



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2001

VII Legislatura

Núm. 193

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 10

celebrada el miércoles, 21 de marzo de 2001

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor director general del Instituto Nacional de la Salud (Bonet Bertomen) para informar sobre:

- | | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| — La situación de los servicios de anatomía patológica de los hospitales en relación con la adecuación de estos servicios frente a los riesgos laborales químicos y biológicos. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000327) | 5668 |
| — La situación de los facultativos especialistas interinos. A solicitud del Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 213/000346) | 5675 |
| — La actuación del Ministerio en el caso de los médicos interinos del Insalud. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000347) | 5675 |

	Página
— La problemática de los médicos interinos. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000404)	5676
— La situación actual y futura del personal al servicio del Insalud. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000351)	5676
Preguntas:	
— De la señora Valentín Navarro (Grupo Parlamentario Socialista), sobre previsiones del Insalud respecto al servicio de neurocirugía del complejo hospitalario de Albacete. (Número de expediente 181/000406)	5690
— De la misma señora diputada, sobre previsiones del Insalud respecto a la unidad de atención temprana del Hospital Universitario Santa Cristina. (Número de expediente 181/000427) ...	5692
— Del señor Arola Blanquet (Grupo Parlamentario Socialista), sobre medidas para permitir y facilitar la libre elección de hospital. (Número de expediente 181/000538)	5694

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

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (BONET BERTOMEU) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LOS HOSPITALES EN RELACIÓN CON LA ADECUACIÓN DE ESTOS SERVICIOS FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000327)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se abre la sesión.

Como conocen SS.SS., el orden del día se compone de cinco comparecencias y tres preguntas. Por acuerdo de Mesa y portavoces se acumularon cuatro comparecencias y se acordó también que en vez de comparecer la señora ministra, lo hiciera el señor director general del Instituto Nacional de la Salud. También quiero recordar, para evitar ausencias al final de las citadas comparecencias, que estaba convocada Mesa y portavoces y la ponencia sobre el proyecto de ley de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Lo digo por los ponentes y los miembros de la Mesa y portavoces.

Sin más preámbulos, le doy la palabra al señor director general del Instituto Nacional de la Salud para que informe sobre la situación de los servicios de anatomía patológica de los hospitales en relación con la adecuación de los mismos frente a los riesgos laborales químicos y biológicos. Dicha comparecencia ha sido solici-

tada por el Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra el señor Bonet.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señorías y señores diputados, a continuación daré respuesta a la petición de comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista acerca de la situación de los servicios de anatomía patológica y la adecuación de los mismos ante los riesgos laborales, químicos y biológicos, dedicando la primera parte de la exposición a describir a SS.SS. lo que podría llamarse línea de actuación en cuanto a la prevención de riesgos laborales en los centros del Insalud. Posteriormente centraré mi intervención en las actuaciones concretas en los servicios de anatomía patológica.

Señoras y señores diputados, los centros sanitarios son lugares de trabajo donde determinadas actividades habituales y cotidianas que se realizan llevan implícito un elevado riesgo. El avance científico, tecnológico y su aplicación clínica han ido elevando este nivel en las últimas décadas e incorporando nuevos factores de riesgo, de forma que el mantenimiento de la seguridad para los pacientes y nuestros profesionales se ha convertido en uno de los desafíos más importantes en el ámbito de la salud y en un objetivo permanente y prioritario en el ámbito de la planificación y gestión sanitarias. Las acciones preventivas tendentes a garantizar el mayor nivel de protección a los profesionales deben integrarse en el conjunto de las actividades y decisiones de los centros, en todos sus niveles jerárquicos donde recaen directamente las obligaciones que en materia de prevención de riesgos contempla la normativa vigente. Esta integración exige que se asuma como obligación la prevención de riesgos en cualquier actividad y en

todas las decisiones que se adopten, pasando así a formar parte habitual del sistema general de gestión de la organización. Obviamente, las actuaciones en este sentido no pasan única y exclusivamente por el convencimiento o la voluntad de los responsables sanitarios, sino que existe un amplio marco normativo donde con carácter general se regulan los criterios que deben presidir el comportamiento en relación con la prevención.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, sobre prevención de riesgos laborales, es el pilar fundamental normativo y establece la obligación de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo en cumplimiento del artículo 40.2 de la Constitución española, que determina la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo. Como desarrollo de esta ley, el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el trabajo, recoge en su articulado la propia definición y clasificación de estos agentes, la identificación y evaluación de riesgos, la reducción de los mismos y las medidas higiénicas fundamentales que se deben tomar al respecto. De conformidad con lo dispuesto por la ley y el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención, por resolución de 4 de marzo de 1999 de la Dirección General de Trabajo, se constituyen en el ámbito del Insalud los servicios de prevención de riesgos laborales. Las actuaciones de esos servicios con carácter general son: identificación y evaluación de factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y salud de los trabajadores; diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva; vigilancia de la salud en relación con los riesgos derivados del trabajo. En el ámbito sanitario se establecen otras actuaciones específicas que de forma prioritaria se centran en la prevención de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores de la sanidad y que, como es conocido, abarcan una variedad muy importante de ellos incluyendo, evidentemente, los clínicos y biológicos.

Por lo que al Insalud se refiere, el proceso de adaptación a la normativa sobre prevención de riesgos laborales puedo decirles que ha sido razonablemente diligente. En el orden puramente normativo, se negociaron dos pactos en la mesa sectorial, uno sobre participación de los trabajadores y otro sobre la constitución de los servicios de prevención. Además, se hizo pública una resolución de la presidencia ejecutiva, de 28 de abril de 1999, por la que se daban instrucciones para la constitución de dichos servicios de prevención. En el momento actual estos servicios se han implantado en la mayoría de las áreas de salud y desde su constitución se han formado grupos de trabajo que han elaborado documentos sobre protocolos y procedimientos de actuación en diversos campos, concretamente en la

guía de servicios de prevención, evaluación inicial de riesgos, vigilancia de la salud, sistema de información y asistencia de riesgos profesionales. En el campo de la evaluación de riesgos se tienen en cuenta todos los posibles, entre ellos los derivados de agentes químicos y biológicos. Lo mismo cabe decir de los protocolos específicos de vigilancia de la salud, donde se valoran de forma especial los riesgos reseñados. Hay que destacar que es aquí donde más se ha incidido, de manera que en todos los hospitales existen programas de seguimiento y control de los accidentes biológicos, notificándose todas las inoculaciones que se produzcan, de acuerdo con sistemas de información establecidos con carácter general.

Señorías, resumiendo lo dicho hasta ahora, puedo asegurarles que para los responsables del Insalud la prevención se constituye en piedra angular para lograr unas condiciones de trabajo cada vez más saludables y seguras en un sector en el que la exposición multifactorial (sustancias químicas y agentes microbiológicos) supone un riesgo importante para los profesionales sanitarios, debiendo participar todos en la extensión de una cultura de conocimiento y prevención.

Descritas las actuaciones generales desarrolladas en los centros sanitarios del Insalud para dar cumplimiento a la normativa vigente y para mejorar la prevención de riesgos laborales, pasaré a referirme concretamente al contenido de su petición de comparecencia, esto es, a la situación de los servicios de anatomía patológica en relación con la adecuación de los mismos frente a los riesgos laborales químicos y biológicos. Si anteriormente hacía referencia al marco legal que nos ampara en cuanto a prevención de riesgos laborales, recordaré ahora las normas que regulan una de las actuaciones básicas de estos servicios: la realización de autopsias.

La Ley 29/1980, de 21 de junio, de Autopsias Clínicas, regula en su articulado los aspectos básicos relativos a la práctica de las mismas. Posteriormente, el Real Decreto 2270/1982, de 18 de junio, sobre Autopsias Clínicas, desarrolla por vía reglamentaria los aspectos recogidos en la ley de forma más detallada, incidiendo en aspectos descriptivos de las condiciones que deben reunir de manera que, los servicios de anatomía patológica, que como es lógico se encuentran sometidos a determinados riesgos, están amparados legalmente por una doble normativa, la general de prevención de riesgos y la específica que regula las autopsias.

Contestando concretamente a lo que plantean en el título de la petición de comparecencia sobre la situación de estos servicios puedo asegurar a SS.SS. que, con carácter general, los hospitales del Insalud reúnen los criterios establecidos en dichas normas. Concretamente, en cuanto a los riesgos biológicos, las medidas adoptadas hasta la fecha para paliar y controlar los mismos son las siguientes. En primer lugar, el seguimiento por parte del personal de los protocolos elaborados por

los servicios de medicina preventiva de los centros, que involucran directamente al personal de anatomía patológica respecto a enfermedades transmisibles; se trata de los protocolos de identificación de muestras contaminadas y/o potencialmente contaminantes, de vacunación de hepatitis B en personal sanitario y de notificación y seguimiento de accidentes biológicos. En este sentido, hay que destacar que el Insalud recoge en su plan de calidad el seguimiento y adecuación de todos los protocolos implantados, con una política de mejora continua. La segunda medida es la realización de los mapas de riesgo por parte de los servicios de prevención de riesgos laborales, incluyendo de forma prioritaria los servicios de anatomía patológica. La tercera es la adaptación y adecuación de las instalaciones, especialmente en las áreas de autopsias, donde en principio existiría mayor volumen de material potencialmente contaminado o contaminante, y la cuarta, el establecimiento de protocolos de eliminación de residuos biológicos o contaminados/contaminantes. Como saben SS.SS., en todos los centros hospitalarios existen estos protocolos, que son revisados permanentemente y que consisten en el establecimiento de circuitos de recogida y posterior incineración de estos residuos, con instalación de contenedores específicos no sólo para tejidos y fluidos orgánicos sino también para material en contacto con éstos, como frascos, hojas de bisturí, etcétera. La previsión de vestuario y complementos protectores como barrera física (gafas, guantes especiales de látex o incluso metálicos, mascarillas, gafas rígidas y/o caretas, etcétera) es otra de las actuaciones que se realizan habitualmente. Junto a los anteriores se han elaborado también para su aplicación protocolos de limpieza y desinfección de materiales, superficies y locales de trabajo, en cuya elaboración participa no sólo personal propio sino también personal de empresas externas en caso de que la limpieza esté contratada. Los protocolos están incorporados en los propios pliegos de prescripciones técnicas para la contratación de dichos servicios, así como los criterios y técnicas de limpieza específicos según el nivel de riesgos.

Respecto a las muestras titulares o citológicas hay que decir que estas se consideran contaminadas, potencialmente contaminadas o contaminantes únicamente en fresco, ya que el proceso de fijación en formol, glutaraldehído u otros fijadores, así como el posterior proceso citológico o histológico neutralizan la capacidad infectiva de todos los agentes, excepción hecha de la secuencia priónica de las encefalopatías espongiiformes, para cuya manipulación y proceso anatomopatológico ya existen pautas de actuación recogidas en la guía institucional y en instrucciones posteriores debidamente consensuadas con las sociedades científicas.

Por lo que se refiere a los agentes químicos, las medidas adoptadas hasta la fecha para paliar y controlar el riesgo de los mismos han sido la realización de mapas de riesgo por parte de los servicios de preven-

ción en cada hospital con la inclusión de estos productos. Los agentes de toxicidad y riesgo potencial y de uso más frecuente y extendido en los servicios de anatomía patológica son el xilol o xileno y el formol, que se utilizan respectivamente en la deshidratación y en la desparafinización de tejidos y en el montaje de preparaciones histológicas y citológicas, en el caso del xilol, y en la fijación de tejidos en el caso del formol. En los hospitales se manejan estos productos en las diluciones adecuadas para minimizar su toxicidad. Otra medida adoptada ha sido la adecuación de las instalaciones y locales de trabajo con campanas de extracción y filtración selectiva de vapores para formol y xilol en las áreas de trabajo con estos productos (preparación y dilución, tallaje, inclusión, zonas de tinción, montaje, etcétera) Por último, está la automatización de procesos citológicos e histológicos, con instalación de procesadores, teñidores y montadores automáticos que permiten una rapidez mucho mayor en las tareas, tradicionalmente realizadas de manera manual, permitiéndonos no sólo acortar tiempos de exposición, sino también tener este aparataje en habitaciones separadas de la zona de trabajo y del personal. Este tipo de procesadores automáticos existe en todos los centros y es casi generalizada la utilización de teñidores y montadores.

Todo lo descrito anteriormente se refiere a la prevención de riesgos, pero además de esto existe un campo específico en el que desde hace unos años se han promovido actuaciones especiales. Nos referimos al problema de la enfermedad Creutzfeldt-Jacob, habiéndose realizado en el ámbito del Insalud las siguientes actuaciones. En 1997 se ha elaborado una guía de información y recomendaciones sobre la citada enfermedad y otras encefalopatías espongiiformes transmisibles, donde se contemplan especialmente las actuaciones de los servicios de anatomía patológica en el caso de autopsias, manipulación de cadáveres y embalsamamiento. En este momento, esta guía está siendo reformada para introducir los nuevos conocimientos que se tienen sobre estas patologías y las actuaciones aconsejables para la protección de los trabajadores. Con posterioridad, teniendo en cuenta la repercusión social que la enfermedad a la que nos referimos está protagonizando desde hace unos meses y conscientes de la posibilidad de que surgieran dudas o problemas ante la indicación de una necropsia clínica a pacientes fallecidos por esta causa, el 26 de febrero de este año se distribuyeron a todos los hospitales unas instrucciones para la realización de autopsias en caso de sospecha de encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas. Estas instrucciones recogen de manera detallada todo lo que los profesionales que intervienen en estas prácticas deben realizar, manteniendo lógicamente todas las cautelas necesarias para la total prevención de posibles riesgos. Asimismo, en las citadas instrucciones, se establece una relación de centros sanitarios donde pueden centralizarse tanto la necropsia como el posterior análisis.

sis de los tejidos. Como es lógico pensar, teniendo en cuenta que para el desarrollo de estas instrucciones será necesario realizar algunas mejoras y adquirir equipamiento, se han asignado créditos para la adecuación de los servicios en los distintos hospitales por un total de 4.250.000 pesetas para obras y 37.054.000 pesetas para equipamiento.

Con lo dicho hasta este momento creo que queda patente el esfuerzo que se está haciendo desde el Insalud, tanto a nivel central como en los propios centros, para alcanzar una mejora continua de las condiciones de seguridad laboral de nuestros profesionales. Abundando en esto quiero decir que la evaluación inicial de los riesgos es el punto de partida para realizar la planificación de la actividad preventiva. En este sentido, el contrato de gestión de los hospitales del año 2001 recoge como objetivo institucional en este ámbito, entre otros, realizar la evaluación inicial de riesgos laborales en los centros ubicados en el ámbito geográfico competencial del correspondiente servicio de prevención. Esta evaluación inicial se realizará en todas las áreas del centro, incluidas las correspondientes a los servicios objeto de esta comparecencia, es decir, los de anatomía patológica.

Finalizo, señorías, con unas conclusiones que resumen tanto la filosofía del Insalud en lo que a prevención de riesgos laborales se refiere como a las actuaciones realizadas en este campo. Es importante señalar que los centros sanitarios del Insalud cumplen formalmente las disposiciones legales en materia de prevención de riesgos laborales. Todos los niveles directivos están implicados para incluir la prevención de riesgos en todas las decisiones que se adopten, convencidos de que es el instrumento idóneo para alcanzar mayores cotas de seguridad en el trabajo de nuestros profesionales. En este momento, los servicios de prevención de riesgos laborales encargados de la salvaguarda de la seguridad de los profesionales se han implantado en la mayoría de áreas de salud. En ese sentido, existen diversas actuaciones concretas para atajar y controlar los riesgos biológicos y químicos en nuestros centros hospitalarios. Los servicios de anatomía patológica disponen de diversos protocolos de actuación que regulan las actividades específicas que se realizan en los mismos. Desde el Insalud se han enviado instrucciones concretas para la realización de autopsias a pacientes con sospecha de encefalopatía espongiiforme. Para dar cumplimiento a dichas instrucciones se ha asignado ya el crédito necesario para adecuar estos servicios en los distintos hospitales.

Espero que a lo largo de mi exposición se hayan ido despejando las posibles dudas en relación con la situación de prevención de riesgos en estos servicios. Puedo asegurarles, señorías, que los profesionales de nuestros centros constituyen nuestro principal activo, y, por tanto, su derecho a una protección eficaz frente a los riesgos que pueden encontrar en su actividad laboral es

una preocupación constante de todos los órganos directivos del Insalud.

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

El señor **BLANCO GARCÍA**: Bienvenido, de nuevo, señor director general a esta Comisión.

Con la misma tónica que usted ha seguido de dividir la intervención en dos partes, una sobre el marco legal y otra sobre la realidad actual de los servicios de anatomía patológica en el territorio Insalud, le diré que estoy de acuerdo con usted en la primera parte. Tenemos una normativa que es perfectamente homologable con la del resto de los países europeos; tanto la Ley sobre prevención de riesgos laborales del año 1995 como su posterior desarrollo en los cinco reales decretos del año 1997 y la citada Ley sobre la realización de autopsias clínicas del año 1980 componen un acervo legislativo homologable al resto de los países de Europa. Ahora bien, discrepo radicalmente con usted respecto a la segunda parte, porque parece que nos ha descrito un país imaginario; este no es el Insalud, señor Bonet. Podría decirle que en la mayoría de los hospitales, si hubiese una inspección de trabajo en las salas de autopsias y en los servicios de anatomía patológica, fácilmente no la pasarían. Tengo aquí el informe de una inspección del año pasado sobre uno de ellos y no cumplía prácticamente ningún requisito, y es de un gran hospital español; ¿cómo estarán los pequeños?

Mi ánimo y el del Grupo Socialista no es alarmar a esta Comisión ni a la población sobre cuál es la situación en los servicios de anatomía patológica en las salas de autopsias, sino el de que se realice un plan general para poner en marcha todos los requisitos necesarios por adecuar las salas de autopsia a la prevención de riesgos laborales. Esto es algo por lo que está clamando la Sociedad Española de Anatomía Patológica desde hace al menos cinco años, que yo sepa.

Señorías, por recordar el título de un prestigioso autor, decía en inglés: *Health care for health care workers*, el cuidado de la salud de los trabajadores que cuidan la salud. Parece una contradicción que sean precisamente aquellos trabajadores que están cuidando la salud los que estén más expuestos —y lo están— a riesgos laborales. Es verdad que los reales decretos y la Ley de prevención de riesgos laborales, como he dicho antes y coincido con usted, constituyen una legislación homologable, pero no se cumple, ni en la prevención de riesgos basados en agentes químicos; hay que tener en cuenta que el formol y el formaldehído son un potencial cancerígeno que se utiliza mucho en los servicios de anatomía patológica, como se ha dicho, para la fijación de muestras, para el tratamiento de los distintos órganos, las autopsias, vísceras, etcétera. En lo que se refiere a los riesgos biológicos, en los reales

decretos hay descritos del orden de 50 a 80 entre virus, protozoos, helmintos, parásitos...

Le voy a destacar dos o tres cosas importantes, la primera, en cuanto al formaldehído. Todos tenemos la idea, y es certera, de que los servicios de anatomía patológica y las salas de autopsia están en los sótanos de los hospitales; por tanto, tienen mala ventilación y hay que acometer reformas estructurales para dotar de filtros de aireación y de extracción de aire a estos servicios de anatomía patológica, porque tampoco conviene en muchas ocasiones abrir las ventanas para airear, puesto que entraríamos en otro problema, que es el de la penetración de agentes biológicos que pudiesen contaminar al conjunto de los trabajadores que allí realizan su función. Primera constatación que es un hecho real si vamos a cualquier hospital construido en los años sesenta, setenta u ochenta. Segunda constatación, riesgos biológicos ante algo tan corriente —no como enfermedad sino en términos de que es habitual— como el hecho que se pueda hacer una necropsia o una autopsia a un paciente que sin conocerlo haya padecido de tuberculosis. No estoy refiriéndome a los médicos, que ya tienen una capacidad y unas instrucciones por sus estudios para autoprotgerse, sino a todo el personal sanitario, desde los que limpian hasta los auxiliares de autopsias pasando por las auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos, que es de vital importancia que esté formado e informado, y esto no se hace en los hospitales. No hay un plan de formación ni de información. Me ha preocupado algo que ha dicho usted al principio, que la actividad de todo esto recae en los hospitales. El Insalud, como bien ha dicho en alguna ocasión, ha producido normativas y circulares —hablaremos de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob— para que se cumplan esas instrucciones. Los planes de formación, las comisiones de salud y prevención de riesgos tienen que funcionar y esto no está ocurriendo en la mayoría de los hospitales. No depende ya del dinero —luego hablaremos también del que se debe invertir, que tampoco es tanto—, sino de voluntad política única y exclusivamente para que haya formación e información, porque hay que mantener esa actitud constante de autoprotección y eso hay que inculcárselo a los trabajadores. La Sociedad Española de Anatomía Patológica —ustedes tienen correspondencia con ella— dice, entre otras cosas, que hay muchos casos de servicios de anatomía patológica de salas de autopsia, servicios unipersonales, donde no existe ni auxiliar de autopsias y, si existe, no tiene la preparación suficiente como para protegerse y adecuar su trabajo a los riesgos potenciales que existen. No hablemos de las salas de los forenses, porque clama al cielo —estamos refiriéndonos simplemente del territorio Insalud y no es de su competencia, pero como estamos hablando de autopsias, lo cito ya también para no dejarles marginados de un proceso en el que están absolutamente descuidados—. Respecto a hepatitis B, C y sida es exactamente igual, pero ya no es un proble-

ma de aireación o de contaminación aérea como el de la tuberculosis, sino de contaminación vía fluidos corporales.

Nos ha dicho que el 26 de febrero se ha mandado desde el Insalud una circular a todos los hospitales en la que se dan instrucciones sobre la encefalopatía espongiiforme, la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob. El problema es que el Insalud se ha limitado a dar recomendaciones en esas instrucciones, en las que se catalogan los hospitales en un nivel 1, donde no se necesita neuropatólogo para hacer una iniciación de autopsia; un nivel 2, en el que se aconseja el neuropatólogo, y ya se podrán hacer estudios histopatológicos; y un nivel 3, en el que es necesario que haya neuropatólogo y se realizan ya toda clase de estudios de la autopsia completa.

Todos sabemos o lo deberíamos de saber, y usted lo sabe, que el Decreto 664/1997, de 12 de mayo, dice que hay cuatro niveles de contención de bioseguridad contra los agentes biológicos en estas áreas. Para ilustrar a la Comisión de cuál es la situación —y ustedes mismos en esta circular dan instrucciones para las autopsias de potenciales enfermos de Creutzfeldt-Jacob—, en España en el territorio Insalud solamente existen ocho hospitales que lleguen al nivel 2, que no hacen otra cosa que —y no pretendo aquí emular al actor que encarna al personaje de *Hannibal*, el señor Hopkins, ni mucho menos— extraer el cerebro y luego cierran y punto; este es el nivel 1, para ilustración de toda la Comisión; en el nivel 2 ya hacen estudios histopatológicos y fijaciones de tejidos; y el nivel 3 es solamente Alorcón. Solamente ocho hospitales en España están en el nivel 2 y en condiciones de hacer estudios histopatológicos. ¿Qué diferencia hay, por ejemplo, entre extraer el cerebro, que no es otra cosa que manipular tejidos frescos, y la manipulación que se dice de tejidos frescos a la hora de dotar de una cámara de bioseguridad? Esto es medio millón de pesetas —usted ha hablado de pesetas—, 600.000 pesetas cuesta una cámara de bioseguridad, de la que se podría dotar al resto de los hospitales del Insalud, al menos a uno por comunidad autónoma, para que estuviesen en ese nivel 2 donde qué duda cabe que a los profesionales de la sanidad también les gustaría llegar a diagnósticos histopatológicos, porque es su formación, es su carrera y quieren completar los estudios necrpsicos y no tener que limitarse a extraer el cerebro y luego mandar el cadáver y las vísceras a Alorcón. No parece lógico; un cálculo aproximado cuantifica entre 20 y 25 millones de pesetas, menos de lo que usted dice, el coste de dotar al menos a un hospital por comunidad autónoma para alcanzar el nivel 2.

Sobre estas recomendaciones, cuyas acciones no son ni mucho menos imperativas, como dice en su artículo 4 el Decreto 664 antes citado, ¿qué pasa con la gestión de los residuos sanitarios? No se dice nada en esa circular que ha mandado el Insalud. ¿O cómo se descontamina el mortuorio y el instrumental? Tampoco está recogido

esto de una manera detallada e imperativa. Como le he dicho antes, el Decreto 664 habla en su artículo 4 de identificación y evaluación de riesgos, a la que dedica cinco apartados pero en esa circular no se dice cómo se evalúan permanentemente los riesgos que tienen los trabajadores de la sanidad. Por tanto, se hacen unas recomendaciones genéricas, se señala cómo se clasifican los hospitales y se dice que al final todos los estudios tienen que venir al centro de referencia de Alcorcón, y muy poquito más. Le he dicho cuál sería el gasto que se podría introducir para hacer no ya las reformas estructurales de filtros o de extracción de aire o de presión positiva, reformas estructurales de las salas de autopsias, sino única y exclusivamente, con un gasto que rondaría más o menos 20 millones de pesetas, para dotar a un hospital por cada comunidad autónoma de ese nivel 2 que satisfaría a los profesionales de cara a su formación y a su capacidad para diagnosticar.

Termino, señor presidente, acogéndome a su benevolencia para decir que puesto que se les está pidiendo ese plan general, cuyo objetivo primero sería preservar de riesgos laborales a los trabajadores sanitarios en las salas de autopsias y servicios de anatomía patológica, el segundo sería, en última instancia, que al menos en un hospital por cada comunidad autónoma se pudiesen hacer todas las autopsias de alto riesgo y las de no alto riesgo. Esto se les está pidiendo desde la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Son 20 millones de pesetas, no cuesta más. Si bien es verdad que existe una buena legislación para la prevención de riesgos laborales, que disponemos de buenos profesionales, como usted también ha dicho, y de personal auxiliar en el conjunto de los hospitales, lo único que hace falta aquí es voluntad política, y mi grupo, señoría, que lo que quiere es solucionar este verdadero problema en los hospitales, va a estar vigilante en cuanto a si en un tiempo prudente aparece esa voluntad política y va a estarlo para ver si observa cambios y realizaciones en cumplimiento de la legislación en materia de prevención de riesgos laborales y, si no, utilizaremos los medios que nos da el Reglamento para corregir esta situación mediante las iniciativas oportunas.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo desea intervenir? (**Pausa.**)

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: En primer lugar, deseo dar la bienvenida una vez más al director general por esta nueva comparecencia y además expresarle mi más sincera felicitación por su extensa y clara intervención, que ha empezado trazando las líneas de actuación que en cuanto a prevención de riesgos laborales tiene establecido el Insalud en sus distintos centros e instituciones, tomando como base en cuanto a

ello el riesgo que llevan implícitos todos nuestros centros sanitarios, que evidentemente se han visto incrementados en los últimos tiempos, como ha dicho el director general, con las nuevas tecnologías y su aplicación clínica.

Ha recordado el mandato constitucional en su artículo 40, que propició la aprobación de la Ley de prevención de riesgos laborales y su reglamento, que hicieron que después se constituyeran en el Insalud los servicios de prevención de riesgos laborales que se han implantado en la mayoría de las áreas de salud, de forma que mediante la protección y prevención de los trabajadores el sistema se consigan unas condiciones de trabajo cada vez más seguras y saludables, que es en definitiva lo que demanda el autor de la petición de la comparecencia. Concretándose en los servicios de anatomía patológica ha señalado las normas que regulan y reglamentan las autopsias clínicas y ha aseverado que, con carácter general, los hospitales del Insalud reúnen los criterios establecidos tanto en las normas generales descritas como en las específicas que regulan las autopsias. Ciñéndose más a los riesgos biológicos ha señalado los protocolos que sobre los mismos tienen elaborados los servicios de medicina preventiva, así como los mapas de riesgo que incluyen de forma prioritaria los servicios de anatomía patológica y que elaboran los servicios de prevención de riesgos laborales. Ha destacado también la adaptación y la adecuación de las instalaciones y el establecimiento de protocolos de eliminación de residuos biológicos, contaminados y contaminantes, y las barreras físicas protectoras y vestuarios que evitan el contacto directo con los mismos, que se conocen y se difunden, señor Blanco, porque son de obligado cumplimiento, aunque ustedes lo pongan en duda en esta comparecencia.

Respecto a las muestras titulares o citológicas, ha dicho que existen guías elaboradas por las sociedades científicas y también ha señalado las medidas adoptadas para controlar y para paliar el riesgo de los agentes químicos. Se ha referido después a una serie de actuaciones que el Insalud ha establecido desde 1977 en relación con la enfermedad de Creutzfeldt Jacob, con la elaboración de una guía de información y las recomendaciones sobre esta enfermedad. Por último, ha explicado el caso concreto del hospital Marqués de Valdecilla, cuya repercusión en los medios de comunicación por la no realización de una autopsia originó la evaluación de riesgos del Servicio de anatomía patológica del citado hospital a requerimiento de la Inspección de Trabajo (y todo hay que decirlo), con resultado tan satisfactorio (no hay mal que por bien no venga) que el Insalud se está planteando en la actualidad hacer obligatoria esta evaluación en todos sus centros hospitalarios. Por tanto, no es imaginario, las medidas de prevención laboral existen. Una cosa es que no esté totalmente elaborado en todos los hospitales y otra que

la situación sea tan catastrófica como la que ha planteado el señor Blanco.

Ha concluido diciendo —que, en definitiva, es lo importante— que los centros del Insalud cumplen formalmente con las normativas legales en materia de prevención de riesgos laborales, que en ellos existen actuaciones concretas para atajar y controlar los riesgos biológicos y químicos hospitalarios y que, incluso, se está protocolizando la evaluación de estos servicios de anatomía patológica, tal y como creo que ha sido demandado. Además, el Insalud, en los últimos tiempos, ha hecho un esfuerzo económico importante para adecuar los servicios de anatomía patológica en sus distintos hospitales, de acuerdo con la normativa legal y con las demandas actuales. Estoy seguro de que, poco a poco, toda las peticiones del señor Blanco que sean razonables también se irán llevando a cabo.

Sólo nos queda decir que, después de su clara y extensa explicación, nos vemos obligados a felicitarle otra vez, porque creemos que ha respondido sobradamente a lo que se había demandado en esta comparecencia sobre los servicios de anatomía patológica de nuestros hospitales y su adecuación frente a los riesgos laborales, químicos y biológicos.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar el señor Bonet.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señoría, el propio concepto de mejora continua implica que siempre hay cosas que mejorar; es una perogrullada auténtica. En ese sentido, la evaluación de las salas de necropsia, por un lado, y el avance del conocimiento científico o la aparición de determinadas alarmas en el mundo sanitario, por otro, generan valoraciones diferentes en ese proceso de mejora continua. Evidentemente el hablar de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob fue quizá un elemento desencadenante que se vinculó a la necesidad de revisión de las salas de necropsia, como usted conoce. En el caso concreto del hospital Marqués de Valdecilla, usted sabe que la repercusión mediática que tuvo la negativa a hacer una necropsia supuso iniciar, a requerimiento de la Inspección de Trabajo, una evaluación sobre cómo se estaban realizando y en qué condiciones, tanto en lo que se refería al espacio físico como a las condiciones de trabajo. En la inspección participaron los trabajadores —yo creo que de forma entusiasta— y, por tanto, aportaron valor a esa evaluación, de la que se han sacado recomendaciones para seguir trabajando. Fue tan valioso el trabajo realizado —incluso fueron felicitados— que probablemente se va a incorporar a los protocolos de los servicios de prevención de riesgos laborales.

En cuanto a la evolución de las salas de necropsia y su espacio de trabajo, en estos momentos los déficit

podrían ser calificados de menores en su conjunto y, por tanto, susceptibles de mejora con la inversión que se está realizando. Los déficit más generales que pueden existir se refieren básicamente a dificultades en el sistema de antirretorno. En lo que se refiere a equipamiento, hemos comentado que no vamos a invertir 20 millones, vamos a invertir 30 millones de pesetas, con lo cual esos déficit que pudieran existir van a ser subsanados, aparte de que también se pueda realizar alguna modificación de obra menor.

Como usted sabe, la gestión de residuos se hace a través de la normativa del Insalud. Los residuos específicos de las salas de necropsias pertenecen al conjunto de residuos con riesgo biológico o con riesgo químico, como el conjunto de residuos del hospital. Pertenecen al mismo universo de residuos y, por tanto, son gestionados a través de la misma normativa.

Sobre el formol le tengo que decir que —probablemente usted lo sabe mejor que yo—, afortunadamente, en la mayor parte de los casos se utiliza de forma diluida y solamente en los casos de la encefalopatía espongiiforme se utiliza al 40 por ciento, pero tampoco en este caso en estado puro. Existen guías de protección para anatomía patológica, igual que en aquellas áreas donde existe riesgo, y además el plan de formación, como cualquier plan de formación en áreas específicas, está contemplado en el contrato de gestión del año 2001.

Sobre las recomendaciones contempladas en las instrucciones del Insalud de principios de este año, lo primero que se tiene que decir es que no sustituyen a la normativa, no tienen rango para hacerlo, complementan la normativa. Por tanto, todo aquello no contemplado en la instrucción pertenece a la propia normativa sobre autopsias, que hemos dicho que era amplia. En ese sentido, viene a complementar muy específicamente lo referido al avance del conocimiento científico en la enfermedad de Creutzfeldt Jacob, introduciendo los elementos que hoy tenemos en nuestra mano para poder mejorar esas autopsias y, por tanto, para mejorar globalmente las salas en sí mismas. Ahora bien, en lo que creo que podemos estar de acuerdo fácilmente (y me ha sorprendido que usted no lo planteara) es en el planteamiento de la situación de los hospitales de nivel 1, de nivel 2 o de nivel 3. La piramidalización de las especialidades en la práctica médica es un hecho irrefutable, pero no ligado a la capacidad mayor o menor de asignar recursos a esos hospitales —que se tendrá que explicar—, va ligado a la necesidad de concentrar casos, de garantizar pericia (ligada la pericia a la concentración de casos) y a la capacidad de aumentar el valor predictivo. Igual que hablamos de la neuropatología, podríamos hablar también de la neurocirugía; va ligado a la concentración de casos, a la pericia y al aumento del valor predictivo positivo. Por tanto, no es una cuestión de recursos, sino de que la inexistencia de casos no podría garantizar un valor predictivo positivo

ni una pericia adecuada para la realización de esas necropsias. Se piramidalizan los servicios de anatomía patológica en el mismo sentido que se puede hacer con cualquiera de las especialidades que concentra bajo número de casos y donde, además, se requiere alta especialización. A eso es a lo que obedece la piramidalización.

Es verdad que nuestro esfuerzo se centrará en lograr al menos un hospital por cada comunidad autónoma como centro de referencia, y por tanto en ese sentido van a mejorar las dotaciones para conseguirlo. No obstante, insisto, la piramidalización de especialidades médicas no está relacionada con la dotación de recursos sino con su efectividad.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco, tiene la palabra. Apelo a su sensatez, consciente de lo prolijo que es el orden del día.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Gracias, señor presidente.

Voy a empezar por el final de la intervención del señor director general. Está claro que hay una piramidalización en especialidades y también en la especialidad de anatomía patológica, pero luego viene usted a reconocer que debe haber un centro de referencia por cada comunidad autónoma, que es lo que yo le planteaba. Por tanto, estamos de acuerdo, y le pido que pongan este proyecto en marcha porque no existe. Y no es de recibo que, por ejemplo, para una extensión territorial como Castilla-La Mancha el centro de referencia sea Alorcón, según la circular de ustedes, y Cantabria, que es en población y en territorio muchísimo más pequeña, porque tiene una provincia frente a las de Castilla-La Mancha, que no las he contado ahora mismo pero que creo que son cinco, tenga centro de referencia en la propia Cantabria. Por tanto, no es una piramidalización sino que lo que se ha hecho ha sido tirar a voleo y han caído donde estaban los hospitales. Donde estaban los mejores hospitales, ahí se están haciendo, lo cual quiere decir que tienen ustedes que dedicar recursos, y me está usted dando la razón en que con poco esfuerzo económico se dota no de obras de estructura, lógicamente, pero sí del material y utillaje necesarios para la protección laboral de los trabajadores. En algunos casos habrá que hacer obras, y no van a tener suficiente con los 30 millones.

En todo caso, yo me quedo fundamentalmente con dos cosas: una, que la alarma ha saltado, efectivamente, con la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, como usted ha dicho, y es verdad que ha saltado en Valdecilla porque se negaron los patólogos a hacer una autopsia. Pero eso quiere decir que la Sociedad Española de Anatomía Patológica ha clamado en el desierto durante cinco años; cuando se dirigió al anterior ministro, ya decía que había que adaptar las salas de autopsia. Porque no es solamente la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, aun-

que sea ahora lo que nos produce más temor, sino que la hepatitis, el VIH (el sida), la tuberculosis o simplemente los agentes químicos son elementos muy nocivos, tan nocivos como que pueden extenderse no ya sólo a los trabajadores, sino que estos también pueden contaminar a la población adyacente. Este es el riesgo del nivel 3 de protección que habría que aplicar. Pero junto con la proposición no de ley aprobada por unanimidad en el Pleno hace unos días para adaptar las salas de autopsia a la enfermedad de la variante de Creutzfeldt-Jacob y en esta misma, me quedo con la voluntad manifestada por S.S. en esta Comisión para que se vaya haciendo una evaluación y una mejora continuada en las salas de autopsia. Y le manifiesto que vamos a estar vigilantes y en un plazo prudencial de tiempo mi grupo retomará este asunto para ver si se han cumplido las palabras y la voluntad política que hoy ha expresado aquí en nombre del Gobierno o si no se han cumplido en toda su extensión, en cuyo caso tendremos que volver a plantear la cuestión.

Muchas gracias, señor Bonet.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Voy a hacer solamente una aclaración puntual.

Respecto a que se aplique el nivel 3 en Alorcón para Castilla-La Mancha, usted sabe que no es el único nivel de referencia que tiene Madrid para Castilla-La Mancha, por lo que probablemente ello corresponde a una lógica de la distancia y a una lógica histórica. También es verdad que comentamos el caso de dos hospitales que además están sometidos a procesos de inversión y de reforma profundos, por lo que quizá los problemas se podrán subsanar en breve, y por tanto Cantabria y Toledo, en concreto, tendrán su proceso de reforma adecuado a esas necesidades.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Con el permiso de SS.SS., suspendemos la sesión durante cinco minutos. **(Pausa.)**

— **LA SITUACIÓN DE LOS FACULTATIVOS ESPECIALISTAS INTERINOS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 213/000346)**

— **LA ACTUACIÓN DEL CITADO MINISTERIO EN EL CASO DE LOS MÉDICOS INTERINOS DEL INSALUD. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 213/000347)**

- **LA PROBLEMÁTICA DE LOS MÉDICOS INTERINOS. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000404)**
- **LA SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURA DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL INSALUD. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000351)**

El señor **PRESIDENTE**: Continuando con el orden del día, como saben SS.SS., han solicitado la comparecencia del director general del Insalud el Grupo Parlamentario Mixto, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, el Gobierno y el Grupo Parlamentario Socialista.

Tiene la palabra el señor Bonet, director general del Instituto Nacional de la Salud, para dar información de las cuatro comparecencias a que me he referido.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señorías, las dificultades más importantes a las que se enfrenta actualmente el Instituto Nacional de la Salud en la gestión de sus recursos humanos son las consecuencias derivadas de la alta tasa de interinidad del personal que presta sus servicios en él. La magnitud del problema en los momentos actuales es de tal importancia e intensidad que sus efectos trascienden el ámbito de gestión de la política de personal, diseminándose negativamente por todo el funcionamiento de la organización.

Aunque las movilizaciones que están teniendo lugar estos últimos días pudieran hacer pensar que se trata de un problema de reciente generación, se desea enfatizar la antigüedad del mismo, cuyos antecedentes y causas —como veremos— se remontan a finales de los años ochenta. El objetivo de esta comparecencia es explicar cómo y por qué se ha llegado a esta situación. De cualquier forma, se trata de un problema complejo, ya que los agentes, voluntades e intereses que intervienen en el origen y efectos del mismo son diversos, con frecuencia contrapuestos y —cómo veremos— de complicada articulación.

La primera parte de esta exposición se dedicará a identificar la naturaleza del problema. Así, cuando se habla de la temporalidad en el empleo del personal del Insalud, resulta necesario identificar y delimitar el colectivo afectado. La norma que actualmente regula la selección y provisión de plazas de los servicios del Insalud, la Ley 30/1999, determina que todo el personal que preste sus servicios en los centros sanitarios del Insalud se encuentra vinculado a los mismos por medio de nombramientos de carácter estatutario. Ahora bien, los artículos 6 y 7 de la misma distinguen entre los nombramientos estatutarios fijos, obtenidos por aquellos profesionales que hubieran superado los correspon-

dientes procesos de selección, y aquellos otros de carácter temporal que obedecen a razones de necesidad, urgencia o al desarrollo de programas temporales.

Los nombramientos estatutarios temporales pueden tener, a su vez, alguna de las tres siguientes características: interinos para el desempeño de plazas vacantes; eventuales para la prestación de determinados servicios de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria y también cuando sean necesarios para la cobertura de la atención continuada; y, por último, nombramientos de sustitución para atender las funciones del personal estatutario fijo, interino o eventual, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias temporales de éstos. De estos tres tipos de personal estatutario temporal, únicamente en el personal interino se aprecia la circunstancia de encontrarse en una situación de temporalidad evitable, al menos en el largo plazo, ya que este personal desempeña plazas que se encuentran vacantes. Las otras dos categorías de personal temporal, estatutarios eventuales y de sustitución, responden a las necesidades estructurales, temporalmente acotadas, derivadas de la propia naturaleza de la prestación de servicios de los centros sanitarios, cuya cobertura debe llevarse a cabo necesariamente por este tipo de personal con el fin de asegurar la continuidad asistencial.

Una vez establecido el ámbito subjetivo del personal afectado por la temporalidad, se procede a exponer las características, dimensiones y antecedentes del problema. Uno de los rasgos distintivos de la temporalidad en el empleo en el seno de los centros del Insalud es su componente atípico respecto del conjunto de las administraciones públicas. Para el personal que desempeña sus funciones en el ámbito público, tanto la Constitución como el desarrollo normativo desplegado desde entonces han reforzado el componente de estabilidad para estos puestos de trabajo. Pese a ello, el personal del Insalud, cuya relación de servicios de carácter estatutario no significa sino una especialidad dentro del régimen jurídico general establecido para los funcionarios públicos, se ha colocado en una situación excepcional dentro del ámbito de la gestión pública, al mantener unas tasas de interinidad de gran envergadura. Las tasas de interinidad son muy elevadas —está en la documentación que les harán llegar— y afectan a todos los grupos de personal, aunque más al facultativo y al no sanitario, con índices superiores al 35 por ciento. Es particularmente significativa la tasa de interinidad dentro de los facultativos especialistas de área, 41,79 por ciento, que es la más alta de todos los colectivos, y que afecta a más de 5.000 profesionales. La tasa de interinidad para todo el personal estatutario en su conjunto es del 27,04 por ciento, especialmente considerable en el ámbito de las administraciones públicas, siendo también muy relevante su dimensión en términos absolutos, al afectar a 36.839 profesionales.

Los primeros indicios que apuntan hacia posibles causas del problema de la interinidad en el Insalud los

proporciona el carácter especial de la relación jurídica de su personal, que no encaja dentro del régimen jurídico ordinario de los funcionarios públicos ni tampoco dentro del ordenamiento laboral. La base jurídica de la relación de servicios del personal del Insalud se encuentra en estatutos profesionales diferentes para tres grupos de personal distintos: facultativo, sanitario no facultativo y no sanitario, adoptados respectivamente en 1966, 1973 y 1971; lo tres tienen, por tanto, carácter preconstitucional. Sucesivos cambios en el sistema sanitario desde esas fechas han supuesto la modificación de múltiples aspectos de los mismos y la Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986 previó su integración en un estatuto marco, básico para todas las profesiones, en el se contendrían las normas comunes en materia de selección y provisión de puestos de trabajo, entre otras, garantizando la estabilidad en el empleo y la categoría profesional.

La falta de aprobación de dicho estatuto marco no impidió que se fueran adoptando por el Estado diversas disposiciones básicas sobre el régimen estatutario y, en lo que se refiere a la selección y provisión de plazas, las últimas y más importantes fueron las contenidas en el apartado 4 del artículo 34 de la Ley 4/1990, de Presupuestos Generales del Estado para 1990, y en su desarrollo a través del Real Decreto 118/1991, de 25 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

La interposición de diversos recursos contencioso-administrativos contra esta norma reglamentaria y su posterior estimación condujeron a la inconstitucionalidad de su artículo 34.4 y, en consecuencia, a la falta de apoyo legal e invalidez formal del Real Decreto 118/1991. Ante dichos fallos judiciales, el Gobierno, para evitar la paralización de las numerosas convocatorias amparadas en tales normas, aprobó el Real Decreto-ley 1/1999, de 8 de enero, con el que se pretendía dar cobertura transitoria a dichos procesos selectivos, reproduciendo en su práctica totalidad el contenido del apartado 4 del artículo 34 de la Ley 4/1990 y el articulado del Real Decreto 118/1991, ambos anulados. Dicho real decreto ley fue convalidado por el Pleno del Congreso de los Diputados de 9 de febrero de 1999, acordándose simultáneamente su tramitación como proyecto de ley ordinaria, cuyo resultado fue la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud, actualmente vigente, que regula la selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud. Esta ley incorpora una previsión singular en su régimen transitorio y derogatorio en virtud de la cual la expresa y plena derogación del Real Decreto-ley 1/1999, al que sustituye, no supondrá la desaparición total del mismo, que mantiene su vigencia con rango reglamentario.

La citada Ley 30/1999 configura un régimen de selección y provisión de plazas que, observando el respeto a los principios de igualdad, mérito y capacidad y conteniendo igualmente ciertas peculiaridades, se inserta en los procedimientos selectivos y de provisión de puestos aplicados en el ámbito de la función pública para los funcionarios, haciendo del concurso-oposición el procedimiento general de selección. Como se expondrá más adelante, este sistema de selección ha originado importantes problemas en su ejecución práctica, ya sea por la inadecuación de los baremos establecidos o por la gran contestación que genera la realización de la fase de oposición entre los facultativos interinos.

De la larga trayectoria normativa expuesta anteriormente pueden obtenerse diversas conclusiones. En primer lugar, a pesar del carácter anquilosado y obsoleto de los precitados estatutos de personal, que justificaba la previsión contenida en la Ley General de Sanidad de 1986 de elaboración de un estatuto marco, el cual podría haber puesto, entre otras cosas, las bases para la solución del problema de la interinidad, ese estatuto marco no ha sido aprobado en los quince años transcurridos desde entonces. Resulta conveniente recordar que, durante este período de tiempo, se han sucedido diferentes gobiernos sin que se haya encontrado una solución adecuada.

Por otra parte, quizá cabe plantearse si los procedimientos administrativos de selección y provisión de puestos de trabajo se adecuan al entorno de relaciones profesionales que requieren la prestación de servicios sanitarios, marcadamente distintos de los contenidos ordinarios de la función pública. De ello se han hecho eco las dos iniciativas parlamentarias desarrolladas durante la pasada década para la mejora y modernización del Sistema Nacional de Salud. Si bien ninguna de las dos hacía una referencia expresa al problema de la interinidad y sus soluciones, ambas introducían valoraciones y recomendaciones más generales respecto al problema. La primera de ellas cristalizó en el denominado informe Abril, publicado en julio de 1991. Este informe significó un punto de inflexión importante en la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud, por cuanto que con el mismo se sentaron las bases para un posterior impulso de modernización, al implantarse herramientas como los contratos de gestión entre la dirección del Insalud y sus centros o el desarrollo de experiencias de nuevas formas de gestión, como las fundaciones, consorcios o empresas públicas. Asimismo, se ponía el énfasis en la falta de adecuación del régimen estatutario para la gestión de los recursos asistenciales, apostando por el régimen laboral como el más conveniente para estos fines. Por tanto, proponía una laboralización del personal estatutario que, de haberse producido, hubiera hecho evolucionar el problema de la interinidad por otros derroteros. No obstante, como es de sobra conocido, esta recomendación

se desarrolló en los hospitales y otros servicios de nueva creación.

La segunda de las iniciativas cristalizó en el acuerdo parlamentario de consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, de 18 de diciembre de 1997. Entre otros aspectos, insistía en la necesidad de elaborar un estatuto profesional propio para el personal estatutario, así como el impulso de procesos selectivos del personal de carácter descentralizado. Entre ambas iniciativas tuvo lugar el intento fracasado de implantación del régimen jurídico laboral al personal estatutario desarrollado en 1991.

Descrito el marco jurídico en el cual debe desenvolverse la selección y provisión de puestos de trabajo en los centros del Insalud, la necesaria cobertura de aquellas vacantes de nueva creación debería haber llevado aparejada la correspondiente convocatoria de pruebas selectivas instrumentadas conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad. Sin embargo, durante la década de los noventa, las convocatorias para la cobertura de plazas de determinados grupos y categorías fueron inexistentes, como fue el caso de los facultativos especialistas de área, o escasas. Esto originó el creciente aumento del número de profesionales interinos, lo cual a su vez servía, en cierto modo, para estimular aún más el problema, ya que la cada vez mayor importancia numérica de este colectivo de profesionales introducía argumentos de presión para que las convocatorias para cubrir los puestos que ellos desempeñaban, caso de producirse, les otorgaran algún tipo de reconocimiento por el tiempo que llevaban en esa situación. Es decir, que las pretensiones de los interinos se concretaban en la articulación de convocatorias de pruebas selectivas diseñadas de forma propicia a sus intereses para conseguir consolidar las plazas que estaban desempeñando. No obstante, la instrumentación jurídica y formal de las convocatorias encontraba el riesgo de lesionar derechos de otros colectivos, como era el de la movilidad del personal con plaza fija, así como el derecho de cualquier ciudadano a acceder a los puestos de las administraciones públicas en condiciones de igualdad, mérito y capacidad. Sin embargo, la dificultad de articular un sistema equilibrado que integrara todas las diferentes posiciones ha impedido hasta el momento presente que el desarrollo de los distintos procedimientos pudiera alcanzar el fin deseado. Por estos motivos, un número importante de plazas están afectadas a procedimientos selectivos ya convocados pero no desarrollados. En la documentación que recibirán tienen el cuadro donde se explica la convocatoria. De las 36.839 plazas desempeñadas por personal interino, 15.847 plazas se encuentran comprometidas actualmente en los diversos procesos selectivos, estén judicializados o no. Como se explicará más adelante, resulta de especial relevancia destacar, respecto de las plazas judicializadas, que en tanto no se dicte sentencia y se ejecute la misma se plantean interrogantes en el marco de cualquier alter-

nativa a la situación de interinidad. Por esta razón, a continuación se detalla la situación judicial en que se encuentran las ofertas públicas de empleo de 1997 y 1998, así como los posibles defectos de las mismas.

La oferta pública de empleo de 1998 ha tenido una especial trascendencia sobre el colectivo de los facultativos especialistas de área. Como se ha expuesto anteriormente, a partir de 1991 la selección y provisión de puestos de personal estatutario de carácter fijo se insertó claramente dentro de los procedimientos administrativos característicos de la Función pública. No obstante, desde 1989 hasta 1998 no se convocó concurso-oposición alguno para cubrir plazas de facultativos especialistas de área con carácter fijo. Asimismo, durante este período apenas tuvo lugar en 1994 una sola convocatoria de concursos de traslado para los facultativos fijos, en la cual se ofrecieron 622 plazas, de las cuales únicamente resultaron adjudicadas 348, al resultar poco atractivas profesionalmente por su carácter periférico ajeno a los grandes centros sanitarios de prestigio. El Insalud realizó en 1995 un intento de sacar adelante una convocatoria de cobertura de 1.318 plazas mediante concurso-oposición, que no llegó a cristalizar por la fuerte oposición del colectivo interino. Ello condujo a que a mediados de 1996 en el Insalud existieran más de 4.500 plazas desempeñadas por facultativos, especialistas de área e interinos, con una antigüedad media en la plaza de siete años.

La dimensión del problema de la interinidad había adquirido para este colectivo tal envergadura que, con el apoyo de la mesa sectorial de sanidad en la oferta pública de empleo del Insalud de 1998, se convocaron 4.099 plazas para facultativos de área, de las cuales 646 se ofertaron para concurso de traslados, si bien la convocatoria revestía unas condiciones distintas de las establecidas por el Real Decreto 118/1991, vigente en aquel momento, al no mantener las plazas ofertadas de traslados la proporcionalidad de un tercio a concurso de traslados y dos tercios a concurso-oposición. Ni que decir tiene que, después de nueve años de paralización, esta convocatoria despertó amplias expectativas entre los interesados, tanto fijos, que deseaban tener opción al traslado, como interinos, que aspiraban a consolidar sus puestos de trabajo. Las pretensiones del personal fijo de colmar sus expectativas de derecho al traslado les llevaron a entender que el número de plazas ofertadas no se ajustaba a la comentada proporción de un tercio para traslados y dos tercios para concurso-oposición, por lo que varios recursos contencioso administrativos buscaron la modificación o anulación de la convocatoria por apreciar que la misma no se ajustaba al ordenamiento jurídico. Como consecuencia de las impugnaciones, se produjeron dos sentencias correspondientes a diferentes salas del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid. La primera de ellas fue favorable a los intereses del Insalud, en cuanto que entendía que no hubo violación de los dere-

chos fundamentales en los correspondientes concursos de traslado, mientras que la segunda, del mismo tribunal, fue contraria a los intereses del Insalud, en concreto, la sentencia de abril de 1999, de la sección novena de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que adquirió finalmente firmeza en enero de 2001 por la desestimación de diversos recursos interpuestos por el Insalud contra ella, que estableció que en la convocatoria del concurso-oposición para facultativos especialistas de área no se había respetado la proporción de un tercio de las plazas convocadas para concursos de traslado y los dos tercios restantes para cobertura mediante concurso-oposición. Actualmente se ha solicitado la ejecución de la sentencia, estando pendiente el resultado de la misma, si bien pudiera repercutir negativamente la situación de interinidad como consecuencia de los efectos de dicha ejecución. En definitiva, después de tantos años sin que se produjeran convocatorias, actualmente resulta en extremo complicado diseñar una convocatoria de pruebas selectivas para las plazas de facultativos especialistas de área que tenga una alta viabilidad de concluir con éxito, si se quieren armonizar los diferentes intereses.

En cuanto a la oferta pública de empleo de 1997, las convocatorias correspondientes a pinches, celadores y auxiliares administrativos se encuentran suspendidas, cada una de ellas en distintos momentos de su desarrollo. El fundamento de la suspensión dado por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia reside en las dudas que plantea el baremo, relativas al respeto al principio de igualdad para los participantes que acreditan servicios prestados en otras administraciones distintas a las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Por lo que respecta a las plazas correspondientes a la oferta pública de empleo de 1999, todas ellas recogen baremos para la valoración de méritos iguales a los de las convocatorias de años anteriores, que se encuentran cuestionadas por las sentencias de distintos órganos judiciales.

Explicados los antecedentes y los resultados obtenidos por las actuaciones desarrolladas en los últimos años, resulta necesario buscar alternativas al camino trazado hasta ahora, ya que, en primer lugar, los ritmos y plazos que establece la Ley 30/1999, para el desarrollo de las convocatorias para el acceso a la condición de personal estatutario fijo, supondrían, para culminar el proceso, la dilación en la solución del problema durante varios años. En segundo lugar, los problemas de judicialización y paralización en que se encuentran las convocatorias de las ofertas públicas de empleo de años anteriores, significan un complicado obstáculo para la articulación de soluciones de estabilidad en las plazas afectadas. Y en tercero y último lugar, el horizonte de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, que se materializará, previsiblemente, en el medio plazo, apunta la necesidad de buscar una solución previa, necesariamente antes de su culminación, con el fin

de no trasladar el problema a las comunidades autónomas, ya que en este caso se añadirían más dificultades para el diseño de una alternativa articulada y coherente. Sea cual sea la alternativa que se instrumente en la solución del problema, ésta ha de conseguir compatibilizar los intereses de los colectivos y agentes involucrados en el mismo, como son el personal estatutario fijo, el personal interino y la propia administración sanitaria.

De una parte, el personal fijo está interesado principalmente en mantener sus expectativas de movilidad, respetando los principios de igualdad y mérito. Por tanto, la viabilidad de cualquier alternativa se ha de apoyar en la oportunidad previa de conceder a los profesionales con plaza fija unas posibilidades razonables y adecuadas de concurrir, mediante traslados, a los puestos de trabajo acordes a sus legítimos intereses, máxime cuando la culminación del proceso transferencial les motiva aún más para obtener el destino deseado.

Por otra parte, el personal interino se encuentra en una situación que difícilmente admite mayor dilación en la búsqueda de la solución definitiva al problema. Además de encontrarse motivos suficientes para ello, tanto por el elevado número de años que muchos profesionales llevan en esta situación como por el carácter muy numeroso del colectivo, existen una serie de argumentos que apoyan la búsqueda de una solución excepcional, al margen de los procedimientos selectivos que ampara la Ley 30/1999, y entre los más relevantes se encuentran los dos siguientes. El primero de ellos es el mantenimiento de la continuidad asistencial en su plenitud, ya que la hipótesis de una convocatoria de pruebas selectivas de carácter masivo que conllevara grandes desplazamientos de profesionales, especialmente entre los facultativos especialistas, podría tener incidencia en el funcionamiento de la organización sanitaria. El segundo argumento para motivar la solución excepcional a la interinidad es el carácter colectivo e interdependiente de la práctica clínica en la actuación de los profesionales en los centros sanitarios, debido a que la medicina se practica cada vez más en equipos con un creciente componente pluridisciplinar. El resultado de todo ello es que la Administración sanitaria, representada por el Insalud, se encuentra obligada a evitar que cualquier actuación o disposición específica de solución al problema repercuta en el normal funcionamiento de las estructuras organizativas sanitarias.

Como conclusión de todo lo anterior, se trataría de instrumentar una alternativa, de gran complejidad en su articulación, por las dificultades para compatibilizar intereses que, como ha quedado señalado, tienen respaldo en razones legales, organizativas, funcionales y de eficiencia. Significaría el diseño de una solución de carácter extraordinario que ponga fin a una situación excepcional que, además, encuentre pleno encaje dentro del ordenamiento jurídico para asegurar su viabilidad. Asimismo resulta de especial relevancia destacar que cualquiera de las posibles soluciones apuntadas

debe contemplar las dificultades que puedan derivarse de los pronunciamientos judiciales que afectan actualmente, o pueden incidir en el futuro, a las convocatorias suspendidas, especialmente en lo relativo a la ejecución de las sentencias y de los plazos derivados de las mismas.

Como ha podido explicarse, la situación del colectivo de facultativos especialistas interinos se enmarca dentro de la problemática general de la temporalidad en el empleo existente dentro del Insalud. No obstante, ha podido comprobarse que la proporción de interinidad es la más alta de todos los colectivos. Como se ha explicado anteriormente y al objeto de dar solución a la problemática del personal facultativo, especialista de área, tanto de quienes siendo propietarios deseaban optar a un concurso de traslado como de los facultativos interinos, en el año 1998 se convocó una oferta de empleo público extraordinaria, al amparo de la disposición adicional vigésima de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. Esta oferta extraordinaria constaba de un concurso de traslado y de un concurso-oposición, estando ligada la toma de posesión de los adjudicatarios del traslado a la efectiva incorporación de los facultativos que obtuvieran plaza en el concurso-oposición. Como consecuencia de distintas decisiones judiciales, el concurso-oposición a que nos venimos refiriendo resultó anulado, lo que supuso que los propietarios que habían obtenido plaza en el traslado no podían tomar posesión de la plaza adjudicada. Ante esta situación, se optó por introducir en la Ley de medidas fiscales, administrativas y del orden social una disposición adicional que desvinculase las tomas de posesión de ambos procesos. Conocida esta decisión por la asociación nacional de facultativos especialistas interinos, Anfei, con fecha 15 de noviembre de 2000, se convocó una huelga para los días 30 de noviembre, 18 y 19 de diciembre de 2000.

Con fecha 23 de noviembre de 2000, se mantuvieron negociaciones entre el Insalud y el comité de huelga con el objeto de negociar un acuerdo que permitiese la desconvocatoria de esta huelga. Como consecuencia de estas negociaciones, se suscribió un acuerdo de salida de huelga en el que se establecía lo siguiente. Primero, el Insalud se compromete a instar la introducción de una enmienda en el Senado que modifique la enmienda 110 al proyecto de ley de medidas fiscales, administrativas y del orden social, con el objeto de que se suprima el segundo párrafo de dicha enmienda, que era permitir la participación de los propietarios en los concursos-oposición. Segundo, el Insalud garantiza —estamos leyendo los acuerdos de salida de huelga— que, como consecuencia del proceso de incorporación de los facultativos especialistas de área que han obtenido destino en el concurso de traslados resuelto de diciembre de 1998, a todos los facultativos especialistas interinos en la fecha de entrada en vigor de la Ley 66/1997, de

30 de diciembre, que pudieran verse afectados se les asignará un nuevo destino. Tercero, en el supuesto de que existan facultativos especialistas de área interinos que pudieran verse desplazados como consecuencia de la toma de posesión de los facultativos especialistas de área propietarios, se procurará que el número de afectados sea el mínimo posible y con las mínimas consecuencias, tanto profesionales como personales, informando de la evolución del proceso. Cuarto, se planteará en el ámbito de la mesa sectorial de Sanidad la articulación de un procedimiento que facilite la reubicación de posibles afectados como consecuencia de este proceso. Quinto, el Insalud propondrá al Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud la inclusión en el orden del día de una próxima convocatoria del análisis de la problemática de los facultativos especialistas interinos, con objeto de intentar alcanzar una solución a la misma que responda a las especiales circunstancias que concurrirán en este colectivo.

Cuando aún no se había producido la incorporación de ningún propietario a la plaza adjudicada, dado que hasta el día 15 de marzo no se abría el plazo de toma de posesión y, consecuentemente, aún no se había visto desplazado ningún facultativo interino, la asociación Anfei, ante la suposición de que el Insalud iba a incumplir lo acordado, con fecha 19 de febrero de 2001, presentó escrito mediante el que convocaba huelga de facultativos especialistas de área, facultativos adjuntos, jefes de sección y jefes de servicio del territorio Insalud los días 6, 7 y 8 de marzo y con carácter indefinido a partir del día 20 de marzo, por lo siguientes motivos. Primero, protestar por la situación de precariedad temporal en que se encuentran los facultativos interinos tras más de once años seguidos sin que ningún interino especialista hospitalario y del área del territorio Insalud haya podido tener oportunidad de consolidarse en su puesto de trabajo y exigir de la Administración la pronta solución a este problema con carácter excepcional. El objeto de esta convocatoria es exponer ante la sociedad la situación de un colectivo de profesionales altamente cualificado, que carece de los más mínimos derechos de estabilidad en el empleo. Este colectivo —decía el comunicado de convocatoria de huelga— representa más del 35 por ciento de los colectivos especialistas en el territorio Insalud. Segundo, exigir al Insalud el compromiso de no desplazar a ningún facultativo especialista interino de su puesto de trabajo como consecuencia de la incorporación de los adjudicatarios del concurso de traslado de 1998.

La huelga se convocó para los días 6 y 7 de marzo, y con carácter indefinido a partir del 20 de marzo de 2001. El Insalud, con el objeto de dar cumplimiento a lo acordado en el pacto de salida de huelga, planteó en la mesa sectorial de Sanidad la posibilidad de suscribir en el seno de la misma un acuerdo en el que se estableciesen criterios de selección y cese del personal temporal, que facilitasen, por un lado, el cese de los interinos

de menor antigüedad y, por otro, la reubicación de aquellos facultativos interinos afectados por la incorporación de propietarios. Como quiera que el acuerdo en la mesa sectorial no fue posible, la Dirección General del Insalud optó por dictar instrucciones en las que se establecían criterios de selección y cese de personal temporal, en las que se incluía un apartado específico relativo a la selección y cese de personal facultativo especialista de área.

Hasta aquí, señorías, las explicaciones que me compete dar sobre este complejo asunto y que espero hayan aportado elementos para encontrar soluciones, en la medida de lo posible, a los motivos que han dado lugar a esta comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Aymerich.

Anuncio a los miembros de la Comisión que, por acuerdo de Mesa y portavoces, a las doce habrá un minuto de silencio abajo, como, por desgracia, es habitual ante hechos luctuosos como el que hoy estamos padeciendo. Por esta razón, señor Aymerich, le ruego se atenga a los diez minutos de tiempo.

El señor **AYMERICH CANO**: Señor director general, efectivamente estamos ante un problema complejo. Dice usted que es un problema que se trata de resolver y de no transferir junto a los servicios sanitarios a las comunidades autónomas que aún no han asumido competencias en esta materia, pero también es cierto que los precedentes no son tranquilizadores, porque a Galicia en su momento se le transfirió este problema, y en el Sergas llevamos desde el año 1988 sin realizar ningún tipo de prueba para el acceso a la condición de personal facultativo estatutario fijo. Es un problema complejo, creado por la Administración, por el Gobierno o por los sucesivos gobiernos, que para nosotros supone un síntoma o bien de un desinterés debido a un proceso general de degradación de los servicios sanitarios públicos, o bien —en un segundo término y contradiciendo sus palabras— de un desinterés motivado precisamente por la inminente transferencia del Insalud a las comunidades autónomas, con el consiguiente desplazamiento del problema a éstas.

Estamos asistiendo a algo similar a lo que sucede en el ámbito de la investigación científica y técnica. Tenemos un personal formado, en el que el Estado invirtió importantes recursos, del que en muchos casos —como en el de los residentes— depende la continuidad y la calidad de los servicios y que debe subsistir en el sector público con contratos precarios o en situación de interinidad. Debemos subrayar también que la gran mayoría de las nuevas especialidades médicas y de los nuevos servicios sanitarios, como pueden ser la atención a infectados por el virus de inmunodeficiencia humana o los trasplantes y gran parte de los proyectos financiados por el Fondo de investigaciones sanitarias, son

desarrollados en su mayor parte por esos facultativos interinos. Usted conoce las consecuencias de la interinidad, así que, para ajustarme al tiempo, sólo las voy recordar brevemente: la falta de estabilidad en el empleo, el no reconocimiento de la antigüedad y las nulas posibilidades de promoción profesional.

En cuanto a las soluciones, por lo menos la música me ha sonado bien. Parece que se están dando pasos para encontrar una solución que tiene que ser extraordinaria, al margen de la Ley 30/1999 —aunque también hay que decir que podría realizarse a través de un desarrollo reglamentario imaginativo de dicha ley—, y que tiene que ser negociada; una solución negociada a un problema creado por la propia Administración y que extiende sus repercusiones más allá del ámbito estricto del Insalud, porque las proyecta en el conjunto de los sistemas sanitarios públicos del Estado. En esa solución extraordinaria, que precisamente debería blindarse jurídicamente a través de la negociación con todos los implicados, debería tenerse en cuenta de forma muy especial la experiencia profesional, el curriculum, es decir, debería tenerse en cuenta especialmente la fase de concurso, la valoración de los méritos de estos facultativos interinos, lógicamente siempre dentro del respeto a los principios constitucionales y legales de igualdad, publicidad, mérito y capacidad, y sin menoscabo del derecho de terceros, ajenos actualmente al sistema sanitario, a acceder a esas plazas.

En cuanto al espinoso problema de la contraposición de intereses entre los facultativos interinos y los fijos, es decir, las expectativas de movilidad de estos últimos, a pesar de reconocer que efectivamente existe una contraposición de intereses y que hay que encontrar un punto de equilibrio, el Insalud debe tener en cuenta cuál es el interés prioritario. El interés prioritario, que es una prelación que en cierto modo deriva de la Constitución y sobre todo de la Ley general de sanidad, debe ser la estabilidad en el empleo del personal sanitario. Lo dice la Ley general de sanidad y se recuerda en la exposición de motivos de la propia Ley 30/1999, de hecho ese fue uno de los motivos principales que movió al Gobierno a elaborar y a aprobar un decreto-ley y a este Parlamento a elaborar esta ley; tenemos ponentes de esta ley aquí, en esta sala. Le encarecería que en su segunda intervención nos aclarase cuáles son, desde el punto de vista del Insalud, las soluciones posibles o en qué va a consistir ese procedimiento excepcional, que por una sola vez, como sucedió en el caso de los mestos —médicos especialistas sin titulación oficial—, puede ayudar a resolver un problema en el que los menos culpables son los que más lo están padeciendo, y si algún culpable hay que buscar —que lo hay— es la propia desidia o la propia incuria de la Administración sanitaria; Administración o administraciones sanitarias que cabría recordar que también están manteniendo gente en este momento con contratos por semanas, e incluso, en el caso de atención de urgencias, por horas,

es decir, en una situación de eventualidad que, desde nuestro punto de vista, es inasumible, porque pugna con la dignidad de las personas, pero también porque incide de forma muy negativa —y esa debe ser también nuestra preocupación principal— en la calidad de los servicios prestados por los servicios públicos de salud.

Esperando que en su segunda intervención nos aclare o concrete algo más en qué puede consistir esta solución y nos diga si están manteniendo o no y en qué estado se hallan las negociaciones con el comité de huelga y con los representantes legítimos de los facultativos interinos, devuelvo la palabra a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Como no hay tiempo para que la señora Castro, representante del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, termine su intervención, suspendemos la sesión hasta que transcurra el minuto de silencio en la puerta principal del Congreso.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se reanuda la sesión.

Tiene la palabra la señora Castro, por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

La señora **CASTRO FONSECA**: Bienvenido, señor Bonet, y muchas gracias por la información que nos ha facilitado, exhaustiva, pero con algunas lagunas importantes que deberíamos tratar de resolver entre otros. Con ese ánimo constructivo va mi aportación a su comparecencia.

El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida piensa que es absolutamente imprescindible que por parte del Ministerio se arbitren negociaciones para dar una solución definitiva al problema de estabilidad del empleo en el Insalud, y esto es imprescindible hacerlo con los sindicatos. La estabilidad laboral en el Insalud es fundamental. Estamos hablando del colectivo de los sanitarios que no tiene homologación laboral, que no tiene posibilidad de promoción interna, que está claramente desincentivado y para el que dicha estabilidad debería ser sagrada porque, como bien sabe, es una profesión que requiere un estado de ánimo especial, que no puede permitirse el lujo de vivir en la incertidumbre, en la angustia y mucho menos en el desánimo. La situación es insostenible y desde luego es fruto del incumplimiento de los acuerdos sindicales y de la dejación en la convocatoria de plazas. Consideramos que el Ministerio de Sanidad ha de buscar una solución urgente y negociar con los sindicatos para solventar los problemas de estabilidad en el empleo de los trabajadores del Insalud. Esta situación es fruto, por una parte, del incumplimiento de los actuales gestores sanitarios de los acuerdos sindicales y, por otra, de más de 10 años de dejación en la convocatoria de plazas. Hay declara-

ciones que no compartimos y que entrañan una cierta irresponsabilidad, declaraciones que se hacen pública o privadamente pero que pueden significar un aval para salidas que, como la laboralización, sólo vendrían a agravar la situación de inseguridad jurídica del personal afectado.

También es una conducta cuando menos irresponsable abordar el proceso de transferencias sin consolidar los empleos necesarios. Son muchos, demasiados, los trabajadores que padecen una situación de inseguridad, y transferir el problema a las comunidades autónomas no es de recibo ni laboral ni asistencialmente. Es inadmisibles, tanto desde el punto de vista laboral como asistencial, que alrededor de 25.000 plazas se encuentren en situación de interinidad endémica, por decirlo de algún modo, sin que los gestores del Insalud asuman la gravedad de la situación y, por tanto, negocien las soluciones urgentes y el cumplimiento de los acuerdos de la mesa sectorial. Por todo esto, insistimos en la necesidad de que el Ministerio intervenga y abra ese proceso de negociación, transparente y serio, que aplique los acuerdos sindicales de la mesa sectorial y en concreto los alcanzados el 23 de noviembre de 1999. Por otra parte, queremos recordar al Ministerio que el compromiso que se contrajo con los sindicatos para reducir la tasa de empleo interino hasta el 3 por ciento se incumple sistemáticamente, es decir, se engorda el problema, se engorda el colectivo de interinos, aunque existen todos los instrumentos legales y sindicales para poder hacer efectivo este acuerdo.

Señor director del Insalud, he creído entender que están en la posición política de encontrar una solución al problema, y para hablar de soluciones cuentan siempre con este grupo parlamentario. Pero no quería acabar mi intervención sin decirle que nos preocupa muchísimo que en un país donde hay gran cantidad de médicos en paro, donde ahora mismo se están planteando situaciones como las de estos 197 médicos que están siendo desplazados por los traslados de los que tienen la plaza en propiedad y que se van a ir al paro sin indemnización, sin derechos laborales y sin nada, parece paradójico que esta situación se plantee cuando se están engordando las peonadas, como una necesidad de la sanidad pública. La sanidad pública y el trabajo que hacen los sanitarios exige, como decía al principio de mi intervención, estabilidad. Por tanto, pedimos que se priorice la creación de empleo estable frente a la solución de las peonadas, que puede ser un recurso en última instancia, pero que no es precisamente el que necesitamos en este momento. Por tanto, compartimos la preocupación que a este respecto mantienen algunas ONG que trabajan en el campo de los afectados por las deficiencias hospitalarias o por los errores médicos. La solución va por ahí, por aumentar los recursos materiales y humanos —el presupuesto sanitario, como usted sabe, disminuye—; la base de todo este problema parte de una negligencia en los gestores. Desde luego, la

voluntad política es solucionarlo, y esto se expresa básicamente en el presupuesto y en la apuesta por la sanidad pública sin ambages y por tener claro que en un Estado democrático, social y de derecho la medicina privada en todo caso ha de ser subsidiaria de la pública y nunca al revés.

Reitero el agradecimiento por su comparecencia en nombre de mi grupo parlamentario y en el mío propio, así como nuestra disposición a consensuar salidas urgentes que nos permitan llevar la tranquilidad no sólo al colectivo de médicos afectados, sino a todos los pacientes de la sanidad pública que, como todo el mundo sabe, inevitablemente se ven afectados por esta situación de precariedad laboral que padecen los trabajadores sanitarios.

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

El señor **AROLA BLANQUET**: Voy a intentar expresar, dentro del mejor tono y del mayor respeto al Parlamento, algunas de las sensaciones que mi grupo ha tenido esta mañana durante su comparecencia. Primera afirmación: mi grupo había pedido la comparecencia de la ministra, y el Gobierno decide. Pero conste que una vez más la ministra, a solicitud del grupo parlamentario... Leo si quieren el texto.

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, señor Arola. Quiero aclararle que fue un acuerdo unánime de Mesa y portavoces.

El señor **AROLA BLANQUET**: Y segundo, y más importante, es que queríamos información sobre la situación actual y futura. Aquí es donde usted ha terminado su intervención, prolija en cuanto a la historia, pero no ha avanzado más allá de dos generalidades sobre cuál es o puede ser la situación futura del personal al servicio del Insalud. Supongo que se lo ha dejado para la siguiente y que responde, por lo tanto, a una táctica parlamentaria. El problema es que si yo le pregunto por el futuro y usted me contesta con el pasado, aquí podemos estar perdiendo todos el tiempo, ustedes y nosotros; y nosotros no venimos a eso.

Siguiente asunto. Ha citado varias veces la documentación que se les entregará en el futuro para hablar del tema que hoy nos ocupa. Con toda la cortesía, a estas alturas ahórresela. Entre otras cosas porque ya tenemos una copia, no entregada por ustedes. Pero demorar a calendas griegas la información... El Gobierno tiene suficiente posición de preponderancia en estas intervenciones para encima decir: ya verán ustedes los datos cuando acabemos la Comisión. Primera parte de mi intervención: lo lamento, lamento su intervención. De las tres hojas en las que he ido tomando apuntes se deduce que usted ha hecho, repito, una magnífica lección de historia, pero la conocíamos todos, o todos deberíamos tener la obligación de cono-

cerla. El problema es: ¿y ahora qué? Después de esta lección de historia, ¿qué? ¿Cómo se explica, por ejemplo, que en su primera intervención ni siquiera haya aludido a la suspensión de la huelga, de la que hemos podido saber ayer a través de los medios de comunicación? ¿Qué lógica política tiene, si hay una suspensión de una medida de fuerza por parte de los que están realizando la huelga, lo que es un nuevo horizonte, que usted ni siquiera la cite en la primera parte de su intervención? ¿A qué nos lleva eso? ¿A las palabras de la ministra, que dice, por ejemplo, que no sabe con quién negociar? ¿Con quién ha estado usted negociando? Y de paso, ¿por qué no se lo cuenta a la ministra? Para que sepa al menos con quién se está negociando, entre otras cosas porque los afectados dicen haber enviado cuatro cartas a la ministra que hasta la fecha no han tenido respuesta alguna. Por lo tanto, la pregunta vuelve a ser, ¿y ahora qué? Que no se quiera confrontar intereses, va de suyo; que se quiera buscar una solución, va de suyo. ¿Se imagina usted que pudiera decir lo contrario, vamos a buscar una solución que no lo sea y además vamos a confrontar intereses? No, ni usted ni yo ni nadie puede decir eso. Y cuando no se puede afirmar lo contrario de una cosa es que se está afirmando bastante poco, señor director general, con lo que mi pregunta vuelve a ser, ¿y ahora qué?

Sabemos algunas cosas. De momento, que hemos perdido cinco años o cuatro y medio, como usted prefiera contarlos; y hemos aumentado el problema, según sus propias cifras, además en un número importante de personas. Hay una cosa fundamental, que la defensa del servicio nacional de salud no es ajena en absoluto a la normalización de las relaciones laborales en su seno, porque no hay estructura que pueda sobrevivir sin el apoyo explícito de aquellos que la conforman. Este es uno de los problemas que tiene, ya se han citado otros. Y esa solución que usted no ha querido apuntar en su primera intervención, aunque la he enmarcado en un determinado tiempo —desde ahora hasta las transferencias—, sí, pero ¿para cuándo y con qué criterios? Se ha citado: parece que ha habido una oferta de laboralización. Pregunto: ¿Es verdad? ¿En qué condiciones? ¿Esa oferta de laboralización no tendría que tener las tan repetidas condiciones de igualdad, mérito y capacidad? ¿Considera usted que esa es una hipotética solución? ¿Y ahora qué? ¿Qué solución se da para que no nos encontremos con 17 subsistemas de relaciones laborales cuando se produzcan las transferencias a las comunidades autónomas, para que en cada comunidad autónoma no pueda haber al menos tres o cuatro sistemas de relaciones laborales dentro del servicio de salud correspondiente? ¿Qué hacemos con la legislación que se ha ido aprobando? Convendrá conmigo en que, teniendo el problema que tenemos y teniendo una ley del año 1999, nadie quiere ceñirse a ella porque no parece útil para solucionar el problema. Fíjese, en el año 1999 se legisla y al día de hoy casi nadie cita esa

ley para solucionar el problema; ley que, por otra parte, comprometía en el plazo de seis meses al Gobierno a remitir el estatuto marco a estas Cortes, plazo también incumplido. Yo soy de los que dicen que ya se han leído bastantes borradores y anteproyectos de borradores del estatuto marco. Si es un objetivo imposible, elimínese y dígame. Pero tiene que ser sustituido por un marco referencial de relaciones del personal laboral y del personal sanitario, obviamente antes de la entrada en vigor o de la posible regularización de las competencias, y además con unos elementos de coordinación futura porque no podemos hacer 17 subsistemas, y además 17 subsistemas estancos. Conocemos suficiente jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que en algunos casos no sólo viene a repetir lo que dijo algún diputado socialista la pasada legislatura, por ejemplo el diputado Jaime Blanco cuando le decía al señor Romay —entonces ministro— que había un tufillo a inconstitucional, que obviamente después resultó no ser un tufillo sino más. Además, tengo la sensación de que hay una especie de empecinamiento en no encontrar la solución. Recuerdo la encuesta de 1996-97 sobre la disponibilidad de traslado de los facultativos propietarios. Hubo una pésima interpretación de dicha encuesta como demuestra el que inmediatamente después los mismos que habían sido encuestados y habían contestado recurrieron por el escaso número de plazas que se ofrecían a traslado. Además, tengo personalmente la sensación de que es sostenella y no enmendalla. El Tribunal Constitucional comienza diciendo que acuerda su inadmisión —del recurso— y a continuación dice: siendo notorio. Es decir, se ha ido recurriendo sistemáticamente las sentencias cuando eran desfavorables para no reconocer que se había entrado en una solución de vía muerta, con lo cual hemos aumentado el problema. Por lo que le vuelvo a preguntar: ¿Y ahora qué? No se trata sólo del problema de los facultativos especialistas, siéndolo, sino del conjunto de los trabajadores del Insalud. Y la solución que se dé a un colectivo afectará necesariamente a las futuras soluciones del resto de los que están implicados en el problema. Por ejemplo, este fin de semana yo leía en Zaragoza lo que decía el señor subsecretario, de que el Insalud tiene una deuda histórica con los médicos de emergencia a los que se dará una solución diríamos particular, específica o llámeme usted como quiera. Que la tiene con este colectivo, seguro, pero también la tiene con el resto de los colectivos que están afectados por la temporalidad en el trabajo; la tiene con aquellas personas que hoy, al menos en mi comunidad autónoma, entrarán a hacer una guardia a las tres de la tarde y saldrán a las ocho de la mañana y que habrán sido contratados exactamente por ese periodo de tiempo. Mi grupo no va a negar en ningún momento la capacidad que puedan tener de descentralización en las gerencias de los problemas de gestión de personal; pero no podemos estar en un mundo tan variopinto en el que cualquier —comillas— solución

—se cierran comillas— se esté dando al mismo tiempo, porque evidentemente hay agravios comparativos sostenidos. Le puedo asegurar que mi intervención, la del Grupo Parlamentario Socialista, está basada fundamentalmente en dos aspectos: defensa del Sistema Nacional de Salud y búsqueda de soluciones. Porque sin lo segundo no se dará lo primero; no se dará nunca lo primero si no encontramos una solución a los problemas que ahora tenemos. Por eso le repito: ¿Y ahora qué? Es decir, ¿cómo negocian ustedes, qué negocian ustedes, con quién negocian ustedes? Y añadido: ¿Y qué apoyos van a buscar para esa hipotética solución, que le deseamos que encuentre? Que nosotros ofrezcamos el apoyo parlamentario a una hipotética solución ni siquiera quiere decir que estén ustedes con el pensamiento —o en la obligación, seguro— de querer consensuarlo con el resto de las fuerzas políticas. Y sin embargo, casi todas las fuerzas políticas aquí representadas gobernamos en unas u otras comunidades autónomas. ¿Que tienen ustedes que negociar en el marco del Consejo interterritorial? Seguro. Pero también tienen ustedes que buscar el apoyo de las fuerzas parlamentarias.

Termino, señor presidente. Por lo tanto, nuestra disposición y nuestra exigencia: defensa del Sistema Nacional de Salud y solucionar el problema de las relaciones laborales porque si no, repito, lo primero —lo segundo tal como lo ha enunciado— no funcionará. Espero no haberme equivocado y confío en que usted, por táctica, nos explique ahora por dónde pueden ir las soluciones, porque si no lo hace nos podríamos haber ahorrado todo este tiempo. Y si lo hace, también nos podríamos haber ahorrado este tiempo previo que hemos tardado en poder encontrar —o en oír de su boca— las soluciones.

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

Por el Grupo Parlamentario Vasco, PNV, tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Seré breve, pero sí quiero dejar constancia de la postura del grupo al que represento en este culebrón, palabra que me gustaría emplear por lo gráfica que es, pero que puede resultar poco seria y poco acorde con la gravedad del problema que estamos tratando; grave problema no sólo para la prestación del servicio público de la sanidad sino para todas y cada una de las personas que están afectadas por esta inestabilidad en el desempeño de sus puestos de trabajo.

Desde la perspectiva de la formación a la que represento, creemos que desde siempre ha habido unas inercias importantes por parte de quien ha desempeñado o ha tenido la responsabilidad en la gestión sanitaria de no regular y de no convocar —las dos cuestiones nos parecen importantes— ni oposiciones ni concursos ni

algunas OPE, lo que sí ha podido hacerse con la misma normativa vigente desde la comunidad vasca o desde la catalana. Todos ustedes conocen que en esta materia es legislación básica lo que hace referencia a selección y provisión y que, a partir de ahí, puede gestionarse por parte de las comunidades autónomas. Todo proceso público de selección genera un riesgo y es complicado, sobre todo cuando afecta a colectivos muy numerosos, pero hay quienes sí han estado a la altura de las circunstancias y han sabido oxigenar o sanear sus funciones públicas sanitarias, repito, convocando en tiempo oposiciones y concursos, no sin problemas, y haciendo las correspondientes ofertas públicas de empleo.

Siempre se ha tenido la tentación, y se ha utilizado el criterio de no emplear los instrumentos normativos que se debiera. Se ha recurrido siempre a lo que llamaré instrumentos normativos de excepción: bien se ha procedido a regular dentro de la Ley de presupuestos —técnica legislativa absolutamente criticada y ya declarada inconstitucional en diversas sentencias—, bien se ha acudido, ya en tiempos en los que gobernaba la formación política a la que usted representa, a la Ley de acompañamiento, y, finalmente, para hacer la ley de provisión y selección se acudió a esa otra fórmula que tanto gusta que es la del decreto-ley. Nunca ha habido un debate serio en la Cámara, nunca un debate con la presencia y con la posibilidad de que se sumen al consenso (lo cual es garantía de mantenimiento de una norma, de su vigencia) todas las formaciones políticas. Finalmente, en las convocatorias que se han efectuado usted se amparaba en la existencia de un importante número de procedimientos judiciales pendientes. Cuando se acude a convocatorias que tienen el carácter de numerosísimas, bestiales, es evidente que unos u otros sindicatos, unos u otros colectivos de trabajadores van a proceder a su recurso y que están abocadas necesariamente a salir mal. Ahora está todo suspendido y, según tengo noticias, con el planteamiento de numerosas cuestiones de inconstitucionalidad. Algo hay que hacer, y siempre está ahí pendiente la idea de elaborar el estatuto marco, asunto que ustedes abordaron con total empeño e interés cuando entraron en el Gobierno en el año 1996, pero que después por unas u otras cuestiones ha quedado estancado. Se me dirá que desde la formación política a la que yo represento, desde el Gobierno vasco, se han puesto siempre impedimentos a su negociación, pero también está presente esa idea de homogeneizar y de querer igualar, no teniendo en cuenta las diferencias que existen o que pueden existir entre unas comunidades autónomas y otras. El hecho de que existan regímenes distintos no genera incomunicabilidad entre ellas, es perfectamente posible; hay otras áreas de la función pública que garantizan la movilidad de los funcionarios, sin que por ello tenga que haber un sistema tan rígido y tan monolítico que aboque a las comunidades autónomas a no poder ejercitar sus competencias en la materia, sino simplemente a la mera gestión

de lo ya establecido o regulado desde el Estado. Retomen ustedes la idea del estatuto marco y sobre todo negocien.

Ha indicado usted (y me ha causado cierta desazón cuando planteaba soluciones) que era un problema hartamente complicado. Desde luego lo es porque se ha ido generando una bola muy antigua en el tiempo y que hace difícil cualquier solución, pero no hay otra que la negociación: negociar con los interlocutores sociales, negociar con las formaciones políticas e intentar limpiar el campo. Ciertamente la gestión pública, sobre todo la gestión cuando se trata de colectivos tan numerosos como del que estamos hablando, es complicada, pero ese es el riesgo que uno asume cuando le nombran y acepta el nombramiento, de la misma forma que se somete a la crítica política que desde esta Comisión estamos efectuando, por no atisbar qué soluciones plantea el Ministerio. Desde el Grupo Socialista se le ha dicho que había un cierto empecinamiento en no encontrar la solución, yo no lo manifiesto así, no me consta, pero sí hay una cierta torpeza en encontrarla o por lo menos no ha sabido trasladarnos, —aún reconociéndole la gravedad del problema— lo complicado del poder abordarlo. Tampoco cabe —con esto finalizo— ampararse en el importantísimo número de procedimientos judiciales que están pendientes. Si se negocia, todos los procedimientos judiciales son desistibles. Es decir, si los colectivos de recurrentes y los colectivos o sindicatos que tienen interpuestas demandas quedasen medianamente satisfechos en esas negociaciones, a las que reiteradamente les estamos llamando, es perfectamente posible que se pudiese limpiar el campo de lo judicial (que tanto les asusta) para abordar de una vez y por derecho esta cuestión

Repito, nos gustaría que en su réplica nos tranquilizase algo más, para que pudiésemos ver hacia dónde van estos caminos o búsquedas de soluciones, para que no pensemos que existe este empecinamiento en mantener la situación tal y como está.

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

La señora **RIERA I BEN**: Bienvenido a esta Comisión, señor Bonet, y gracias por sus explicaciones.

Evidentemente, mi grupo coincide con lo que han manifestado otros portavoces respecto a que el problema que estamos debatiendo es complejo y, por tanto, difícil de solucionar. El futuro se construye cada día y lleva siempre en sus genes escrito el pasado. Hablaba el portavoz socialista de que usted ha dado una lección de historia y yo opino que es inevitable, porque es evidente que la situación actual no es fruto del actual Gobierno, de éste, y tampoco del anterior que también era del Partido Popular. Aunque eso es cierto, a ustedes las urnas les han dado la responsabilidad de gobernar,

en esta legislatura y en la otra, lo que implica, por una parte, la suerte y la responsabilidad de recoger lo bueno que otros habían sembrado y, por otra, la de solucionar lo que no funciona, en poco o en mucho, pero que no funciona. El problema del personal interino del Insalud es grave y es evidente que para afrontarlo y solucionarlo hay que compatibilizar intereses contrarios, incluso muchas veces contradictorios. Seguramente la solución nunca podrá ser satisfactoria al cien por cien para todos, pero hay que intentarlo, hay que hablar, hay que negociar. Según el compromiso que la propia ministra de Sanidad, la señora Villalobos, adoptó al principio de esta legislatura y que ha reiterado en otras ocasiones el propio presidente del Gobierno, señor Aznar, hay que afrontar esta situación teniendo en cuenta que estamos ante un marco, ante un compromiso en el que durante esta legislatura se van a formalizar las transferencias al cien por cien de lo que hoy es Insalud a las comunidades autónomas. Señor Bonet, como representante de un grupo parlamentario, en cuya comunidad hace muchos años que tenemos las competencias de sanidad transferidas, como usted sabe perfectamente, no sería de recibo (bastantes problemas tenemos ya debidos básicamente a la escasez o la mala financiación del sistema) que estas competencias se transfieran antes de finalizar este mandato con un problema tan grave, pendiente de solucionar, limitándose a pasar la patata caliente a otras administraciones, a otros gobiernos. Por experiencia les decimos que esta situación no se la deseamos a nadie, que quede bien entendido, a nadie, a ningún gobierno, de ninguna comunidad autónoma, sea del color que sea. Señor Bonet, le pediríamos por favor, prescindiendo de que evidentemente ustedes están gobernando con mayoría absoluta, que tuviesen sensibilidad —y no presumo que no la tengan; al contrario— para ver que en situaciones tan difíciles como ésta —a pesar de la comodidad que da la mayoría absoluta de poder prescindir de hablar, de negociar para que salgan sus propuestas— el escenario más favorable para solucionar estos conflictos es el diálogo. Creo que ustedes deben imponerse, aunque la matemática parlamentaria no lo exija, el diálogo y la complicidad con las fuerzas políticas de esta Cámara, que tienen mucho que decir, y por descontado con los representantes y los sindicatos de todo el sector sanitario que están afectados por esta problemática.

En un momento en que el Gobierno popular está haciendo esfuerzos valorables y positivos desde el Ministerio de Trabajo para luchar contra la precarización laboral, tampoco es comprensible que el sector público se instale de manera fija en una interinidad constante. La precarización laboral hay que afrontarla desde todos los sectores y el Gobierno tiene la responsabilidad de intentar atacarla en aquello que de entrada tiene más sencillo y es más lógico que haga, que es solucionando el problema de todos aquellos trabajadores que por ser del sistema público dependen directa-

mente de las acciones y de las omisiones que efectúe el Gobierno.

Nosotros le deseamos suerte, señor Bonet, en esta labor, que reitero que no es fácil, le ofrecemos nuestra colaboración y le prestamos nuestra complicidad, pero es evidente que lo que no sería prudente y nosotros no podríamos aprobar es que escudándonos en un pasado no solucionáramos el futuro.

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Gracias, señor director general, les felicito de nuevo por su extensa y documentada explicación, que amplía con estos cuadros que le habían solicitado y que, al parecer, tenían.

Ha empezado identificando con seguridad y realismo este problema de la temporalidad en el empleo en el Instituto Nacional de la Salud, mejor dicho, en las interinidades del Insalud y también su carácter atípico, aunque creemos que el problema —tal y como ha señalado algún parlamentario que ha intervenido anteriormente— puede hacerse extensivo a una serie de comunidades que tienen ya transferida la gestión de la asistencia sanitaria. Creo que ha catalogado el problema, con certeza, de muy complejo y difícil de resolver porque en él confluyen sujetos, voluntades e intereses diversos en muchos casos contrapuestos y además de complicada articulación, y ha dado después una explicación clara de cómo y por qué se ha llegado a esta situación, que sin duda se debe —y en esto coincidimos todos— a la prolongada ausencia de ofertas públicas de empleo para estos profesionales. Después ha repasado extensamente la normativa que regula los recursos humanos y además ha hecho hasta un preciso recordatorio de las dos iniciativas parlamentarias hasta ahora realizadas en este campo encaminadas a la mejora, viabilidad y modernización del Sistema Nacional de Salud, que ya ponían en evidencia la problemática situación de los recursos humanos en el mismo. Después ha analizado la evolución reciente de los procesos selectivos que han desembocado, como todos sabemos, pese al evidente empeño y la excelente voluntad desplegada por este Gobierno del Partido Popular, en una serie de ofertas de empleo público de 1997 a 1999 cuyas convocatorias con dificultades jurídicas han terminado judicializadas. A partir de ahí se ha referido ampliamente al caso de los Feas, motivo inmediato de estas peticiones de comparecencia, ya que su proporción —como vemos en los cuadros— de interinidad es además la más alta de todos los colectivos. Terminó, por último, haciendo una valoración de la situación actual y de los problemas de judicialización y paralización de las convocatorias, así como del horizonte de las transferencias sanitarias del Insalud, que pueden llevar al reparto y multiplicación de esta situación problemática.

tica a todas las comunidades autónomas que las tienen transferidas y a las que las tienen por transferir.

El problema, por tanto, no es fácil, ya que su resolución está en conjugar los derechos de una serie de agentes implicados en el mismo: por una parte, del personal propietario fijo, respetando los principios de igualdad, capacidad y mérito; por otra, del personal interino cuya antigüedad —pues hasta ahora no han tenido posibilidad de acceso— propicia argumentos en el sentido de buscar soluciones excepcionales, singulares o extraordinarias al margen de la normativa vigente; y también, cómo no, de los usuarios del sistema sanitario, cuyo derecho a la protección de la salud y a una asistencia sanitaria de calidad debe garantizarse por encima de cualquier problema específico.

Por último, ha explicado el motivo inmediato de la huelga actual y de la que se produjo en noviembre y diciembre de 2000, la evolución del conflicto y las distintas reuniones, ofertas y negociaciones realizadas hasta el día de hoy en el que están abiertas de nuevo las negociaciones para intentar una solución lo más razonable posible del problema, de forma que no se conculque ningún derecho ni se resienta la calidad asistencial de nuestros centros sanitarios.

En resumen, redundamos diciendo que es un problema crónico y complejo, o quizá complejo por crónico, y que explota al final de 2000 y ahora mismo en forma de huelgas y movilizaciones de los facultativos especialistas de área, de los Feas interinos en el territorio del Insalud, pero que tiene su origen y su causa en la falta de convocatorias de ofertas públicas de empleo periódicas, que se remontan a los años ochenta, tal y como nos ha dicho el director general. Podríamos poner un ejemplo y es que sería algo así como la explosión retardada de una bomba que fue cargada con la pasividad y la dejación de funciones en cuanto a la gestión de recursos humanos bastantes años atrás y que ahora explota de forma similar a la última gota que colma el vaso o que no permite prolongar una situación que se produce al anunciar formalmente que las transferencias sanitarias van a efectuarse a medio plazo.

En la búsqueda de culpables hay que decir que indudablemente culpables son la Administración y los gobiernos sucesivos, cada uno en su momento y en su forma, pero algunos más que otros. Y si lo que el portavoz del Partido Socialista ha pretendido decir es que el problema mayor se circunscribe a los últimos cinco años y carga las tintas ahí, yo le contesto que no porque sería una incongruencia y habría que decirle entonces que esto sería como si el pirómano que provoca un incendio quisiera echar la culpa a los que lo están intentando apagar porque no utilizan la técnica adecuada. Sé que no ha sido su intención, le agradecemos su manotendida y esa oferta de diálogo que nosotros le devolvemos a él y a todos los grupos, siempre en la defensa, como usted ha dicho, del Sistema Nacional de Salud y en la búsqueda de soluciones.

Como ha dicho el parlamentario del BNG, la situación no es solamente central, sino que es extrapolable a casi todas las comunidades autónomas. Porque habría que hacer una pregunta, ¿se conoce el número de interinos que existen en las mismas? ¿Se ha encontrado en alguna de ellas la fórmula adecuada para resolver este problema heredado? ¿Tiene, por ejemplo, Andalucía menos proporción de número de interinos que el territorio Insalud? Cada cual que cargue con su culpa porque aquí lo repito, algunos tenemos más que otros y habría que decir aquello de que el que esté libre de pecado que arroje la primera piedra.

Lo que sí tengo que aclarar como portavoz del Grupo Popular es que nuestro Gobierno, el actual, intentó en 1997 y 1998 solucionar el problema de forma generosa y con una decidida voluntad política de arreglarlo para que no se complicara más, y lo hizo cargando la sensibilidad de ayuda en el más débil, en ese que todo el mundo ahora quiere defender, en el interino en situación precaria de empleo, prolongada e inestable, y lo hizo buscando además su continuidad —y de ahí el tufillo ese al que hacía referencia— para preservar el mantenimiento de la calidad de la asistencia sanitaria en todo el territorio de su competencia.

Al final, como saben, la normativa —lo conocemos todos— fue impugnada por las dificultades ya descritas y hoy nos hacen oír y decir al mismo tiempo que con la regulación actual —por cierto, la de 1999 también, que apoyó el PSOE— es muy difícil, por no decir imposible, encontrar una solución que contente y no dañe los derechos legales de los distintos sujetos implicados en el proceso. En resumen podemos decir que por no hacer lo que se debía en su momento la situación se ha hecho ingobernable y prácticamente inviable con los instrumentos legales actuales.

No obstante, hablando de futuro y de eso de: ¿y ahora qué?, yo no soy el que tiene que contestarle, lo va a hacer el director general, pero lo que sí les digo es que desde este Gobierno una vez más hay una decidida voluntad de solucionar el problema antes de que siga creciendo y sea todavía más difícil su solución, sobre todo para evitar eso que planteaba el parlamentario del BNG, y es que las comunidades autónomas en las que queda por transferir la asistencia sanitaria hereden una situación tan comprometida que les impida la gestión razonable y responsable de los recursos humanos en sus servicios de salud. Así, este Gobierno sigue negociando y estudiando la posible normativa y ese consenso, al que apunta todo el mundo, que le permita resolver de forma definitiva la problemática planteada.

Afortunadamente, hoy hemos recibido la información de que se ha conseguido una salida a la huelga con su suspensión y la apertura de una nueva negociación que intenta solucionar el problema más acuciante, que son los traslados y los desplazamientos planteados de los interinos. Posteriormente se abordará la consecución, elaboración y publicación en el BOE de una nor-

mativa legal en estudio que sea capaz de resolver definitivamente el problema de los interinos sin dañar los derechos adquiridos de los propietarios, de forma que todo al final va a redundar, como es el deseo de todos, sin duda, en la mejora y consolidación de nuestro sistema público de salud.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede dar contestación el señor Bonet, director general del Insalud.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Muchas gracias, señorías, porque yo creo que lo más importante de sus aportaciones es que todos ustedes están en la gravedad del problema y ofrecen, a mi modo de entender y según lo han planteado, su apoyo, su ayuda para la solución definitiva del problema. Por tanto, lo primero de todo es agradecerles. No obstante, espero no defraudar, porque si yo tuviera la solución hoy aquí la verdad es que probablemente estaríamos hablando de una solución frívola o parcial, no comprensiva de todo el problema. Me la piden, pero no la tengo hoy aquí. Esta comparecencia puede servir precisamente para decir que soluciones en estos momentos, como para poder plantear hoy y aquí, no las tenemos y, por tanto, necesitamos encontrarlas conjuntamente. Lo que sí está claro es que cuando se ha hecho la presentación —por cierto, no está en la segunda parte de la comparecencia la solución—, el tono en el que se ha relatado la historia se debe a que hace falta conocer todas las aristas que tiene este proceso, toda la complejidad, incluso he mencionado todos los intentos que se han hecho por abordar de base, estructuralmente, el problema. Por consiguiente, esa era la intención. Pero debería añadir que la historia es necesaria, y no se debe olvidar, y además en la historia se fundamentan soluciones. Si la historia, señor Arola, fueran cinco años, es probable que no encontraríamos adecuadamente la solución, es probable que se cometieran nuevos errores, aunque sería una de las alternativas no hacer nada o ir creando la bolsa de empleo interino mayor y mayor. Por tanto, una de las conclusiones que podemos sacar del análisis de la historia es que la historia no son cinco años, sino muchos más. Por consiguiente, muchos sabios ha tenido la Iglesia como para buscar soluciones. Yo sigo creyendo que si la ampliamos, si abarcamos el conjunto de la evolución de la historia, seguramente encontraremos mejores soluciones a la problemática planteada.

Además, en la historia deberíamos incluir un hecho al que no he hecho demasiada referencia, deberíamos incluir lo que ha ocurrido en comunidades autónomas con competencias transferidas. Se han comentado los casos del País Vasco y Cataluña y después Andalucía, donde es probable que también se hayan encontrado soluciones en un caso y no en otro. Convendría —nos-

tros lo haremos— trabajar en ese análisis para ver qué ha ocurrido en Cataluña y en el País Vasco para que la situación sea algo diferente, a lo mejor también por su propia dimensión. El caso de Cataluña no es comparable al de la Administración del Estado en este momento. Yo creo que convendrá trabajar en el análisis. En estos momentos estamos trabajando. Evidentemente, es el Ejecutivo el que tiene que plantear una solución al Parlamento. La primera cuestión, a mi modo de entender, es que la solución deberá pasar por el Parlamento, tendrá que traerla el Ejecutivo aquí, y en estos momentos se está trabajando en el seno del Ministerio de Sanidad juntamente con el Ministerio de Administraciones Públicas. Está claro que el problema y la búsqueda de la solución afecta también al Ministerio de Administraciones Públicas, que está totalmente implicado y con el cual nos estamos reuniendo de forma continua en busca de esa solución. Y las soluciones, contestando globalmente y pasando de unas de sus aportaciones a otras, deberán ser globales para el conjunto de trabajadores del sistema y no soluciones parciales o que no den respuesta al conjunto de la problemática.

Respecto a con quién se negocia, se negocia en estos momentos con quien se deba en todos los ámbitos. El primer ámbito sería el de la mesa sectorial. Se ha hecho alguna referencia al acuerdo de 23 de noviembre de 1999, por el cual se acordaba una tasa de interinidad para el año 2002 del 3 por ciento. Es verdad que para cumplir acuerdos no solamente hace falta voluntad de hacerlo, sino que hacen falta instrumentos y una de las cuestiones que nos trae hoy aquí es precisamente la dificultad de sus propios instrumentos. En ese sentido, le puedo garantizar que la voluntad de cumplir esos acuerdos sigue existiendo, sigue vigente y tendremos que ver cómo se pueden reformar o mejorar los instrumentos para que los acuerdos se puedan cumplir. Seguimos interesados en llegar a acuerdos con la mesa sectorial, cómo va a ser de otra forma, pero es verdad que en una convocatoria de huelga estamos obligados a negociar con el comité de huelga y, por tanto, la negociación es diferente en el ámbito de la mesa sectorial que con el comité de huelga, que, como saben, es el que nos obliga.

No he hecho referencias al momento actual de la huelga por una razón, y es que para nosotros la suspensión de la huelga —que es lo que anunciaron los medios, no nosotros— no es un acto a considerar desde el punto de vista legal. La suspensión de la huelga, en todo caso, es un gesto por parte de la plataforma, pero no un acto legal en sí mismo. Lo que nosotros hemos estado pidiendo siempre es la desconvocatoria de la huelga, dado el nivel de avance en las aportaciones que hacía a la solución del conflicto el Insalud. Por tanto, bienvenida sea la suspensión de la huelga, pero de alguna forma es lo que facilita que nos sigamos sentando a negociar y nos hemos sentado siempre. Hoy se está ofreciendo a los interinos la posibilidad de sentarse con

nosotros y ver la problemática global de los movimientos producidos por la toma de posesión de los propietarios, y así lo seguiremos haciendo durante esta tarde. Pero la suspensión de la huelga anunciada por los medios no es en sí mismo algo de carácter legal que nosotros podamos atribuirnos en cuanto a la solución del conflicto, sino un paso más de aproximación para sentarnos y seguir hablando.

Se ha hecho referencia también a lo que ha publicado algún medio sobre laboralización, e incluso me ha planteado el señor Arola la hipótesis de que hayamos hecho una oferta de laboralización. Lo primero quizá lo he leído yo también; no lo he dicho pero lo he leído. O digamos que no lo he dicho exactamente. Una cosa es que se puedan entretener de lo que son las negociaciones o de lo que serían las voluntades las aproximaciones o las alternativas que cualquiera pueda plantear, pero no se han planteado formalmente. En todo caso, creo que se debería debatir en el Parlamento en el momento oportuno cualquiera de las alternativas antes que cualquier oferta que no se ha hecho.

Decíamos que la mesa sectorial es un ámbito de negociación paritaria importantísimo en la búsqueda de soluciones, pero pensemos que esa mesa sectorial tiene también enormes dificultades porque el agotamiento de los instrumentos es probablemente uno de los elementos que dificulta los avances dentro de la mesa sectorial, o de hecho la situación de que muchos de los colectivos no se sientan representados adecuadamente a la hora de la negociación. Evidentemente, cualquiera que se encuentre en trámites de gestión desea interlocutores legítimos que representen adecuadamente a su colectivo. Digamos que eso añade dificultad para encontrar soluciones que no lesionen intereses y que por tanto puedan ponerse en común en la medida de lo posible.

Aparte del ámbito que hemos comentado (mesa sectorial), el ámbito de trabajo del propio Ejecutivo con el Ministerio de Administraciones Públicas y el ámbito parlamentario, como he comentado, se tiene que trabajar también con las comunidades autónomas. El día 24 se lleva al ámbito de las comunidades autónomas, tanto a las transferidas como a las no transferidas, la problemática. El día 24 no se va a llevar una solución sino que intentaremos ilustrar el debate para la mejor búsqueda de una solución. Dentro de la problemática en la propia negociación de la huelga ha estado precisamente evitar soluciones aisladas, como comenta el señor Arola. Es una enorme dificultad (usted lo ha comentado también) por el hecho de la autonomía de gestión o de la descentralización. Es conocido que existen acuerdos, incluso locales o de comunidades autónomas, que pueden ser diferentes en temas de calado de los acuerdos entre comunidades autónomas o de algún tipo de acuerdo a nivel de mesa sectorial. El problema de los médicos interinos es un problema que requería la centralización de determinadas decisiones, si no se podía

caer en cierta arbitrariedad o en cierta iniquidad en la solución. De ahí que se haya centralizado la decisión sobre la reubicación de interinos para que de esa forma pudiéramos evitar en la medida de lo posible agravios dentro del colectivo. De alguna forma, por tanto, la autonomía que podían tener y que seguirán teniendo los hospitales en un futuro próximo queda en estos momentos sometida a la evaluación de la Dirección General en cuanto a reubicación de interinos se refiere.

Aparte de haber mostrado torpeza o empecinamiento, como usted comentaba, espero haber demostrado también voluntad en especial en la búsqueda de soluciones. Está claro que es voluntad del Gobierno encontrar el mayor grado de consenso para hallar la solución. En absoluto se plantea la mayoría absoluta como uno de los instrumentos para la solución del problema de los interinos. Me parece que está claro por el propio análisis que eso no sería posible. En ese sentido, la solución que se apuntaba será planteada por el Ejecutivo al Parlamento; una solución que, a mi modo de ver, tendrá que ser de carácter legislativo, con el mayor grado de consenso posible, extraordinaria y negociada en todos los ámbitos. **(El señor Arola Blanquet pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Dígame, señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Señor presidente, solicito de su benevolencia un breve turno de réplica.

El señor **PRESIDENTE**: Turno de réplica, no. Si lo estima oportuno puede hacer alguna aclaración puntual, pero turno de réplica en ningún caso porque no existe, como S.S. sabe perfectamente puesto que conoce el Reglamento. Lo que sí le pido es que no abuse del tiempo teniendo en cuenta la hora que es y lo que nos queda todavía. Tiene la palabra por un tiempo de dos minutos.

El señor **AROLA BLANQUET**: Muchas gracias, señor presidente.

Señor director general, no es que hayamos avanzado mucho más en su réplica. ¿Por qué no estudia la solución de Castilla y León, por ejemplo, reconocida por el Tribunal Constitucional, ante una situación de excepcionalidad? No sé si es la misión de este grupo darles a ustedes soluciones, pero estúdienlo.

En segundo lugar, por favor no lleven al Consejo Interterritorial, según sus propias expresiones, la problemática; intenten llevar las soluciones porque allí conocen bien la problemática.

Lamento las declaraciones de la ministra esta mañana en el Senado. Hay una cosa que está clara, dice el refrán que si uno no quiere dos no se pelean; pero es que además si uno no quiere dos no se ponen de acuerdo. Por tanto, yo creo que, aunque parezca mera suspensión, es un elemento que tiene que impulsarles a ustedes a negociar, como ha parecido desprenderse de

sus palabras. Por favor, negocien, aporten soluciones y esta vez no se equivoquen. **(El señor Zambrano Vázquez pide la palabra.)**

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Una pequeña intervención para decirle al portavoz del Grupo Socialista que la oferta de Castilla y León nos la habían planteado ya los interinos. La conocíamos suficientemente. Lo digo porque si ésa fuese la solución a lo mejor el problema estaba resuelto.

PREGUNTAS:

— **DE LA SEÑORA VALENTÍN NAVARRO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE PREVISIONES DEL INSALUD RESPECTO AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. (Número de expediente 181/000406)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al turno de preguntas.

Pregunta de la señora Valentín Navarro, sobre previsiones del Insalud respecto al servicio de neurocirugía del complejo hospitalario de Albacete. Tiene la palabra la señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor director general del Insalud, traigo esta cuestión a la Comisión de Sanidad porque se produce una alarma social y una gran preocupación no solamente en la provincia de Albacete, a la cual estoy en este momento representando, sino también en provincias limítrofes de Castilla-La Mancha cuando a principios de año el servicio de neurocirugía del hospital general de Albacete, en cuestión de 15 días, pasa de tener cuatro profesionales a quedarse solamente con uno. Esto, desde mi punto de vista, se enmarca dentro de un desarrollo del complejo hospitalario de Albacete que consideramos que no es el deseado, que tiene problemas todavía no resueltos, que tiene una notable carencia de inversión en alta tecnología, una insuficiente dotación en recursos humanos y en el que se opta en exceso por la derivación de pacientes a centros privados concertados, por ejemplo, cuando hace falta hacer una prueba diagnóstica tan común en estos momentos como es la resonancia nuclear magnética o para servicios como cirugía cardíaca o neurofisiología.

El hospital general de Albacete tendría que ser en estos momentos el futuro hospital universitario por la existencia de la Facultad de Medicina en la ciudad de Albacete; tendría que dotarse de alta tecnología y de nuevos servicios —repito—, y lo que ocurre, es que el servicio de neurocirugía, con diez años de existencia,

se ve abocado casi a la desaparición a principios de enero de este mismo año. Este servicio empezó a funcionar en enero de 1991. Da cobertura no solamente a la provincia de Albacete, sino también a la de Cuenca y a parte de la de Ciudad Real. Ha estado cumpliendo la función de único servicio regional de referencia hasta que se implantó el de Toledo y ha cubierto una necesidad que estaba ampliamente demandada por nuestra sociedad, ya que la atención, más allá de la asistencia programada, va dirigida a problemas neuroquirúrgicos, atendiendo las urgencias que se derivan de accidentes de tráfico y accidentes laborales que precisan de esa asistencia inmediata. Desde su creación, este servicio ha atendido a más de 4.500 pacientes, de ellos 1.200 precisaron atención urgente derivada de accidentes de tráfico, en su gran mayoría, y la disminución de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida de muchos de los accidentados en nuestra provincia ha sido posible, precisamente, gracias a la existencia de esta unidad y al buen hacer de sus profesionales.

Desde el punto de vista de la actividad programada, también ha resuelto gran cantidad de problemas importantes, como pueden ser tumores cerebrales, problemas de columna, tanto para pacientes de nuestra provincia como de las limítrofes, como decía anteriormente. El día 3 de enero se produce una situación extraña y es cuando la noticia salta a la opinión pública. Hay reacciones por parte de sindicatos, de profesionales, de los ciudadanos de la provincia de Albacete que muestran su malestar y su preocupación, sobre todo, porque el servicio que el día 15 de diciembre estaba integrado por cuatro facultativos, solamente era de uno el día 31 de diciembre. En aquellos momentos, y quiero denunciarlo públicamente, la gerencia y las autoridades sanitarias provinciales no estuvieron a la altura, desde el punto de vista de la urgencia, en la toma de decisiones que esperaban los ciudadanos de Albacete. El gerente estaba de vacaciones y el responsable provincial del Insalud tardó bastante tiempo en salir a explicar a la opinión pública por qué se había dado esta circunstancia y, sobre todo, por qué desde la dirección médica del complejo hospitalario de Albacete se mandaba una circular al servicio de neurocirugía en la que se les comunicaba que era imposible atender ningún caso, ni urgente ni programado —leo textualmente—, que precise asistencia neuroquirúrgica debido a problemas en nuestra plantilla de neurocirujanos. Por ello, te ruego se vehiculicen hasta nueva orden los citados pacientes a otros hospitales que tengan servicio de neurocirugía en otra provincia.

La respuesta de los profesionales fue inmediata. Pusieron sobre la mesa posibles soluciones, sobre todo, pensando en aquellos ciudadanos a los que hay que atender cuando lo requieran en este servicio. Además, ha cumplido durante esta época y ha desarrollado un trabajo que puede ser comparado con cualquier otro servicio de neurocirugía del país, incluso con mejores

rendimientos que algunos servicios dotados con mayores recursos humanos y materiales.

Señor director general, me gustaría escuchar si es que el Insalud tiene la solución a este problema, cómo se puede resolver y de qué manera se puede dotar con el mismo personal que este servicio tenía el 15 de diciembre, cómo se puede resolver que la lista de espera, que en este momento está prácticamente en un año, no siga creciendo y se desborde con los perjuicios que les causa a los ciudadanos que están esperando una solución a su problema. Conozco los problemas que han surgido. El problema de la falta de profesionales neurocirujanos lo conozco, pero también le quiero plantear que desde el Ministerio se tiene que tener previsto, cuando se hacen las convocatorias vía MIR, cuáles son las carencias de especialistas que se están detectando en los distintos territorios de las diversas comunidades autónomas. Además, quiero que valore la propuesta que los trabajadores profesionales del servicio de neurocirugía le hicieron a la gerencia del hospital y que fue rechazada.

Quiero que me explique por qué no puede ser viable esa propuesta de autoconcertos que los profesionales de servicios le plantean a la gerencia y al director provincial del Insalud de Albacete. No me sirve la respuesta que les dieron de que para autoconcertos hay 30 millones, si no recuerdo mal, y para concertos con clínicas privadas hay 150 millones. Esa es la razón por la que están derivando en estos momentos todas aquellas patologías de neurocirugía que no son graves a las clínicas privadas. Me gustaría se restaurara el normal funcionamiento de este servicio, que se vuelva a atender otra vez a ciudadanos de provincias limítrofes porque es un servicio de referencia regional y, sobre todo, me gustaría que, hasta que se encuentre aquellos profesionales que puedan cubrir las plazas que están vacantes, se tuviera voluntad de solucionar el problema que tienen los profesionales y al parecer no tiene la Gerencia y la dirección provincial del Insalud de Albacete.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señoría, el complejo hospitalario de Albacete tiene entre sus actividades y servicios la especialidad de neurocirugía como servicio de referencia y las previsiones del Insalud, en relación con el citado servicio, es que desarrolle su labor asistencial con los recursos necesarios, ofreciendo unos servicios de calidad a todos los ciudadanos. El problema, como usted ha dicho y conoce, ha estado basado en las dificultades para tener cubierta totalmente la plantilla del servicio por no encontrar especialistas en neurocirugía con disposición para trasladarse a Albacete. El Insalud ha realizado todas las actuaciones posibles para tratar de incorporar especialistas a este servicio. El problema

está en parte paliado. Esperamos que en breve plazo esté totalmente solventado y este servicio de neurocirugía de Albacete tenga su plantilla al completo.

Este servicio está manteniendo, desde el 15 de enero de 2001, la siguiente oferta asistencial: asistencia especializada médico-quirúrgica a pacientes que requirieran la atención urgente; asistencia especializada a pacientes hospitalizados, actividades quirúrgicas programadas y asistencia especializada con la oferta de tres consultas externas por semana. Con el fin de regularizar e incrementar la oferta asistencial en esta especialidad en el complejo hospitalario de Albacete, se han adoptado las siguientes medidas: Diseño de un plan especial para aumentar de tres a cinco la oferta de consultas externas a la semana y continuar con las actuaciones oportunas encaminadas a incrementar el número de especialistas en neurocirugía, que evite que se produzcan situaciones como las señaladas.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Valentín Navarro.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor director general, me gustaría saber, si nos lo puede anticipar como máximo responsable del Insalud, cuándo se puede solucionar el problema de personal que tiene el servicio de neurocirugía, porque en estos momentos tiene la mitad de lo que tenía el día 15 de diciembre. En estos momentos está funcionando con dos profesionales de los cuatro que el día 15 de diciembre tenía. Si las cosas siguen funcionando es precisamente por la voluntad, y no me cabe la menor duda, de los profesionales, tanto del jefe del servicio como del neurocirujano, que se incorporaron recientemente para mantener esa actividad que usted relataba. Pero me gustaría saber cuándo se van a dejar de derivar todas esas patologías menos urgentes a las clínicas privadas, en qué fecha aproximadamente, porque en aquellos momentos los responsables del Insalud nos comunicaron que en torno al mes de marzo se iba a completar el cuadro de facultativos que iban a estar en el servicio de neurocirugía. Me gustaría saber también si tienen alguna previsión respecto a la dotación de medios materiales para que las intervenciones quirúrgicas se puedan hacer en el menor tiempo posible, de los que, por cierto, carece todavía el servicio de neurocirugía.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra le señor Bonet.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): El problema actual del servicio de neurocirugía es la disminución brusca que se produjo en su plantilla en el mes de diciembre y la dificultad precisamente en esa época del año de encontrar especialistas; dificultad que es general en el año, pero que se minimiza cuando termina una promoción MIR. Por tanto, si la

oferta es complicada de cubrir en todo momento por no encontrar especialistas dispuestos a desplazarse a Albacete, es más complicada justo antes de que se produzca la salida de los MIR. Sabe S.S que en el mes de diciembre, cuando se produjo el problema, y por tanto hubo dificultades serias para encontrar a los especialistas, se contactó con directivos de otros hospitales y con la Sociedad Española de Neurocirugía, incluso se intentó desde la dirección general encontrar especialistas que pudieran estar en disposición, aunque fuera temporal, de desplazarse a Albacete. Además, desde la dirección general se dictaron instrucciones para que ningún hospital dotado adecuadamente en el territorio nacional bajo la competencia del Insalud contactara neurocirujanos y, por tanto, cualquier oferta de empleo en neurocirugía en cualquier hospital del territorio Insalud tenía que ser previamente conocida por la dirección general para poder reconducirla hacia el hospital de Albacete. Eso se hizo en la fase aguda, tanto los contactos con los hospitales como con la Sociedad de Neurocirugía. El 30 de abril sale la promoción MIR y se estará al tanto para poder ofrecer adecuadamente las plazas en Albacete y cubrir el servicio.

En cuanto a la lista de espera, la demora de un año me imagino que se refería a la demora máxima. La demora máxima no llega al año, pero en esos momentos sería la más preocupante. En cuanto tengamos restablecida la plantilla, se intentará recuperar la actividad y las esperas en lo que serían los tiempos razonables. En estos momentos la demora media estaría en 138 días y no en el año. No obstante, se seguirán haciendo los esfuerzos pertinentes para mantener el servicio de neurocirugía dotado adecuadamente. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para qué solicita la palabra, señora Valentín?

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Porque no es de recibo que respecto a las listas de espera se estén utilizando permanentemente términos que están desvirtuando lo que es la realidad. Yo no sé si es demora máxima o media, lo que sí sé es que la gente de la provincia de Albacete está esperando un año para que la citen al servicio de neurocirugía. Me gustaría que esos datos los comprobara el director general del Insalud, si es que no los tiene.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): La terminología es algo que sale de forma recurrente. Es verdad que la terminología, que puede gustar o no, tiene ya un amplio consenso y permite explicarles a los ciudadanos la diferencia entre espera media tras ser operado, demora media mientras está en

la lista y demora máxima. Desde luego, la demora máxima no es la que esperan todos los ciudadanos gracias al magnífico sistema sanitario público que tenemos. Por tanto, no es nuestra intención introducir más conflicto en la hipótesis de que en algún caso algún ciudadano, por circunstancias determinadas en el servicio, deba confundir el conjunto de la demora en la lista de espera. La demora máxima está en 310 días para consulta y se tiene que mejorar claramente. No obstante, no es lo mismo decir eso que decir que todos los ciudadanos deban esperar 310 días para ser atendidos.

— **DE LA SEÑORA VALENTÍN NAVARRO (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE PREVISIONES DEL INSALUD RESPECTO A LA UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, DE MADRID. (Número de expediente 181/000427)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente pregunta: Previsiones del Insalud respecto a la unidad de atención temprana del hospital universitario Santa Cristina, de Madrid. Ha sido formulada por la señora Valentín Navarro.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Traigo esta pregunta porque me trasladan, tanto los profesionales que integran esta unidad como las propias familias (los padres de los niños que son tratados en este equipo interdisciplinar de atención temprana del hospital universitario Santa Cristina, dependiente del Insalud de Madrid), su preocupación por la posible desaparición de la unidad como tal. **(El señor secretario, Gutiérrez Molina, ocupa la presidencia.)**

El libro blanco de atención temprana, que se publicó en el año 2000 por el Ministerio de Asuntos Sociales y el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, define precisamente que es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Continúa el libro blanco diciendo: Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o trasdisciplinar. Precisamente nos encontramos ante un equipo que tiene su origen en el año 1974, en el que un grupo de psicólogas inicia con carácter voluntario un trabajo de investigación sobre estimulación precoz con niños prematuros, que luego se extiende a niños con síndrome de Down y semiología de alarma neurológica.

Estas profesionales (que inician este trabajo en el año 1974) desarrollan una tarea asistencial, en un prin-

cipio —en el año 1979— recibiendo subvenciones que el propio hospital obtuvo del Seren y luego del Insero, pero a lo largo de los años se vio la necesidad de incluir profesionales de otras disciplinas, fisioterapeutas y logopedas, precisamente para llevar a cabo esa atención integral de los niños prematuros; en el año 1982, los padres crearon una asociación de necesitados de atención precoz, y en el año 1987 el hospital ofertó plazas de atención temprana, en concurso-oposición, y se constituyó la primera unidad de atención temprana, con un equipo interdisciplinar, en un servicio de neonatología, que posteriormente pasó a formar parte del Insalud.

El equipo profesional de atención temprana del hospital universitario Santa Cristina no solamente realiza esa labor asistencial, sino que también ha realizado, y sigue realizando, una labor docente, tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria. Esta unidad atiende a niños que presentan trastornos del desarrollo psicomotor, desde su nacimiento hasta los tres años de edad, y no solamente prestan atención a los niños, sino que hacen una magnífica labor de atención psicológica y social a las familias. Después del alta de hospitalización neonatal, los niños que siguen necesitando el tratamiento son atendidos, desde el punto de vista ambulatorio, en esta unidad, con un abordaje integral, recibiendo tratamiento según sus necesidades. La unidad se coordina, además, con otros centros y con otros equipos externos al hospital, que prestan alguna atención a los niños tratados. Los pediatras, el neonatólogo y el psicólogo llevan el seguimiento durante el tratamiento, y también se hace una importante labor de integración de estos niños cuando salen del hospital y están en edad de acudir a las escuelas infantiles, coordinando directamente con los profesionales de los equipos de atención temprana que tienen que asistir a estos niños.

A mí me gustaría que quedara absolutamente claro la importancia de la atención temprana en un servicio de neonatología y la importancia de la labor que está haciendo esta unidad de atención temprana en el hospital universitario Santa Cristina, pero lo que me gustaría, sobre todo, es que quedara absolutamente claro que esta importancia no la resalto yo ni la resalta usted, como director del Insalud, sino que la resaltan las familias, los padres y las madres de los niños que han sido atendidos, y que siguen siendo atendidos, en esta unidad y que cuando tuvieron conocimiento de la posible desaparición de esta unidad de atención temprana se movilizaron, a través de la publicación de cartas y de escritos en los medios de comunicación, como ésta, que creo que es la más definitoria de la importancia de la tarea que está haciendo esta unidad. Se publicó en *El País* el día 4 de febrero de 2001 y dice así: Hace cuatro años y medio nació mi hijo Diego en el hospital Santa Cristina de Madrid: 33 semanas, 1.700 gramos de peso, sufrimiento fetal; no respiraba. Su supervivencia era más que dudosa. En manos del servicio de neonatolo-

gía del hospital, mi hijo superó sus problemas de nacimiento y hoy es un niño sano y feliz. Para mí es un milagro; para ellos, su trabajo. Para mí fueron 40 días; para ellos, cada día de muchos años. La eficacia del servicio sólo se entiende por el equipo humano, médicos, ATS, auxiliares, logopeda, psicóloga, fisioterapeuta, todo un equipo magnífico, eficaz y experimentado. ¿Cómo pretenden desmontarlo ahora?

Mi pregunta, señor director general del Insalud, es ésta. Me gustaría que usted nos confirmara que este servicio no va a desaparecer; que, con independencia de las obras que están realizando en el hospital, esta unidad no se va a dismantelar. Aunque tenga que trasladarse a otro hospital, con servicio de neonatología, creo que seguiría llevando a cabo la magnífica labor y la tarea que están realizando. En nombre de los muchos niños y niñas atendidas y de sus familias, le pediría que nos explicara qué va a ocurrir con esta unidad.

El señor **SECRETARIO** (Gutiérrez Molina): Señor director general.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señorías, señora Valentín, las previsiones que el Insalud tiene en relación con la unidad de atención temprana es que siga prestando, en las mejores condiciones, unos servicios tan especializados y de tan alta calidad como lo viene haciendo desde su creación en el año 1975.

La unidad de atención temprana será trasladada al hospital del Niño Jesús, de Madrid. El hospital Santa Cristina, en el que actualmente está ubicada, está inmerso en un programa de reforma total de gran envergadura. El hospital del Niño Jesús, por su carácter pediátrico de referencia, es el centro más adecuado y en él se garantiza una atención integral a los niños; además, estará asegurada la continuidad de cuidados que actualmente tienen los que vienen siendo tratados en esta unidad.

Nuestra preocupación ha sido en todo momento la misma que refleja usted en su pregunta: la atención reconocida por los ciudadanos. La labor prestada por los profesionales, reconocida por ciudadanos y desde luego por la dirección general del Insalud, se mantendrá en su nueva ubicación.

El señor **SECRETARIO** (Gutiérrez Molina): Señora diputada.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Simplemente, quiero decirle que me alegro enormemente de que la dirección general del Insalud confirme que esta unidad no desaparece, que esta unidad no se dismantela, que se va a seguir prestando estos servicios en un hospital que tenga un centro maternoinfantil. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Me gustaría terminar con un ruego. Efectivamente, esta unidad hace una labor magnífica y creo que se tendría que estudiar por parte del Insalud la posibilidad de ampliar este tipo de unidades en algún otro hospital de la red del Insalud, sobre todo por el beneficio que pueda suponer para los niños prematuros, y por esa función que hacen desde el punto de vista preventivo, que creo que es lo más importante.

— **DEL SEÑOR AROLA BLANQUET (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE MEDIDAS PARA PERMITIR Y FACILITAR LA LIBRE ELECCIÓN DE HOSPITAL. (Número de expediente 181/000538)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta formulada por el señor Arola Blanquet, que tiene la palabra.

El señor **AROLA BLANQUET**: Señor presidente, dése por formulada directamente.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar el señor director general del Insalud. La pregunta, como conoce, se refiere a las medidas para permitir y facilitar la libre elección de hospital.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señorías, de acuerdo con el anuncio de la ministra de Sanidad y Consumo efectuado en esta misma Comisión el pasado 22 de febrero, el Insalud ha puesto en marcha —desde el pasado lunes, 19 de marzo— el programa Avance, en el cual la libre elección de hospital es una más de las medidas contenidas en este programa, que se ha diseñado para reducir la demora quirúrgica en los hospitales.

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

El señor **AROLA BLANQUET**: Señor Bonet, tiene usted, en sus primeras intervenciones, la habilidad de aumentar mis dudas en vez de solucionarlas.

En principio, nosotros no nos oponemos a la libre elección de hospital, lo que queremos saber es cómo (supongo que esto me lo va a contestar usted después), porque la libre elección de hospital por la que yo le pregunto ya la anunció la señora ministra en su primera comparecencia en esta Comisión. Pero si es a partir del 19 de marzo cuando ustedes se plantean ir avanzando en esta medida; me imagino que me podrá aclarar alguna duda.

Cuando hablamos de libre elección de hospital, ¿lo enmarcamos sólo en el problema de las listas de espera, o es más amplio el concepto, como parecía en un principio? ¿A qué ámbito se circunscribe, por ejemplo,

dentro de una comunidad autónoma, a sus hospitales de referencia, incluso a los servicios de no referencia que puedan estar dentro del propio hospital? ¿Hablamos de hospitales de referencia a nivel nacional, en cuanto a la libre elección que podrá hacer el ciudadano? ¿Cómo se piensa regular? Tenemos las transferencias, según parece, a la vuelta de la esquina, y habrá que dejar claros estos conceptos. Un ejemplo de la situación actual —y supongo que usted comprenderá por qué le hablo de Aragón— lo tenemos en la provincia de Zaragoza, en la que en un pueblo llamado Tarazona, en el que vio la luz un ilustrísimo y excelentísimo diputado del Grupo Popular, existía el viejo problema de que había un hospital a 4 kilómetros, en Tudela, Navarra, Comunidad Foral, y se ha necesitado al menos el acuerdo de las tres administraciones implicadas para poder utilizar ese hospital, como supongo que usted conoce. Usted sabe que las urgencias de Fraga se atienden en Lérida pero después hay que ir a Barbastro. Por lo tanto, yo creo que se requerirá la atención y el estudio del Insalud para establecer los criterios, por ejemplo, de accesibilidad o científicos, porque me imagino que no se puede dejar simplemente a criterios personales, pero eso es sólo lo que yo imagino. Reitero mi pregunta de si el concepto está relacionado con las listas de espera y de cómo puede abordar el Insalud, vista además la posibilidad de transferencias, la repercusión económica, es decir, cómo se compensa el gasto entre administraciones distintas o entre hospitales aún dependientes de la red Insalud. También quisiéramos saber si tendrá el mismo tratamiento por desplazado, porque conocemos las reivindicaciones, que usted también conoce, de Cataluña y Valencia, fundamentalmente, y también las de Madrid. En cuanto a los problemas de transporte, yo creo que el récord está en ambulancias que se paran en el límite de la comunidad autónoma: la una la saca y la otra la entra —y no estoy haciendo ningún chiste—. Finalmente, le preguntaría qué estudios se están realizando para poder abordar esta problemática. Ya ve usted por el tono de mi intervención que lo que recabamos fundamentalmente es información y quedo a la espera de la misma.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señorías, la pregunta genérica tendría difícil respuesta. En la medida en que es una propuesta genérica, se propone avanzar —déjenme que lo interprete de esta forma— hacia mayores cotas de capacidad de elección de los ciudadanos, pero que se concreta hoy —y de ahí la respuesta quizá un tanto lacónica— en el programa Avance en lo referido a listas de espera. Para el resto debo confesarle que, en el entorno actual tanto temporal como de diversos escenarios territoria-

les, plantear hoy la libre elección es complejo no sólo por la necesidad de arbitrar medidas respecto a la temporalidad de la transferencia y ver qué comunidades autónomas se van desgajando del Insalud, sino porque además podríamos estar generando una expectativa justamente en el momento en que se hace la transferencia a la comunidad autónoma y estaríamos, por tanto, entrando en su ámbito de competencias. En ese sentido, la respuesta se planteaba, efectivamente, como un avance en el programa de lista de espera para poder ofertar mejores posibilidades a los pacientes y además vincularlas a los tiempos de espera. A este respecto, el programa Avance que se les presentó vinculaba diversos tiempos a partir de los cuales existía opción, en primer lugar, dentro del hospital público o, como última opción, superado también otro límite, pasar a un hospital concertado si no se pudiera en el público oportuno. Por tanto, como digo, no deja de ser de nuestro interés aumentar las cotas de elección, pero problemas como los que usted plantea, en este momento y con las competencias de las comunidades autónomas, serían difíciles de abordar en su conjunto. Es verdad, no obstante, que los problemas que usted ha comentado, como otros

—ya que en Calahorra, por ejemplo, también se recibe a la gente de Navarra—, siguen siendo abordados yo diría que de la forma más flexible hasta el momento. En este sentido esperamos que el programa Avance produzca al menos una mayor libertad de elección, vinculada, desde luego, a una mejor prestación en la lista de espera y consulta externa de forma inmediata.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Bonet.

Finalizado el trámite de preguntas, y antes de levantar la sesión, recuerdo a los miembros de la Mesa y portavoces que a continuación se procederá por los mismos a calificar las enmiendas al articulado del proyecto de ley que crea la Agencia española de seguridad alimentaria; que a continuación se reúne la ponencia y que también hay reunión de Mesa y portavoces para confeccionar el orden del día de la próxima sesión de la Comisión, que se celebrará el día 4 de abril.

Se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

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

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

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

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**