una actuación de este tipo, lo cual no quiere decir que los servicios ginecológicos del Sistema Nacional de Salud no funcionen lo mejor posible y traten de evitar que nada sea por casualidad en el manejo de estas cuestiones sanitarias. Lo cierto es que nosotros a todo eso hemos añadido este plan, que permitirá ese *screening* o mamografía generalizada a las mujeres

comprendidas en las edades de 50 y 64 años, que son las más indicadas y según los consensos internacionales las más seguras, para este tipo de operaciones, en las que está justificada una acción de esta naturaleza. La fiabilidad de la mamografía en esas edades y la rapidez en la evolución de los tumores en esas edades hacen que sea aconsejable la utilización de esta técnica y de esta práctica que estamos implantando en nuestro país con esta finalidad. Tampoco abandonamos a su serte a las mujeres de más de 64 años. Una cosa es que no resulte indicado hacer una operación de *screening* y otra cosa es que todas las mujeres no estén acogidas y cubiertas por nuestros servicios sanitarios de la mejor manera posible.

Por lo que se refiere a las mamografías le comentaré algunos datos más en relación con lo que usted me pedía. Naturalmente se pone en marcha este plan, lo cual permitirá que a todas las mujeres comprendidas en esas edades se les haga una mamografía en este período de tiempo al que me acabo de referir, que naturalmente va a permitir bajar significativamente la lista de espera de mamografías. Las mamografías u operaciones *screening*, móviles o fijas, se van a realizar con la Asociación contra el Cáncer. Las mamografías en el Insalud se realizarán sólo para el diagnóstico de patología, con lo cual la lista de espera se reducirá sensiblemente.

Respecto a otras preguntas que me hacía usted en relación con la analgesia epidural, le diré que hasta el año 1998, señorita, sólo dos hospitales hacían analgesia epidural, el hospital «Miguel Servet», de Zaragoza, y el de la Arrixaca, de Murcia; en los demás hospitales era prácticamente inexistente. El programa ha comenzado en marzo de 1998 que es cuando se firmó el contrato de gestión con los responsables de las distintas áreas de salud. Los últimos datos disponibles más relevantes, de 31 de marzo, son: en el hospital de Barbastro, en Huesca, se está haciendo la anestesia epidural al 22 por ciento de los partos; en Valdecilla, de Santander, al 27 por ciento; en el de Mirada de Ebro, al 73 por ciento; en el de San Millán, de La Rioja, al 52 por ciento; en el Doce de octubre, al 14 por ciento. Hasta el año 1998 sólo en dos hospitales se hacía analgesia epidural.

Convenios con las comunidades autónomas. Además de con la Asociación Española contra el Cáncer, ya se han suscrito convenios con Asturias, con Baleares, con Cantabria, con La Rioja, con Extremadura y con Ceuta y están a punto de firmarse con Madrid, con Murcia y con Melilla. Las comunidades autónomas con las que, en principio, no vamos a hacer convenios son Castilla y León y Castilla-La Mancha, no porque nosotros no lo deseemos, sino porque no quieren las comunidades autónomas citadas.

La atención psicológica y psiquiátrica se han excluido del plan de atención especial ya que éste contempla, como antes dije, sólo las atenciones biológicas propias de la mujer, la atención psicológica, como es natural, se dará con el dispositivo común.

Señora Mulet, en materia de sida seguro que podemos hacer más cosas, pero lo que hemos hecho ha sido incrementar los presupuestos un 300 por ciento sobre los que recibimos. Hemos dedicado 2.000 millones de pesetas más a la prevención del sida y eso significa el 300 por ciento más de lo que se venía dedicando, que creo revela la prioridad que damos a esta cuestión. y no digo que gracias a esto.

porque no es sólo gracias a esto, pero gracias a esto también y a todo lo que se venía haciendo en el pasado, afortunadamente el número de nuevos casos de enfermos de sida está disminuyendo —el 20 por ciento el año 1997 sobre el año 1996— y también desciende muy significativamente el número de muertes por esta enfermedad, habiendo en alguna comunidad autónoma reducciones del 50 por ciento en el número de defunciones por esa enfermedad.

Respecto al papel de la mujer tengo el mejor concepto y le voy a hacer una recomendación que usted me va a agradecer. Lea, por favor, un ensayo del profesor Pérez Díaz, que acaba de salir en la revista *Claves*, del mes de junio, y que tiene ideas interesantísimas sobre el papel de la mujer en la sociedad moderna, reclamando para la mujer, y con ventaja para el conjunto de la sociedad, un papel creciente en la vida política, a la que seguramente podría traer muchas ventajas sobre el estilo agresivo, violento y desabrido que tienen los hombres en muchas ocasiones. También pide para ella un papel muy relevante, no es que lo pida, es que lo justifica científicamente como un buen sociólogo que es. Seguro que me agradece este consejo si lo sigue y lee este trabajo del profesor Pérez Díaz.

También cree que una mejora de la posición de la mujer en el manejo y en la dirección de las empresas haría que éstas se comportaran en condiciones más eficientes y con mejores resultados, porque las empresas estarían tratadas no como máquinas sino como plantas, y creo que eso sería muy ventajoso para las condiciones de los trabajadores, de las empresas y los resultados del trabajo de esas empresas, que seguro serían mejor siendo tratadas como plantas que no como máquinas. A mí me gustó mucho esa imagen y creo que me agradecerá se lo recuerde en la mañana de hoy.

Por lo demás, después del año 1999 naturalmente que se seguirá trabajando en la atención a la mujer y en la lucha contra las enfermedades que le afectan más gravemente; eso seguro que lo haremos nosotros o los que gobiernen en aquel momento.

Muchas gracias. **(La señora Mulet Torres pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Señora Mulet, ¿para qué me pide la palabra?

La señora **MULET TORRES:** Es solamente un minuto.

El señor **PRESIDENTE:** Pero un minuto, no me haga como durante su intervención, que ha sobrepasado en tres veces su tiempo.

La señora **MULET TORRES:** Simplemente me gustaría, señor ministro, entendiera que mi grupo parlamentario veía esta sesión como una comparecencia que se lleva a cabo después de seis meses de implantación del plan integral de atención a la mujer, y como tal, esperábamos que su contenido tuviera por finalidad explicar cómo se estaba desarrollando y cómo se va a desarrollar el mismo.

En segundo lugar, me gustaría que las preguntas que le he hecho —en su contestación no ha sido muy conciso— me las mandara por escrito.

También quiero decirle, señor ministro, que no se puede hacer demagogia con la salud y mucho menos con los grupos más vulnerables. Existe un estudio sobre las desigualdades en salud que ha publicado el Ministerio de Sanidad, y se ha realizado por un gabinete de expertos y bajo la dirección de Vicente Navarro. Este estudio se inició en la etapa socialista, se ha publicado en la actualidad y en uno de sus apartados se abordan las desigualdades en salud de la mujer. Sería oportuno, señor ministro, que lo hiciera llegar a cada uno de los miembros de la Comisión.

Sólo me queda desearles un buen verano a todos los miembros de la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Creo que tendremos ocasión, y más de una, de hablar sobre el desarrollo de este plan. Está empe-

zando, hoy pude dar algunos datos adicionales, pero estoy seguro de que tendremos ocasión de hablar en más de una ocasión de cómo se va desarrollando. Hoy se trataba de hablar del plan, no del desarrollo diario del mismo. Con mucho gusto, contestaremos a sus preguntas e informaremos cumplidamente de cuál es su desarrollo.

Por lo demás, ya ve que nosotros hacemos las publicaciones sin discriminar y con mucho gusto se la mandaremos, tal como es su deseo.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizada la comparecencia del señor ministro, les deseo a todos unas felices vacaciones y hasta el próximo período de sesiones.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y cincuenta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**. C/. Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional**. B.O.E.
Avda. Manoteras, 54. 28050 Madrid. Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: M. 12.580 - 1961