

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

I LEGISLATURA

Serie G: COMUNICACIONES
Y MENSAJES

17 de octubre de 1979

Núm. 3-I

RESOLUCION DE LA PRESIDENCIA

Tramitación de la Reforma Sanitaria.

PRESIDENCIA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Esta Presidencia, de acuerdo con la Mesa del Congreso, oída la Junta de Portavoces de la Cámara, ha resuelto que la tramitación de la Reforma Sanitaria remitida por el Gobierno y cuyo resumen se inserta a continuación, debe hacerse de acuerdo con las siguientes disposiciones:

Primera

Los Grupos Parlamentarios disponen de un plazo de diez días hábiles, que expira el 29 de octubre de 1979, para presentar observaciones y sugerencias al resumen de la Reforma Sanitaria.

Segunda

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, y cumplidas las disposiciones reglamentarias oportunas, la Comisión de Sanidad y Seguridad Social se reunirá al objeto de nombrar un grupo de trabajo, compuesto por un representante de cada uno de los Grupos Parlamentarios, que deberá ordenar las distintas observaciones y sugerencias sin entrar en el estudio de fondo de las mismas.

Tercera

Si se plantease alguna cuestión litigiosa en las reuniones del grupo de trabajo, se aplicará el sistema de voto ponderado.

Cuarta

El grupo de trabajo deberá tener concluida la ordenación de las observaciones y sugerencias en un plazo máximo de cuatro días hábiles, a contar de aquel en que quede constituido.

Quinta

Realizada la ordenación de las observaciones y sugerencias, se entregará copia de las mismas a cada uno de los Diputados de la Comisión y se convocará a ésta, de acuerdo con las normas reglamentarias.

Sexta

El Presidente de la Comisión ordenará el debate teniendo en cuenta las normas del Reglamento y, en su caso, los siguientes criterios:

a) Cada una de las observaciones y sugerencias presentadas a los diferentes puntos del Resumen de la Reforma Sanitaria podrá ser objeto de debate con un turno a favor y otro en contra de veinte minutos como máximo cada uno. El Presidente podrá conceder, si lo estima conveniente, un turno de réplica o rectificación.

b) El Presidente, a iniciativa propia o a iniciativa razonada del representante de un Grupo Parlamentario, podrá recabar, mediante solicitud cursada a través de la Presidencia de la Cámara, la intervención de aquella o aquellas autoridades, funcionarios públicos o personas que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 del Reglamento, hubieren sido requeridas para informar a la Comisión. Dichas intervenciones se limitarán a responder de la manera más precisa posible a las preguntas formuladas por la Presidencia de la Comisión, no pudiendo en ningún caso participar en el debate ni solicitar por propia iniciativa el uso de la palabra.

c) Debatida una observación o sugerencia, se pasará al debate de la siguiente o siguientes, de acuerdo con el mismo procedimiento establecido en el apartado a) precedente.

Séptima

Al término del debate de todas las observaciones y sugerencias, los Grupos Parlamentarios dispondrán de un plazo de cuarenta y ocho horas para presentar propuestas de resolución ante la Mesa de la Comisión. Esta se reunirá al día siguiente de la terminación de dicho plazo, ordenará las propuestas presentadas según el orden de los diversos puntos del Resumen de la Reforma Sanitaria y las entregará al Presidente del Congreso.

Octava

La Mesa de la Cámara se pronunciará sobre la admisibilidad de las propuestas de resolución, teniendo en cuenta la con-

gruencia de su contenido con el objeto del debate y de que no impliquen cuestión de confianza o moción de censura al Gobierno.

Novena

Las propuestas de resolución declaradas admisibles por la Mesa de la Cámara serán publicadas en el BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES y su debate se incluirá en el orden del día del Pleno por el procedimiento habitual. El debate y votación en el Pleno se desarrollará en la forma prevista en las Normas de desarrollo del artículo 143 del Reglamento.

Palacio del Congreso de los Diputados, 27 de septiembre de 1979.—El Presidente del Congreso de los Diputados, Landelino Lavilla Alsina.

ANEXO

RESUMEN DE LA REFORMA SANITARIA (Páginas 44 a 51 del escrito 1.530)

RESUMEN

1. La reforma sanitaria establecerá una asistencia médica integrada, mediante la incorporación de la Medicina preventiva y comunitaria, a la Medicina asistencial tradicional de tipo curativo.

2. La asistencia sanitaria se ordenará en tres niveles:

a) Asistencia primaria, correspondiente a la Medicina de familia.

b) Asistencia de segundo nivel, realizada en los Centros médico-sanitarios o Centros de salud.

c) Asistencia terciaria en hospitales.

3. La Medicina de familia será realizada por el Médico general o médico de familia, en el ámbito rural o urbano. El médico de familia, además de tener una ade-

cuada formación clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades comunes, conocerá la Medicina preventiva y comunitaria y será capaz de desarrollarla en el medio donde ejerza profesionalmente.

La Medicina de familia asegura al individuo y a su familia una asistencia médica continuada, en régimen normal o de urgencia, tanto en el domicilio del enfermo como en la consulta del médico. Para ello se constituirán unidades de Medicina familiar formadas por tres o cuatro médicos generales o de familia, asociados con uno o dos pediatras, que asistirán un colectivo de 5.000 a 6.000 habitantes. En las áreas rurales, el grupo médico tendrá facilidades para realizar su trabajo asistencial en cooperación apoyándose en un Centro de salud rural, en el que habrá un laboratorio para análisis básicos de sangre y orina, exámenes radiológicos, electrocardiograma, etc., y comunicación por teléfono o radio-teléfono. Habrá dispositivos para el fácil desplazamiento de enfermos. En las áreas urbanas existirán también unidades o grupos similares de Medicina familiar. La población podrá elegir libremente el médico o el grupo médico que desee dentro de los que ejerzan en el área. La administración regulará su sistema de relación administrativa y económica con el médico o grupos médicos que se instalen en una zona determinada, y que podrá establecer vínculos económicos directos con sus asegurados o clientes mediante el sistema de iguales u otros similares. Desaparecerá progresivamente el sistema actual de cupos.

Todo médico general o de familia estará relacionado con un Centro médico-sanitario o con un hospital para actualizar conocimientos y para el mejor desarrollo de sus actividades profesionales.

4. El Centro médico-sanitario constituye la base de la nueva ordenación asistencial, ya que en él confluyen la asistencia médica especializada y los servicios que desarrollan la Medicina preventiva individual y la Medicina de la comunidad.

a) La asistencia médica especializada se realiza por médicos especialistas, que trabajan en el Centro coordinadamente, en horarios continuados de mañana y tarde. Cada médico especialista está vinculado administrativa y funcionalmente con el Servicio hospitalario de su especialidad, del hospital del que depende el Centro médico-sanitario.

b) Existen en el Centro servicios de urgencia médico-quirúrgica y servicios generales de análisis, radiología, archivo de historias clínicas, rehabilitación, servicio de ambulancias, etc.

c) Unidades médico-sociales monográficas sobre hipertensión, diabetes, reumatismos crónicos, higiene mental, etc., que coordinan los aspectos médicos especializados con los sociales y culturales.

d) Servicios de Medicina preventiva y de la comunidad que desempeñen funciones de: educación sanitaria, normativas sobre nutrición, protección a la infancia, orientación familiar y consejo genético, vacunaciones, cuidados geriátricos, exámenes de salud y asistencia social.

e) El Centro desempeña también funciones docentes y de investigación: formación de personal médico y parasitario, educación continuada, estadísticas sanitarias, investigación epidemiológica, etc.

f) Además de sus órganos directivos (director, gerente y administrador), el Centro invitará a la participación voluntaria de miembros de la comunidad para el desarrollo de su gestión.

Los Centros médico-sanitarios tendrán desarrollo distinto según sean de tipo comarcal (o de sector, si es zona urbana) que abarca una población aproximada de 100.000 habitantes, o subcomarcal (o de distrito en zona urbana), que comprende a una colectividad de 25.000 a 30.000 habitantes.

5. El hospital constituye el tercer nivel de la asistencia médica, al que sólo deben llegar los enfermos cuyo problema asistencial no haya podido ser resuelto en los niveles anteriores.

En el hospital se concentran los especialistas y los recursos materiales y tecnoló-

gicos que constituyen la base de una asistencia médica especializada.

Los costos de la asistencia hospitalaria aumentan constantemente, lo que hace imperiosa una buena adecuación de los servicios del hospital, al tipo de enfermedades y de pacientes que deban ser tratados.

En la actualidad el gran hospital está subutilizado, por la existencia de horarios de trabajo inadecuados, absentismo laboral en algunos casos y por la ausencia de controles de calidad en la asistencia hospitalaria.

La reforma sanitaria establecerá fórmulas variables de autonomía en la gestión hospitalaria, según el grado del desarrollo funcional de las instituciones.

Se regulará la cooperación en las funciones asistenciales de los diversos centros hospitalarios de una región o comarca, de acuerdo con el catálogo de los mismos que figura en el mapa sanitario de cada provincia. Esta regulación se hará a través del Instituto Nacional de la Salud.

6. Medicina de urgencia. Se presta una atención especial a la organización de esta modalidad de Medicina asistencial. En las grandes ciudades se coordinan los servicios sanitarios del Estado y de la Seguridad Social con los municipales y provinciales, para centralizar las demandas de asistencia urgente y utilizar mejor los centros cuando sea precisa la hospitalización.

7. Asistencia psiquiátrica. Debe ser fundamentalmente extrahospitalaria, en las consultas de los Centros médico-sanitarios y en las unidades monográficas médico-sociales, de seguimiento de cierto tipo de pacientes (alcohólicos, drogadictos, minusválidos psíquicos). El médico de familia debe cooperar con el psiquiatra para el tratamiento de situaciones de desajuste psíquico-social. La hospitalización psiquiátrica se hará en hospitales de agudos y de crónicos, según la naturaleza y situación de los pacientes.

8. La Medicina preventiva colectiva o Salud Pública será desempeñada por la

Sanidad nacional a través de sus funcionarios sanitarios. La Medicina preventiva individual y la Medicina de la comunidad se incorporarán, como gran novedad de la Reforma, a la práctica profesional cotidiana del médico general o de familia y a la asistencia sanitaria prestada por los Centros médico-Sanitarios.

Se establecerán sistemas permanentes de educación sanitaria de la población, con modernos métodos de educación colectiva y de información; se difundirán reglas sobre higiene de la alimentación y de protección materno-infantil.

En los Centros médico-sanitarios habrá servicios de orientación familiar, con información sobre consejo genético y sistemas reguladores de la concepción. Se prestará una atención especial a los cuidados geriátricos en sus aspectos médicos y sociales.

Los exámenes de salud se implantarán progresivamente según lo permitan los recursos disponibles, ya que representan una de las formas más eficaces de llevar a la práctica la Medicina preventiva.

9. Le Reforma sanitaria pone un interés especial en la Medicina escolar, que supone un colectivo considerable (cerca de ocho millones de personas) en el que puede iniciarse eficazmente la educación sanitaria y la Medicina preventiva.

10. La Medicina del trabajo constituye un amplio sector de la Medicina actual, debido a la rápida industrialización de la sociedad española en los últimos años. Se estudian con preferencia los aspectos psicológicos y sociales del trabajo, los riesgos de enfermedad o de accidente, la prevención de los mismos, los problemas de la fatiga, del desempleo y de la jubilación.

11. Farmacia y medicamentos. En la producción de medicamentos se tenderá a la reducción del excesivo número actual de laboratorios, evitando monopolios, vigilando la introducción de firmas extranjeras y potenciando la plantilla técnica. Se fomentará la especialización de los laboratorios y la investigación farmacológica.

Habrá una actualizaci3n de la política de registro de medicamentos, con revisiones peri3dicas de precios y de especialidades, y contenci3n de los gastos de promoci3n del medicamento.

Se estudiar  y normalizar  la distribuci3n de los medicamentos y las oficinas de farmacia. Se incrementará la importancia y funciones de la Farmacia hospitalaria. En la prescripci3n del medicamento se tomarán medidas para reducir las prescripciones excesivas y no fundamentadas terapéuticamente.

Se confeccionará y publicará el C3digo Nacional de Medicamentos.

12. Los servicios de Veterinaria han de desempeñar activamente las funciones que les correspondan dentro de la Salud Pública, especialmente en el área de Higiene de la alimentaci3n, en la investigaci3n y desarrollo de la tecnología de los alimentos y en las luchas sanitarias contra las antropo-zoonosis, donde tienen un papel fundamental y de gran responsabilidad profesional. Se fomentará el desarrollo de nuevos campos de especializaci3n veterinaria, así como la creaci3n de las profesiones auxiliares de la Sanidad Veterinaria que sean precisas. Igual que otras profesiones sanitarias, los facultativos veterinarios tendrán oportunidades de actualizaci3n profesional a través de la educaci3n continuada.

13. Se crea el Instituto Nacional de la Salud como 3rgano ejecutivo fundamental de la normativa del Estado para la asistencia médica y sanitaria y para la promoci3n de la salud. El Instituto Nacional de la Salud es también el 3rgano de administraci3n y gesti3n de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social.

Coordina funcionalmente las actividades de todas las Instituciones, Empresas, Asociaciones, Mutuas y Entidades públicas y privadas que intervengan en la prestaci3n de servicios de salud.

No le corresponden los Servicios de Salud Pública, encargados de la defensa y vigilancia de la salud colectiva y que son desempeñados por la Sanidad Nacional.

14. Regionalizaci3n. La Reforma sanitaria y el funcionamiento del sistema de Servicios de Salud se establecerán sobre el principio de descentralizaci3n territorial. Por parte del Instituto Nacional de la Salud se elaborarán planes de coordinaci3n y cooperaci3n y, en su caso, de delegaci3n con las provincias y Entes territoriales.

En las Delegaciones Territoriales de Sanidad y Seguridad Social corresponde al Delegado y a los Directores Provinciales de Salud y del Instituto Nacional de la Salud, la puesta en marcha y funcionamiento de los servicios sanitarios.

En el mapa sanitario nacional se consideran las siguientes divisiones: Regi3n sanitaria que comprende un mill3n a mill3n y medio de habitantes; Comarca sanitaria (o sector sanitario en el medio urbano): 100.000 a 125.000 habitantes; Subcomarca sanitaria (distrito en medio urbano): 25.000 a 30.000 habitantes, y Unidad sanitaria local, formada por un colectivo de 5.000 a 6.000 habitantes.

15. El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social colaborar  muy estrechamente con el de Universidades e Investigaci3n en la formaci3n de médicos, tanto a nivel pregraduado como postgraduado, y en otras profesiones sanitarias (farmacéuticos, veterinarios, etc.).

La Reforma sanitaria dar  facilidades para el entrenamiento profesional en el campo sanitario de otras carreras universitarias como Químicos, Bi3logos, Psic3logos, Físicos, Matemáticos, Ingenieros, etc., que por su especializaci3n tengan que intervenir en el desarrollo de los servicios de salud.

Se cooperará en la formaci3n de Enfermeras, Matronas, Fisioterapeutas, Dietistas, etc., así como en la formaci3n profesional de técnicos especialistas en diversos campos sanitarios.

La educaci3n continuada se establecerá para todas las profesiones sanitarias.

16. Se fomentará la investigaci3n clínica, farmacol3gica y biomédica en general, así como la investigaci3n estadística,

sanitaria y de sistemas de organización, así como investigación en áreas educativas y de formación profesional.

17. La Reforma sanitaria se establecerá de forma progresiva, sin lesionar intereses de personas o de Instituciones, por lo que durante un cierto tiempo han de coexistir las antiguas estructuras de la asistencia sanitaria con las que se vayan implantando.

18. La financiación de la Reforma sanitaria se hará dentro del marco económico de los actuales presupuestos para los

servicios de salud, tanto del Estado como de la Seguridad Social, confiándose en que una redistribución y mejor utilización de los recursos actuales, tanto humanos como materiales y financieros, permitan en ciertas áreas alguna forma de autofinanciación, o que los costos de la Reforma no sean altos.

En ciertos niveles asistenciales especialmente en la asistencia de primera línea, se establecerá una coparticipación económica del individuo que, junto con la humanización de la relación médico-enfermo, establezca lazos psicológicos que aumenten la eficacia de dicha relación.

Suscripciones y venta de ejemplares:
SUCESORES DE RIVADENEYRA, S. A.,
Paseo de Onésimo Redondo, 36
Teléfono 247-23-00. Madrid (8)
Depósito legal: M. 12.580 - 1961
Imprime: RIVADENEYRA, S. A.-MADRID