



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1988

III Legislatura

Núm. 358

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión celebrada el miércoles, 2 de noviembre de 1988

ORDEN DEL DIA

Contestación a las siguientes preguntas:

- Relativa a protección de la salud de los reclusos, formulada por la señora Salarrullana de Verda (Agrupación DC) («B. O. C. G.» número 219, Serie D, de 16-9-88) (número de expediente 181/000985).
- De la misma señora Diputada, relativa a consultas telefónicas a la Seguridad Social («B. O. C. G.» número 215, Serie D, de 12-9-88) (número de expediente 181/000952).
- Relativa a elaboración de un Real Decreto en relación a los servicios sanitarios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), formulada por el señor Revilla Rodríguez (G. P. del CDS) («B. O. C. G.» número 215, Serie D, de 12-9-88) (número de expediente 181/000962).
- Relativa a implantación de prótesis de esfínteres artificiales a enfermos de espina bífida, formulada por la señora Salarrullana de Verda (Agrupación DC) («B. O. C. G.» número 217, Serie D, de 14-9-88) (número de expediente 181/000976).
- De la misma señora Diputada, relativa a introducción de empapadores de adultos en el catálogo de prótesis («B. O. C. G.» número 217, Serie D, de 14-9-88) (número de expediente 181/000977).
- De la misma señora Diputada, relativa a destino del importe de los pagos de honorarios médicos que abonan las

- compañías de seguros por los accidentes en los que los heridos son atendidos en la Seguridad Social («B. O. C. G.» número 217, Serie D, de 14-9-88). (número de expediente 181/000979).
- De la misma señora Diputada, relativa a medicina del trabajo («B. O. C. G.» número 219, Serie D, de 16-9-88) (número de expediente 181/000984).
 - De la misma señora Diputada, relativa a plan de humanización de los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) («B. O. C. G.» número 219, Serie D, de 16-9-88) (número de expediente 181/000986).
 - Relativa a la responsabilidad de la falta de cobertura del servicio hospitalario de médico oftalmólogo de la Seguridad Social de Melilla, formulada por el señor Sánchez Usero (G. P. de Coalición Popular) («B. O. C. G.» número 224, Serie D, de 26-9-88) (número de expediente 181/000998).
- Debate de la proposición no de Ley relativa a consideración del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como enfermedad profesional, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto/Agrupación de la Democracia Cristiana («B. O. C. G.» número 215, Serie D, de 12-9-88) (número de expediente 161/000125).**
- Comparecencia del Director General de Farmacia y Productos Sanitarios (Bonal de Falgas), del Ministerio de Sanidad y Consumo, para explicar la línea maestra de la futura Ley de Medicamentos (a solicitud de la Agrupación del Partido Liberal) (número de expediente 212/001129).**
- Comparecencia del Director General del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (Simón Martín) para informar sobre la actuación del «Servicio de atención al paciente» (SAP), así como de la Comisión de Bienestar Social, creada al amparo del Real Decreto 3521/87, de 15 de abril, a solicitud del Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana (número de expediente 212/001151).**

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

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

— RELATIVA A PROTECCION DE LA SALUD DE LOS RECLUSOS, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA (A. DC)

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías. Iniciamos la sesión con el primer punto del orden del día: contestación a las siguientes preguntas. Vamos a alterar el orden, con el fin de racionalizar la comparecencia de las autoridades que van a responder a las preguntas. Si SS. SS. no tienen inconveniente, empezaremos con la pregunta número 7, relativa a la protección de la salud de los reclusos, formulada por la señora Salarrullana. ¿Están ustedes de acuerdo? (**Asentimiento.**) Tiene la palabra la señora Salarrullana para formular su pregunta, que será contestada por el señor Solans, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, yo comprendo que al hablar de algún tema relacionado con nuestras cárceles y nuestros reclusos se implica a varios Ministerios a la vez. Es posible que muchas de las cosas que yo diga al formular esta pregunta tengan algo que ver tanto con el Ministerio de Justicia como con el de Interior, pero como siempre oímos decir y sabemos que el Gobierno es solidario yo creo que puedo seguir haciendo esas alusiones. A mí me gustaría que se me res-

pondiera exactamente a la pregunta tal como yo la tengo formulada: ¿Cree el señor Ministro, o quien le represente, proteger la salud de los reclusos entregándoles lejía para la desinfección de las jeringuillas usadas por los drogadictos?

El señor **PRESIDENTE**: El señor Solans tiene la palabra.

El señor **DELEGADO DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS** (Solans Soteras): Soy el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y vengo en representación del señor Ministro.

Como su señoría conoce perfectamente, el problema de la droga en las cárceles tiene distintos ángulos desde los que estudiarse. En esa línea se ha firmado recientemente un convenio entre los Ministerios de Sanidad y de Justicia, con el fin de establecer un plan de asistencia a los reclusos en las prisiones. Dentro de este plan, que es amplísimo, una de las medidas a corto plazo para ayudar en el consumo de las drogas —por decirlo de alguna forma— es dar lejía. De hecho la lejía ya es usada en las cárceles. Cuando se ha descubierto que están apareciendo enfermedades nuevas como el SIDA o la hepatitis, al no estar prohibido el consumo de drogas —como bien conoce su señoría—, se ha buscado un sistema, utilizado internacionalmente, que asegure por lo menos que el consumo se efectúe con el máximo de garantías sanitarias. Lo que se ha podido demostrar es que, una vez que la jeringuilla ha sido desinfectada, existe prácticamente la total garantía de que no se podrá transmitir una enfermedad por esa vía. Por tanto, no soluciona el problema de la droga en

las prisiones, pero sí creemos que supone un alto porcentaje de seguridad para que no se transmita alguna otra enfermedad, como podría ser el SIDA o la hepatitis, a través de la jeringuilla.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Solans, a veces me quedo perpleja porque me resulta difícil comprender cómo todo un Estado no puede luchar contra la droga dentro de las prisiones; fuera de ellas parece más complicado puesto que está permitida la libre circulación. He leído unas declaraciones del señor Ministro diciendo que no se pueden tomar medidas de prohibición, de detección, de registro a las personas que visitan a los reclusos, porque ello supondría restringir las libertades individuales. Creo que en otros asuntos de defensa de la salud pública no es tan mirado el Ministro de Sanidad ni el Ministerio como en este caso. Concretamente, en estos momentos hay una campaña increíble contra el consumo del tabaco y, sin embargo, nadie ha dicho que se restringen las libertades de los fumadores, y ya lo creo que se están restringiendo. Todos los que fumamos somos víctimas de esa restricción. Hay muchos sitios donde no podemos ejercer nuestra libertad de fumadores. Entonces ¿por qué esa concepción de que se restringen las libertades de los reclusos y de sus visitantes si se impide la llegada masiva de droga a la cárcel? Pensar que un gobierno tiene como medida, en un centro penitenciario del que es el máximo responsable, entregar lejía a los reclusos para que con ella limpien las jeringuillas me parece, primero, una irresponsabilidad tremenda por parte del que dicta la norma y, segundo, que se está echando un mal sobre otro mal. Los propios funcionarios de prisiones se han llevado las manos a la cabeza cuando se ha dicho que a cada recluso toxicómano se le va a entregar un frasco de lejía. He hablado con algunos de ellos y me decían que esto puede ser un arma arrojadiza; pero arrojadiza en el sentido estricto y etimológico de la palabra porque pueden llegar a arrojársele. Me parece que hay una irresponsabilidad o una incapacidad de solucionar un problema en el lugar más fácil para ello.

En la Comisión de Justicia nuestra Agrupación ha propuesto que las autoridades competentes coloquen en todas las prisiones un equipo de expertos en desintoxicación de drogadictos para que el que quiera acuda voluntariamente. Nos rechazaron la propuesta. Ahora resulta que para solucionar el problema de la droga que entra libremente en la cárcel se entrega lejía a los reclusos. No concibo cómo pueden proponer semejante medida las autoridades competentes, cuando todos los funcionarios de prisiones están absolutamente en contra de dicha medida. Me da hasta vergüenza. Apliquen ustedes las mismas medidas que están aplicando a otras campañas. Todas las campañas quitan libertad a alguien. Procuren quitar una libertad que en el fondo va en beneficio de todos, porque todos sabemos también que el que entra en la cárcel y no

es toxicómano tiene casi el 99 por ciento de probabilidades de salir siéndolo.

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

El señor **DELEGADO DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS** (Solans Soterías): En principio le contestaré que me encuentro ante una afirmación que no puedo reafirmar porque desconozco si exactamente fueron esas las palabras del señor Ministro respecto a la restricción de las libertades de los reclusos. Por alguna conversación que he tenido con el señor Ministro no me ha confirmado que fuese así, sino que en ningún momento se puede atentar contra los derechos de los reclusos en general, no sólo ante el problema de la droga sino respecto de todos los derechos. Por ejemplo, no se puede hacer un cacheo en un momento determinado que pueda atentar realmente contra el derecho de una persona. En este sentido debo manifestarle que no está trabajando el Gobierno solamente en esta línea. Le daré un dato muy concreto. Existe una sentencia de la Audiencia Provincial de Cádiz, en la que se expresa que cualquier investigación que se realice a personas que están atravesando el estrecho de Gibraltar puede ser atentatorio contra sus derechos. Es una sentencia muy reciente que nos mueve a intentar investigar de nuevo qué alternativas hay al respecto. Por tanto, lo que se dice es que el hecho de investigar sobre la droga no quiere decir que no se tengan que respetar los derechos humanos, que es muy distinta la interpretación.

En cuanto a la entrada o no de la droga en la cárcel tengo que decir, señoría, que este fin de semana he estado en París reunido con autoridades de la Interpol y este es un problema que se está dando en todas partes. El establecer unos controles para que todos los paquetes se abran, unos sistemas de rayos como puede haber en los aeropuertos, que se utilicen perros vigilantes, etcétera, no son medidas que están dando resultado. ¿Por qué? Porque, entre otras cosas, las formas de introducir la droga en las cárceles son tan diversas que ni esos aparatos de rayos ni los perros pueden detectar la entrada de droga.

Respecto a la lejía, yo he dicho que es una de las muchas medidas que se están adoptando, como también el reparto de metadona en determinadas circunstancias o el reparto de naltrexona y en algún caso concreto —y conste que no estoy generalizando— el intercambio de jeringuillas. ¿Por qué? Porque en cada caso concreto hay que estudiar las circunstancias de cada una de las personas consumidoras de drogas en las prisiones y, dependiendo de ello, tomar una serie de soluciones.

Tengo que discrepar en cuanto a que todos los funcionarios están en desacuerdo por el uso de la lejía. Como en todo, hay funcionarios que están de acuerdo y otros que no. Le diré que, en consonancia con el convenio firmado entre los dos Ministerios, se contemplan diversas medidas, desde la formación de los propios funcionarios de prisión, que tienen que saber cómo actuar en estos casos, hasta la formación de los reclusos para facilitar su

reinserción social. En este sentido fueron sus señorías, cuando aprobaron los presupuestos del plan nacional para el año 1988, los que arbitraron una serie de partidas presupuestarias para ayudar a las comunidades autónomas, que son las que cuentan con los expertos —ya que estas competencias se encuentran transferidas— para prestar asistencia fundamentalmente técnica en las prisiones para la solución de este problema con fórmulas de formación, información, etcétera.

La desintoxicación es un capítulo en el que se está trabajando, junto con la pretensión de mejorar las instalaciones sanitarias en las prisiones. Pero hay otro elemento fundamental y clave que es el incremento del presupuesto previsto para el año próximo, para facilitar la reinserción social.

Por tanto, creo que el tema de la lejía no es central ni fundamental, sino que forma parte de un paquete de medidas que se están adoptando, junto con una política informativa, una política formativa de reclusos y de funcionarios, y una política orientada a facilitar la reinserción social de los reclusos. Estoy de acuerdo con su señoría en que los centros penitenciarios no son los lugares más idóneos para la rehabilitación, y en ese sentido quiero decirle, porque su señoría trabajó en el tema, que en la modificación reciente del Código Penal se permite en determinadas circunstancias el cumplimiento de la pena fuera de instituciones penitenciarias, para lo cual la semana pasada se celebró en Barcelona un seminario, al que asistieron representantes políticos, judiciales, etcétera, para debatir estas circunstancias y prestar el máximo apoyo a aquellas personas que, encontrándose en la situación de tener que ingresar en un centro penitenciario, puedan cumplir la pena fuera de esta institución.

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

— **RELATIVA A CONSULTAS TELEFONICAS A LA SEGURIDAD SOCIAL, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA**

— **RELATIVA A ELABORACION DE UN REAL DECRETO RELATIVO A LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD), FORMULADA POR DON CARLOS REVILLA RODRIGUEZ**

El señor **PRESIDENTE**: La pregunta número uno y la pregunta número dos, formuladas por doña Pilar Salarrullana y don Carlos Revilla respectivamente, tienen una temática semejante. ¿Están ustedes de acuerdo en que las agrupemos? (**Asentimiento.**) Entonces tramitaremos las dos preguntas a la vez.

El resto de las preguntas van a ser contestadas por don Eduardo Arrojo, Secretario General de Asistencia sanitaria, que está con nosotros.

Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, sencillamente enunciaré lo que figura en mi pregunta por escrito. ¿Le parece, en este caso al señor Arrojo, representante del Ministerio de Sanidad, que la salud de los españoles se puede tratar por teléfono?

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Agradezco la presencia de don Eduardo Arrojo.

Esta pregunta la formulamos hace dos meses, con motivo de la aparición en la prensa de una de esas filtraciones del Ministerio de Sanidad en relación con la promulgación de un real decreto, acerca del cual se daban algunas noticias en esas publicaciones. El no tener cabal conocimiento de todo su contenido fue lo que justificó en su día nuestra pregunta. Parecía entonces que era urgente, o al menos así se presentó en la prensa, y preguntábamos cuáles eran las razones de su urgencia. Entretanto este Diputado ya tiene un texto, que no sabe si es el definitivo, porque en esa sutil técnica de filtraciones a plazos que practica el Ministerio de Sanidad nunca se sabe cuándo se dispone del último texto. Por otra parte, esta técnica no se debe al actual Ministro, sino que fue instaurada anteriormente, de modo que no se la imputamos al actual equipo. En tanto en cuanto no conozca la versión definitiva que nos va a dar don Eduardo Arrojo, no entraré en comentarios que ya podría hacer sobre este texto de que dispongo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra don Eduardo Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señorías, quizá interpretando el sentir de la Presidencia habrá que ir de lo general a lo particular. Ciertamente la pregunta del teléfono que formulaba S. S. está motivada por determinadas supuestas declaraciones de personas relacionadas con instituciones civiles distintas de la Administración, que señalaban algunas apreciaciones, luego matizadas y corregidas, sobre la utilización del teléfono. Con mucho gusto contestaré a su pregunta. Me parece mejor, si lo creen así S. S., empezar por lo general y seguir por lo particular.

En primer lugar tengo que decir que esta técnica de las filtraciones no sólo no se utiliza, como muy bien señala S. S., sino que se reprueba clarísimamente por parte del equipo del Ministerio, por una razón muy sencilla. Hemos tenido insistentemente absoluto cuidado con las personas que intervienen en estos complejos procesos para que no exterioricen una posición que a lo mejor no es tal todavía. ¿Por qué se reprueba? Porque cuando una cosa se quiere decir se dice, y este tipo de técnicas lleva a confusiones permanentes. El señor Revilla se ha referido a este decreto tan importante, y en su texto escrito preguntaba por las razones de la urgencia y el contenido. Voy a referirme brevemente al contenido para que vea la importancia que tiene este proyecto de decreto. Un proyecto de de-

creto importante debe tener varios borradores, pues si no sería una cuestión improvisada. Por tanto, en cuanto a las filtraciones he de decir que siempre disponemos de un borrador, que no es el último. Los textos, como el señor Revilla sabe, se van perfeccionando en un Estado como el nuestro en el que hay unas comunidades autónomas, una serie de órganos y unos plazos para los trámites de información pública. Reprobamos la técnica de las filtraciones puesto que es mala y a veces lleva a pensar que hay una determinada posición en un departamento que no es tal, simplemente porque un documento de trabajo, con membrete o sin él, haya podido aparecer en uno u otro medio.

Sobre el llamado proyecto de decreto de ordenación asistencial ha habido alguna postura previa y el que la ha mantenido —me refiero a personas de fuera de la Administración— ha reconocido que el asunto se había desenfocado, puesto que había pensado que era otra cosa. Creo que estos proyectos de decreto tienen, una tramitación, en este caso compleja, y hay que estar en ella. Con muchísimo gusto, si lo desea, le diré cuál es el estado de tramitación de este proyecto. Le voy a decir en qué estado se encuentra el decreto de ordenación asistencial y por qué hemos elaborado estos borradores. Ha finalizado el período de información pública, que ha sido prorrogado todo el tiempo que necesitaron las organizaciones que se personaron, como pueden ser los colegios profesionales y los sindicatos; hay una serie de alegaciones. Este borrador de decreto ha sido sometido —que yo recuerde ahora mismo— en dos ocasiones al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, puesto que evidentemente todo lo que se llame ordenación asistencial de alguna manera afecta o puede afectar a las comunidades autónomas y a las competencias que tienen transferidas, puesto que como usted sabe en materia de sanidad hay campos concurrentes y competencias diversas. En este momento está elaborándose el último borrador, una vez recogidas todas las alegaciones de los colegios profesionales, de los sindicatos y de las comunidades autónomas que así lo han hecho, que han sido la mayoría; puede decirse que las 17 comunidades han opinado en esta importante materia.

¿Por qué se realiza un borrador de decreto de ordenación asistencial? Porque evidentemente es patente una asincronía. Existe promulgada una Ley General de Sanidad, un nuevo modelo, una nueva concepción de los servicios de asistencia sanitaria; existen unas transferencias a las 17 Comunidades Autónomas en materia de salud pública; y existen cuatro Comunidades Autónomas con transferencias en materia de asistencia sanitaria, las dos últimas con fecha de 1.º de enero de 1988. Junto a estas tres importantísimas novedades (una Ley General de Sanidad que establece dos bloques de asistencia: la primaria y la especializada; unas transferencias en materia de salud pública a 17 Comunidades y unas transferencias en materia de asistencia sanitaria a cuatro Comunidades) existe una regulación que no ha variado y no se ha adaptado a estos nuevos hechos sanitarios o institucionales que son constatables y que están ahí. Esta es una regulación que viene del llamado Decreto de servicios médicos,

que sus señorías conocen bien, de toda una pléyade, a veces excesiva y que hemos heredado, de circulares e instrucciones que nos sumergen en toda una normativa demasiado extensa, que a veces es la causante de que exista un número de contenciosos importantes, incluso la pérdida de pleitos en distintos tribunales por parte de la Administración sanitaria, puesto que, repito, existe una normativa difusa y compleja a este respecto. Se siente como absolutamente necesario adaptar nuestra realidad asistencial, la forma de prestar servicio a los ciudadanos, incluso la organización de esos servicios, a esta nueva realidad que tiene un triple motivo para señalar que es cambiante. Este es el fin del decreto, no tiene otro; adaptar una realidad a una normativa que a veces tiene diez años, que es obsoleta, habida cuenta de la existencia de estas tres circunstancias.

¿En qué entra el decreto? En una primera parte que podríamos decir que aborda temas específicamente sanitarios y en otra segunda que aborda temas organizativos. En los temas sanitarios importantes define la asistencia especializada, ayuda a completar la Ley General de Sanidad en la asistencia primaria, asistencia especializada, introduce algunas novedades que se han tratado ya en esta Cámara, si mi memoria no me engaña, como es, por ejemplo, la elevación de la edad pediátrica a los 14 años, en lo que ha existido un consenso generalizado entre las distintas instituciones y profesionales. Se incluye la libre elección de médico, tema importante que, como usted sabe, proclama nuestra Ley General de Sanidad de una determinada manera, regulada después por circular y que deseamos poner en práctica en el menor plazo posible.

Regula otros aspectos sanitarios, como los servicios mínimos que debe tener un hospital comarcal, estructuración de los servicios de primaria y actuación de nuestros profesionales en Instituciones sanitarias, cualesquiera que sean, ya se trate de especializadas, de primaria, de servicios de urgencia, etcétera. Por tanto, tiene unos contenidos absolutamente importantes, por no decir importantísimos, en cuanto a la prestación del servicio de asistencia sanitaria, incluso en materia de salud pública, porque, como ustedes muy bien saben, se llevan a cabo a través de la red periférica, cómo no, que está cerca de los ciudadanos, es decir, de la red asistencial.

Una segunda parte, posiblemente menos trascendente, pero tiene su importancia, es la adaptación de la estructura periférica del INSALUD —las llamadas direcciones provinciales— a la nueva realidad asistencial, por una parte, ya que la estructura actual hereda la vieja del Instituto Nacional de Previsión (INP), que no se adapta a determinados conceptos nuevos, como pueden ser las áreas asistenciales o las áreas de salud o las zonas básicas, que instaura nuestra Ley General de Sanidad. Por tanto, parece oportuno reestructurar la periferia del INSALUD, adaptándola a estos conceptos que señala la Ley General de Sanidad mediante las áreas asistenciales y las zonas básicas de salud. Esto se hace siempre sin perder de vista lo que podríamos llamar la foto final o el escenario final de la prestación de servicios asistenciales, que no es otro que el diseñado por el Título VIII de nuestra Constitución

y los estatutos de autonomía, una vez que medie la Ley orgánica de delegación, en su caso, o la reforma de los estatutos de aquellas Comunidades que no lo asumen directamente, sea por su propio estatuto o sea por leyes orgánicas tipo LOTRAVA. Por tanto, se plantea una reestructuración de los servicios del INSALUD para adaptarlos a esta realidad asistencial de áreas y zonas, acercándonos más a la problemática de la asistencia sanitaria, con la perspectiva final de que estos servicios, en un plazo que no debemos prejuzgar en el tiempo, deben ser transferidos a las Comunidades Autónomas. Este es el contenido del decreto.

Urgencia. Si hablamos en términos jurídicos, yo diría que no. Hay unos trámites calificados jurídicamente de urgencia, con un acortamiento de los plazos. No se ha planteado así.

Oportunidad. Me parece que es clarísima. Subsisten unas regulaciones absolutamente obsoletas y creemos que debe ver la luz en el plazo más breve posible. Ahora bien, es un decreto lo suficientemente importante como para que no admita ninguna precipitación. Es posible que usted tenga algún borrador obsoleto, puesto que ha habido varios. Yo no tengo inconveniente en remitir a S. S. la información de cuáles son las últimas incorporaciones a la vista de lo que señalan, tras período de información pública o tras pasar por el Consejo interterritorial, las distintas autoridades sanitarias.

Tratemos brevemente la consulta telefónica. ¿Le parece al Ministerio de Sanidad que la salud de los españoles se puede tratar por teléfono? La salud de los españoles debe tratarse por todos los medios que las autoridades sanitarias, las familias y la sociedad civil en general tengan a su alcance y, evidentemente, no parece oportuno renunciar a todas las aportaciones que los propios medios de comunicación, en concreto los sistemas telefónicos, puedan realizar para tratar la salud de los españoles.

No parece nada oportuno por dos razones. En primer lugar, porque existe un futuro bastante halagüeño respecto a la ayuda que estos medios de comunicación telefónica pueden prestarnos para tratar la salud de los españoles. En segundo lugar, como luego explicaré, porque existe un presente. No hacemos otra cosa que regular algo que ya existe y que ya se hace, y, además, que nos parece muy bien que se haga.

Existe un futuro. Actualmente se están utilizando sistemas, como el envío de señales de electrocardiogramas a través del teléfono, etcétera. Es un futuro al que ni queremos ni debemos renunciar, puesto que la salud de los españoles no permite renunciar al progreso.

Existe un presente, porque entendemos que todo lo que sea profundizar en la relación médico-enfermo es bueno. Esta relación, que generalmente se desarrolla a nivel personal, se puede completar con una comunicación telefónica, y le puedo citar a usted muchos casos. Esto se hace no sólo en la sanidad pública, sino también en la privada, y no creemos que debamos privar a los pacientes públicos de un medio de comunicación complementario de la relación verbal, que se utiliza de manera profusa y que debe seguir empleándose.

Aclaraciones respecto a la toma de medicación prescrita, tranquilizar al médico general o el pediatra antes de realizar la visita domiciliaria, hablar con el enfermo por teléfono antes de ir para resolver un problema, son prácticas normales que no sólo se están haciendo, sino que nos parecen muy bien. Y le diría más, si se pueden hacer con mayor profusión, mejor.

Yo sé que la pregunta está ligada al decreto de ordenación asistencial. No se trata de sustituir a través del teléfono las garantías de consulta, de prescripción o de tratamiento que en esta relación personal entre el médico y el enfermo debe haber con la mayor intensidad posible. Pero no cabe duda de que el medio telefónico ayuda, está ayudando ahora mismo a nuestros profesionales. No debemos privarles de ningún apoyo en su relación con el paciente.

Me permito leerle literalmente —creo que con ello podremos despejar toda duda— el tratamiento que el proyecto de decreto de ordenación asistencial al que antes me referí da a la comunicación telefónica. ¿Por qué se trata aquí? Porque en este decreto, cara a nuestras relaciones con los profesionales, deben regularse, como se hacía en el decreto de servicios médicos, todas las formas de relación de los profesionales con los pacientes. Por tanto, no es oportuno ni conveniente omitir ninguna, porque luego puede surgir algún problema en algún lugar de España. No lo vamos a tener, pero por si acaso.

Se dice literalmente en el decreto: Las peticiones de asistencia podrán ser realizadas por teléfono al lugar destinado al efecto. Asimismo, se habilitará la posibilidad de solicitar asesoramiento y consejo por teléfono.

No podemos predecir el futuro, porque, como usted sabe, los decretos requieren una tramitación larga que acaba con la aprobación del Consejo de Ministros y la publicación en el «Boletín Oficial del Estado», pero entiendo que es absolutamente benéfica la posibilidad de solicitar asesoramiento y consejo por teléfono. Además, se está complementando una prestación personal de acercamiento del médico al enfermo.

Por tanto, creo que es perfectamente oportuna y no existe de momento en el Ministerio al que represento voluntad alguna de prescindir de estas técnicas que, por otro lado forman parte de la vida moderna de todos los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE:** Para turno de réplica, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Arrojito, menos mal que al final ha ido a lo que era de verdad la pregunta. Como comprenderá, yo, como mujer de médico, sé perfectamente qué consultas se hacen y cómo se puede mantener la relación médico-enfermo a través del teléfono, porque muchas veces he sido yo la que he tenido que sustituir a mi marido, incluso haciendo intrusismo profesional, para tranquilizar al enfermo. No me refería a eso. Usted lo ha dicho muy bien al final de su intervención.

Me alegro mucho de que al contestar al señor Revilla

haya dado toda una lección de cómo intenta el Ministerio no hacer declaraciones ni que se produzcan filtraciones, sino que está en contra de esas prácticas. Y digo que me alegra porque la opinión que tenemos los demás es la contraria. Pensamos que a lo mejor van a rectificar. Cuando nosotros nos referimos a declaraciones, no han sido realizadas por cualquiera ni son filtraciones de cualquiera; normalmente son declaraciones del propio Ministro que aparecen en un medio de comunicación, que es lo que tenemos a nuestro alcance, aparte de lo que vengan a decir aquí, en esta Cámara, para saber lo que piensan los miembros del Gobierno. Y es curioso, no se rectifican, pero sí se transforman luego, por lo que muchas veces nos da la impresión de que el Ministro —me refiero a él porque en este caso eran declaraciones suyas, pero otras veces son de directores generales— o no se explica bien cuando habla con los medios de comunicación, con lo cual produce un desconcierto en la sociedad, o el Ministro busca anunciar la máxima aspiración de un proyecto para luego recoger verlas si le parece que no va a tener buena aceptación. No sabemos a qué se debe, pero siempre asistimos a lo mismo: unas declaraciones maximalistas, una reacción de los sindicatos, de los profesionales o de los políticos y una pequeña marcha atrás. Por supuesto, en este caso sucede lo mismo, porque al principio la conclusión era que se podría incluso explicar los síntomas por teléfono y luego, sin embargo, se habló sólo de pedir número en la consulta. Las últimas declaraciones rectificando, de miembros del Ministerio, aclaraban que sólo se utilizaría el teléfono para pedir número en la consulta.

Con esto quiero decir que estoy de acuerdo con lo que nos ha dicho usted, señor Arrojo, sigan ustedes, pero por la vía que usted nos dice, no por la que luego hacen los demás.

En segundo lugar, estoy completamente de acuerdo en que hay que aprovechar todos los adelantos de la tecnología, ¡no faltaba más! En lo que no estoy de acuerdo es en que cada día salgan asustándonos con unas cuantas declaraciones que luego no van a ser las verdaderas y la gente no sabe a qué carta quedarse.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Ya sé que el texto de que dispongo no es el último, porque la breve cita que ha leído el señor Secretario General no coincide con el texto mío. Efectivamente, el texto anterior era inquietante. Lo que ha leído el señor Arrojo se acerca más a lo que debe ser: a la utilización de todas las técnicas del servicio a los pacientes.

No hemos entrado mucho en el contenido por el riesgo de utilizar un texto que comienzo por declarar que no parece ser el correcto, aunque sí voy a hacer algún comentario. Después de que han tenido conocimiento el Consejo interterritorial, los colegios profesionales y los sindicatos, no parece mal que aprovechemos esta ocasión que se nos brinda en el Congreso de los Diputados para comen-

tar el trabajo del Ministerio en relación con este real decreto.

Estamos de acuerdo con la elevación de la edad pediátrica hasta los catorce años. Estamos de acuerdo con la elección de médico, lo que ocurre es que en el texto no se especifica la elección de médico en régimen de internamiento. En régimen extrahospitalario esta posibilidad es a partir de un área de 200.000 habitantes; por tanto, queda muy restringido el derecho para la elección de médico.

Se usan dos términos en el texto que yo dispongo. Uno es atención primaria y otro, asistencia especializada. No sé por qué se utiliza la palabra «atención» en el caso de la asistencia primaria y «asistencia» en el caso de la especializada. Efectivamente hay una discusión acerca de este tema, pero creo que convendría uniformidad.

Hay un tema que quiero señalar y es que se termina sin comprender, en mi opinión, cuál es la función del gerente en el sistema hospitalario, concretamente los que están al frente de centros o áreas, como aquí aparece. Se termina sin entender la función del gerente y la función del director médico, produciéndose bien jerarquizaciones incorrectas, en mi opinión, o solapamientos que no conducen sino a disfuncionalidades. Me permito señalar aquí este tema por si puede tener corrección.

En cuanto a los aspectos organizativos, se define cuál es el área asistencial. Nos parece que hay una hipertrofia de funciones y, como resultado de ésta, una hipertrofia de cargos. Realmente si va a haber un gerente de atención primaria, un gerente de asistencia especializada, con sus respectivas direcciones médicas, direcciones de enfermería, direcciones de gestión, creo que ya se sabe de antemano que no funcionará. Esto se puede resolver —y no hacen falta tantos borradores para ello porque ya está resuelto en el mundo— colocando como mucho a tres personas, y entonces es cuando no se tiene la garantía de que funcione, pero se da un paso importante para conseguirlo. Después ya tendremos tiempo de profundizar más en este aspecto si estos temas se mantienen en el texto definitivo.

Quiero hacer un comentario —y, señor Presidente, termino muy pronto— sobre la comisión de participación ciudadana. En este tipo de cosas hay que ser escéptico y lo digo, siendo como somos defensores de la participación ciudadana, pero de la participación ciudadana genuina, no de la filtrada. La participación ciudadana, según aparece en la Ley General de Sanidad, ya tuvimos ocasión de criticarla como una participación ciudadana filtrada.

Me voy a referir a esta otra comisión de participación ciudadana que ahora se nos ofrece. Si se incorporan, aparte del presidente, las trece personas que pueden constituir el área asistencial, más todas las demás que aparecen aquí referidas, en total son treinta personas, he tomado la precaución de sumarmas. Solamente hay dos vocales vecinos; es decir, para dos vocales vecinos hay treinta personas. Yo creo que es una participación ciudadana no ya filtrada, sino totalmente escamoteada. Aquí los vecinos van a tener poco que decir y justamente ésa es la experiencia internacional, en la mayoría de los países donde se ha desarrollado con intensidad la participación ciuda-

dana en Sanidad, y es que, al final, los vecinos abandonan paulatinamente estas comisiones porque no tienen nada que decir, porque entienden que realmente quienes tienen que decir, en su opinión, son los técnicos.

Si colocamos para dos vecinos treinta personas, como mucho podríamos añadir a los dos vocales vecinos, los tres vocales restantes, dos procedentes de las comunidades autónomas y uno procedente de los ayuntamientos, con lo cual tendríamos cinco y, en resumidas cuentas, la relación siempre seguiría siendo enormemente desfavorable para la participación de los ciudadanos. Por tanto, ésta es otra comisión que, si se mantiene así, está condenada a no servir para nada. Porque no solamente no intenta resolver los problemas que se han presentado ya en otros países, sino que, además, los magnifica, con lo cual el fracaso es total.

No se dice nada de cómo va a ser el pago, si va a ser capitativo, por acto médico o por tiempo médico. Ya sabe el señor Arrojo que existen estas tres modalidades y es un tema importante. Si fuera por pago capitativo habría que introducir importantes correcciones, porque no son lo mismo poblaciones de mayoría infantil que de mayoría geriátrica, etcétera.

El párrafo que aparece como justificante del real decreto —y al que el señor Arrojo también se ha referido— en relación con las comunidades autónomas, es absolutamente ininteligible, se adivina por dónde va, pero es ininteligible. No sé si le sucederá a este párrafo lo mismo que al de la consulta telefónica, al que ya he incurrido yo en el error de referirme en el texto anterior.

Me he referido a que no aparece la elección de médico en régimen de internamiento. Pero hay otro aspecto...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Revilla, usted ha formulado una pregunta, esto no es una comparecencia. Tiene usted unas limitaciones de tiempo.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, aprovecho la ocasión porque pienso que todo esto puede ser útil.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, pero procure ser breve.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, termino haciendo una consideración respecto al tema de la financiación. Si la tendencia es ir a la financiación a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, no se entiende muy bien —incluso teniendo en cuenta el artículo 5.º de la Ley General de Sanidad— por qué las comisiones ejecutivas tienen que tener características mutuales.

Nada más, señor Presidente, muchas gracias por su generosidad.

El señor **PRESIDENTE**: Quisiera recordar a los señores Diputados que las preguntas tienen una tramitación distinta a las preguntas en Pleno; precisamente donde más se pueden extender es en el primer turno, no en el segundo. Por tanto, les rogaría, aunque es tradición irse saltando esta norma reglamentaria, que tuvieran esto en

cuenta para que no se produjeran situaciones excesivas. Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señor Presidente, no hay cosa más difícil que discutir sobre un texto que no sabemos exactamente cuál es. Insisto en que el Ministerio de Sanidad no practica la filtración, lo que ocurre es que un decreto de este tipo es bueno que lo conozca y que opine sobre él mucha gente —fuera de toda posición de despotismo ilustrado—, y por ello no es extraño que un día aparezca en una revista especializada un borrador determinado. No digo que el que conoce el señor Revilla sea distinto al que apareció en aquella revista especializada, porque le conozco y sé que normalmente está bien informado.

Señora Salarrullana, quiero aclarar que una cosa son filtraciones y otra declaraciones. La declaración, como su nombre indica, es una declaración y hay que estar a lo que realmente se diga. Una declaración no es: dicen que dicen que dijo, puesto que normalmente los medios de comunicación verifican y deben verificar las informaciones que reciben, y pueden estar ahí para saber lo que se dice. Por tanto, una cuestión son las declaraciones mías o de nuestro Ministro, declaraciones hechas de las que normalmente hay constancia, y otra cosa son cuestiones que dicen que se dijo o que no se dijo, y el caso del teléfono es una de ellas.

Que yo sepa —y creo que conozco bien todas las declaraciones que hace nuestro Ministro en el área que me afecta— el Ministro de Sanidad y Consumo no ha hablado nunca del teléfono; la génesis de la noticia puede decirse que es como sigue: aparece una filtración clara, ajena a la Administración, en una revista médica —que, por otra parte, si cae el documento en sus manos no censuro para nada, ni es mi papel censurar, el que haga uso del mismo— y determinadas personas ajenas a la Administración efectúan una serie de declaraciones sobre el teléfono con un cierto contenido claramente desenfocado, según nuestra opinión. El Ministro de Sanidad no dijo absolutamente nada sobre el tema. No se pueden confundir estas cuestiones. Una cosa son las declaraciones que realiza el titular del Departamento y otra cosa son las opiniones que se le atribuyan, que pueden o no coincidir con las que se tienen, o filtraciones que desgraciadamente existen. Posiblemente si no existieran tantas filtraciones perderíamos menos tiempo, pues quizá estuviéramos de acuerdo en más cosas puesto que sabríamos de qué estábamos hablando, y en este caso parece que podemos confundirnos.

Por último, una cuestión muy rápida porque, como dice muy bien el señor Presidente, esto no es una comparecencia. La libre elección de médico es un principio que hay que poner en práctica, y en términos, si quieren ustedes, algo económicos. El ciudadano tiene derecho a la libre elección de médico, pero es un derecho que hay que posibilitar. Por tanto, hay que establecer un diálogo entre lo que es el ejercicio de un derecho y su posibilidad de adquirirlo. No hay que hacer una declaración literaria que luego no se puede ejercitar en la práctica, porque esto no tiene ningún sentido. Creo que la única limitación que tie-

ne la libre elección de médico es que se pueda hacer, pero que se pueda hacer es una limitación seria. En el Ministerio proclamamos que la libre elección de médico es un derecho del ciudadano que hay que posibilitar, pero proclamamos que debe hacerse. Hay problemas, por ejemplo, para desplazarse un profesional de un extremo a otro de una gran ciudad, y otra serie de cuestiones que usted conoce muy bien. ¿Cuál es la limitación del ejercicio de ese derecho? Su posibilidad, porque queremos ser serios y queremos que lo ejerzan.

Respecto a si hay razones por las que se denomine atención primaria y asistencia especializada, solamente le diré que la atención primaria es una atención integral; es, digamos, la primera línea de contacto del ciudadano con el servicio sanitario. La asistencia especializada siempre actúa subsidiariamente. Ahí puede usted encontrar una razón para la distinta denominación.

Tema organizativo. No hay en este momento —y esto es dramático— empresa, en el sentido genérico del término, que tenga menos responsables en «ratio» ni en volumen económico ni en número de actos ni en nada. No parece conveniente seguir abriendo centros de salud a lo largo y a lo ancho de toda la geografía española sin que ni siquiera exista en las direcciones provinciales un responsable de servicios médicos de atención primaria. Como usted comprenderá, cualquier empresa de nuestro país —y admito la comparación que usted estime conveniente— con volúmenes de negocio (el volumen económico es nuestro) parecidos, tiene un número 10 ó 20 veces superior de cargos intermedios. No hay inflación de cargos y no hay hipertrofia; hay una necesidad real y no se puede cargar al responsable de la sectorial de ambulatorio con un trabajo exorbitante que encima se realiza, por acercar el servicio al ciudadano, en muy distintos centros. Como usted comprenderá, esto puede llevar a la ineficacia. Por tanto, no hay hipertrofia. Yo estoy de acuerdo con usted en que los cargos, cuando no se sabe muy bien las atribuciones que tienen, a veces lo único que hacen es compensarse y contrarrestarse unos a otros, y hay que decidir cuáles son sus funciones específicas.

Tema de participación. Esto sí es largo. Esto está conectado con si existe una pregunta existencial y filosófica sobre cuál es el vigor de la sociedad civil en España. Como la sociedad civil en España no es tan vigorosa como en los países nórdicos o anglosajones, casi todas las formas de participación están mediadas, en parte, por la participación de los ayuntamientos, diputaciones, comunidades autónomas, sindicatos, etcétera. Esto es algo sabido y, por tanto, no vamos a profundizar sobre ello. Sólo le apunto una cuestión y es que, si hablamos de vecinos, esto nos lleva a hablar de ayuntamientos. No cabe duda de que la intención del decreto es dar la mayor participación posible y hacer esta participación útil a las instituciones sanitarias en general. Entendemos que es útil a las instituciones sanitarias y por tanto, con la matización de que nuestra sociedad civil no es tan vigorosa y que tenemos que intermediar en la sociedad civil por esas instituciones que vienen funcionando en España desde tiempos muy pasa-

dos, estamos de acuerdo en que la participación hay que potenciarla lo más posible.

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

— **RELATIVA A IMPLANTACION DE PROTESIS DE ESFINTERES ARTIFICIALES A ENFERMOS DE ESPINA BIFIDA, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA**

— **RELATIVA A INTRODUCCION DE EMPAPADOS DE ADULTOS EN EL CATALOGO DE PROTESIS, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas números 3 y 4 que la señora Salarrullana ha solicitado que se acumulen. La número 9, que también es de prótesis, el señor Arrojo considera que debe ser contestada desde el área del Ministerio de Trabajo, por lo que no va a ser respondida en este trámite. La relacionaremos en un orden del día que corresponda al Ministerio de Trabajo.

Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señor **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, las tres preguntas formaban parte de las peticiones que me ha hecho un colectivo de enfermos, y creo que las tres están perfectamente relacionadas. Quizá el señor Arrojo me pueda decir algo y, de lo contrario, la última pregunta podría ser para el Ministerio de Trabajo, aunque creo que la pregunta es para el INSALUD.

Este grupo de enfermos que se han unido y han formado una asociación que se llama ASBI, Asociación Española para Enfermos de Espina Bífida, llevan luchando por unas cuantas cosas hace bastante tiempo. Este verano tuve ocasión de estar con ellos y posteriormente he podido conocer a alguno de los afectados. Sabe muy bien el señor Arrojo que los enfermos de espina bífida tienen unas manifestaciones clínicas muy diversas, desde los que no se pueden mover de la cama hasta los más, que son los que se adaptan perfectamente a la vida normal, en una silla de ruedas.

En estos momentos son varias las preocupaciones que tienen y sobre todo las exigencias para llevar una calidad de vida digna, puesto que son personas, además, que tienen perfectamente sus facultades mentales. La mayor preocupación es la falta de contención de los esfínteres, lo que les hace sentirse completamente disminuidos cuando van a trabajar, y saben que existen en muchos países del mundo —y se ha empezado a hacer en España— técnicas nuevas de implantación de esfínteres artificiales que podrían controlar y manipular ellos mismos.

Dicen que para ellos esto es algo como ser o no ser persona, sobre todo cuando llegan ya a la edad adulta.

En España se está empezando a hacer; hay una larguísima lista de espera; ellos ya saben que no todos pueden acceder a estas técnicas, que no son válidas para todos, pero sí podrían ser para muchos. Cuando han acudido a

los organismos del INSALUD, sobre todo a la Inspección médica, para pedir que, por favor, se acelere y les toque el turno, se les ha contestado que son unas técnicas carísimas y que se pueden hacer muy pocas al año en España.

La pregunta que ellos me hacían era por qué, siendo muchísimo menos caro que un trasplante de riñón, un trasplante de hígado y no digamos un trasplante de corazón, a esto sí accede todo el mundo cuando tiene ocasión, en cambio a ellos los tenían casi abandonados y como explicación les dan únicamente la cuestión económica. Esa era una de mis preguntas.

Si el señor Arrojo me diera solución a esta pregunta, a lo mejor no tendría que hacer la segunda, desarrollando así mi intervención de acuerdo con los consejos del señor Presidente de que la primera intervención debe ser la larga y, además, no tendría ni que intervenir en la réplica. Se trata del segundo problema que tienen en cuanto a la necesidad de utilizar ciertas prótesis para las que encuentran un inconveniente detrás de otro, dentro de los propios servicios del INSALUD, sobre todo en la Inspección médica. Por eso digo que sí depende del propio INSALUD.

Yo he presentado ya varias preguntas en esta Comisión sobre el retraso de pagos por el INSALUD a aquellos que previamente han comprado una prótesis o cualquier cosa que necesitan. Por ejemplo, estos señores no pueden ir a una ortopedia y llevarse sus prótesis, sus sillas de ruedas, sus muletas, sus aparatos, o incluso sus botas, sin pagarlas previamente y el INSALUD hay veces que reintegra ese dinero, después de múltiples reclamaciones, con dos años y medio de retraso, a pesar de lo que me contestaron en esta Comisión el año pasado. Como usted sabe muy bien, hace dos años todos los ortopedas se declararon en huelga porque, como no cobraban del INSALUD, dijeron que no volvían a dar una sola prótesis si no les pagaban antes.

Hay veces que para comprar unas botas —y en un niño hay que cambiar de botas ortopédicas todos los años, porque crece el pie— tienen que hacer hasta diez papeles y hasta cuatro visitas. Es el inspector el que tiene que dar el permiso para que el niño cambie de bota, si no, no se puede comprar una bota nueva. Yo creo que esto es añadir una tragedia sobre otra tragedia. Las familias de estos chicos —los padres y las madres— trabajan y están pidiendo permiso continuamente cada vez que tienen que hacer un papel y cada vez que al niño le ha crecido el pie.

Por otro lado, tienen también el problema de los empapadores de adulto. Un lote de 80 empapadores cuesta 5.000 pesetas, y sabe muy bien el señor Arrojo que se da 3.000 pesetas a estas familias por niño hasta los 18 años y 16.000 cuando son adultos. Usted imagínese lo poquito que les duran ochenta empapadores y el precio que cuestan.

Hay otro problema que es al que se refiere el señor Arrojo, que supongo que me dirá que no le corresponde a él contestar, que es la posibilidad de que se trate exactamente igual a los usuarios de la Seguridad Social que a los que no están asegurados. Me refiero a que cualquier niño minusválido, sobre todo de este tipo, cuyos padres no tienen cartilla en la Seguridad Social, tiene una carti-

lla especial de minusválido, exactamente igual que la de jubilados, sin pagar una sola peseta; en cambio, los hijos de los usuarios de la Seguridad Social están dentro de la cartilla de sus padres y, por tanto, los padres tienen que cotizar a la Seguridad Social la parte correspondiente de cualquier servicio de medicamento o de asistencia. Ellos piden, ya que son usuarios de la Seguridad Social, ser tratados con los mismos beneficios que tienen los que no lo son, porque es el colmo que sean mejor tratados.

Estos tres problemas son los que ellos me han planteado. Yo les dije que en esta misma Comisión también le pediría al señor Arrojo que, si es posible, los recibiera un día para que los viera personalmente; son gente a la que creo obligación de todos nosotros ayudar como sea. Es una especie de tráfico de influencias que, me parece, es el que verdaderamente debemos hacer los altos cargos de la Administración y los Diputados, porque son personas que pueden llegar a estar integrados en la sociedad laboral con todo éxito, puesto que al tener menos desarrolladas unas facultades físicas, pueden desarrollar mucho más unas facultades psíquicas e intelectivas, y creo que merece la pena que todos nos volquemos en ayudarlos.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Empecemos por el final. Agradecemos su mediación; que me llamen y los recibiré, sin decirle aquello de «dentro de las posibilidades de mi agenda», puesto que son grandes, ya que —como usted sabe— estamos todo el día allí metidos, y parte de la noche también.

Entremos en materia. Usted me habla de dos temas que están conectados, puesto que son los mismos enfermos los que lo necesitan, pero que jurídicamente tienen dos contestaciones diferentes, porque cada uno tiene una normativa distinta.

Me habla de las prótesis, que es un tema sobre el que le voy a leer lo que dice el artículo 108 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social: «La Seguridad Social facilitará en todo caso las prótesis quirúrgicas fijas y las ortopédicas permanentes o temporales, así como su oportuna renovación». Luego, habla de vehículos de inválidos, etcétera. En primer lugar, estos enfermos tienen un amparo legal y una mecánica de funcionamiento, en la que —como usted dice— hay una serie de problemas burocráticos, pero también hay otro tipo de problemas. Como usted sabe, en un país de casi 39 millones de habitantes, no todas las personas tienen el mismo grado de conciencia y, en algunos casos, así se combate algunas líneas de fraude que ha habido con este tipo de prótesis, órtesis, sillas de inválidos, etcétera. Por tanto, como es norma en gran parte de los servicios de la Administración, tienen que llevar tres ofertas de tres casas para que puedan ser reembolsados. Luego, jurídicamente, no hay ningún problema, la cuestión está en que se agilicen los trámites en estos enfermos por las especiales características que ellos reúnen. Comparto con S. S. que estas personas,

solucionados estos problemas, pueden trabajar normalmente e incorporar su aporte a la sociedad como cualquier ciudadano que no padezca este problema. Es decir, jurídicamente no hay ningún problema. ¿Dónde está el tema? El tema está en que son nuestros profesionales, en este caso, los hospitalarios, los neurocirujanos los que estiman la oportunidad de implantación o no de este tipo de prótesis, que, como usted misma dice, es una prótesis muy moderna, que está empezando a entrar en Europa. Realmente, hay un desconocimiento bastante general, hay que informar a los servicios de neurocirugía. Lo que yo le puedo contestar es que existe el cauce legal puesto que el artículo 108 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social lo ampara, y lo que hay que hacer es comunicar a nuestros neurocirujanos que existen estas posibilidades para que las implanten. Como usted sabe perfectamente sin la prescripción de nuestros neurocirujanos, sin la intervención de los profesionales, nada se puede hacer en casos como éstos. Lo mismo ocurre en el trasplante de riñón, en el trasplante de corazón, etcétera.

Vamos a la segunda parte, que creo que sí es el objeto de un análisis más profundo puesto que hay una intervención mucho mayor. Aquí estamos hablando de un número reducido de profesionales a los cuales es fácil que pueda llegar la Administración, ya que se puede concertar una entrevista en la que podamos llamarles la atención a este respecto, pero el tema de los empapadores, y toda esta línea que podríamos llamar jurídicamente del capítulo de efectos accesorios, es mucho más genérico y la prestación tiene posiblemente una mayor complejidad al estar extendida a un número de profesionales importantes, como son todos los médicos pediatras y de medicina general. Esto ya no son prótesis, ya que se encuentran incluidas dentro del capítulo de efectos accesorios y, como usted dice, la cuestión es la siguiente: si están en activo tienen un reintegro del 40 por ciento, y si son pensionistas o beneficiarios de esta Ley de Integración Social de los Minusválidos es totalmente gratuito.

La Administración está haciendo un esfuerzo extraordinario en este capítulo y le voy a dar la cifra del costo sólo en lo que es INSALUD, gestión directa incluida la Comunidad Valenciana y el País Vasco —son cifras de 1987— y le puedo decir que al año estamos en 4.600 millones exactamente. Tengo que decirle también que en el año 1986 ha habido un crecimiento de 681 millones en efectos de accesorios, de los cuales 531 millones se justifican por los incontinentes de orina.

Como ve usted se ha hecho un gran esfuerzo por parte de la Administración. Existen unas trabas mayores porque se necesita visado de la Inspección, pero sin entrar en mayores dibujos, porque, como sabe, no soy profesional médico, sí le digo que hay posibilidades de aplicaciones derivadas de fraude en este tipo de instrumentos, que son extraordinariamente útiles y necesarios para estos enfermos pero que también pueden tener otras aplicaciones, que todo el mundo puede comprender por poco introducido que esté en este sector. Por tanto, a la vista de las cifras que tenemos, parece oportuno y conveniente este visado de la Inspección. Otra cosa es que para este grupo

de enfermos este visado de la Inspección sea ágil y que no haya agravios comparativos por proceder de una u otra forma de protección. Esto, sin duda, nos beneficiará también en el proceso de extensión de cobertura o universalización de la asistencia que afrontamos para el año 1989, para dar un tratamiento igual a los desiguales.

Sintetizando. Entienda usted que se ha hecho un esfuerzo extraordinario por parte de la Administración, que se marca en cifras como los alrededor de 5.000 millones, para lo que en el argot llamamos línea blanca, que van fundamentalmente a estos incontinentes adultos, que explica casi el 80 por ciento de esta subida de 531 millones a 681 millones de pesetas.

Creo que hay que seguir vigilando que se aplique a las personas que ciertamente lo necesitan y para ello es necesaria la intervención de la Inspección. Posiblemente lo que hay que hacer es facilitar los trámites a estas personas que sin duda son, de todo el espectro de enfermos que tenemos, los que más lo necesitan.

Como dice muy bien el Presidente, respecto a la pregunta del INSS, al ser un organismo del Ministerio de Trabajo, juzgo que la respondería con mayor capacidad y conocimiento que yo cualquier autoridad de dicho Ministerio.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Presidente, quiero darle las gracias al señor Arrojo. Creo que ha entendido suficientemente el problema que yo he explicado. El mismo se ha ofrecido a recibir a la Asociación de estos enfermos. Se lo transmitiré a ellos y me doy por satisfecha totalmente.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Muchas gracias. Espero la llamada de estos señores o la suya, señoría para poder recibirles.

— **RELATIVA A DESTINO DEL IMPORTE DE LOS PAGOS DE HONORARIOS MEDICOS QUE ABONAN LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS POR LOS ACCIDENTES EN LOS QUE LOS HERIDOS SON ATENDIDOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA (A. DC)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta número 5 relativa a destino del importe de los pagos de honorarios médicos que abonan las compañías de seguros por los accidentes en los que los heridos son atendidos en la Seguridad Social, formulada por doña Pilar Salarrullana de Verda de la Agrupación de la Democracia Cristiana, que tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, usted sabe muy bien que cuando un hospital del INSALUD, normalmente a través de los servicios de urgencia, atiende a unos heridos de un accidente, normalmente de carretera, los gastos corren a cargo de las compañías correspondientes que abonon los mismos al hospital que corresponda, al INSALUD en suma.

En esta cuenta que presentan se incluyen también los gastos de tarifa de médico, ATS, etcétera. Antes, los facultativos de los centros del INSALUD —de los hospitales entonces de la Seguridad Social— cobraban directamente este dinero por honorarios médicos, pero ya hace tiempo, cuando se hizo la jerarquización y tuvieron una jornada laboral normal, se les dijo que no tenían que cobrar esos servicios puesto que estaban trabajando en su horario normal y que era un trabajo y un servicio más que tenían que atender. Están completamente de acuerdo con ello, sin embargo hay dos temas sobre los que pregunto en nombre de todos ellos, porque es una preocupación que tienen.

Primero, quieren saber —es lógico que así sea— que si se cobra a las compañías de seguros los servicios médicos y de ATS, dónde va a parar ese dinero y en qué se emplea.

Segundo, según lo que me conteste el señor Arrojo, le diré a dónde podría ir ese dinero.

El señor **PRESIDENTE**: Advierto al señor Arrojo que sólo tiene obligación de contestar a la pregunta formulada. Tiene la palabra S. S.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señor Presidente, voy a intervenir con la misma brevedad con que la señora Salarrullana ha preguntado.

Dice usted que los profesionales entienden muy bien que si están en su horario de trabajo tienen que atender a las personas que les vengan. Por tanto, estamos totalmente de acuerdo con ello y me felicito de que los profesionales lo comprendan así, porque es fácilmente entendible.

¿A dónde va a parar este dinero? Muy sencillo. En la Seguridad Social, ahora mismo, existe —y existirá porque es criterio del Gobierno— el principio de Caja única. Estos dineros que pagan las compañías de seguros, normalmente tras facturación de los servicios de los hospitales, van a parar a la Tesorería de la Seguridad Social para ir a su estado de ingresos, no está afectado a la Sanidad, luego la Seguridad Social dentro de sus funciones paga pensiones, atiende enfermos, etcétera. De momento la respuesta estricta es: dado el principio de Caja única de la Seguridad Social, todo ingreso, que llamamos de terceros en este caso, que las compañías de seguros realicen por facturación de cualquier servicio de asistencia de un hospital va a la Tesorería de la Seguridad Social que aplica a sus fines, es decir, a lo que dice el estado de gastos de sus presupuestos.

Esta es la contestación a la pregunta. No tenemos nada que ver ni recibimos una peseta de ello directamente. Si nos beneficiamos de la financiación de la Seguridad So-

cial genéricamente, como se beneficia cualquiera. Va —digamos— a engrosar los estados de ingresos de la Tesorería.

Esta pregunta puede tener una segunda parte importantísima y, aunque no me haya sido preguntado, muy brevemente digo: ¿Cómo puede realizarse esto en el futuro? Dados los cambios en la financiación de la Sanidad —que se han tratado en esta Cámara en la Comisión de Presupuestos, donde tuve el gusto de estar con SS. SS.—, hay un principio de afectación de ingresos y gastos que puede ser muy beneficioso para esto, y me explico.

A partir del año 1989, si se aprueba el proyecto de Presupuestos tal y como está formulado por el Gobierno —está en pleno trámite parlamentario— los ingresos de terceros estarían afectados a Sanidad, cosa que antes no ocurría. Están afectados todos los ingresos salvo las cuotas, que es la parte no afectada. Estos ingresos de terceros que están afectados a Sanidad deberían generar créditos en Sanidad y los generarán. Estos ingresos, por tanto, de compañías de seguros, es intención de este Departamento y mía propia que redunden no sólo en asistencia sanitaria sino en aquellos centros que los obtengan, incentivando de esta manera a los profesionales.

No sé si su idea coincidirá con la nuestra, pero aquel centro sanitario que por ingresos de terceros, por mejoras en su gestión —porque hay que mejorar la gestión de cobro— o por mejoras en su trabajo obtengan mayores rendimientos de este dos por ciento de 32.000 millones de pesetas aproximadamente que suponen los ingresos de terceros, debería ser el que se beneficiase de las propuestas de gastos. ¿En qué? En mejora de inversiones, en becas a profesionales, en investigación, etcétera. Digo más, en lo que estime por conveniente la junta, la gerencia de ese centro y los propios profesionales de ese centro. Esa es la idea que tratamos de desarrollar.

¿En qué nos amparamos? En la afectación que de los ingresos presumiblemente, si ustedes tienen a bien aprobarlo así, va a realizar la Ley de Presupuestos para 1989.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Gracias, señor Arrojo. Precisamente lo que yo le iba a proponer tiene bastante que ver con lo que usted ha dicho de que van a ser los propios centros los que puedan administrar esas cuentas que cobran por ingresos de terceros.

Si usted se ha dado una vuelta por los hospitales —suplico que sí— sobre todo por sus servicios de urgencia —yo llevo una temporada haciéndolo— habrá podido ver cómo están los cuartos donde tienen que hacer las guardias los médicos y las enfermeras. Lo primero que me habían sugerido era que por lo menos eso que se cobraba en concepto de su trabajo, y que ellos no recibían, redundara en beneficio de su status físico dentro del hospital. Todavía estoy por ver un cuarto de guardia, donde están los médicos y las enfermeras, que no tengan los sillones con los muelles fuera, donde cada uno se ha llevado de su casa lo que han podido para poder estar medianamente bien,

etcétera (he visto hasta un cuchillo haciendo de antena de televisión), mientras que a los servicios de administración de los hospitales les han puesto las mejores condiciones del mundo, incluso con un aire acondicionado perfecto para los meses de verano. Yo he estado algún verano, concretamente un 25 de julio en Zaragoza, en el Hospital Miguel Servet, y le puedo asegurar que en el cuarto de guardia de médicos y enfermeras se podía asar lo que hubieran llevado. Y ellos fueron los que en ese momento me dijeron: «Y pensar que hoy hemos recibido a un montón de accidentados porque ha habido un gran accidente en Zaragoza, y el INSALUD va a cobrar por nuestro trabajo y nosotros estamos en estas condiciones». Me llevaron para que viera cómo estaba el servicio de administración, y en el servicio de administración me tuve que poner un abrigo.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señora Salarrullana, antes coincidía con usted, pero ahora no estoy de acuerdo con sus apreciaciones. Primero, quizá no tenga usted mucha suerte en las visitas que está realizando. Si es posible, la orientaremos, como a cualquiera de SS. SS. (**La señora SALARRULLANA: Prefiero hacerlas sola.**) Como usted desee. Ya sabe que tiene abiertas todas las puertas de los servicios sanitarios, cómo no.

Como usted sabe, se está haciendo un plan de remodelación de urgencias que incluye estas habitaciones a las que usted se refiere, y hay muchas remodeladas, aunque hay otras que no. Estos problemas de las urgencias proceden de una concepción funcional y arquitectónica que había antes —en la que no voy a extenderme—, porque usted ve que hay hospitales antiguos con urgencias obsoletas, pequeñas y no bien dimensionadas. Estamos tratando de corregirla con una serie de proyectos de obras.

Por otra parte, he de decirle que éstos no son ingresos de profesionales. Ese profesional cobra un salario, cobra un sueldo y, por tanto, trabaja ahí. Entonces, si llega un accidentado, éste recibe el trabajo de ese profesional, la sangre del depósito, las vendas, las camas, lo que fuere, del servicio sanitario. Por tanto, este dinero debe de redundar en el servicio sanitario. ¿Dónde debe de redundar? En el propio centro.

Y no nos metamos con los servicios de gestión. Yo no sé si tienen aire acondicionado o no, tendrán suerte esos gestores, lo único que le digo es que esta empresa llamada INSALUD, que es la mayor empresa de muchas provincias españolas, resiste, en cuanto a gestores administrativos contables, desgraciadamente —estamos corrigiéndolo—, cualquier comparación con la empresa de servicios que usted quiera, de agricultura, etcétera. Y son esos servicios de gestión y administración los que, facturando bien, van a aumentar el cobro y van a hacer este mecanismo posible. Por tanto, yo no creo que sea bueno establecer una dialéctica entre servicios de gestión, que han estado olvidados históricamente, y los servicios asis-

tenciales. Estos servicios de gestión son los que van a permitir un cobro a terceros y van a permitir este mecanismo del que hemos hablado anteriormente. Por tanto, no podemos establecer ninguna dicotomía entre la gestión y lo asistencial, puesto que para nosotros todo es lo mismo, todo es dignísimo y todo es absolutamente necesario.

— RELATIVA A MEDICINA DEL TRABAJO, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA (A. DC)

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta número 6 relativa a medicina del trabajo, formulada por doña Pilar Salarrullana.

Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, la Ley de Organización de los Médicos de Empresa data de 1959, y ya no sólo por la fecha de que se trata, sino porque se ha comprobado, se ha quedado obsoleta e inoperante. Hay grandes lagunas en cuanto a normativas, sobre todo comparándonos con otros países de la Comunidad Europea. También es una ley con elementos muy dirigistas, muy intervencionistas, y se necesita una ley, o una reforma por lo menos de esta Ley, mucho más amplia y libre. Esto se viene diciendo hace bastante tiempo y la respuesta por parte de las autoridades sanitarias siempre es que hay que potenciar la medicina del trabajo, pero luego no se hace nada. Los servicios médicos de empresa atienden a un tanto por ciento bajísimo de la población trabajadora, las pequeñas y medianas empresas son precisamente las que carecen de este servicio y las que las directivas de la Comunidad Europea determinan obligatorias.

Cada vez va siendo más importante tratar, aparte de las enfermedades clásicas laborales como son la sordera, enfermedades respiratorias, traumatismos en general, intoxicaciones, etcétera, las nuevas enfermedades laborales y hay que estudiar el impacto de las nuevas tecnologías y cómo van a afectar a la población trabajadora en su salud y en el confort del trabajo; hay que estudiarlo y hay que reformarlo.

Se está dando en todo el mundo una importancia grande a la ergometría, que es la adaptación del hombre a su propio puesto de trabajo. Yo querría que, por lo menos, mi pregunta sobre qué se va a hacer sirviera para acelerar en algo lo que tenga pensado el Ministerio, es decir reformar esta ley sobre la medicina del trabajo o hacer una nueva, porque si no mi Grupo Parlamentario está pensando, incluso, en presentar una proposición no de Ley o una proposición de ley para la mejora de la medicina del trabajo.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Ciertamente, hay una le-

gislación obsoleta, comparto su calificativo de intervencionista —eran otros tiempos y había otras ideologías dominantes— y, por tanto, parecen oportuno renovar esta legislación, adaptarla a una realidad actual que es muy otra, y debemos felicitarnos, al menos yo me felicito, de que sea muy otra, los demás que hagan lo que quieran.

Quiero decirle dos cosas: primero, que no coincido en apreciar que no existe una atención vigorosa, aunque sea mejorable en vigor y en intensidad, y, segundo, que si coincido en la importancia que la propia Comunidad Europea, la OIT y demás concedan a esta rama, que yo creo que ha tenido el Sambenito histórico, en cierto modo, de asociarla a ciertas ideologías políticas ahora mayoritariamente superadas.

Este Sambenito histórico, que yo creo que existe, y usted lo ha señalado con gran oportunidad, es lo que, de alguna manera, ha hecho que pudieran verse relegadas este tipo de actividades de salud, absolutamente oportunas y convenientes, como señalan todos los estamentos europeos y todas las instancias al uso. No obstante, hay una serie de servicios que están prestando medicina laboral, no voy a entrar en describirlos, pero hay 3.500 servicios de medicina de empresa; existen unas actuaciones asistenciales del INSALUD —luego me referiré brevisísimamente a ello— y hay una actuación de todas las mutuas patronales que, como entidades que son de la Seguridad Social, también actúan en este campo del accidente laboral y de la enfermedad profesional de una manera específica. ¿Cuál es el panorama normativo? Hay una Ley General de Sanidad que nos plantea, en cierto modo, una cuestión de una manera filosófica y un tanto abstracta: cómo se integra todo esto en el sistema nacional de salud. Existe un proyecto de ley, que es al que yo me remito, que no es mi Departamento quien está elaborándolo sino el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Es el proyecto de ley sobre salud laboral y condiciones de trabajo, que está en fase de elaboración y las autoridades del Ministerio de Trabajo podrán decir cuál es el estado actual de tramitación mejor que yo. Me parece más oportuno que lo señalen ellos.

¿Qué se hace, por tanto, en el INSALUD? Evidentemente, en cualquier gran cambio, que yo opino como usted que es absolutamente necesario, habrá que estar a lo que trate esta ley de salud laboral y condiciones de trabajo, que está realizándose, como todos sabemos, por el Ministerio de Trabajo, pero, mientras tanto, estamos haciendo otras acciones más modestas, pero que también tienen alguna importancia y que brevisísimamente le relato.

Por un lado, las OSME, las organizaciones sanitarias de medicina de empresa, aunque sea una adscripción física, han pasado al INSALUD, a Alcalá 56. Queremos estar más cerca de estos servicios, y estamos trabajando intensivamente con estas organizaciones. Por eso las hemos llevado hace unos meses de las oficinas del Ministerio de Trabajo al Ministerio de Sanidad, concretamente al ala de atención primaria, Alcalá 56. ¿Por qué a la atención primaria? Porque entendemos que los servicios de atención primaria también deben hacer este tipo de medicina, aunque no sea su contenido específico, y por ello hemos he-

cho ya seis cursos de equipos de atención primaria, de facultativos de atención primaria para acercarlos a la problemática de esta medicina laboral y del accidente de trabajo.

Hay otra acción que también le tengo que señalar, conectando con la pregunta anterior. Una cuestión que estamos debatiendo y que todavía no tenemos claro es esta posible nueva estructura de la periferia del INSALUD: dónde ubicaríamos unas unidades de salud laboral que queremos crear en todas las direcciones provinciales o en todas las delegaciones del área asistencial, como reza la terminología del nuevo decreto, para dar vigor a este tema.

Otra cuestión importante es el sistema de información de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. No hay un buen sistema de información de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, y se está trabajando en ello para conocer cuál es el curso de los acontecimientos. En definitiva, existen acciones concretas del INSALUD en estas cuatro direcciones, acciones normativas que se atenderán a lo que señale la ley de salud laboral y condiciones de trabajo que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social está elaborando, y que recogerá esta y otras materias correlacionadas.

— RELATIVA A PLAN DE HUMANIZACION DE LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD), FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA (A. DC)

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta relativa al plan de humanización de los hospitales del Instituto Nacional de la Salud, formulada por doña Pilar Salarrullana, la cual tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Siempre que se produce una comparecencia, sobre todo del Ministro, en nombre de los Diputados de mi Agrupación le hago una pregunta relativa a la humanización en los hospitales, y la hago con el deseo de que no se quede sólo en palabras huecas, a fin de que cuando una persona más necesita un trato humano, lo reciba, que es cuando se encuentra enfermo, cuando acude a un hospital a una urgencia, aun cuando no sea cierto que tenga una enfermedad grave.

Son diversas las formas en que se me contesta sobre la humanización en los hospitales. Sin embargo, fue una sorpresa para mí, no porque no conociera lo que ocurre, sino por venir de quien venía, el informe del Defensor del Pueblo. En ese informe se hizo hincapié en el plan de humanización de los hospitales y cómo los SAP no han venido a ser lo que se pretendía.

En el informe del Defensor del Pueblo se contienen frases que son verdaderamente ilustrativas sobre este tema, pero como siempre nos respondían que todo iba bien, uno pensaba que siempre iba al servicio donde no se trataba bien al enfermo, o a la consulta donde no se cumplía con las normas de humanización. Pero esta postura debe ser

muy general cuando las conclusiones del Defensor del Pueblo son tan duras. En las mismas se dice que la compleja reforma sanitaria actual hace muy dificultosa la práctica en la asistencia adecuada a pacientes y usuarios; que se observa la falta de definición de los Servicios de Atención al Usuario de la Sanidad y su homologación; que los derechos de los usuarios de la sanidad no son debidamente atendidos ya desde los ambulatorios, y las deficiencias son más frecuentes en los grandes hospitales, si bien hay excepciones aisladas; que existe el riesgo de que la función de los SAP se contemple desde la Administración como un sistema amortiguador entre las deficiencias reales o supuestas de los servicios, etcétera.

Creo que todo esto es un toque de atención para las autoridades sanitarias. La humanización de un hospital no depende de que todas las semanas se haga una encuesta en la que se diga que los enfermos están bien o mal, si la comida es buena o mala, si desean cambiar el primero o el segundo plato, sino de muchos puntos que hacen que los hospitales sean inhumanos. Comprendo que todo esto es difícilísimo de solucionar porque no hay dinero suficiente, pero sí podría haber voluntad de llevarlo a cabo; es algo tan pedido por todos como que las habitaciones —ya que tienen que ser compartidas— estén ocupadas por enfermos con edades parecidas y con enfermedades más o menos similares, es decir, que no pongan a un niño de tres años con un anciano de noventa, etcétera. Este es uno de los puntos por los que siempre lucharé, a fin de que un día lleguemos a tener un buen sistema hospitalario.

Existen muchos más puntos. Hay servicios de urgencia donde no disponen de asistencia social porque no tienen más que horario de día, con lo que las urgencias de noche no cuentan con dicho servicio de asistencia social. Con esto resulta que se llevan a un enfermo a un quirófano o a otro lugar y la familia no sabe durante seis, siete u ocho horas, ya que nadie le informa, lo que están haciendo con su familiar. Todo eso forma parte del conjunto de los hospitales.

El Defensor del Pueblo todavía tiene muy pocas quejas, ya que la gente no se atreve a plasmar dichas quejas en un libro de reclamaciones, tienen muchísimo miedo a que la próxima vez que vayan les traten peor si las formulan. Sólo las personas muy lanzadas se deciden a escribir en el libro de reclamaciones lo que les ha pasado. Pero si no tuvieran miedo, las quejas serían muchas, aunque no digo que todas fueran reales, porque hay mucha gente que come en su casa fatal y, sin embargo, en el hospital exigiría comer como en un hotel de cinco estrellas. No obstante, puedo asegurar que las quejas que se formulan son muchísimo menores que el malestar existente, y si el Defensor del Pueblo ha recogido este problema, significa que hay tres veces más de las que a él le llegan.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Voy a empezar a contestar por el final.

Creo que hay más base de quejas que las que el Defensor del Pueblo tiene. Eso lo dice usted, lo digo yo y lo dice el Defensor del Pueblo. La mayoría de las quejas que le llegan son por reintegro de gastos, de lo cual ya hemos hablado antes, no referidas a trato asistencial.

El factor que S. S. dice es cierto que se da, pero yo admito otro, para que vea que no hay ningún triunfalismo en el plan de humanización. Admito que el paciente no tiene claro dónde quejarse. Yo he recibido alguna pregunta que me resultó chocante, dada la evidencia de la misma.

No creo que haya ningún triunfalismo en la Administración al hablar del plan de humanización, ya que el Informe del Defensor del Pueblo —que como todos sabemos remite a las Cámaras— se basa, en una gran parte, en la publicación 1.502 de la Secretaría General del INSALUD de 10 de marzo de 1987. Las afirmaciones de la publicación las verifican sus ayudantes y las complementan con una serie de conclusiones. Por tanto, no sólo compartimos las afirmaciones del Defensor del Pueblo, sino que, de alguna manera, las elaboramos y están recogidas en dicha publicación de 10 de marzo de 1987, que si quiere se la remito, donde se evalúa un plan de humanización que pasa por tres fases. Dicho plan fue realizado en 1984, fue aplicado y parece lógico que la Subdirección de Gestión de la Atención Hospitalaria evalúe qué ha pasado con el plan de humanización que S. S. ha descrito, porque conoce muy bien qué pasó con la carta de derechos de los enfermos, qué pasó con la señalización de los hospitales, qué pasó con las comidas, si existen o no diferentes menús, si es mejor que la comida esté más o menos caliente, etcétera.

Lo que la publicación 1.502 hace no es triunfalismo, sino evaluar con gran realismo qué ha pasado con la humanización. Partimos de la cultura —el concepto de culpa no es un concepto que aquí no sirva; sirve más a los tribunales— de que lo que hay que ver es la calidad asistencial y un cierto menosprecio a esta calidad hostelera o a este estar del enfermo, que a veces se tiene que pasar largas temporadas en nuestros hospitales.

En 1984 se lleva a cabo una incorporación de contenidos de humanización y hosteleros a la calidad de la eficacia terapéutica de los servicios médicos o sanitarios. Ahora se da un paso más, que le voy a señalar: no es que las cuestiones hosteleras o, por qué no decirlo, de confort de nuestros pacientes en nuestros centros sea un tema añadido, colateral, sino que el nuevo enfoque es que vayan dentro del concepto de calidad total. Esto no es literatura, sino algo muy importante. La calidad total no sólo debe mirar las infecciones hospitalarias, la eficiencia y eficacia del sistema, sino el confort hostelero de nuestros enfermos.

Por tanto, el paso que hemos dado es importante. Hemos pasado de no ocuparse nadie de estos asuntos —algo la medicina privada, pero nada la pública—, a incorporar como algo externo toda una serie de contenidos de humanización y de hostelería, de confort de los pacientes, dentro del concepto de calidad total. Es decir, no hablar de calidad asistencial y hablar luego de calidad hostelera, sino incorporarlo al concepto de calidad.

Dentro de esto —el Director General del INSALUD tiene una comparecencia sobre este tema y lo completará mejor que yo—, S. S. se ha referido al SAP, al servicio de atención al paciente. Las quejas recibidas por el Defensor del Pueblo respecto a este servicio son heterogéneas, porque posiblemente deban serlo en cuanto a su composición, puesto que no todos los hospitales son iguales, como muy bien sabe la señora Diputada, pero en cuanto a sus fines y a su concepción deben ser homogéneos.

En este sentido hay ideas claras y acciones importantes en cuanto a la evaluación que se ha hecho de este servicio. En el año en curso se han contratado del orden de unos sesenta facultativos para dirigir y atender estos servicios de admisión y para el año que viene existe un programa especial presupuestario que va a permitir la contratación de unos 350 auxiliares para atención de estos enfermos. Estos servicios, que deben ser muy importantes y deben tener una homologación con el resto de los que existen en un hospital, entendemos que deben depender directamente del gerente y tenemos una verdadera lucha —no pacífica, puesto que en el sector hay opiniones distintas— para que estos servicios centralicen admisiones, documentación, historias —centralizar no quiere decir que se utilicen de cualquier manera— y todo lo que se refiera al usuario, en general, desde que entra hasta que sale.

Por tanto, existe un plan claro de dotar a estos servicios de admisión de un potencial importante, de conectarlos directamente a la gerencia y de centralizar en ellos todo lo que es la entrada, la admisión propiamente dicha, y todo lo que son las vicisitudes que pueden acontecer a cualquier persona a lo largo de su estancia en el hospital, es decir, todo lo que se refiere a comidas, todo lo que se refiere a información, todo lo que se refiere a contactos con el exterior, etcétera.

Usted ha señalado un problema en el que nosotros hemos insistido. Posiblemente en esas urgencias lo mejor no es que exista una asistencia social, sino una ATS o diplomada en enfermería, que es la que mejor puede contarle a los familiares del enfermo cuál es el proceso que sigue el familiar que dejan en la consulta. Lo que sí le digo es que hay una concepción determinada, no pacífica, en estos servicios de admisión. Y digo no pacífica porque en la literatura comparada hay quien opina que se les debe dar menos potencia y hay quien opina que se les debe dar más. El Departamento de Sanidad entiende que se le debe dar toda potencia, que deben estar conectados al gerente y que no sólo deben preocuparse de la admisión, sino de todas las vicisitudes que el enfermo tenga a lo largo de toda su estancia en el hospital.

Insisto, pues, en que el informe del Defensor del Pueblo está tomado de nuestras propias publicaciones, porque nuestro deber es evaluar una medida que nace como algo añadido o colateral y entendemos que ésa no es la filosofía. La filosofía es la de calidad total y la de que debemos estar tan preocupados por los temas asistenciales como por estos temas hosteleros, y lo estamos.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Gracias, señor Arrojo, y no sólo por esta respuesta que me deja un poco igual que estaba, porque cuando normalmente dice que algo se ha publicado en el «Boletín Oficial» y que se ha evaluado, pero luego se va a la práctica y se ve que todo sigue igual. Yo comprendo que se hace un esfuerzo, pero si se ve que ese esfuerzo no sirve para solucionar un problema, creo que habría que cambiar de sistema y hacer un esfuerzo distinto.

Sin embargo, quiero darle las gracias al señor Arrojo por esta respuesta y por todas las demás que me ha dado a lo largo de la mañana y manifestarle que, al igual que para mí es enriquecedor todo lo que él me ha contestado, espero que las preguntas que le he hecho también sirvan por lo menos de reflexión al Ministerio, aunque la importancia que tienen es sólo la que puedan tener las preguntas de una Diputada que, al fin y al cabo, no son más personales, sino que siempre las formulo en nombre de alguien que primero me las hace a mí.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Para agradecer a la señora Diputada sus observaciones y su intermediación, que siempre será bien recibida en este Ministerio, como ella muy bien sabe.

— RELATIVA A LA RESPONSABILIDAD DE LA FALTA DE COBERTURA DE SERVICIO HOSPITALARIO DE MEDICO OFTALMOLOGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE MELILLA, FORMULADA POR DON JOSE LUIS SANCHEZ USERO (CP)

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta número 10, relativa a la responsabilidad de la falta de cobertura del servicio hospitalario de médico oftalmólogo de la Seguridad Social de Melilla, formulada por don José Luis Sánchez Usero, del Grupo de Coalición Popular.

Tiene la palabra el señor Sánchez Usero.

El señor **SANCHEZ USERO**: Señor Secretario General, hace 15 días le hacía una pregunta muy parecida a ésta al señor Ministro. Preguntaba entonces este Diputado quién o quiénes eran los responsables de haber colgado en los quirófanos del único hospital civil de Melilla, concertado y gestionado por la Seguridad Social, el cartel de «Cerrado por vacaciones del anestésista» durante el mes de julio pasado. Entonces no obtuve contestación. El señor Ministro intentó justificar la situación por la escasez de anestésistas y remitió su posible solución a la futura puesta en funcionamiento del nuevo hospital comarcal.

La pregunta que hago ahora viene a ser la misma, referida a otro servicio, el de oftalmología, y es debido a otras causas: la aplicación de la normativa de incompatibilidades al médico que ocupaba ese puesto de trabajo y a lo largo de un período de tiempo mucho mayor. La si-

tuación ha sido y es lo suficientemente grave como para no añadir consideración alguna más, aunque podríamos hablar del incremento enorme de la lista de espera en este servicio hospitalario.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Veo que el grado de información de S. S. es muy amplio y creo que la pregunta está en cierto modo contestada. Usted sabe que existe un hospital de la Cruz Roja con 151 camas, que está concertado por el INSALUD, por ser el único hospital que hay. Sabe que hay un hospital terminado e incluso que la ley de presupuestos para 1988 señala la posible integración del personal del hospital de la Cruz Roja en el hospital del INSALUD, por una razón muy sencilla, que es poder trasladar a estas personas a un hospital nuevo y complementar el número necesario con otras personas.

Como usted muy bien dice, hay una ley dictada por el Parlamento de la nación, la Ley de Incompatibilidades, que la Administración tiene que aplicar. La Administración en un momento dado aplica esta Ley y colisiona una plaza de oftalmología de cupo en el ambulatorio de especialidades con una plaza de oftalmología en el Hospital de la Cruz Roja. A pesar de ser respetuoso con las leyes que emanan de este Parlamento, se busca una solución parcial a este problema para que los ciudadanos de Melilla puedan tener el servicio de oftalmología cubierto en lo esencial. La solución consiste en que este oftalmólogo, que opta por seguir en el ambulatorio, es decir, por ser oftalmólogo de cupo de la Seguridad Social, atienda el ambulatorio —que es el que va a atender los casos más frecuentes y menos graves, en su práctica de atención primaria ambulatoria— y cubra el servicio de urgencias en el Hospital de la Cruz Roja. Este es el estado de la cuestión.

La Administración, consciente de este problema, como éste es un hospital de la Cruz Roja pero que está administrado por el INSALUD, dota presupuestariamente dicha plaza, y la convoca por todos los medios de publicidad en distintos periódicos, siendo infructuosa, hasta ahora, la búsqueda de un oftalmólogo para cubrir esta plaza hospitalaria, que está dotada presupuestariamente hace tiempo, y S. S. sabe —porque conoce la prensa local y la prensa nacional— que se ha intentado contratar un profesional que, de alguna manera, asista a esta plaza del Hospital de la Cruz Roja y ayude a nuestro profesional de cupo, que atiende las urgencias y la primaria.

¿Qué pasa con la asistencia especializada? En las asistencias especializadas, son derivadas al hospital de Málaga o a centros de Madrid aquellas intervenciones que los ciudadanos de Melilla necesitan y que no se puedan realizar allí. Por tanto, las contestaciones del señor Ministro creo que son absolutamente pertinentes. Existe una plaza en un hospital de la Cruz Roja; la Administración se limita a aplicar una ley; a pesar de aplicar esa ley busca una solución para atender en lo esencial a los ciudadanos

de Melilla y poder derivarlos, en lo subsidiario, en lo especializado, a otros centros; se dota la plaza presupuestariamente; se busca por activa y por pasiva, pero infructuosamente, en periódicos de todo tipo el dotar la plaza. Si nos quedáramos aquí estaríamos ante un panorama verdaderamente lamentable, que ciertamente hay que conectar con la falta de especialistas, pero usted sabe que tenemos próxima la apertura de un hospital del INSALUD, donde ya no va a haber una sola plaza, sino dos: una de jefe de sección y un FEA (facultativo especialista de área). Entendemos que con este hospital nuevo, con un servicio y una sección nueva, una dotación nueva y estas dos plazas hospitalarias no vamos a tener las dificultades que hemos tenido hasta ahora —que le estoy explicando y que puedo darle prueba documental de todas ellas— para cubrir esta plaza de oftalmólogo en Melilla. No obstante, hay que decir que Melilla sigue asistida por el médico de cupo de nuestros servicios, que hace urgencias en el hospital y que se han derivado los casos de asistencia especializada a otros hospitales de la península, lo cual no es ni conveniente ni deseable para nadie. Tenemos confianza en que con la inauguración de este hospital, con estas plazas de facultativo y de jefe de sección podamos contar con los oftalmólogos que necesita esa población. Esfuerzos hemos hecho bastantes, hasta ahora no lo hemos conseguido, pero esperamos conseguirlo con este nuevo evento que es la apertura del nuevo hospital.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Sánchez Usero, ¿desea hacer uso de la palabra?

El señor **SANCHEZ USERO**: Sí, señor Presidente. He de decir que estamos en las mismas, tampoco se me ha contestado. Cuando se habla de responsables, sobre todo en su Ministerio, señor Secretario, no aparecen por ningún lado.

Efectivamente, hay un tema, el nuevo hospital comarcal, que está ahí, se habla de su próxima inauguración, pero yo le aseguro que esa proximidad no puede darse antes del año. La obra está terminada prácticamente, pero faltan muchas cosas. Hay asegurados a los que hay que atender en Melilla, y todo lo demás son disculpas. En el Hospital civil concertado y gestionado por la Seguridad Social tienen que estar atendidas todas las especialidades y, sobre todo, teniendo en cuenta las características tan especiales de aquella ciudad. Responsables los hay. No sé si son próximos o están más lejanos en el tiempo. Lo cierto es que suponía que la normativa de incompatibilidades perseguía otros objetivos muy diferentes a los de dejar a pacientes sin atención. Se supone que su aplicación requiere una previa programación y planificación que elimine la posibilidad de estos casos. Si ésta es realmente la causa, ahí habrá algún responsable o algunos responsables. Es posible que la responsabilidad vaya por otro camino; es posible que haya alguna razón administrativa, puede que se deba a algún papel o alguna falta de comunicación, pero la pregunta, señor Arrojo, se refiere a los responsables. Pediría que se me contestase a eso: ¿dónde está la responsabilidad de que esta situación se produz-

ca? ¿Que pueden faltar especialistas? Sigue siendo un fallo de programación y de planificación, yo pediría a los representantes del Ministerio que se contestase cuando se formula una pregunta en esta Comisión o en estas Cortes Generales. Una cuestión son las responsabilidades y otro tema muy diferente son las razones y justificaciones que pueden atenuar lo negativo de la situación.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Yo se la contesto en dos planos con muchísimo gusto. Creo que el Boletín Oficial del Estado está al alcance de todos. Los responsables del Ministerio de Sanidad —uno de ellos les está hablando en este momento— son de todos conocidos. ¿Quiénes son los responsables del Ministerio de Sanidad? Usted lo sabe: Ministros, Subsecretarios, Secretario General de Asistencia, Directores Generales, Directores Provinciales, etcétera. Usted lo sabe perfectamente. Por tanto, éstos son los responsables del Ministerio de Sanidad. Y no es que no digan que no existe, sino que están aquí. ¿Quiénes son los responsables de este hecho? Si quiere se lo contesto: nadie. ¿Por qué? Porque se aplica una Ley en concreto en cuanto a este hecho singular, y usted quiere una imputación de responsabilidad. Yo le doy una explicación en la que se infiere que aquí hay una aplicación de una Ley, que hay una dulcificación de esta aplicación en cuanto al tabajo de este profesional, que los pacientes de Melilla tienen todo el derecho a contar allí con dos oftalmólogos —de hecho se ha diseñado así—, pero por las razones legales que sean y porque la gente libremente no quiere acudir a las convocatorias, de las cuales se hace publicidad sobrada y exorbitante, podríamos preguntarnos: ¿es responsable el oftalmólogo que trabaja en España en alguna plaza del país distinta de la de Melilla? ¿Es responsable el oftalmólogo que en ese momento no desee ir a Melilla? No. Está ejerciendo su libre albedrío de optar o no optar por la plaza. Ciertamente me parece excesivo imputarle responsabilidad. Yo le explico los hechos y de los hechos se infiere que el Departamento tiene sus responsables, que aparecen en el Boletín Oficial y son de todos conocidos, pero en este hecho concreto no se puede hacer una imputación de responsabilidad por el cumplimiento de una Ley y por el hecho de que exista una escasez de oftalmólogos, por el hecho de que exista un hospital antiguo, que a lo mejor no es atractivo para los profesionales de oftalmología pero sí lo va a ser el nuevo, y por el hecho de que los oftalmólogos no hayan acudido a cubrir esa plaza a pesar de los esfuerzos presupuestarios y de comunicación que se han realizado. Yo no me atrevería a imputar ninguna responsabilidad a ningún oftalmólogo, repito, por no acudir a esa plaza. Creo que hay responsables de los servicios, pero no hay imputaciones de responsabilidades concretas, desde nuestro punto de vista, sobre este hecho que comentamos y que usted conoce sobradamente por las afirmaciones que usted mismo ha expresado aquí.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arrojo. Le agradecemos su presencia en la Comisión, así como sus amplias explicaciones. Hemos terminado el primer punto del orden del día.

DEBATE DE LA PROPOSICION NO DE LEY RELATIVA A CONSIDERACION DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL, PRESENTADA POR EL G. P. MIXTO-AGRUPACION DEMOCRACIA CRISTIANA

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, debate de la proposición no de ley relativa a consideración del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, como enfermedad profesional, presentada por la Agrupación de la Democracia Cristiana. Para su defensa, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Ya sé que en otras ocasiones se ha hablado también de este asunto que traigo hoy y es posible, igualmente, que se nos diga que la opinión de nuestro grupo al respecto no era la misma que ahora voy a mantener, pero estamos ante el caso de una enfermedad que en un momento fue absolutamente nueva, que hoy se va conociendo más y, por supuesto, no sólo está cambiando nuestra propia opinión como políticos, sino también la opinión de muchos profesionales respecto a esta enfermedad.

La problemática de los accidentes sanitarios con enfermos o infectados con el virus de la inmunodeficiencia adquirida supone una situación que debe de ser controlada desde el principio. El continuo incremento de esta enfermedad —en noviembre de 1986 se contabilizaban 34.448 casos, mientras que en febrero de 1988 la OMS estima más de 150.000— hace necesario que se tenga en consideración sin alarmismos, pero también sin subestimarla.

Los propios profesionales manifiestan que no pueden olvidarse de una problemática muy importante, como son los accidentes del personal que trabaja con estos enfermos, que, en ocasiones, podrían transmitir la infección, pudiendo excepcionalmente producir una enfermedad profesional. Hemos creído que debíamos de incluir también en este personal al de los centros penitenciarios y sanitarios. No he podido conseguir ningún dato sobre enfermedades o por lo menos accidentes habidos en centros penitenciarios, se conoce que es más difícil obtener información del Ministerio de Justicia, mientras que, en cambio, sí es muy fácil obtenerla del Ministerio de Sanidad, por lo que he obtenido datos en cuanto los he pedido.

El sanitario, desde los primeros conocimientos sobre este síndrome, comienza a preguntarse si el simple contacto con estos pacientes puede ser motivo de transmisión de la enfermedad y aunque sea un tema descartado con posterioridad puede sembrar numerosas inquietudes en adelante. No tardaron en emanar de los Center of Disease Control las primeras directrices en materia de prevención para los sanitarios y evitar, de esta manera, que los contactos con la fuente positiva dentro de la cadena epide-

miológica supusieran un riesgo aún sin definir. Ante este panorama, los sanitarios deben conocer que el riesgo existe, aunque sea mínimo, y al realizar las funciones en su trabajo deberán en todo momento tomar las máximas precauciones.

En los primeros estudios que se dieron a conocer por estos centros en 1985 se decía que sobre un colectivo de 361 sanitarios accidentados con fluidos de pacientes con infección o enfermedad de SIDA, llama la atención que en personal de enfermería se producía el 58 por ciento, en cuanto al personal que trabajaba en plantas de hospitalización se daba un porcentaje del 52 por ciento y respecto al vehículo de transmisión, la sangre lo era en un 88 por ciento y hasta ese momento no se había producido ninguna seroconversión, aunque otros autores comenzaron a reconocer la asociación entre accidentes laborales por el SIDA y la aparición de la infección.

Se describió en las segundas jornadas sobre prevención de hepatitis-B y SIDA en el personal sanitario un seguimiento de 171 sanitarios accidentados en cuatro hospitales: en el Hospital Clínico de Barcelona, 44; en el Clínico de Madrid, 33; en el Ramón y Cajal, 44, y en el 12 de Octubre de Madrid 50 casos, sin que se hubieran producido en ninguno seroconversiones.

La situación comienza a variar y multitud de trabajos de expertos de todo el mundo demuestran inquietud por este tema. El Hospital 12 de Octubre de Madrid ha sido el primero en presentar un informe detallado que puedo poner a disposición de la Comisión y que, tras formular varias recomendaciones, se pregunta a sí mismo como conclusión del informe: ¿en caso de producirse una seroconversión podría catalogarse como enfermedad profesional? Ellos mismos se contestan que sí. Por tanto, si la opinión de las personas que están trabajando en estos centros y que están expuestos a esto, aunque remotamente, es que si se diera esa conversión habría que tomar una serie de medidas, la propuesta que hacemos es que nos adelantemos a eso por varias razones. La primera, por apoyar una labor difícil y complicada ya de por sí, ayudando a los profesionales en su trabajo con medidas positivas con los enfermos del SIDA; la segunda, para que esta labor se realice con las máximas seguridades, lo que también redundaría en un mejor trato, en un mejor contacto, en una mayor posibilidad de entrega a su trabajo en todos los sentidos. Es absurdo decir que no por eso van a trabajar mejor, ya lo sé; pero también hacemos un seguro de automóvil y no por eso vamos a tener un accidente, pero lo hacemos por si acaso. La tercera, por esto mismo, porque más vale prevenir. Si hoy no se da ningún caso de seropositividad en las personas que están en contacto con los enfermos, tampoco estorba declarar enfermedad profesional y si se llegara a dar algún caso ya está previsto, anticipándonos a lo que hemos tenido que hacer con otras enfermedades, como la hepatitis B, que las hemos cogido tarde y mal, y no digo nunca, pero casi; demasiado tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sallarrullana.

¿Grupos Parlamentarios que desean fijar su posición respecto a esta proposición no de ley? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario del CDS, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, nosotros creemos que esta propuesta es bien intencionada y busca la protección de los sanitarios ante el posible contagio de una enfermedad. Hasta ahí estamos de acuerdo.

Lo malo es que la enfermedad existe, pero no tiene enfermos. Es decir, en los más de 100.000 casos de esta enfermedad ya registrados en la literatura internacional, no hay nada más que un caso en el que se suponga que existió contagio en un sanitario, y este caso por su singularidad, al menos desde el punto de vista estadístico suscita duda, aunque desde el punto de vista médico se intente asegurar como cierto. El problema es que si no hay enfermos, difícilmente podemos declarar el mal que la produce como enfermedad profesional.

Naturalmente, se dice que debemos adelantarnos a que se produzcan enfermos. Efectivamente eso se puede hacer; lo que pasa es que no nos parece conveniente, sobre todo si se tiene en cuenta que la práctica médica viene estando amenazada por otras muchas enfermedades que no han sido declaradas enfermedades profesionales, y que sí han producido enfermos a lo largo de la historia, con lo cual estaríamos en un tratamiento singular, yo diría que especialmente neurótico y miedoso respecto a una posible enfermedad en sanitarios derivada de la práctica médica, frente a otras de las cuales ya tenemos noticia y por ello no lo voy a citar aquí, de que existen sanitarios que han enfermado como consecuencia de su trabajo.

Por tanto, nosotros estimamos que mientras no se den razones médicas, científicas, en resumidas cuentas prácticas para dar este paso, debemos abstenernos de ello pues, además sería introducir un factor más de confusión entre los que ya existen en torno a esta enfermedad, y que probablemente no contribuiría a que la información que vienen recibiendo los ciudadanos tuviera un efecto positivo, porque este hecho estaría en contradicción con lo que se viene diciendo, y es que hay una única forma de transmisión, que es la sangre, y que, además, para que el contagio se produzca deben darse una serie de circunstancias que yo calificaría de repetitivas, que alejarían a los ciudadanos de esta comprensión que es enormemente útil para mantener la enfermedad en un cierto control.

Esta es la razón por la cual sintiéndolo mucho no podemos pronunciarnos a favor de esta proposición no de ley, aunque estimamos que no solamente está bien intencionada, sino que su objetivo es proteger a los sanitarios frente a los riesgos que puedan tener en su práctica profesional.

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

El señor **BERNARDEZ ALVAREZ**: Muy brevemente, señor Presidente, y simplemente para apoyar la proposición no de Ley.

Sin entrar a discutir si hay enfermos o no, y sin discutir lo que el tema del SIDA pueda tener de neurótico o de miedoso, entiendo que esta enfermedad produce pánico, y que todo lo que sea llevar tranquilidad a los sanitarios para que se puedan dedicar con más intensidad a esta enfermedad, a mí me parece positivo.

Por tanto, creo que esto no viene a sembrar ninguna confusión, sino a dar cierta tranquilidad al sanitario y, desde ese punto de vista, Coalición Gallega apoya esta moción.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación del Partido Liberal tiene la palabra el señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO**: A nosotros nos sorprende que ahora aparezca esta proposición no de Ley, cuando en febrero y marzo del año pasado, ya se debatió en esta Cámara otra en términos muy parecidos.

De entrada creemos que esta proposición es muy pobre ya que dentro de los profesionales sanitarios, las personas que atienden a los enfermos son más que el ATS y el médico; están los celadores, están los auxiliares, que no están considerados personal sanitario tal como hace el enunciado de la proposición, sino como personal de mantenimiento, y que también estarían en contacto con los enfermos, por lo que no habría por qué excluirlos, si es que realmente dijéramos que toda esta clase trabajadora pertenece a un grupo de riesgo. Nosotros no consideramos «a priori» que pertenezcan a un grupo de riesgo, puesto que, si así fuera, todas las personas que estuvieran en derredor o en compañía de alguna persona portadora o con la enfermedad del SIDA, también sería algún tipo de enfermedad y el Gobierno debería decir qué compensación se le da por haber contraído el SIDA. Me refiero a los manipuladores de alimentos, o cualquier centro de características similares.

A pesar de que nosotros hicimos una proposición de Ley en este sentido, el 14 de febrero de 1987, no consideramos ahora ningún caso como enfermedad profesional, y estimamos que, en estos momentos, están delimitados los medios de contagio y, por supuesto, no vamos a apoyar esta proposición que hoy nos presenta la Democracia Cristiana.

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

El señor **CORREAS PARRALEJO**: Entiende mi Grupo que cada vez que se trata el tema del SIDA en esta Comisión, debería hacerse un esfuerzo por situar el problema en sus justos términos, sin sobredimensionar la realidad que, a nuestro juicio, es lo suficientemente grave y preocupante como para compartir totalmente el criterio manifestado por el señor Ministro cuando en el mes de junio pasado manifestaba con pesar que nos enfrentamos con una pandemia de efectos futuros imprevisibles. Sin embargo, nos parece sacar el problema de sus justos términos cuando por parte de la Democracia Cristiana se afirma en la justificación de su proposición no de Ley que la

situación de los trabajadores sanitarios y de instituciones penitenciarias es una situación de elevado riesgo de contagio.

Creemos que el problema es suficientemente grave y ha provocado ya suficientes temores infundados y generado perjuicios de todo tipo para que, sin ninguna base que lo justifique, se estén creando nuevas situaciones de temor. La realidad actual es que la OMS considera remota la posibilidad de transmisión del SIDA al personal sanitario en la prestación de sus funciones. En la literatura científica internacional tan sólo se cita, y con reservas, un caso en Inglaterra de seroconversión en personal sanitario tras exposición accidental y sin tener asociado ningún otro factor de riesgo. En nuestro país hasta el momento no se ha detectado ningún caso de seroconversión en personal sanitario ni de instituciones penitenciarias. En el hospital «Doce de Octubre», de Madrid, y por el servicio de Medicina Preventiva, como ya ha señalado la señora Salarrullana en su intervención, se ha llevado a cabo, durante tres años, el seguimiento de todos los accidentes sanitarios con enfermos o infectados, sin que durante ese tiempo se haya producido ninguna seroconversión.

Creemos, en definitiva, que la perspectiva histórica de siete años de conocimiento de la infección no aporta la existencia de un específico nivel de riesgo profesional, no siendo en ningún caso la proporción de enfermos de SIDA en este personal superior a la de la población en general, como, por ejemplo, es el caso de la hepatitis B, en el que, efectivamente, se comprobó un porcentaje superior de enfermos en este personal sanitario con respecto a la población general.

Por todo ello, creemos que, hoy por hoy, no concurren las circunstancias específicas necesarias para poder considerar el SIDA como enfermedad profesional, entendiendo, por otra parte, que, si en un futuro se dieran estas circunstancias, dicha enfermedad podría tener perfectamente cabida en el cuadro de enfermedades profesionales, en el punto cuatro de su apartado D, dado el carácter abierto que tiene dicho cuadro de enfermedades profesionales.

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, dos; en contra, 25; abstenciones, dos.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada la proposición no de Ley.

COMPARECENCIA DEL DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS, DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA EXPLICAR LA LINEA MAESTRA DE LA FUTURA LEY DE MEDICAMENTOS, A SOLICITUD DE LA AGRUPACION DEL PARTIDO LIBERAL

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la comparecencia del Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo, para explicar la li-

nea maestra de la futura Ley de Medicamentos a solicitud de la Agrupación del Partido Liberal.

El señor Botella tiene la palabra para formular el motivo de la petición de comparecencia.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Director General, nuestra pregunta es, al mismo tiempo, clara y un poco ambigua. Queremos que nos explique la línea futura de la Ley de Medicamentos, que, según comparecencia del Ministro, en el Pleno, es una ley que ya tenía que estar en este Parlamento pero que, sin embargo, va a ser de aplicación en 1992. Queremos que nos explique qué teorías se están siguiendo para una ley que tenía que haber salido y no sale, para una ley que, a nuestro juicio, ya está creando problemas, y que me imagino hará referencia a quién compra los medicamentos o al caso de las vacunas para la «polio». Creemos que hay una contradicción en el Ministerio de la que queremos que usted nos dé cuenta: si esta Ley será de aplicación en 1992, si no se va a aplicar nunca, si es mala y por eso se producen todos los casos que ya han sucedido, que luego comentaremos después de su explicación, puesto que me imagino que tendré turno de réplica, que aprovecharé para preguntarle.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (Bonal de Falgas): Gracias, por el interés que demuestra por la Ley del Medicamento; sin embargo, querría hacer un poco de historia sobre esta cuestión. En primer lugar, decirle que hace cinco años, aproximadamente, se creó una primera Comisión de expertos, en la que tuve el honor de figurar personalmente, para preparar un primer borrador de la Ley del Medicamento. Este primer borrador, que como ustedes saben apareció con varias alternativas distintas y organizó un cierto revuelo público, ha sufrido diversas revisiones y actualizaciones y en el momento presente se encuentra todavía en una fase de borrador de anteproyecto de ley, porque, como ustedes saben, un anteproyecto de ley no lo es en el estricto sentido de la palabra hasta que no ha sido aprobado por el Consejo de Ministros. Por tanto, este anteproyecto de Ley del Medicamento no se convertiría en tal anteproyecto hasta que sea aprobado por el Consejo de Ministros. De entrada, pues, señor Presidente, la comparecencia sobre este tema creo que es un poco prematura por cuanto, evidentemente, no me parece lógico que el Director General informe a la Comisión sin que previamente tenga el visto bueno del Consejo de Ministros.

En este sentido, sin embargo, tampoco quiero pasar por alto, ni mucho menos, la pregunta. Lo cierto es que este borrador de la ley, que ha sufrido todas estas variaciones, ha sido un intento de ir adaptando las proposiciones de directivas que se han hecho en la Comunidad Económica Europea al borrador definitivo de este anteproyecto, que esperamos entre en las Cortes más pronto de lo que se ha

anunciado. El propio Ministro ha declarado: nuestra intención es que este anteproyecto pueda entrar en el Consejo de Ministros antes de final de año y pueda ser presentado a discusión ante el Parlamento durante el próximo curso.

Respecto a los aspectos que esta Ley considera, no sé si es este el momento de entrar en ellos, puesto que es un borrador que puede sufrir todavía, por información pública, una serie de modificaciones y correcciones, y las va a sufrir con toda seguridad, aunque ya hemos debatido ampliamente con diferentes grupos interesados en el tema diversos aspectos de esta Ley, hoy mismo hay reuniones para tratar de estos temas.

Las grandes líneas sobre las que incide la ley, entre otras, son: garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos en el país, problema que, como usted ha citado hace un momento, por ejemplo, respecto del tema famoso de las vacunas, demuestra la necesidad de que se establezcan unas normativas claras al respecto. También incide la ley en la buena utilización de los medicamentos en el país. Hay un capítulo entero dedicado al uso racional de medicamentos en el país. Igualmente, las condiciones que han de reunir las empresas productoras de medicamentos, condiciones de calidad que han de reunir los laboratorios para garantizar que los productos que preparan tienen la calidad debida. Se consideran también temas como el del comercio de medicamentos, que se adapta a lo que se exige en la Comunidad Económica Europea.

No sé si con esto contesto suficientemente a la pregunta, considerando las posibilidades que tengo en este momento para contestarla.

El señor **PRESIDENTE**: Por un error de la Presidencia y por inercia del turno tan prolongado de preguntas, hemos tramitado esta comparecencia como una pregunta. Realmente, tenía que haberse iniciado con la intervención del señor Bonal y después los Grupos tienen su turno para intervenir.

¿Grupos que desean hacer uso de la palabra? (**Pausa.**)

Por la Agrupación del Partido Liberal, tiene la palabra el señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Aunque la comparecencia se haya tramitado al revés, le hemos dado pie para que hable y oriente el tema. Creo que ha sido bueno el error para facilitar la labor parlamentaria.

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

El señor **BOTELLA CRESPO**: Señor Bonal, usted, bajo ningún concepto, nos puede decir a mí ni a ningún español, que hoy están representados en los diferentes Grupos Parlamentarios que estamos en esta Cámara, que su comparecencia es prematura.

Le preguntaba por las líneas maestras, y usted por fin las dice: garantizar la eficacia de los medicamentos; utilización racional de los mismos; condiciones que han de tener los laboratorios para que esos medicamentos sean eficaces y comercialización de los medicamentos.

Fíjese usted si es prematura que desde que empezó esta legislatura, hace tres años, hemos tenido el caso de las vacunas de la gripe, fallido, erróneo, insatisfactorio para todo el mundo; las transfusiones de Cataluña con el SIDA, fallida la prevención de todos los medicamentos y liofilizados que hubo que retirar sin tener nada; y, ahora, el tema de la «polio». En el momento actual, si las líneas maestras van a ser estas, la competencia es suya.

Me dice que la comparecencia es prematura y que, además, el Ministro quiere que el anteproyecto de Ley sea aprobado ya, en el próximo Consejo de Ministros. Voy a leerle lo que dice el señor Ministro, para que no se confunda, no le engañen o malinterprete las cosas: Es decir, que como esta Ley está pensada para ser aplicada en 1992, después de que nos adaptemos a las normas europeas, no va a haber esos riesgos. Se va a aplicar después, luego ni el debate parlamentario se va a producir antes, ni se va a aprobar en Consejo de Ministros antes, ni nada por el estilo, y si se aprueba el Ministro no estaba enterado cuando daba esta respuesta en el Pleno.

Señor Bonal, yo quería que me hablase más, por eso le he hecho una pregunta que anticipaba que era muy genérica; le pedía la línea maestra que está sirviendo de hilo conductor. Quiero buscar un responsable en el momento actual cuando se han vendido, por parte de un laboratorio farmacéutico, unas vacunas ineficaces y ese laboratorio farmacéutico dice que ustedes habían dado el visto bueno en el sentido de que eran eficaces. No sabemos a quien corresponde vigilar que cuando llega al usuario, en ese paso intermedio, esté en condiciones, quien es el responsable. Mucho tenemos que, al final, saber quién suministra a la Seguridad Social sea competencia de su departamento.

Aquí se están apuntando muchas responsabilidades y creo que es hora de buscar donde está el responsable, que es en el producto que ha sido ineficaz, no en la cadena de distribución. No quiero admitir, en principio, que todo el sistema sanitario de prevención de la enfermedad, que es en lo que lo ha basado el Gobierno, ha fracasado, porque sería muy grave.

Para no tener que admitir que al Ministerio, en la política primaria, se le ha dado en la línea de flotación, precisamente en el momento de unas vacunaciones —gripe, hemolizados y ahora «polio»— hay que buscar un responsable y mucho me temo que o nos da usted una explicación o, por lo menos para mí, es el departamento que usted dirige.

Si la línea maestra ha facilitado estos fallos, cámbienla ustedes, si no sigan con ella; pero si la línea maestra es la que nos lleva a estas conclusiones, hagan ustedes el favor de cambiarla antes de 1992.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo del CDS tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Saludamos al Director General en esta su primera comparecencia en esta Cámara y le deseamos que su tarea sea fructífera, más de lo que ha sido hasta ahora la Dirección General de medica-

mentos que desde luego no ha servido para elaborar la ley que ahora nos ocupa y que justifica o motiva esta comparecencia.

Como ya hemos dicho antes, nuestro Grupo —y este Diputado que habla— cuentan con un texto de anteproyecto y se supone que es el borrador al que se ha referido ya el señor Director General. En esta primera intervención del Director General creemos que no ha entrado a definir las líneas maestras de este proyecto de Ley. Nos hemos molestado en darle un repaso y hemos descubierto alguna que otra línea maestra más de las que usted ha referido, salvo esas genéricas que cabe esperar de cualquier Ley que pretenda regular el tema de los medicamentos.

Creo que es una Ley más avanzada que los muchos borradores que ya han existido y al decir más avanzada me refiero a que efectivamente, como ha dicho el señor Director General, incorpora algunas líneas que marcan las directivas europeas. Al mismo tiempo, creo que es una ley conservadora, por lo menos esa es la impresión que yo he tenido. Es fundamentalmente descriptiva, se limita en casi todos sus puntos a describir lo que se hace y no tanto lo que se pretende que se haga. Yo no sé cuál es la opinión del señor Director General en relación con los farmacéuticos detallistas y me gustaría saber si, en su opinión, esta Ley los apoya o no.

También desearía que me explicara algo más acerca de esta sociedad estatal de medicamentos que se incluye en el borrador y sobre la presencia de los farmacéuticos, tanto en lo que ahora se llama la asistencia especializada como en la asistencia primaria.

Quisiera que hablara de los precios, que es uno de los temas que más reuniones está ocupando en el Parlamento y en el Consejo de Europa, como bien sabe. Me gustaría saber si se va a tratar de precios industriales o si, por el contrario, no va a recibir esta calificación.

Con esto dejo señalados algunos puntos para mostrarle al señor Director General que estamos bastante inquietos acerca de esta ley y que nos parece que debería explicar más si realmente quiere utilizar esta comparecencia para lo que se ha propuesto, o sea, para indicarnos las líneas maestras de este borrador.

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

El señor **BERNARDEZ ALVAREZ**: En primer lugar, quiero expresar la satisfacción de tener hoy aquí al Director General de Farmacia, señor Bonal.

Es cierto que hay una gran demora en esta ley. A comienzos de la legislatura anterior (coincidiendo con los cinco años que decía el señor Bonal que hacía que había empezado esta Ley) el entonces Ministro había prometido esta Ley; creo que era hacia el año 1984. Por tanto, la demora es considerable.

Coincido en que hay una gran necesidad de que esta Ley salga, pero quiero dejar constancia de que la presencia del señor Bonal, al menos desde mi punto de vista particular, es una esperanza para esta ley, porque —ya lo dije aquí un día— por fin parece que el Ministerio ha dejado

de tener un sentido exclusivamente economicista de la sanidad. La presencia del señor Bonal, gran profesional, al frente de una Dirección General quiere decir que, por fin, hay un sentido sanitario de los distintos aspectos de la sanidad.

Coincido con el señor Revilla en que este anteproyecto que últimamente circula es más avanzado que los anteriores. Yo creo que ahí se nota ya la presencia del señor Bonal. Por eso decía yo antes que respecto a esta ley me encontraba satisfecho con su presencia al frente de la Dirección General. Sin embargo, no me gusta la expresión que utilizaba el señor Revilla de farmacéutico detallista; yo preferiría, señor Revilla, que le llamara farmacéutico dispensador.

Espero que dada la urgencia de esta ley y dada la dedicación del señor Bonal, veamos pronto esta ley, porque coincido con todos los anteriores intervinientes en que es urgente su aprobación.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación de la Democracia Cristiana tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Director General, en primer lugar he de decirle que no tengo la suerte de conocerle tan bien como le debe conocer el señor Bernárdez y no puedo dirigirle la cantidad de piropos que él ha expresado. Espero que sean ciertos —yo me fío del señor Bernárdez— y espero que su paso por esa Dirección General sea realmente benéfico.

En segundo lugar, este borrador no se debe ni entender, de tan borrado, porque cada vez que hemos pedido una comparecencia y todos los años en las solicitadas para el debate de los presupuestos, cuando hemos preguntado por el actual estado en aquel momento de la ley del medicamento, siempre estaba en un borrador distinto. Tanto el Ministro en el año 1986 como su antecesor cada vez que llegaban las comparecencias sobre la ley de presupuestos nos decían que había otro nuevo borrador. Yo creo que sería el colmo que existiera no ya un borrador, sino una ley del medicamento que no contuviera esas cuatro líneas maestras que usted ha señalado. Claro que las tiene que contener. Es esencial que garantice la seguridad de los medicamentos, su utilización racional, que las condiciones de calidad sean las óptimas y que la comercialización sea la óptima. Con eso yo creo, señor Director General, que no nos ha dicho absolutamente nada nuevo sobre la ley del medicamento. También es cierto que ha señalado que no nos lo puede decir. Y es que en esto estamos como antes decía el propio señor Arrojó. Es difícil debatir un texto que todavía no es el definitivo y que puede someterse a variaciones.

Pero está claro, como señalaban los que han intervenido antes que yo, que en estos momentos —y en muchos otros que, desgraciadamente, han ido sucediéndose a lo largo de estos años, en que se sigue borrando y desborrando— nos parece más esencial que nunca que exista ya esta ley. Tal vez sería mucho pedir al señor Director General que se dejen de tanto borrador y de tanto perfeccionismo

y que traigan de una vez la ley, aunque no esté excesivamente elaborada a su gusto, y que nos dejen en la Cámara la posibilidad de ayudar a que esa ley salga lo más perfecta posible. En estos momentos yo creo que es mayor la necesidad que existe de esa ley que la perfección con que llegue a esta Cámara, que de todas maneras nunca se da, señor Director General.

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

El señor **ARNAU NAVARRO**: En primer lugar he de señalar, en relación con las vacunas de la polio, tema suscitado en la intervención del señor Botella, que según tengo entendido el señor Ministro o ha solicitado ya o tiene previsto solicitar una comparecencia para tratar este asunto en esta Comisión.

Por lo demás seré muy breve, porque al Grupo Socialista nos parece que esta comparecencia es atípica. El Parlamento, que sepamos, entra a analizar los proyectos de ley aprobados por el Gobierno y no los borradores en fase de elaboración o de transformación posterior, en su caso, en anteproyecto. Por otra parte, los grupos tienen la posibilidad de presentar proposiciones de ley en las que pueden fijar su propio criterio o, siguiendo el léxico de la solicitud de comparecencia, sus propias líneas maestras. Tanto en un caso como en otro, el Ministerio lo somete a consulta de los interlocutores sociales. En definitiva, es un proceso interno en ambos casos, tanto en el de formulación de un proyecto de ley como, en su caso, la formulación de proposiciones de ley por parte de los grupos parlamentarios. Por eso nos parece que habría que calificar esta solicitud de atípica, sin perjuicio de la buena intención del solicitante al hacerlo, de la que no dudamos.

Mi Grupo no tiene más que añadir, salvo agradecer la presencia del señor Director General y, aprovechando precisamente su presencia en esta Comisión, preguntarle sobre las fases previstas de consulta de este borrador con los agentes sociales interesados.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (Bonal de Falgas): Señor Presidente, voy a tratar de contestar las preguntas que se han formulado en primer lugar por el señor Botella. Usted me dice, señor Botella, que si las líneas maestras no corrigen las deficiencias que actualmente se están produciendo hemos de cambiarlas. Yo creo que las líneas maestras de la ley van a corregir estas deficiencias; precisamente por ello se plantea elaborar una ley. Lo que sucede es que si son líneas maestras no están todavía aprobadas y, por tanto, no es una ley que tenga su aplicación. Existen en este momento algunas lagunas legales que no permiten algunas veces actuar con el rigor que requiere la Administración para poder cortar de raíz a veces desviaciones que se producen, por ejemplo, en la fabricación de medicamentos. De vez en cuando surge algún espontáneo

que prepara un determinado medicamento o una fórmula extraña y se dedica a su comercialización, y no existen en este momento recursos legales suficientes para poder corregir esto de raíz. Precisamente una de las cosas que pretende la ley es dotar de una jurisprudencia suficiente como para poder incidir en estos temas.

Respecto a que el Ministro dijo que la ley sería aplicada después del año 1992, yo no conozco exactamente el texto al que usted se ha referido, pero me da la impresión de que si el Ministro dijo algo en este sentido se refería a que en muchos de los aspectos relacionados con la producción de medicamentos, con el sistema de patentes, etcétera, no va regir en España hasta 1992. Sin embargo, otros muchísimos aspectos de la ley serán de aplicación inmediata en cuanto sean aprobados. Por ejemplo, si hablamos de exigencias de seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos, será de aplicación inmediata; las exigencias para la realización de ensayos clínicos, así como las medidas que se van a adoptar —que sí constituye una novedad— para el uso racional del medicamento, van a ser también de aplicación inmediata, etcétera. Es decir, que hay una serie de aspectos que son de aplicación inmediata y otros que las propias Comunidades Europeas no permiten que podamos aplicar hasta 1992, cuando se produzca la plena integración.

Respecto a las vacunas de la polio, se ha dicho por el Grupo Socialista que el Ministro ha solicitado una comparecencia voluntaria para tratar este tema. Sin embargo, yo le puedo adelantar que se ha debido a un error cometido en el Instituto Llorente. Hay un expediente abierto por parte de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para investigar qué ha ocurrido. El único lote que se ha estropeado es el A-30; todos los demás están en perfectas condiciones de utilización. Por tanto, se ha demostrado que no ha habido ningún fallo en el mantenimiento y conservación de estas vacunas desde su salida de los laboratorios hasta los centros de vacunación, porque los demás lotes están perfectamente conservados y han seguido exactamente los mismos canales de distribución. Además, los indicadores de temperatura que contienen los envases de estas vacunas no han sufrido alteración. Eso quiere decir que dentro de la propia empresa, probablemente por un error humano concretamente en este lote, no por un fallo de mala preparación en un sistema rutinario, se ha producido la destrucción de la actividad de este lote. Está en este momento en investigación y cuando tengamos los resultados con mucho gusto serán presentados aquí. Si puedo decirles que lo que está demostrado es que el mantenimiento de la cadena de frío externa al laboratorio ha sido en todo momento conservada y garantizada y no se ha destruido el lote fuera del laboratorio, sino dentro de la empresa. Creo que con esto he contestado a sus preguntas.

A continuación voy a contestar al señor Revilla. Le agradezco, de entrada, sus buenos deseos sobre mi misión en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. No estoy de acuerdo con usted en que la fase anterior haya sido poco positiva. Yo creo que ha sido muy positiva y que mi antecesor hizo cosas muy buenas dentro

de la Dirección General de Farmacia, pero esto es anecdótico en relación con el tema que nos ocupa.

El texto del borrador del anteproyecto que usted tiene ha sido, como sabe, distribuido ya para información pública por los entes sociales interesados en el tema. Cuando he hecho una exposición de las líneas maestras en ningún momento he pretendido ser exhaustivo. No he traído ni siquiera el borrador porque creo que no es la manera lógica de que llegue dicho borrador a esta Comisión. Yo creo que, una vez concluida la fase de distribución para informe público, pasará al Consejo de Ministros y a continuación será el Ministro el que traiga al Parlamento el borrador para ser discutido. Desde ahora me ofrezco a todos ustedes para comparecer cuantas veces juzguen necesario para discutir estos temas con el mayor detalle, y agradeceré —y con esto contesto a una pregunta que me han formulado posteriormente— cualquier aportación que se pueda hacer para mejorar esta ley, porque todos estamos para intentar mejorar las condiciones de funcionamiento sanitario de este país. En este sentido creo que el Parlamento tiene que jugar un papel magistral en esta función.

No he pensado hacer una aportación exhaustiva de los diferentes puntos. Le agradezco que considere que esta ley es más avanzada respecto a los borradores anteriores. Hemos tenido ya un debate privado con la comisión de Bruselas que entiende de estos temas, para ajustar el texto de esta ley a las disposiciones de las Comunidades Europeas. Lo que tiene esta ley de conservadora creo que es consecuencia precisamente de la aplicación de las normativas de las Comunidades Europeas. Sin embargo, creo que hay algo muy novedoso en esta ley —y así ha sido considerado en la Comunidad Económica Europea—, que son todos los aspectos relacionados con el uso racional de los medicamentos. Este aspecto no se ha tocado hasta ahora, y probablemente contesta a la siguiente pregunta que usted me formulaba sobre cuál va a ser el papel que se va a asignar en esta ley a los farmacéuticos de oficina, a los farmacéuticos dispensadores. Nosotros aspiramos a que los farmacéuticos de oficina sean unos agentes más de salud en este país, que no se limiten a la mera distribución o dispensación de medicamentos en la oficina de farmacia, sino que tienen que asumir responsabilidades mucho más importantes dentro del sistema de salud. En este sentido contamos con la colaboración de los farmacéuticos de oficina de farmacia, porque consideramos que 18.000 oficinas abiertas al público que pueden convertirse en centros de información y educación sanitaria, en centros de promoción de campañas de vacunación, campañas antidroga, campañas de treinta mil tipos distintos, es un recurso que el país no puede permitirse desaprovechar. Por tanto, en este sentido estoy completamente a favor de estas campañas y quiero ser el impulsor principal de esta revitalización profesional de la oficina de farmacia.

Respecto a la sociedad estatal —sobre el que usted me ha preguntado—, en la ley se apunta la posibilidad de la creación de una sociedad estatal. Es un tema que está en debate y hemos de discutirlo muy en profundidad. Hay un problema importante respecto a la importación de he-

moderivados y de otros productos que son de primera necesidad, que tienen que ser controlados. En nuestra opinión, en una empresa estatal este problema se podría gestionar con mayor agilidad, con mayor fluidez y sin los corses que a veces la organización administrativa pone a la gestión.

También me ha preguntado sobre la presencia de farmacéuticos en atención primaria y especializada. Esto forma parte del paquete de uso racional del medicamento. Uno de los aspectos que nosotros consideramos importante es intentar montar un sistema de seguimiento diario de la prescripción y sus hábitos en los centros de atención primaria y de atención especializada. En este sentido pensamos que expertos en medicamentos —farmacéuticos y otros especialistas, pero probablemente farmacéuticos— serían integrados en la estructura de la atención primaria —no en cada centro, pero sí en áreas de atención primaria— para servir de soporte técnico en esta utilización racional de medicamentos. Sería quizá extrapolar la experiencia que tenemos sobre el funcionamiento del uso racional de medicamentos en los hospitales, salvando las distancias que existen, a la atención primaria. Esta es una de las líneas que el borrador de la ley del medicamento comprende.

En cuanto a los precios de los medicamentos, creo que esta pregunta se ha hecho por las diferencias existentes entre los precios que hay en España respecto de otros países de nuestro entorno. En este sentido hemos tenido ya diversas discusiones sobre este tema a nivel internacional. Los niveles de poder adquisitivo de España y de otros países no son los mismos y, por tanto, es lógico que existan diferencias de precios en los medicamentos. Sin embargo, puedo decirle que en este momento en Alemania se están planteando una reducción drástica de los precios de los medicamentos de una manera general en todo el país. Ellos van a bajar algo sus precios. Nosotros de una manera progresiva tendremos que ir adaptando nuestros precios a los de la Comunidad Económica Europea. Creo que éste será un proceso progresivo, pero no se puede determinar por la ley de una manera clara. También hay una fuerte discusión, a nivel europeo, sobre el libre intercambio de medicamentos entre los distintos países. Este tema es muy discutido y se debate en este momento, porque hay medicamentos y medicamentos. Algunos pueden ser aceptados fácilmente por todos los países, pero otros será más difícil porque son medicamentos que de por sí tienen vocaciones más locales, para entendernos. Espero haber contestado con esto a todas sus preguntas.

Respecto a la intervención del señor Bernárdez, quiero agradecerle sus palabras de ánimo. Quiero ratificarle el sentido sanitario que tiene en este momento el Ministerio de Sanidad y Consumo —yo lo he podido comprobar—, pero esto no quiere decir que no siga preocupando y mucho el tema económico, porque la asistencia y la sanidad cuesta dinero, mucho dinero, pero en este momento estamos en una línea muy positiva de avance hacia una visión muy sanitaria del tema. Agradezco su intervención.

La señora Salarrullana me dice que el borrador tiene que estar muy borrado. Ha sido muy borrado y ha sido

reescrito porque, si no, no nos entenderíamos con los textos anteriores. Ha dicho algo que es absolutamente cierto. Dice que no he dicho nada nuevo y que el texto que existe no es el definitivo. Precisamente por esto estoy diciendo que sería mejor que discutiéramos sobre un texto más consolidado, que no quiere decir que sea definitivo porque, como he dicho antes, es esencial que exista esta ley (en esto estamos todos de acuerdo), y la Cámara tiene que ayudar a perfeccionarla y mejorarla en todo lo posible.

Finalmente, respecto a la intervención del Grupo Socialista quiero decir que las fases de consulta del borrador con los agentes sociales están abiertas. El borrador ha sido remitido ya a FARMAINDUSTRIA, a los colegios médicos y farmacéuticos, al Colegio de Veterinarios, a las comunidades autónomas, etcétera (no enumero todos los organismos), para que puedan aportar sugerencias y enmiendas, muchas de las cuales están llegando a la Dirección General; algunas de ellas han sido recogidas y corregido el texto que se mandó en su día. Nosotros pensamos que puede quedar listo en relativamente poco tiempo. Mi intención es tener terminado todo el paquete del anteproyecto para poderse entregar al Ministro y que éste lo lleve al Consejo de Ministros antes de que finalice este mes de noviembre. **(El señor Revilla Rodríguez pide la palabra.)**

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, quiero hacer una aclaración. No sé si el señor Ministro ha pedido la comparecencia voluntaria para tratar el tema de las vacunas poliomiélicas, pero quiero informar al portavoz del Grupo Socialista, señor Arnau, que mi Grupo ha pedido la comparecencia del señor Ministro para informar sobre este tema.

El señor **PRESIDENTE**: Quiero decirle que, a efectos de registro en Comisión, en la última reunión de la Mesa, como le consta al señor Revilla, no había ninguna petición de comparecencia ni por parte de grupos ni por parte del propio Ministro, al menos no había entrado en registro hasta ese momento. Por tanto, en la reunión de Mesa que tendremos hoy analizaremos esta cuestión y la fijaremos, porque creemos que es un tema de alto interés.

Agradecemos al señor Bonal su comparecencia en la Comisión y esperamos verle en otra ocasión. Muchas gracias.

El señor Simón estaba citado a la una del mediodía. Como aún faltan algunos minutos y no está presente, podemos suspender la sesión por diez minutos esperando que al finalizar este plazo haya llegado ya a la Comisión.

Se suspende la sesión por diez minutos. **(Pausa.)**

COMPARECENCIA DEL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) PARA INFORMAR SOBRE LA ACTUACION DEL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE (SAP), ASI COMO

DE LA COMISION DE BIENESTAR SOCIAL, CREADA AL AMPARO DEL REAL DECRETO 3521/87, DE 15 DE ABRIL, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE LA MINORIA CATALANA

El señor **PRESIDENTE**: Entramos en el último punto del orden del día, comparecencia del Director General del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para informar sobre la actuación del Servicio de Atención al Paciente (SAP), así como de la Comisión de bienestar social, creada al amparo del Real Decreto 3521/87, de 15 de abril, a solicitud del Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana.

Está con nosotros don José Simón, Director General del INSALUD, a quien damos la bienvenida a la Comisión y le concedemos la palabra.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Simón Martín): Buenos días. Les voy a hablar, en principio, sobre lo que es el Servicio de Atención al Paciente y la Comisión de Bienestar Social, qué actuaciones han tenido y cuál es el futuro del Servicio y de la Comisión.

El Servicio de atención al paciente y la Comisión de humanización son los precedentes de la actual Comisión de bienestar social. Esta última surge como parte del Plan de humanización de la asistencia sanitaria elaborado por el INSALUD en octubre de 1984. Dicho Plan surge dentro del marco del nuevo modelo de gestión hospitalaria, con el fin de lograr superar la situación de indefensión que la enfermedad generaba en el paciente ingresado, facilitando al paciente y a su familia la estancia en el hospital. Constituye, por tanto, el Plan de humanización una respuesta a un claro imperativo social, cubrir las necesidades del paciente hospitalizado más allá del aspecto puramente asistencial, siendo ésta por tanto labor que atañe a todos los trabajadores que integran el centro sanitario.

El Plan de humanización se configura sobre la base de dieciséis acciones abiertas a posibles modificaciones en función de la operatividad de las mismas. Dichas actividades pueden ser agrupadas en dos conjuntos de intervenciones; unas, de tipo organizativo, que son fundamentalmente la creación del servicio de admisión de paciente, como órgano encargado de la acogida y orientación al paciente y familiares y de la recogida de propuestas, sugerencias, quejas y reclamaciones, para la mejora de la atención que reciben. Igualmente, debe velar por el cumplimiento de las normas dictadas por la dirección respecto a los pacientes y familiares.

En segundo lugar, la creación de la Comisión de humanización como órgano asesor de la gerencia del hospital en materias relacionadas con el bienestar y la atención al paciente.

El segundo conjunto de medidas iban más bien encaminadas al diseño de instrumentos para hacer efectivo el Plan. Entre ellas podemos resaltar aquéllas como la carta de presentación y recepción del paciente, información general, normas de funcionamiento, visitas, comida del hospital, la carta de derechos y deberes del paciente, el se-

guimiento de esta carta de derechos y deberes, el control y tratamiento de las listas de espera, las encuestas de post-hospitalización, señalización del hospital, la presencia de maestros en hospitales infantiles, el favorecer la unión madre e hijo ingresado, la biblioteca para los pacientes, información al paciente sobre autopsias y donación de órganos, citación horaria en consultas externas, ampliación del área de visitas y comida a la carta de los pacientes.

La aplicación de estas actuaciones se diseñaron para ser únicamente aplicables dentro de las instituciones hospitalarias —esto es muy importante—, para lo cual se seleccionaron 76 hospitales de la red gestionada por el INSALUD en aquel momento, en 1984, para su puesta en marcha en tres fases. La evaluación de la implantación y funcionamiento del Plan de humanización tuvo lugar en abril de 1986, cuyos resultados han sido publicados por el INSALUD en 1987, bajo el título de Plan de humanización, que ha sido ampliamente distribuido como SS. SS. conocen, sirviendo como base para el informe que sobre el Servicio de atención al paciente elaboró el Defensor del Pueblo en 1987, y documento de estudio en el primer Congreso de Servicio y Atención al usuario de la Sanidad, celebrado en Barcelona de 1987.

La experiencia de funcionamiento de SAP y de la Comisión de humanización nos lleva a afirmar que supuso un indudable avance hacia una conceptualización de lo que debe ser una atención sanitaria más cercana al ciudadano y, en definitiva, más humana. Sin embargo y como se expuso en el propio Plan, el mismo tenía un carácter abierto y dinámico, sujeto por tanto a las modificaciones que la propia evolución de la organización de los servicios sanitarios y de las demandas de la población instase. De esta manera, en 1987 el Real Decreto 521/1987, de 27 de abril, por el que se aprueba el reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, se crea la Comisión de bienestar social como órgano colegiado de asesoramiento al director gerente del hospital y a la comisión de participación hospitalaria. Dicha comisión viene a sustituir a la de humanización de la asistencia, ampliada en sus cometidos y dotándola de una composición más definida y acorde con el modelo democrático y más participativo que la situación actual demandaba.

En la actualidad dicha comisión funciona en 38 hospitales —datos del primer semestre de 1988—, estando prevista su constitución en todos los hospitales de ámbito regional y provincial antes de finalizar 1988. Me refiero a la Comisión de bienestar social, como así ha sido establecido en el plan de funcionamiento y objetivos para 1988.

La experiencia del funcionamiento de los servicios de atención al paciente actualmente constituidos en todos los hospitales de ámbito regional, que son 23, en 20 de los 21 de ámbito provincial (el que falta es el hospital de Segovia), y en 31 de los 37 de ámbito comarcal, nos ha llevado a primeros de este año a incardinarlos dentro de una nueva estructura organizativa de nuevo diseño aunque de nombre antiguo: el Servicio de admisión, al que más adelante nos referiremos.

En el primer semestre de este año los servicios de atención al paciente han tramitado 6.349 reclamaciones, constestándose 4.528 en ese mismo semestre, y han realizado 194.339 actuaciones, siempre relacionadas con temas de atención al paciente. De la misma forma, el plan de humanización de la asistencia lo consideramos integrado dentro del programa de garantía de calidad total. Todos estos cambios se centran en el establecimiento de un objetivo institucional, garantizar al usuario la calidad de los servicios prestados por el sistema de salud y no sólo por una parte de los servicios como hasta ahora. Por tanto, el nuevo diseño va encaminado a integrarlos dentro de algo que el Sistema de Salud debe proveer. No es necesaria la creación de unas estructuras que yo creo que proceden más de la época en que el Instituto Nacional de la Salud no era un servicio público, sino que estaba integrado más en un concepto de tipo mutual como era el INP.

A continuación nos referiremos brevemente, primero, al contenido del programa marco de garantía de calidad total, donde está incardinado el plan de humanización y posteriormente a los objetivos y estructura del servicio de admisión, donde va a estar incardinado el servicio de atención al paciente.

Programa marco de garantía de calidad total. En 1987 el INSALUD inicia un programa marco de garantía de calidad total que responde a los siguientes planteamientos: Primero, asegurar a cada usuario del sistema la atención adecuada, con objeto de obtener resultados óptimos para su salud. Segundo, proveer a todos los profesionales de la salud de un método de autoevaluación que les permita optimizar sus actividades y mejorar sus conocimientos propiciando su motivación. Tercero, proveer a los gestores del sistema con un instrumento eficaz para identificar las desviaciones que se producen en el sistema y proceder a su corrección. Cuarto, aportar suficiente evidencia objetiva de que los fondos públicos son utilizados eficaz y eficientemente, con el máximo de efectividad, sin merma de la adecuada atención al paciente. Quinto analizar, y evaluar toda innovación tecnológica previa a su implantación en el sistema de salud.

Este programa marco desarrolla cuatro líneas de actuaciones en su primera fase, que van a concluir en 1990. Estas líneas de acción son: Una información válida fiable y homologable sobre las actividades desarrolladas en los servicios de salud; la formación precisa de aquellos profesionales que llevan a cabo las actividades de información y evaluación de esta información; una colaboración convencida de los profesionales responsables de esas actividades; el establecimiento de una metodología válida, fiable y homologable para evaluar la calidad de los servicios de salud prestados al usuario.

Siguiendo estas líneas se han realizado las siguientes acciones, dado que comenzó a finales de 1986 el programa.

Primero, la definición de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) para cada enfermo hospitalizado. Este conjunto consta de catorce datos que son ya utilizados en los Estados Unidos y que han sido recomendados por la Comisión de las Comunidades Europeas. El Consejo inter-

territorial ha dado su aprobación a propuesta de la Ponencia de Planificación Sanitaria, propuesta que inicialmente fue enviada por el propio INSALUD.

Segundo, la selección de un sistema de clasificación de enfermedades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos que respondan a las necesidades planteadas y sea homologable internacionalmente. Esta clasificación, basada en la última versión de la OMS, la CIE 9 y modificada en los Estados Unidos como CIE 9 MC, modificación clínica, ha sido traducida al castellano por el propio INSALUD y está avalada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, habiendo sido asimismo aprobada por el Consejo interterritorial a propuesta de la Ponencia de Planificación Sanitaria. Con esta clasificación se codifican los diagnósticos y procedimientos realizados en cada paciente.

Esta traducción este mes va a ser posiblemente presentada al público, dado que los trabajos de edición, al ser la única versión oficial que va a haber de habla castellana hemos sido muy conscientes de la importancia que tenía. Les puedo indicar que en la mayoría de los países no está traducida todavía. Existe la versión inglesa. España sería el único país que tendría esta traducción homologada por un Consejo Nacional de Especialidades. Algunos países, sobre todo de Hispanoamérica, están muy interesados en esta traducción. La edición ha tenido que ser muy voluminosa y posiblemente a finales de este mes será presentada al público.

Como tercer punto, la utilización del CMBD y de la CIE 9 MC se está llevando a cabo en un grupo de hospitales del INSALUD, como estudio piloto para ver qué problemas hay en la práctica.

Cuarto, la formación de los profesionales responsables del manejo de este CMBD se está llevando a cabo a través de cursos, seminarios y jornadas realizadas por el INSALUD, de un alto coste todos ellos.

Quinto, la opinión de la población sobre los servicios de salud ofrecidos por el INSALUD ha sido valorada a través de una encuesta a nivel nacional, porque va dentro del programa de garantía de calidad. Tengo aquí una copia del proyecto de programa que será presentado también junto con la traducción del CMBD en el mismo momento. Como decía, gran parte del trabajo de este programa de garantía de calidad lleva la percepción que tienen los usuarios sobre el Sistema de Salud y por eso se realizó una encuesta a nivel nacional en febrero del presente año por el Centro de Investigaciones Sociológicas y analizada por el INSALUD. Los resultados de esta encuesta se han comparado con los obtenidos en la encuesta similar realizada en 1985 y están pendientes de publicación.

Sexto, presentación y divulgación del programa marco a todos los profesionales de la salud, para lo cual está previsto editar todo ello a finales de noviembre o primeros de diciembre.

En lo que hace referencia a los servicios de admisión y a donde se van a incardinar los actuales servicios de atención al paciente, que además era una necesidad dado que la mayoría de estos profesionales que trabajan en los servicios de admisión al paciente veían como necesario in-

cardinarlos dentro de una estructura que fuera operativa, para ello se ha elaborado en este año 1988, a través de una comisión que ha tenido más de mil horas de trabajo y cuyo documento está aquí también, el borrador ya final, que sería éste (**Lo muestra.**) y que se enviará a los centros a primeros de diciembre para poder ser puesto en marcha a principio de 1989, para lo cual en el proyecto de Presupuestos, como veían, había una partida específica para estos servicios de admisión.

Por tanto ¿qué es el Servicio de admisión? Hasta ahora se ha caracterizado por la enorme disparidad de criterios aplicados en los diferentes establecimientos sanitarios y la falta de filosofía común al respecto. Esto todas SS. SS. lo conocen. Por ello, el INSALUD ha generado un documento que contiene las directrices que han de servir para la puesta en marcha de manera gradual y progresiva del Servicio de admisión, archivo y documentación clínica, en adelante Servicio de admisión, tanto en la atención especializada como en la primaria, muy importante porque siempre el plan de humanización iba dirigido a las instituciones hospitalarias.

El proceso de implantación estará en función de las disponibilidades presupuestarias y de la capacidad formativa del sistema sanitario.

Los principios generales que han conformado la elaboración del documento han sido los siguientes.

A) La necesidad de centralizar los procesos de admisión en una unidad funcional única, que además asuma la responsabilidad de proporcionar a los diferentes agentes activos del centro toda la información que se precise en relación con el movimiento de pacientes y con la utilización de los recursos.

B) La unidad funcional de admisión deberá solventar todos los problemas administrativos que gravitan sobre el paciente o sus familiares, siguiendo el principio de un solo acto en un solo lugar.

C) La implantación y el correcto funcionamiento del Servicio de admisión requiere la existencia de un consenso general entre los diferentes agentes activos del centro, sobre la base de que todos ellos están implicados en el óptimo aprovechamiento de los recursos existentes y la cobertura de la demanda asistencial.

D) La necesidad de unificar conceptos y terminología en la materia.

E) No se ha pretendido elaborar un documento normativo, aunque sí se aspira a convertirlo en un marco de actuación general. Asimismo, se trata de proponer a los equipos de dirección de los centros un conjunto de instrumentos de gestión de área del que hasta ahora carecían.

Organización. La actual concepción de los servicios o unidades de admisión, atención al paciente, archivo y documentación clínica conlleva el desarrollo de actividades idénticas por distintos órganos, complejidad burocrático-administrativa, lentitud y otros problemas derivados de la falta de una concepción integral en el desarrollo de las funciones de admisión.

Es pues necesario diseñar una estructura de organización que permita obviar los problemas señalados y se oriente al desarrollo integral de las funciones a desempe-

ñar, lo cual posibilitará una mayor satisfacción de las necesidades del usuario.

La resolución de estos problemas, así como la eficacia en la gestión requiere que la organización del servicio de admisión se ajuste a tres premisas básicas:

a) Existencia de un único responsable para las áreas de admisión, archivo y documentación clínica e información, que era una necesidad sentida por todas las jornadas y congresos que han realizado ya los servicios de atención al paciente.

b) Integración en el área de información al usuario de todas las tareas relativas a información al paciente y familiares, asistencia social y tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias.

c) Desarrollo de las unidades orgánicas en la medida que la complejidad del centro y el número de personas implicadas aconsejen o no la existencia de mandos intermedios responsables del área.

Por la importancia estratégica del servicio de admisión, la persona que asuma la responsabilidad de su dirección deberá contar con la adecuada capacitación técnica en aspectos de índole asistencial y de gestión administrativa. Este requisito supone en la práctica que el nivel jerárquico y retributivo de ese puesto será equivalente al previsto por las unidades asistenciales del centro.

La unidad de archivos y documentación se configura como un órgano de apoyo logístico a las distintas unidades operativas integradas en el servicio de admisión.

Las referencias que se hacen en el siguiente apartado a las unidades de admisión central deben entenderse como las correspondientes al responsable a nivel de servicios.

La concepción integral del servicio requiere agrupar en la unidad de información al usuario, dependiente de este servicio, las funciones señaladas en el apartado correspondiente.

Yo no les voy a leer las funciones, y simplemente me voy a referir a lo que sería el servicio o la unidad de información al usuario, que es la que más relaciones tiene con el servicio actual de admisión al paciente.

La necesidad del usuario en los centros sanitarios se manifiesta en cada uno de los servicios que aquél recibe desde que, por cualquier motivo, comienza a utilizarlos hasta que deja de hacerlo definitivamente. (**El señor Vicepresidente, Correas Parralejo, ocupa la Presidencia.**)

La interconexión existente entre todos los servicios y la posibilidad de que un usuario los utilice de manera consecutiva exige la concepción del servicio como un sistema integral de atención continuada, un servicio que cubre todas las necesidades en cada uno de los procesos-base que definan la atención del usuario: el proceso de atención ambulatoria, el proceso de urgencias, el proceso de hospitalización.

Esta concepción integral configura el sistema de atención al paciente como una función en la que para su desempeño satisfactorio están implicados tanto la organización como los diversos estamentos que componen los centros, con independencia de la existencia o no de un órgano «ad hoc» encargado específicamente de ejercer dicha función.

Como puntos críticos sobre los que incidir, relacionados con la atención al usuario y que serán asumidos por el servicio de admisión, pueden señalarse los siguientes:

1. Información sobre el funcionamiento del centro. Entre los problemas que el usuario y sus familiares se encuentran al acceder a un establecimiento sanitario, destaca la falta de información relativa tanto a la distribución física como funcional del hospital. La resolución de este problema se puede conseguir mediante la adopción de una serie de medidas, que no les voy a señalar.

2. Quejas, reclamaciones y sugerencias. Los centros deben disponer de un procedimiento para atender, canalizar y dar respuesta a las quejas y reclamaciones formuladas por los usuarios. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para conocer las propuestas y sugerencias que los pacientes y familiares puedan realizar para mejorar las prestaciones.

Hay un procedimiento que se detalla en el documento de cómo realizar estas quejas y, sobre todo, una cosa muy importante, una clasificación de estas reclamaciones, quejas y sugerencias para, de una forma centralizada, poderlas procesar y saber en qué terreno nos estamos moviendo, que hasta ahora no ocurría así.

Otro elemento importante son los aspectos humanos, como el trato, los aspectos técnicos del propio hospital, los aspectos organizativos y todo esto nosotros lo queríamos enviar a los propios centros en el mes de diciembre para que pudieran estar ya incardinados con el nuevo modelo de funcionamiento estos servicios de admisión en el primer semestre del año 1989.

Evidentemente, este proyecto, que en este momento es proyecto aunque haya pasado por los centros y cada uno de los centros han definido lo que querrían modificar del mismo, será discutido en el segundo Congreso de Asociaciones de Servicio de Atención al Usuario, y yo creo que allí recibirá el respaldo o bien las críticas que serán asumidas en parte o en su totalidad por el propio INSALUD para modificar este proyecto de servicios de admisión, en el cual estarían incardinados los servicios de atención al paciente.

Yo no quiero alargar más mi disertación y preferiría, si SS. SS. tienen alguna pregunta en concreto, poderla contestar.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Por el Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana, tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Gracias, señor Director General, por la explicación que nos ha dado hasta este momento sobre el funcionamiento de los servicios, para lo cual le habíamos pedido su comparecencia.

Tengo que decir, para animar un poco el debate, que yo creo que usted nos ha explicado aquí lo que deberían ser los servicios y lo que hay sobre el papel que deben ser los servicios, tanto el SAP como la Comisión de Bienestar Social. Digo esto porque experiencias personales y de quejas recibidas en mi Grupo dicen lo contrario de lo que usted nos ha dado a entender en su información general.

Si oímos con atención su información, parece que estos servicios estén funcionando, y funcionando bien. La realidad, señor Director General, es que según nuestra información —y no hago referencia a la del Defensor del Pueblo porque ya se ha aludido en otra intervención esta mañana aquí, pero ahí está como punto de referencia para quien quiera leerla, no me baso en ella sino en las quejas recibidas en nuestro propio Grupo—, los ciudadanos, los usuarios no están recibiendo la atención adecuada en el terreno humanitario-sanitario que estos dos servicios deberían prestar y que se desprendería del relato que usted nos ha hecho.

La verdad es que en algunos de los hospitales todavía no se han creado estos servicios. La verdad es, señor Director General, que los servicios creados están funcionando con muchas dificultades de medios, medios incluso físicos, medios de espacio, lugar para reunirse, secretarías, medios de saber quién es responsable ante cada uno de los servicios. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Nosotros queríamos darle al señor Director General la oportunidad de que hoy nos explicase aquí en esta Cámara —y no es ningún secreto porque ustedes lo han publicado y también se ha hecho referencia esta mañana a la misma publicación, ustedes han publicado las dificultades que encuentran en el desarrollo de estos servicios—, cuáles son realmente las dificultades que existen para la buena marcha de estos servicios que la población demanda, y los demanda en el sentido más profundo de la calidad de vida que supone una atención adecuada al enfermo, cuáles son las dificultades, digo, y qué ayudas necesita su Dirección General y que mi Grupo —y creo que algunos Grupos de la oposición— podríamos dar para que esos servicios realmente funcionasen, y funcionasen bien.

Usted, por el contrario, nos ha explicado lo que usted quisiera que fueran los servicios, un poco lo que sobre el papel, pero me gustaría que, en el breve tiempo que quiera utilizar el señor Director General, nos hablase de las dificultades, de los problemas que sin duda tienen para poner en marcha de una forma adecuada estos servicios, porque es evidente que son servicios de los que venimos hablando hace ya bastante tiempo, a pesar de que hayan tomado forma más concretamente después de la publicación del Decreto 3521 del 87 del 15 de abril. A pesar de eso, digo, hace ya tres o cuatro años que venimos hablando de este tema y no acaban de funcionar en la mayoría de los hospitales. Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Otros Grupos parlamentarios que quieran hacer uso de la palabra? **(Pausa.)**

Por el Grupo del CDS, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Estamos tratando un tema que, como ya se ha dicho anteriormente, ha ocupado atenciones y preocupaciones desde hace mucho tiempo. Ahora se nos anuncia la fecha de comienzos de 1989 para implantar lo que parece ser una definitiva coordinación.

Quisiera señalar que si hasta ahora no ha sido posible el que estos servicios funcionaran o ha habido dificulta-

des para que se produjera la necesaria coordinación, se debe a que estos servicios no funcionan si no lo hace el centro sanitario donde se implanta.

Es conocido —y no tengo sino que señalarlo sin ninguna jactancia— que el primer servicio de admisión de enfermos o de acogida al paciente que se puso en marcha en este país en el año 1980 fue impulsado por este Diputado que les habla.

¿Qué es lo que ha sucedido desde entonces con este servicio de acogida o de atención al enfermo? Que a medida que el hospital en el que se puso en marcha ha ido funcionando cada vez peor, han sido mayores las dificultades para que este servicio pudiera funcionar. Ello es lógico, porque, al no funcionar los centros, cambia o corre el riesgo de cambiar el sentido y el objetivo que se propone cubrir con estos servicios. Hasta tal punto es así que en estos momentos me atrevo a decir que en muchos hospitales estos intentos de organizar la atención al paciente y de darle una dimensión más armónica y más coordinada, están siendo calificados de órganos de control —si se me permite de órganos de control político— mucho más que de servicios puestos realmente al servicio de los ciudadanos. Es decir, se trata —para muchos es así visto y concebido— como una forma de introducir un control o un funcionamiento burocrático que controla y que facilita el dominio político de los centros. Se convierten así en elementos disgregadores en vez de elementos coordinadores, hasta tal punto que una de las características que más se pueden señalar hoy en el funcionamiento de los hospitales es la enorme disgregación; es decir, cada servicio es ya un reino de taifas. Es más, dentro de cada servicio, cada miembro que lo constituye se ha convertido en alguien que actúa por su propia cuenta, sin estar relacionado con los demás. Estos servicios de acogida o de atención al enfermo, que incluyen los servicios de admisión, que controlan y recogen las reclamaciones de los enfermos, se convierten en puntos que actúan disgregadoramente en relación con cada facultativo o con cada ATS y no tanto con cada servicio. Con lo cual, se producen una situaciones de buena o mala relación con el servicio de acogida al enfermo, hasta el punto de que hay un grupo de facultativos que tiene buenas relaciones y hay otros que se llevan fatal. Eso que ha calificado el señor Director General de importancia estratégica, en vez de convertirse en una importancia estratégica a favor de la coordinación, se convierte en un elemento disgregador.

Quisiera señalar estos hechos con el fin de que entráramos en las dificultades para su funcionamiento, estando, como estamos, plenamente a favor y dispuestos a colaborar y apoyar todo lo que signifique su puesta en servicio, su desarrollo, su perfeccionamiento, a fin de que se incardinan debidamente en el funcionamiento de los hospitales.

Un factor muy importante es también si el hospital o el centro sanitario dispone o no de autonomía. Cuanto menor autonomía tiene el centro sanitario, en relación inversa, mayor es la dificultad para la puesta en marcha de estos servicios. ¿Por qué? Porque estos servicios son fundamentalmente cordiales y lo que hacen es impregnar y

trasladar el clima con que funciona ese hospital. Si el hospital no funciona autónomamente, si no tiene la sensación de que es dueño de sus decisiones, realmente su clima de trabajo se deteriora y el primero que se ve afectado es aquel servicio que trata de atender al paciente en una situación carencial de minusvalía, cual es la de su enfrentamiento con un medio que se le aparece hostil, cual es el medio hospitalario al cual accede, contra su voluntad, como es lógico, y en muchos casos por primera vez en su vida.

Sean dichas estas consideraciones, fruto de la experiencia en primer lugar y fruto de las reflexiones que nos ha llevado muchas veces a pensar por qué estos servicios tienen dificultades para funcionar. Las emitimos aquí con la mejor voluntad de colaborar y de contribuir a que estos servicios realmente funcionen.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Mixto tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor **RUIZ SOTO**: En primer lugar damos la bienvenida al doctor Simón, que nos ha explicado el antiguo plan de humanización, que ahora se denomina CMBD, CI-19-BD, un nombre preciso.

Quiero expresarle mi excecpticismo, como han hecho mis compañeros que me han antecedido en el uso de la palabra. Creo que esta es otra campañita de imagen a las que nos tiene acostumbrados el Ministerio. Ya es raro que a estas alturas no haya servicio de admisión en los hospitales del INSALUD. Algo tenía que extrañarles a los dirigentes del Ministerio que no se hubiera puesto en marcha este servicio.

Yo, que también conozco el primer servicio de admisión que entró en funcionamiento en este país por el doctor Revilla, puedo decir en lo que se ha quedado convertido el servicio de admisión. Se ha quedado convertido en que un médico que tiene alguna carencia física después de muchos años, se le manda allí, las ATS que sobran y que son conflictivas también se las manda allí, entre otras cosas porque nadie quiere estar en él. Desearía, doctor Simón —y quisiera que visitaran más los hospitales del INSALUD, lo que ocurre es que ya no pueden ni entrar en los hospitales porque no son bien recibidos— que vieran lo que realmente ocurre en los hospitales. ¿Y qué es de verdad lo que pasa en los hospitales? Ustedes no pueden hablar del plan de humanización porque la plétora que todos los hospitales tienen hace que el enfermo esté en un estado de tensión continuo. Si ponen ese servicio en marcha y anuncian donde está, pueden tener más colas que las que tienen en las listas de espera para ingresar en el hospital. Quisiera que hicieran una encuesta, pero no de los enfermos que salen del hospital que, gracias a Dios, han sido tratados, operados y bien atendidos por los médicos, sino de los que están en las listas de espera, de los que se encuentran en los pasillos, porque sigue habiendo enfermos en los pasillos en todos los hospitales de Madrid, sigue habiendo una plétora asistencial tremenda; ésas son las cuotas de humanización que había que hacer. Si no contratan más médicos, más personas, no am-

plían la asistencia, no amplían el número de camas, ¿cómo van a hablar de humanización y de asistencia? Están hablando de algo que me parece muy bien, de los hospitales americanos, de cómo están integrados, de todas esas comisiones y comités. El comité de quejas, que dice que se transformó en plan de humanización o de organización, orientación y quejas, sólo funciona a nivel de gerencia, que es una comisión que está formada por la enfermera jefe, el jefe de no sé qué, el jefe de no sé cuántos y por algún usuario que se ha sentido trasgredido aunque escriben pocas veces, ya que consideran normal el que para hacerse una ecografía tarden seis meses. A algunas señoras les dan fechas para después de que han dado a luz, en fin, una serie de circunstancias que hacen difícil hablar de humanización, cuando resulta que en lo principal, en lo primordial, tienen una carencia total. Ustedes dan la carrera hacia adelante, hablan de la humanización, de los comités de gestión, que se reduce a la reunión de la dirección con todos estos comités, pero nadie se entera ni cuándo se reúnen ni cómo se reúnen ni por qué. Y de esas reuniones les mandan unas estadísticas al Ministerio y ustedes las reparten, doctor Simón, ésa es la realidad.

Aquí se han dado muchas soluciones por parte de los que han hablado antes que yo, con las que estoy de acuerdo. Lo primero que tienen que hacer es solucionar la asistencia, no sólo a nivel hospitalario sino a niveles primarios, y entonces podrán humanizar. Mientras tanto, ¿qué van a hacer? Van a crear otro aparato burocrático, otra figura, lo van a mandar con grandes alharacas a la prensa —ya lo veo, porque lo ha traído usted muy bien estudiado— y van a decir: ahora los usuarios van a tener donde quejarse. No engañen ustedes a los usuarios. Digan que la medicina pública está en este estado carencial porque no tienen recursos, porque no saben cómo organizarla o por lo que quieran, pero no engañen al usuario, por favor, con ese plan de humanización del que los médicos, los sanitarios, las ATS, los auxiliares y las auxiliares, se van a reír por la gracia que les va a hacer este nuevo plan del Ministerio. Si existen algunos hospitales en los que no hay pijamas para operar, ¿cómo dicen que van a humanizar la asistencia? Primero tienen que empezar por arreglar los hospitales, denles autonomía de una vez, que es lo que ustedes prometían en su programa electoral. Den autonomía a los hospitales, para que ellos mismos puedan realizarse y no que desde el Ministerio les manden una nota para todos igual.

Centros de admisión. Hay centros de admisión donde no tienen ni grupo electrógeno y tienen que mandar fuera a esterilizar. Hay hospitales de ese tipo que no están en Madrid. Fíjense en la queja que le hemos dado de Barcelona y de Madrid, con que figúrese lo que puede pasar en Lugo o en Soria, desastres. Por eso, doctor Simón, es tan escéptica la oposición con esta nueva presentación que nos ha hecho usted de un proyecto que ya me sonaba a mí, que era del año 1984. No se crea que lo que le estoy diciendo lo he inventado ahora. Lo mismo le dije al señor Lluch: que eso era una «boutade». Y ahora seguimos con los mismo. ¿Por qué? Porque los problemas se han ido

agravando. Tienen ustedes 30.000 médicos en paro. Tienen ustedes —que se nos tenía que caer la cara de vergüenza a todos, al Ministerio primero— a más de 3.000 ó 4.000 médicos haciendo las especialidades en países subdesarrollados. Ahora vengo de un congreso en la Argentina y había 800 médicos haciendo la especialidad; cuando en nuestros hospitales tenemos conocimiento y capacidad para hacerla, resulta que los médicos no pueden hacerse especialistas en su país. Tienen ustedes en Europa 3.000 médicos haciendo la especialidad, y podría contarle 50.000 cosas más. No me hable de humanización, porque con ese plan de las quejas el Ministerio va a quedar convertido en Ministerio de las Quejas en vez de Ministerio de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación de la Democracia Cristiana tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Simón, ahora he entendido perfectamente el porqué del fracaso de la humanización en los hospitales. Esta mañana he hecho una pregunta que me ha contestado el Secretario General, precisamente sobre el informe del Defensor del Pueblo con relación a los SAP, pero ahora lo acabo de entender, y eso que he llegado a mitad —perdóneme por ello— de su intervención, pero he llegado a lo justo para enterarme de qué es lo que va a pasar. El disparate va a ser, si es que no lo es ya, que los centros, los servicios de atención al paciente estén dentro del servicio de admisión. No hay nada más opuesto, me parece, a la atención al paciente y a la humanización de un hospital o ambulatorio que mezclar toda la burocracia de la admisión, los registros y el papeleo con lo que es la verdadera atención al paciente. Eso me parece que es monstruoso. Hay un peligro inmediato, el de que la burocracia lo domina todo. Si ustedes se creen que va a funcionar un equipo de atención específica al paciente dentro del gran monstruo que se está montando en los servicios de admisión, ahora sí que veo que no tiene solución la situación.

Le voy a poner un ejemplo muy claro que ha sucedido hace muy poco. Recientemente se han integrado los hospitales procedentes del AISNA en el INSALUD, algunos han pasado a las comunidades autónomas y otros, no. ¿Quiere que le diga lo que ha pasado con los hospitales de la AISNA que se han integrado en el INSALUD, cosa que no ha ocurrido con los que han pasado a las comunidades autónomas? Que ha cambiado totalmente el concepto de atención al paciente por el concepto de registros, papeles, historial; todo eso primero; el paciente, después. Ha sido un cambio garrafal. Usted sabe que son unos centros donde había muy poco personal y tenían que elegir entre la atención al paciente o llevar los registros y las historias al día. Hasta ahora, los pacientes salían contentos porque lo primero eran ellos, hoy, en el momento en que han pasado al INSALUD, ha dominado el criterio contrario. Por eso le digo que me parece que el gran disparate va a ser —y si están a tiempo de remediarlo, remediándolo y hagan dos cosas aparte—: el que los servicios de aten-

ción al paciente estén dependiendo de esos grandes monstruos en que se van a convertir los servicios de admisión de los hospitales y de los ambulatorios.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación del Partido Liberal tiene la palabra el señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Señor Director General, creo que no se puede hablar de este tema tan delicado sin hacer una breve historia, porque usted ha empezado haciéndola. Mire usted, quien siembra vientos recoge tempestades. ¿Por qué en 1984 se empieza a crear el servicio de atención al paciente? Coinciden en el tiempo la toma de decisión de crear el servicio de atención al paciente con la de quitar la responsabilidad a los jefes de servicio. ¿Y por qué es esto? Porque el responsable del paciente, del enfermo, que ingresaba en cualquier institución era el servicio a cargo de una persona prestigiosa, con toda una serie de profesionales detrás, y no hacía falta humanizar el hospital. El hospital estaba humanizado. Era así de sencillo. Los médicos trataban personas y se aprendía, y además se les decía, para poder seguir ejerciendo este oficio. No hacía ninguna falta humanizarlo. En estas fechas también es cuando se suprimen los conciertos con las instituciones religiosas que trabajaban en los hospitales; también se les quita de allí en esta misma fecha, y entonces necesita usted una atención al paciente. ¿Cómo se constituye esta atención al paciente? Se constituye con señoritas que, como no está previsto que se les pague bajo ningún concepto, son pagadas como administrativas, y la titulación que se les exige, más o menos, suele ser la de asistente social. Ustedes las sitúan en un rincón del hospital y a lo que se dedican es a ir por las habitaciones, como los médicos han terminado de pasar la visita, para ver qué queja tienen de los médicos que les atienden, no de la institución. Estaban perfectamente orientados.

Después, cuando se plantea el tema de que algo hay que hacer respecto a la admisión de enfermos, ustedes no lo hacen por el enfermo, lo hacen porque piensan que los jefes de servicio —y también coincide en fecha con la Ley de Incompatibilidades— a través de sus consultas privadas, están ingresando sus enfermos particulares y no se está respetando esa lista de espera. Es por lo que realmente montan ese tema de la admisión. A las asistentes sociales que antes las tenían en algún rincón las llevan a las entradas de los hospitales y hacen eso que tan pomposamente llaman cita previa que, claro está, tampoco se lo cree nadie. Pero su desesperación llega cuando ya, en este período, con el actual Ministro, dicen: vamos a evaluar y vamos a evaluar con lo que el señor Ministro ha señalado en 1986, que son las listas de espera. ¿Sabe la conclusión a que se ha llegado con las listas de espera? Que no existan, pero no que no existan porque ya estén tratados, sino que no existan porque las quitamos como parámetro. Esa es la realidad de todo el proceso en curso.

¿Con qué nos encontramos en el momento actual? Con que se van a sustituir las listas de espera por una documentación exhaustiva que va a tener que rellenar no se sabe quién, que al final no rellenará nadie y que nunca lle-

gará a los ordenadores, porque quizá en Madrid tenga usted a alguien presupuestado para hacerlo, pero, desde luego, el médico sobresaturado de urgencias, sobresaturado de enfermos, no se va a dedicar a poner en un papelito aquellas famosas crucecitas que mandaban en un principio para controlar.

No ha habido bibliotecas en los hospitales, no hay personal suficiente, no están dotados, no hay farmacia, no hay archivos, la mitad de las veces han desaparecido las historias cuando pasan más allá de 15 años, no se ha microfilmado nada. A usted precisamente no tengo que decirselo, usted sabe todo esto, pero lo que no se puede —y estoy de acuerdo con el compañero que me ha precedido en el uso de la palabra— es engañar a la población. Digamos la verdad, el sistema sanitario es insuficiente. Por consiguiente, no se está yendo a un plan normal de desarrollo del sistema sanitario en cuanto a prestaciones hoteleras y, además, es difícil llegar ahí. Sí se está yendo a un plan adecuado en cuanto a asistencia sanitaria; bien y, además, caben todos éstos. En ese caso, déjenlo ustedes ahí. No quieran ahora inventar algo y decirnos: no, es que vamos a humanizar... No hace falta humanizar los hospitales. Quienes están dentro y los que trabajan con ellos son humanos, son personas por más que ustedes quieran considerarlos desde el Ministerio como un número más y a ver cuánto resulta en los presupuestos generales. El enfermo sabe que cuando está en una cama se le trata como lo que es, un enfermo. En consecuencia, no engañen, por favor, a la población con los disfraces.

Anteriormente, Minoría Catalana formulaba una pregunta. Esto creemos que es bueno, pero díganos qué titulación van a tener los responsables de ese cuadro de admisión, qué funciones y de dónde se va a presupuestar.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre del Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Vallejo.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ**: El Director General ha señalado que el servicio de admisión estaría coordinado e integrado por el de hospitales y el de los centros de atención primaria. Me gustaría saber bajo qué presupuesto se llevaría a cabo esa integración.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Simón para contestar a los grupos que han intervenido.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Simón Martín): Voy a contestar, primero, a nivel global. El servicio de admisión es una experiencia que nace en Barcelona, en el Santa Cruz y San Pablo, es el Gobierno socialista quien la impulsa tanto a nivel de la Diputación de Madrid como a nivel del propio INSALUD. Yo creo que eso es para dejar las cosas claras; es decir, el Ministro Lluch no se inventa esto, sino que estaba funcionando muy bien en un centro prestigioso de Cataluña, el Santa Cruz y San Pablo, y, después de una amplia reflexión, se considera que era necesario implantarlo en todo el sistema. Evidentemente, a cada cosa hay que darle su valor. Es el Gobierno socialista el que lo

impulsa como una necesidad de esos objetivos que yo había planteado.

Paso a referirme al segundo punto. Las quejas que hace el Defensor del Pueblo son las mismas que nosotros hacemos y que publicamos, lo cual es muy importante. Tenemos nuestra capacidad de autocrítica y, ante una serie de malos funcionamientos que vienen detallados en ese documento, nosotros consideramos que deben modificarse los planteamientos en los cuales está definido este programa. Yo podría indicar que uno de los elementos más importantes que nos está paralizando de alguna manera la constitución de las comisiones de bienestar social, para decir algo concreto, es el problema de usuarios. Al no existir una verdadera vertebración social en este tema, en muchas provincias es conflictiva la constitución simplemente porque no existen comisiones y solamente tenemos acceso a llegar a los ayuntamientos, y en algunas comisiones de bienestar social e, incluso, de participación hospitalaria el problema con el que nos encontramos es que hay dificultades para convocar a usuarios del sistema. Ese es uno de los problemas más importantes que tenemos en la Comisión de bienestar social. La falta de suficiente clima participativo a nivel de usuarios, nos está llevando a un tema que es muy importante, que el INSALUD estableció como objetivo prioritario para 1988, en el sentido de que en muchos sitios no se hayan podido constituir las comisiones por este problema y en los sitios en los que se han constituido, los usuarios todavía no asisten. Sabemos que si la Comisión de bienestar social no está constituida no sólo con los miembros de los ayuntamientos sino, también, con los usuarios va a ser un sistema en el cual todo va a quedar dentro del propio centro. Evidentemente, ese es un tema importante. Por otro lado, así figura en el documento de funcionamiento de evaluación de estos servicios de atención al paciente. Hay una mala conceptualización formal de ellos, y eso ha definido que los centros hayan ido organizando estos servicios de atención al paciente de una forma muy flexible, dotándoles de una estructura, sin darles, a veces, la importancia que tienen. De ahí viene la decisión, junto con la existencia de unas nuevas necesidades que surgen de la población, de darles cabida dentro de una concepción mucho más global. Considero que hablar de humanización de la asistencia es un concepto, de verdad, señorías, caduco. Hay que hablar de calidad de la asistencia, porque es una parte de la calidad de la asistencia. Por eso nosotros lo enmarcamos dentro del programa de garantía de calidad total que sus señorías conocerán. Y no hay que confundir lo que es el CIE-9CM con el plan de humanización, porque el CIE es, simplemente, un sistema de clasificación de enfermedades y de pacientes, no lo confundamos. Es el hospital, el ambulatorio y el centro de atención primaria el que con un funcionamiento integral y de calidad va a ser humano; si no, nos estamos engañando. Mucho de lo que SS. SS. han manifestado viene definido porque eso es un problema de calidad asistencial, no es un problema de humanización.

Por tanto, creo que en cuanto a dificultades en relación con la Comisión de bienestar social está claro que es esencialmente la representación de usuarios lo que está limi-

tando de alguna forma la constitución, y en lo que se refiere al servicio de atención al paciente esencialmente se presentaban defectos estructurales y de conceptualización formal de lo que son los servicios de atención al paciente.

¿Por qué intentamos integrarlo dentro del servicio de admisión? No comparto lo que me indica la representante de la Democracia Cristiana por una cuestión: porque desde que los centros de AISNA han sido integrados en el INSALUD, el nivel de los profesionales se ha elevado en gran medida. Eran unos centros que, como conocen SS. SS., estaban muy marginados dentro de la Administración y, fundamentalmente ahora, a todos se les ha dotado en este año de una plantilla suficiente para la apertura de camas, se ha hecho un programa de inversiones para ellos, y es evidente que tienen que llevar papeles, por supuesto. Cuando un paciente ingresa en un centro hay que hacerle una filiación, una ficha; eso es un imperativo, no porque lo diga yo, sino porque es lo primero que me piden en una auditoría cuando me la hace el Tribunal de Cuentas, y, fundamentalmente, hay que saber si tiene o no tiene derecho a la asistencia. Eso es evidente. Ahora bien, que alguna persona en concreto considere que ha sido marginada de la integración o ha visto su historia mal y, en este caso, plantea que, ahora, los centros del AISNA funcionen mal, ésa no es la opinión que tienen los profesionales que están trabajando en esos centros de forma mayoritaria.

Asimismo, quería indicar al representante de Alianza Popular que en febrero se hizo una encuesta —la tengo aquí en este momento— que se distribuyó entre los partidos. Por ejemplo, sobre AP se dice: opinión sobre el funcionamiento de los hospitales según voto a partido: 1.484 personas votaron a AP; muy bien dicen el 4 por ciento, muy mal otro 4 por ciento, bien el 41 por ciento, mal el 11 por ciento. Creo que S. S. tiene que preguntar a sus votantes acerca del funcionamiento de los hospitales, porque sus ideas no coinciden con lo que opinan sus propios votantes. **(El señor RUIZ SOTO: ¿A que no lo ha preguntado antes de ingresar?)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Ruiz Soto, le ruego se abstenga de hacer comentarios.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Simón Martín): Si desea su señoría, le puedo dar los datos de usuarios y no usuarios según el voto de partido. Creo que hay que hablar menos según suposiciones y más con datos, que es lo que nosotros intentamos hacer.

Creo que, fundamentalmente, muchos de los temas que se han planteado aquí son correctos y, por ello, surge esa nueva organización. A los servicios de admisión, archivos y documentación clínica se les quiere dar la máxima autoridad y responsabilidad y, por tanto, las personas responsables de esos servicios serán titulados superiores; consideramos que deben de ser médicos fundamentalmente procedentes de la especialidad de medicina preventiva o que hayan hecho un master en salud pública o de

medicina interna. Seguirían un curso de unos tres meses sobre los contenidos y funcionamiento de los servicios de admisión. Ese es uno de los problemas más evidentes que se detectan: la falta de información y la falta de formación de los responsables de estos centros. Durante este año 1988 hemos estado dedicados básicamente a formar a aquellas personas que van a estar incardinadas dentro del programa de garantía de calidad total, porque se precisa una amplia información no sólo en documentación, sino también en lo que serían materias tanto administrativas como de gestión de demanda, etcétera. Eso es muy importante y es uno de los defectos estructurales del propio sistema.

No voy a referirme ahora mismo a si existen 20.000 ó 30.000 médicos en paro; porque no está dentro del tema de la comparecencia. Creo que ése es un problema que ha venido sucediéndose durante todo el año. Lo que sí puedo indicarles es que nosotros hemos intentado llegar a un acuerdo con el Ministerio de Educación, que se está cumpliendo, así como con el propio Consejo General de Universidades, para ir disminuyendo el número de ingresos en las facultades de medicina, con el fin de que se acredite la capacidad docente que las Comisiones Nacionales de Especialidad han definido y que no exista un desfase entre ingresos y capacidad formativa del sistema, que viene dependiendo de las acreditaciones que hacen dichas Comisiones Nacionales de Especialidades. Le puedo indicar a S. S. que para el curso 1988-1989, prácticamente la totalidad de las plazas acreditadas para la docencia salen a cobertura en el programa MIR. El programa está en que si nosotros indicamos a las Comisiones Nacionales de Especialidad que sean más benevolentes, después nos dirán ustedes que estamos formando mal a los profesionales. Ahí existe una capacidad de acreditación, se están haciendo auditorías de una forma, digamos, estandarizada con la supervisión de las Comisiones de Especialidad, creemos que ese programa va funcionando, y lo que nosotros estamos intentando es que se acrediten cada vez más plazas, para poder sacar también cada vez más en este programa MIR.

No estoy de acuerdo en que estos servicios de atención al paciente hayan sido un órgano de control político. Creo que indicar que todos los profesionales que trabajan en estos servicios son comisarios políticos, no complacería a los propios miembros de estos servicios de atención al paciente, que por otro lado son bastante críticos con la situación actual. Por tanto, no se puede decir que sean todos del Partido Socialista. Ustedes conocen que no es así, y por supuesto considero que no es una rama de control político.

Sobre el tema de responsabilidades de jefes de servicio, etcétera, yo creo que a los jefes de servicio se les está dotando de autoridad, y por ponerles un ejemplo, incluso a muchos de ellos se les dijo que hicieran la propuesta de productividad, a lo que algunos han dicho que sí y otros

han dicho que no. Es decir, que la responsabilidad y la autoridad va unida.

Yo creo que todavía se precisan unos años de rodaje para que algunos jefes de servicio consideren cuál es su papel dentro de la actual estructura, y que eso está dentro de un nuevo concepto de hospital mucho más moderno que el que tenemos. De hecho, todas estas medidas van orientadas a un modelo de hospital equivalente al que existe en nuestro entorno. Lo anterior, no nos engañemos, era singular, provenía del INP. Si seguimos planteándonos lo que era el INP, comparándolo con un INSALUD o con un Servicio Regional de Salud que realmente son servicios públicos, estaremos hablando de servicios de atención al paciente, y seguiríamos poniendo en duda lo que debe ser una verdadera atención al paciente, que fundamentalmente es una atención integral, que tiene que ser de calidad y además de calidad total, en la que están imbricados tanto los temas hoteleros como los temas asistenciales.

No se puede diferenciar —como se ha querido hacer por muchos profesionales y son algunas de las críticas que se recibieron hace un año—, lo que es asistencial de lo que es hotelero. Cuando el paciente va a un centro, lo hace a una institución que tiene aspectos hoteleros, y que, por otro lado, también tiene aspectos de una prestación de un servicio público que se le hace. El problema es que todavía existen profesionales que consideran que están en el INP, en un sistema mutual no en un servicio público, y ese profesional que está en un servicio público se debe al público que llega. Ese es un concepto que, como procede de una determinada concepción del sistema, es de los más difíciles de erradicar.

Yo le podría indicar que los hospitales no están tan mal cuando ya los datos de actividad que tenemos del primer semestre de este año son muy superiores a los datos tanto de actividad del año 1986 como del año 1987. La mayoría de ellos han sido contrastados por la inspección, y no creo que piensen ustedes que la inspección sea algo en lo que yo pueda decir a un funcionario que cambie los datos. Creo que esto es así.

El representante de Minoría Catalana me ha hecho unas preguntas definidas y la contestación ha sido también definida. Pero los otros temas, que evidentemente no los comparto, no creo que sean motivo de esta comparecencia, como por ejemplo, hablar sobre si los hospitales son buenos o malos, ya que de lo que estábamos tratando era de los servicios de atención al paciente y de bienestar.

Para cualquier otra materia, si así lo solicitan SS. SS. tendré mucho gusto en venir nuevamente a la Comisión y someterme a sus preguntas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Simón. Le agradecemos su presencia en la Comisión.

Habiendo finalizado el orden del día, levantamos la sesión.

Eran las dos y cinco minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961