



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1989

III Legislatura

Núm. 419

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión celebrada el martes, 7 de marzo de 1989

ORDEN DEL DIA

Contestación por el señor Subsecretario de Sanidad y Consumo (Fernández Norlega) a las siguientes preguntas:

— Relativa a primer caso en España de un profesional contagiado de SIDA por un paciente (formulada por la señora Salarrullana de Verda, Agrupación DC) («B. O. C. G.» número 274, Serie D) (número de expediente 181/001150).

Formuladas por el señor Espasa Oliver (Agrupación IU-IC):

— Relativa a reforma de la atención primaria en aquellas Comunidades Autónomas en las que el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) no esté transferido («B. O. C. G.» número 278, Serie D) (número de expediente 181/001155).

— Relativa a plazos en los que está previsto que los servicios de urgencia de zona básica de salud estén dotados de medios de diagnóstico y tratamiento («B. O. C. G.» número 278, Serie D) (número de expediente 181/001158).

— Relativa a incorporación de trabajadores sociales a los equipos de atención primaria. («B. O. C. G.» número 278, Serie D) (número de expediente 181/001159).

— Relativa a cumplimiento de las previsiones contempladas en las disposiciones transitorias y finales de la Ley General de Sanidad («B. O. C. G.» número 278, Serie D) (número de expediente 181/001156).

— Relativa a índice de camas de agudos y crónicos que utiliza el Ministerio de Sanidad para la planificación sanitaria («B. O. C. G.» número 278, Serie D) (número de expediente 181/001157).

Relativa a Plan General de Asistencia al lesionado medular (formulada por el señor Revilla Rodríguez, Grupo Parlamentario del CDS) («B. O. C. G.» número 278, Serie D) (número de expediente 181/001160).

Relativa a motivo y coste de la publicación fotográfica efectuada por la Secretaría General del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) «Factor Humano» (formulada por la señora Salarrullana de Verda, Agrupación DC). («B. O. C. G.» número 278, Serie D) (número de expediente 181/001163).

Se abre la sesión a las doce y treinta minutos del mediodía.

CONTESTACION POR EL SEÑOR SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

— RELATIVA AL PRIMER CASO EN ESPAÑA DE UN PROFESIONAL CONTAGIADO DE SIDA POR UN PACIENTE (FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA, AGRUPACION DE LA DEMOCRACIA CRISTIANA)

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, se abre la sesión con el primer punto del orden del día relativo a contestación de las siguientes preguntas, para lo cual está con nosotros el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don José Luis Fernández Noriega, a quien doy la bienvenida.

La primera pregunta es relativa al primer caso en España de un profesional contagiado de SIDA por un paciente, y ha sido formulada por doña Pilar Salarrullana, que para formular su pregunta tiene la palabra por tiempo de diez minutos.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Subsecretario, ¿conoce el Ministerio de Sanidad y Consumo la existencia de este primer caso en España de un profesional contagiado de SIDA por un paciente? Quiero advertir al señor Subsecretario —aunque estoy segura de que él está bien informado— que el 26 de julio de 1988 presenté una proposición no de ley pidiendo que fuera considerado el SIDA como enfermedad profesional. Se debatió en Comisión el 2 de noviembre del mismo año, y el resultado fue bastante adverso: dos votos a favor sólo, el del señor Bernáldez, del Grupo Mixto, y el mío —probablemente era ya una premonición de que íbamos a ser compañeros de Grupo—, 25 en contra y dos abstenciones.

Mis argumentos entonces fueron el apoyo a una labor muy difícil que estaban realizando unos profesionales de la Sanidad, el de que esta labor se realizara con las máximas seguridades, y aquello de «más vale prevenir que curar».

Los argumentos en contra a mí me parecieron bastante ambiguos e incluso pusilánimes, porque decían que no hay que alarmar excesivamente, que ya de por sí es un problema bastante grave, y que hasta la fecha no había habido ningún caso. Pues parece ser que ya lo ha habido.

Entonces, yo le pregunto al señor Subsecretario qué idea tiene en estos momentos de aquello que yo proponía y qué ha hecho en este caso y qué se va a hacer en otros.

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Muchas gracias, Presidente, y gracias a todos ustedes por invitarme a comparecer ante esta Comisión.

Siguiendo el documento que me han hecho llegar de la pregunta de la señora Diputada, le tengo que decir que, en aras de una correcta información que consiga no alarmar —y sé que esto lo comparte conmigo— y guardar la confidencialidad necesaria, tengo que decirle primero que el Ministerio de Sanidad y Consumo no conoce un caso de SIDA —es una matización, no es un juego de palabras—, sino de seropositividad o seroconversión. Es, además, también cierto que este conocimiento lo ha tenido a través de un boletín de la Comunidad Autónoma de Madrid y se conoce oficiosamente, dado que por las reglas oficiales que tiene el Plan Nacional del SIDA donde están las Comunidades Autónomas o expertos de las Comunidades Autónomas, y que sigue las recomendaciones internacionales que hemos copiado al respecto, la información oficial se da una vez que el Subcomité de Epidemiología del Plan Nacional del SIDA estudia el caso, y esto va a ocurrir a finales de marzo o primeros de abril.

Este Subcomité, no está de más que se recuerde, lo forman expertos ajenos a la Administración sanitaria, en este caso al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Yo creo que otras ideas que conviene resaltar antes de llegar al punto final que su señoría ha querido resaltar sería que nuestro sistema de registro pensamos es correcto, y que ha permitido detectar casos retrospectivos de pacientes de seropositivos, en el caso de afirmarse por el Subcomité Epidemiológico que esto sea así. Es, por tanto, un sistema de registro propio de países desarrollados. Insisto que hemos copiado lo que estaba diciendo la propia Organización Mundial de la Salud y las recomendaciones internacionales al respecto.

También es cierto que el número acumulado de casos de seroconvertidos o seropositivos, no SIDA, por tanto, tras exposición accidental al VIH, es a diciembre de 1988, de treinta y uno en todos los países del mundo. Si se incluye éste, en el caso de que el Subcomité cuando lo estudie lo apruebe como tal, serían treinta y dos, y estamos hablando, insisto, de seroconvertidos a 1988 en todos los

países del mundo. Es para dimensionar la relatividad del dato, lo cual no significa eludir la gravedad que pueda tener cada dato en sí mismo, o cada cifra o unidad en sí mismas.

En este caso, como en todos los demás aspectos, el Ministerio de Sanidad y Consumo —vuelvo a insistir— sigue las recomendaciones de la OMS, del Consejo de Europa y demás agencias internacionales. Así, el Ministerio de Sanidad publicó en 1986 —y estoy convencido de que usted lo sabe— una guía para la prevención del HTLV-3 con la supervisión de la Organización Mundial de la Salud, y se editaron doscientos cincuenta mil ejemplares, que fueron distribuidos al personal sanitario, y del cual traigo alguno en un anexo que, si lo cree conveniente la señora Diputada, se lo puedo dejar.

La existencia de este caso no invalida, por tanto, el criterio mantenido hasta ahora por el Ministerio y las autoridades internacionales, en los cuales muchas veces nos basamos, sobre el carácter poco probable de la transmisión de la infección por accidente; poco probable, que no quiere decir que fuera absoluta esa determinación, pero poco probable. Los seguimientos llevados a cabo y publicados en la literatura científica también lo demuestran así, y los traigo también adjuntos en un anexo que si quiere puedo transmitirlos a la señora Diputada.

Los casos de SIDA entre personal sanitario no representan más de 0,5 por ciento de los casos en total de SIDA, y ahora no hablo de seropositividad, y por tanto es un porcentaje muy bajo. Las actuaciones llevadas a cabo, que creo que es importante en el dispositivo sanitario y también sé que las conoce la señora Diputada, son la Guía de Prevención que analiza las precauciones que han de ser adoptadas por los trabajadores de los centros sanitarios y fue distribuida en todos los centros de la red pública del Insalud; la regulación, mediante circular del 23 de febrero de 1988, del sistema del etiquetado para la identificación del material infeccioso, con el fin de adoptar las medidas profilácticas adecuadas; la difusión, en julio de 1988, en direcciones provinciales del Insalud y gerencias de hospitales de la red, de documentación especializada sobre accidentes de personal sanitario, motivación y análisis de seguimiento, así como campañas en los centros sanitarios realizadas por los servicios de medicina preventiva en las que, junto a otras actividades, se analiza la problemática de la prevención de la infección por VHI a los trabajadores del centro. Yo no he de negar que en estas actuaciones hemos tenido una importante colaboración tanto de esta Cámara (en muchas de las declaraciones hechas por los señores Diputados a los medios de comunicación) como de los colegios profesionales y algunas asociaciones científicas que han contribuido a extender esta información, no sólo a la red pública sino al conjunto de todos los profesionales, y así yo mismo, como médico, en mi casa he recibido por parte de la organización colegial numerosas de estas publicaciones a título particular.

Se ha tocado un tema concurrente a la pregunta, que es lo que la señora Diputada tiene interés, la proposición no de ley en cuanto a enfermedades profesionales. Yo creo que la frontera con las enfermedades profesionales y ac-

identes laborales es siempre un tema difícil de marcar. La historia de las enfermedades profesionales podría terminar dando la razón en algún momento a la señora Diputada. Esta es una de mis especialidades como médico y sé que la mayoría de las enfermedades profesionales, en principio, son reconocidas cuando la patología va teniendo un cierto bagaje científico y también no sólo cuantitativo, sino cualitativo, que las hace que vayan a formar parte de disposiciones reguladas en todos los países que las reconocen como enfermedades profesionales. Pero es verdad que la historia de todas las enfermedades profesionales sigue este curso, y que generalmente cuando empiezan de una forma mínima si se quiere, aunque pueda ser grave para el paciente o el ciudadano que la sufre, tardan un tiempo en ser reconocidas, y digo esto porque va avalado no sólo por los números, sino también por que esto hace detectar el riesgo profesional que existe en el medio ambiente laboral; también por la literatura científica y la definición de expertos internacionales que en este caso se inclinaban y se inclinan en muchos países a que no sea reconocida como enfermedad profesional. No obstante, lo que quiero decir es que, de confirmarse este caso, sería un accidente laboral y por tanto se sujetará a la regulación que como accidente laboral tiene al respecto.

Además, la señora Diputada ha hablado de máxima seguridad y más vale prevenir que curar. Esto sabe usted que a todos los que tenemos vocación por la sanidad son unas metas u objetivos que nos gustan y que, desde luego, se califique o no como enfermedad profesional, yo creo que el Ministerio y todas las personas que tienen interés por este tipo de enfermedades podemos hacer acciones que más allá de calificarlas o no como enfermedades profesionales, vayan a cubrir la máxima seguridad y también a velar por la prevención más que por la curación.

Con esto, señora Diputada, creo que he intentado responder a su pregunta y en cualquier caso me someto a su réplica.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Salarrullana tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Gracias, señor Fernández Noriega, ya veo que no es tan tajante la posición como cuando yo presenté la proposición no de ley. Poquito a poco iremos insistiendo. Sí le aceptaré esa oferta que me ha hecho de anexos, y por supuesto que conozco todo lo relativo a la prevención. Lo que me preocupa ya ha visto muy bien usted que es lo mismo que les preocupa a los profesionales, no la prevención —que ellos son los primeros que tienen ya un cuidado extremo y lo están cumpliendo a rajatabla—, sino qué sería de ellos en el caso de que pasara lo que parece ser que, aunque no esté totalmente confirmado oficialmente, ha pasado ya.

Sigo insistiendo en lo mismo, en lo del más vale prevenir en este caso en que parece que sólo se pone un semáforo, a pesar de que están reclamando los vecinos por los accidentes que se producen y lo peligroso que es, hasta que no ha habido dos muertos. Aquí parece que también

nos vamos a tener que esperar no digo a los muertos, pero sí a los contagios; vamos a ver si aceleramos un poco ese estudio y que no haga falta que se contagien muchos profesionales para que se pueda declarar enfermedad profesional.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): No sería justo calificarlo de réplica, porque puedo estar de acuerdo. Pero sí quiero matizar que no sólo he hecho hincapié en la cuantificación de los enfermos que puedan padecer esta enfermedad, sino también en la evolución —que es a lo que se sujetan los organismos y expertos internacionales— de los datos científicos que avalen una enfermedad para hacerla profesional, o calificarla como profesional. Insisto que es la historia que ha llevado el curso de todas las enfermedades profesionales. Por ejemplo, la silicosis, antes de reconocerse —y es clarísima una relación en el medio ambiente laboral, que fue el momento en que se conoció como enfermedad profesional—, lógicamente siguió un curso de investigaciones que a la vez pudo ir paralelo, lamentablemente, a un número de casos que se venían dando, hasta que los científicos confirmaron la relación entre el medio ambiente laboral y la patología que sufría ese enfermo, y es el momento justo donde se califica como enfermedad profesional. Habrá que estudiar esto —yo estoy de acuerdo en que lo deberemos estudiar— como se está haciendo en todo el mundo, con el cuidado y la agilidad que es necesario; pero no solamente la suma de casos, que sería dramático, sino, insisto, la relación entre medio ambiente de trabajo y la enfermedad que se sufre para calificarla, lo cual no invalida que sea un accidente laboral en el caso de comprobarse como tal esta seropositividad por el pinchazo en el medio sanitario.

— **RELATIVA A REFORMA DE LA ATENCION PRIMARIA EN AQUELLAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN LAS QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) NO ESTE TRANSFERIDO (FORMULADA POR DON RAMON ESPASA OLIVER, A. IU-IC)**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a la pregunta relativa a la reforma de la atención primaria en aquellas comunidades autónomas en las que el Instituto Nacional de la Salud no esté transferido, formulada por don Ramón Espasa Oliver, de la Agrupación de Izquierda Unida, Iniciativa por Cataluña.

Tiene la palabra el señor Espasa Oliver.

El señor **ESPASA OLIVER**: Señor Subsecretario, el texto exacto de la pregunta usted lo conoce, supongo que lo tiene ya estudiado y preparado y, por lo tanto, no voy a repetirlo; simplemente en esta intervención le señalaré

los extremos que me gustaría que fuesen precisados por usted en su respuesta, dentro de lo posible.

Estamos en el Congreso, tanto en Pleno como en Comisiones, bombardeándonos mutuamente con el número de equipos de atención primaria puestos en funcionamiento, relacionando éstos con las propuestas y los objetivos del Gobierno o las promesas de su Departamento. Por lo tanto, una primera decisión sería que usted nos informase sobre el grado de cumplimiento de las propias previsiones ministeriales en este terreno; que nos ilustrase también sobre las causas de los retrasos, si es que los hay, yo creo que sí que los hay, y cuáles son estas causas, si son fundamentalmente de gestión, si son económico-financieras; y que nos hiciese también, dentro de lo posible, unas primeras valoraciones de resultados en los territorios, en la zonas donde se han podido instrumentar ya equipos de atención primaria, es decir, se ha podido poner en marcha la reforma de la asistencia primaria. Si se ha evaluado ya y se ha notado un ahorro por ejemplo en el gasto de farmacia; si están ustedes satisfechos con el modelo retributivo que se está implantando en los equipos de atención primaria, si es el ideal; si prevén modificarlo en alguna dirección, en la dirección salarial o en la dirección capitativa. Y, sobre todo, cuál es la previsión que tienen para la integración de los profesionales de los equipos de atención primaria en atención continuada a su territorio, es decir, las guardias. Si el objetivo general de la reforma de la asistencia primaria es establecer una barrera entre los equipos de atención primaria y los equipos de guardia, o van a ser los mismos profesionales los que hagan las dos funciones; al menos es lo que este Diputado opina que debería ser, no sé cuál es la opinión del Ministerio.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Fernández Noriega tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Quisiera previamente matizar algo a S. S., porque de lo que deduzco a su pregunta parece como que en Sanidad pudiera existir algo que jurídicamente, y se ajusta al texto constitucional, es correcto en Educación, por ejemplo un territorio MEC. En Sanidad le tengo que decir al señor Diputado que este territorio como tal no existe y, por tanto, en lo referente a la atención primaria, como en general a casi toda la asistencia sanitaria, no se puede hablar de comunidades en las que el INSALUD no esté transferido como si la única responsabilidad fuera del INSALUD. Yo creo que usted conoce perfectamente tanto el texto constitucional como los estatutos de las comunidades autónomas, así como la propia Ley General de Sanidad, y cómo a partir de esa afirmación que hace en su pregunta quedaría poco clara esta relación en la medida que el INSALUD, insisto, no es el único responsable. Yo le quiero decir que, en el caso concreto de la reforma de la atención primaria, las comunidades autónomas que no tienen transferido el INSALUD sí tienen competencias sobre el personal que trabaja, sobre todo en el medio rural sabe usted que tienen transferidos los médicos de APD; también tienen competencias

en planificación, en zonificación y en la ubicación de las cabeceras de las zonas básicas de salud, que es donde se va a ubicar el centro de salud.

Por lo tanto, lo que quiero decir con esto es que sigue habiendo una competencia coordinada, responsable por ambas partes, de la administración de la Comunidad Autónoma y de la propia Administración central; y esto viene al caso porque es uno de los motivos que pueden influir sobre el desarrollo de la reforma de atención primaria, además de otro de tipo conceptual que yo creo que usted conoce bien y que a veces le oigo poco hablar de ello, quizá porque hablamos poco personalmente, pero usted fue consejero en un momento determinado donde todo esto tenía una importancia relevante, que era poner en marcha las ideas que traíamos, sin experiencia de cómo ponerlas en marcha, y le quiero decir que además de ser muy necesaria esa coordinación en base a la correspondencia que tenemos todas las administraciones en el terreno sanitario, la implantación del nuevo modelo sabe usted que supone cambios conceptuales importantes que afectan tanto a los profesionales como a los usuarios. Es decir, el paso de un modelo basado como siempre hemos dicho en la enfermedad, a otro centrado en la salud, del trabajo individual al trabajo en equipo, de la atención puntual a demanda a la atención planificada en base a programas, es algo importante, es algo además muy complejo y que yo sé que usted —se lo hemos dicho muchas veces pero también estoy seguro que mucha gente se lo diría cuando usted era consejero— lo debe tener en cuenta y estoy seguro que lo tiene en cuenta.

Por todo esto, el proceso que permitirá dicho salto cualitativo necesitará muchos años, de hecho viene necesitando esos años, y desde luego sobrepasa aquella acción de la simple cobertura de toda la población por equipos de atención primaria, porque a veces parece que todo lo centramos en el número de los equipos de atención primaria y no tanto en las funciones.

Sí le quiero decir algo importante. Este Gobierno, cuando accedió a la administración es verdad que estuvo muy preocupado en una primera etapa del número, porque al fin y al cabo esos centros es en los que se ubicaba la reforma de atención primaria. En el transcurso de nuestra experiencia de administración hemos ido pensando que es muy importante, además de seguir avanzando en el número, cuidar la función de esos centros de salud, en la medida que una reforma tan importante como ésta —que ya ha definido los cambios que suponía— no fuera cuestionada por la credibilidad que los ciudadanos puedan tener sobre la misma, y era tan importante como crecer en número, hacerlo correctamente, y es a lo que más ha dedicado esfuerzo este Ministerio.

El Ministerio, desde 1987 cuidó más el proceso cualitativo al que hacíamos referencia, aun con todas sus dificultades inherentes a su complejidad, que también hemos mencionado, que el mero crecimiento numérico de los centros de salud. Ha sido en 1984 la iniciación de la propia reforma a través de una serie de normas. En 1985 —son datos que intento que sean correctos y homologables— 196, que alcanzaban a un 15,1 por ciento de cober-

tura de la población a nivel nacional. En 1986, 306 que alcanzaban un 23,6 por ciento de la cobertura de la población, por supuesto dejando a esas alturas tanto Andalucía como Cataluña, que ya tenían transferencias. En 1987 son 384 los centros que entran en vigor, alcanzando el 27 por ciento de la cobertura de la población nacional salvo, insisto, Cataluña y Andalucía. De estos 384, 35 todavía se ubicaron en la Comunidad Autónoma vasca y 29 en la Comunidad Autónoma valenciana. Ya en 1988 son 404 en total, excluidas las cuatro comunidades que tienen competencias, que alcanzan a un 34 por ciento de esa cobertura que tenemos responsabilidad desde la Administración central. Para 1989 se tiene pensado construir 150 más, lo que dará un total de 554, que alcanzará al 50 por ciento de la población.

Desde luego las promesas que ha hecho el Gobierno están muy ceñidas a las que propuso el Partido Socialista Obrero Español en su programa, y recuerdo —porque además contribuí con algunos de los Diputados del partido que están en esta Cámara a elaborarlo— que decíamos que se sujetaba e intentábamos llegar en la segunda legislatura al 50 por ciento de la cobertura de la población, y siempre porque hemos tenido en cuenta no solamente el crecimiento numérico, sino también cualificado de estos centros de salud, sabiendo lo que tenemos entre manos, que sería cuestionar la reforma de la atención primaria, que de por sí es bastante compleja por los cambios que conlleva.

De todas maneras, le quiero decir, quizá en exclusividad, porque antes no se ha podido anunciar, que el INSALUD, por lo que me ha dicho la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, tiene ultimado un plan por el cual pretende cubrir al cien por cien de la población en tres años, para lo cual ha estado trabajando tanto en el capítulo uno, como en el dos y en el seis. Este plan, que ha sido también comentado con el Ministerio de Economía y Hacienda, podrá hacerse público, como un proyecto, dentro de unas semanas.

Me pide que matice algunos temas, como los retrasos, si son de gestión o económico-financieros. Creo que a veces los retrasos, en el caso concreto de la atención primaria, y pretendo serle bastante sincero, desde la experiencia que he tenido, primero, en un Gobierno autonómico y, luego, en la Administración central, no obedecen tanto a temas de gestión —que puede haberlos— ni a económico-financieros —que sobre todo en la primera etapa, allá por los años 82-83, también podía haberlos en la medida en que saneábamos el aparato productivo—, sino que obedecen, primero, a la coordinación con las comunidades autónomas, que antes mencioné, ya que hay competencias compartidas en este asunto, y, además, a la complejidad que conlleva una reforma de este tipo, tanto conceptual para profesionales como para los propios usuarios.

Me pide valoraciones de primeros resultados. La verdad es que éste es un país donde la estadística avanza levemente, pese a nuestros esfuerzos. No obstante, le puedo decir que experiencias concretas hechas por profesionales en determinados centros —como, por ejemplo, alguna

que yo pueda conocer muy directamente, como puede ser Fuenlabrada— demuestran que hay un ahorro del gasto farmacéutico. Y lo que más me importaría a mí resaltar es que se realiza un uso racional del medicamento en estos centros, para no hablar siempre de algo que usted califica de economicismo, aunque a mí el ahorro no me asusta siempre que se invierta en sanidad y se vuelva a invertir en sanidad. Por tanto, está produciéndose un uso racional del medicamento, que conlleva un ahorro en el gasto farmacéutico, que revierte al propio sistema sanitario. También es cierto que las experiencias de estos centros apuntan, en un primer estadio, a un aumento de la demanda, que quizá puede partir de la expectativa que provocan estos centros, dados los cambios cualitativos que conllevan en la población, o también en el diagnóstico está despertando nuevas patologías. Por tanto, hay un aumento de la demanda, que se despierta a través de estos centros, sobre todo en el descubrimiento, repito, de nuevas patologías, que revierten en el sistema general de Sanidad.

Estoy convencido de que el modelo retributivo es el ideal, pero, si se contempla como una foto fija, tiene muchas pegas. Y créo que muchas veces, especialmente su señoría, contempla el modelo retributivo como si la Administración hubiera tenido la vocación de que fuera una foto fija. El modelo retributivo, a través tanto de los complementos de atención continuada, que se están desarrollando, como de la productividad variable, estamos convencidos de que es un modelo que puede incentivar al profesional en el trabajo en la atención primaria y en la hospitalaria.

Usted me pregunta, especificando mucho más, si puedo ir al terreno salarial o capitativo. En gran medida estamos mediatizados por cómo se venía cobrando en el viejo modelo de la atención en ambulatorio, pero esto no quiere decir que vaya a continuar así. Hay algunas comunidades que están estudiando y ensayando el pago capitativo y nosotros, de momento, estamos a la expectativa de algunos estudios, por lo que no me inclinaría —y además creo que no estaría capacitado para hacerlo— a decirle en este caso concreto si vamos a elegir el camino salarial o capitativo.

Estamos estudiando este tema en comisiones con los médicos de familia y salud comunitaria y lo correcto será la opinión que tengan los profesionales, siempre y cuando cumplan los objetivos de la reforma anterior primaria que tiene la administración sanitaria socialista. Por lo tanto, este tema se irá desarrollando en breve y estamos atentos a algunas experiencias, como he dicho, que están estudiando en el seno del Consejo Interterritorial y es un tema en el que preferiría no definirme.

Porque tanto los profesionales que están trabajando en la atención primaria como nosotros mismos tenemos pegas y puntos positivos tanto respecto del modelo salarial como del modelo capitativo puros, porque a veces también se comparten ambos.

Respecto a la previsión de integración de los profesionales a la atención continuada de guardias, creo que hay

una pregunta que hace referencia a este tema, por lo que, si quiere, se la responderé.

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

El señor **ESPASA OLIVER**: En cierta medida, poco me queda que añadir a la larga, detallada, prolija y atenta respuesta del señor Subsecretario. Resumiendo, para ir equilibrando los tiempos, podríamos decir que se ha puesto, quizá innecesariamente, demasiadas vendas antes de la herida. No ha comenzado a explicar todos los problemas que tenía y Ministerio y a recordarnos cuál es la estructura competencial entre las comunidades autónomas donde no hay transferencias de la Seguridad Social y el Ministerio, para después poder argumentar el evidente retraso cuantitativo, y que también se transforma en un retraso cualitativo, en cuanto al objetivo propuesto en la implementación de la asistencia primaria. Conozco perfectamente estos cuellos de botella que pueda representar la distribución competencial de nuestro Estado de las Autonomías, pero no me negará el señor Subsecretario en el tema de la asistencia primaria que quien tiene la competencia fundamental allí donde no se ha transferido es el Ministerio, y, aunque no se pueda hablar estrictamente del territorio MEC en el símil que usted hacía, sí es evidente que, al menos políticamente, la responsabilidad se debe buscar, en primer lugar, en el Ministerio. Esto es lo que pretendo con esta pregunta para poner en evidencia lo que usted mismo ya ha dicho, es decir, que se ha producido un retraso importante —calificaría yo— en la implementación de los equipos de asistencia primaria.

Todos sabemos, naturalmente, que no se trata sólo de crear equipos, de sumar números, porque a los números y a los equipos hay que sumarles el rodaje, el cambio de cultura, el cambio de modelo, etcétera.

Estoy de acuerdo en todo lo que usted ha dicho, pero es evidente que los cambios cuantitativos alguna vez también se traducen en cambios cualitativos, y, en la misma medida en que el retraso en la implementación de esos equipos sea —y usted mismo lo ha reconocido— de una entidad suficiente, retrasa también todos los otros cambios culturales y de todo tipo a que usted hacía referencia, poniéndose, repito, la venda antes que la herida.

Simplemente quería constatar esta cuestión. Usted ha hecho un importante anuncio, del que yo le tomo la palabra, evidentemente. Ha dicho que es probable que pronto aparezca un proyecto para cubrir toda la población a tres años. Ya veremos cuándo lo harán, en qué plazo y de qué manera. Pero al respecto se les prodría recordar —no tanto a usted, personalmente, señor Subsecretario, sino al equipo ministerial y al partido que da soporte a este Gobierno— que las promesas se van dilantando en el tiempo y que la repetición y acumulación de promesas no es garantía de veracidad de las mismas. Se lo comento simplemente porque debería tener cuidado en no acumular promesas sobre promesas, y realizar, en la medida de lo posible, los objetivos que se plantean.

Quiero indicarle un tema que quizá podemos abordar en otra pregunta más en detalle. Creo que es crucial, en lo que respecta a la asistencia primaria el factor retributivo y el de la cobertura del territorio, es decir, las urgencias o las guardias. Ahí creo que existe un punto nodal donde, como responsables políticos, ustedes deben dar una orientación política, deben tener el coraje de plantearla y explorarla. Quizá tenemos opiniones no coincidentes, pero ahí se debate una gran parte del éxito de la reforma de la asistencia primaria. Ya lo veremos en otra pregunta que al efecto tenía preparada.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señor Diputado, no puedo compartir con usted esa exposición, un poco teórica, yo diría, en la medida en que dice que trata de perseguir que quede claro que en su pregunta y, por tanto, en mi exposición la responsabilidad primera es del Ministerio. No soy jurista, pero creo que esto cuestionaría además cariñosamente, las competencias de las comunidades autónomas. Creo que no hay una responsabilidad primera y final. Hay una corresponsabilización en el desarrollo, porque si tengo un centro de salud y tengo vocación por implantarlo y no me han zonificado el territorio, no lo puedo poner en un satélite; lo tengo que poner en un territorio que está pendiente de una norma que tiene que dictar una comunidad autónoma, en este caso el Título Competencias del 143. Por lo tanto, entiendo a su señoría, como miembro de la oposición, que quiera que sea este Ministerio el máximo responsable, pero le puedo asegurar que, sin ser jurista, no puedo compartir que seamos al máximo responsables. Puedo compartir la responsabilidad y, de hecho, estoy dispuesto a hacerlo, ya que en el seno del Consejo Interterritorial lo hemos discutido muchas veces, pero le puedo asegurar que no podemos ser los primeros y máximos responsables.

Ha dicho S. S. que yo he reconocido un retraso importante. Yo tampoco puedo estar de acuerdo con esta afirmación. Yo he relatado con sinceridad una experiencia de la Administración —de otra forma esto lo invalidaría—, en base a la reflexión de que las promesas se van sumando —creo que es lo que usted está pensando—, pero pienso que las promesas no se invalidan en la medida que sean fruto de una reflexión en base a la experiencia que se tiene de la Administración.

Tengo que decir claramente que no reconozco ningún retraso importante. Reconozco dificultades en la marcha del proceso de la reforma de la atención primaria por la complejidad que es inherente al mismo y en la medida que le digo que nosotros habíamos prometido, para este período electoral en el programa del partido que fue a las elecciones, el 50 por ciento de cobertura, y así está ocurriendo. Además, basándonos en experiencias de calibrar la velocidad de cruce de esta reforma, estamos preparando un proyecto que hace que, acumulando las experiencias pueda permitirnos, en tres años, alcanzar al cien

por cien de la población. Yo creo que no existe ese retraso importante, reconozco las dificultades en la marcha de la reforma de la atención primaria, que nos está obligado a hacer promesas a la población cada vez más cercanas a lo que pensamos que podemos cumplir. Este es el caso de la atención primaria —le recuerdo el tema del 50 por ciento— y sinceramente creo que, en base a la acumulación de experiencias dadas —y perdonen mi insistencia, porque veo que si no se puede mal interpretar, ya que yo no he reconocido ese retraso— podemos anunciar que en tres años se puede alcanzar el cien por cien, porque es un estudio muy detallado. Son los capítulos I, II y VI.

En general, señoría, mi exposición trata de no ser escolástica. Sin embargo, yo siempre encuentro en sus exposiciones algo de esta forma de exposición que yo, obligadamente, por estar en la Administración, tengo que rechazar y ajustarme a la realidad. Yo he participado también de este tipo de exposiciones. Estoy convencido de que si algún día —y creo que así será— estoy en la oposición, en base a mi experiencia, no tendré intervenciones escolásticas y trataré de averiguar si se ajustan o no a la realidad de una experiencia. Yo sé que usted ha estado ya en la Administración y sabe, en el caso concreto de la atención primaria, como en otros que usted y yo conocemos, que las dificultades inherentes no son una justificación por parte de este Ministerio ni de este Gobierno.

El caso de la atención primaria es un cambio conceptual muy importante, usted lo conoce bien, y es muy difícil sacarlo adelante. Si creo que las experiencias se van acumulando y en esa medida los tiempos son más cortos y podemos preparar un proyecto —y así lo haremos en breve en el que se diga que el cien por cien de la población será alcanzado en tres años. Espero que se haga bien, ya que creo que ésta es la preocupación que debemos compartir usted y yo: que se haga bien la reforma de atención primaria. A veces, los tiempos han ido un poco lentos, pero siempre adecuados a las promesas que tuvimos en cuenta, puesto que este tipo de reformas así lo requieren.

No sé si he sido complicado en mi exposición. No he intentado agredirle, pero siempre tengo presente que usted ha sido consejero y me extraña que haga abstracción, o es que usted lo tenía más fácil que nosotros. La verdad es que no logro comprenderlo, pero le puedo asegurar que nos preocupa tanto como a usted y que estamos ajustando los plazos y estamos cuidando, sobre todo, que funcionen bien los centros de salud, más que aumentar el número de los mismos sin ton ni son, algo que podría ser demagógico pero también fatal para la reforma de la atención primaria.

— **RELATIVA A PLAZOS EN LOS QUE ESTA PREVISTO QUE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ZONA BÁSICA DE SALUD ESTEN DOTADOS DE MEDIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (FORMULADA POR DON RAMÓN ESPASA OLIVER, A. IU-IC)**

— **RELATIVA A LA INCORPORACION DE TRABAJADORES SOCIALES A LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (FORMULADA POR DON RAMON ESPASA OLIVER, A. IU-IC)**

El señor **PRESIDENTE**: Para formular las preguntas números 5 y 6, tiene la palabra el señor Espasa Oliver, de la Agrupación Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

El señor **ESPASA OLIVER**: Estas dos preguntas están relacionadas con el tema de los equipos de atención primaria, el personal que debe incorporarse a ellos para asegurar una adecuada prestación socio-sanitaria y el funcionamiento de estos mismos equipos de atención primaria, especialmente en un terreno muy concreto. He de decir a SS. SS., como seguramente no se les habrá escapado, que esta batería de preguntas que ha presentado mi Agrupación de Diputados, se formularon inmediatamente después de conocer el informe del Defensor del Pueblo. Otra cosa es que, en previsión de actividades reglamentarias lícitas, el Ministro de Sanidad hiciese una comparecencia a petición propia y tratase el tema, pero estas preguntas venían al calor del informe del Defensor del Pueblo, por lo tanto, estas dos se refieren explícitamente a los equipos de atención primaria y a la vertiente de su actuación referida, fundamentalmente, a la asistencia urgente, continuada, para evitar, en la medida de sus posibilidades y de la implementación de la propia reforma de la asistencia primaria, el colapso que todos hemos verificado —y el primero del Defensor del Pueblo— y que se da en las urgencias hospitalarias. Por ello, le planteo de forma conjunta las dos consideraciones en forma de pregunta.

En primer lugar, cómo y cuándo se plantea el Ministerio incorporar trabajadores sociales a los equipos de atención primaria. Recientemente el Ministro de Sanidad, con un argumento que no le faltaba razón, aunque considero que eso era huir de sus responsabilidades, decía que los problemas de su Ministerio eran de enorme gravedad y, en buena parte, debidos a que en nuestro país no había los suficientes servicios sociales. Yo puedo compartir esta afirmación, pero creo que una forma de avanzar en esta solución sería incorporar trabajadores sociales en los equipos de atención primaria en los centros de salud. Esta es una pregunta que, en función de la respuesta que se le dé y de la orientación política que pueda tener el Ministerio, ayudaría al mejor funcionamiento de los equipos y, por lo tanto, de la atención primaria.

Con la segunda pregunta me gustaría saber si el Ministerio está en condiciones de decirnos cómo y cuándo serán dotados de métodos de diagnóstico los equipos de atención primaria. En esta pregunta, señor Subsecretario, le quiero plantear, como ya se lo he anunciado al final de la anterior, cuál es el criterio del Ministerio sobre la organización de la atención continuada por parte de los equipos de atención primaria. Creo que éste es un tema fundamental. No es tanto un tema de recursos —y lo es—, de coches, de camionetas, radioteléfonos, puestos de llamada en coordinación con los ayuntamientos en las zo-

nas rurales, etcétera, no es sólo una cuestión de recursos humanos, sino que es, al menos en nuestra opinión, una cuestión de organización de los recursos físicos y humanos.

Para alcanzar este objetivo hay dos formas, una es separar los equipos de atención primaria de la asistencia normal de la urgente, y otra es integrarles y responsabilizarles de toda la asistencia —normal y urgente— del territorio, que tiene asignado un equipo de salud o un conjunto de equipos en una zona básica de salud. Me gustaría que abordase la respuesta a esta pregunta para permitirnos un cierto debate o acuerdo —no lo sé— sobre esta cuestión, que creo que es la fundamental y no tanto la de los recursos.

Para terminar, señor Subsecretario, voy a hacer un pequeño inciso. Yo no sé qué entiende usted por escolástico, pero me parece que no utilizaba adecuadamente el adjetivo referido a mi intervención. En todo caso, usted ha repetido una y otra vez que apelaba a mi experiencia en la administración anterior; tanto lo ha repetido usted que casi estoy por ofrecerme a una posible coalición en el terreno que usted quiera, porque si tanto la valora, quiero que sepa que estoy dispuesto a colaborar en coalición con ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Espero que estemos en el terreno de la ironía, no de las propuestas serias.

El señor Fernández Noriega tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Desde luego yo no voy a rechazar el esfuerzo de todos los Diputados. Las coaliciones ya no corresponden a este Ministerio y, por tanto, no forman parte de este debate. No dudo que haya tenido experiencia y en base a la misma apelaba a la comprensión de sus exposiciones.

En cuanto a la incorporación de trabajadores sociales a los equipos de atención primaria, lo primero que le tengo que recordar —y lo saben bien— es que esta incorporación en los equipos de atención primaria está contemplada —creo que es necesario hacer este recordatorio— en el Real Decreto 127 sobre estructuras sociales o asistentes sociales entre los componentes del equipo de atención primaria. En consecuencia, durante los últimos años se ha establecido la figura del trabajador social en los equipos de atención primaria y en la actualidad estos profesionales adscritos a áreas de salud están distribuidos en distintos equipos de atención primaria, según el número de población asignada a cada uno o por los problemas que existen en las diferentes zonas básicas de salud.

La plantilla orgánica de trabajadores sociales a 31 de diciembre de 1988 ascendía a 253 plazas en el marco del INSALUD, de las que estaban cubiertas 128. Los objetivos institucionales del INSALUD, en este caso para 1989, incluyen la cobertura de todas estas plazas previstas que he mencionado, pero además tomando en consideración asimismo las ampliaciones propuestas por aquellas direcciones provinciales que lo crean conveniente, a tenor de las necesidades de las áreas de salud. Por lo tanto, esta ci-

fra puede crecer, aunque siempre en base a necesidades del área de salud.

El anteproyecto de ley del estatuto-marco, además del personal del sistema general de salud en su capítulo segundo, artículo 58.2, incluye a los diplomados de trabajo social como personal asistencial no facultativo dentro del subgrupo de diplomados asistenciales y en tanto no entre en vigor la ley a que se refiere este anteproyecto sobre el que se viene trabajando, la relación laboral no puede ser otra que la que tenemos, que es la contratación.

También hacía usted mención a los órganos de participación. No sé si es que lo quiere obviar, pero le puedo dar esa referencia. Antes sí quiero introducirle en un pequeño debate, porque a lo mejor ello rompería la ironía en cuanto a una posible coalición, ya que no compartimos criterios.

Siempre que le oigo hablar de trabajadores sociales, tanto aquí en la Cámara como en conversaciones personales que hemos mantenido, parece que trate de trasladar al sistema sanitario la problemática de la asistencia social, que no solamente es que esté ya en manos de otro Ministerio, como es el de Asuntos Sociales, sino que conceptualmente no tiene por qué formar parte del sistema sanitario. Mas bien, creo que el traslado histórico que ha habido —quizá por la ausencia de recursos sociales que manifestaba el Ministro— al ámbito sanitario está generando una problemática, no solo en los hospitales, sino en los centros de salud, grave. Por tanto, nosotros consideramos que estos profesionales son el puente con una política de servicios sociales como la que se viene desarrollando desde el Ministerio de Asuntos Sociales, en la cual también está entrando el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y colabora el propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

Consideramos un grave error el tener unos asistentes sociales en el sistema sanitario para que hagan la política de servicios sociales. Insisto en que además, creemos que esto es una diferencia conceptual importante a resaltar en la medida en que prácticamente nos llevaría a hablar de dos formas de entender estos servicios sociales.

Nosotros lo vemos como puente y parece que en alguna de sus intervenciones usted quiere trasladar la problemática de los servicios sociales —insisto— al ámbito sanitario. Esto ya en la práctica —aunque no se ha querido, pero de hecho está ocurriendo— nos ha creado los suficientes problemas a los profesionales sanitarios como para evitar esta situación, eso sí, tendiendo una serie de puentes hacia una política seria y en profundidad de los servicios sociales como creo que se está haciendo.

Por lo tanto, esa sería la matización de fondo en este tema y le puedo hablar, por tanto, ahora de la segunda parte de su primera pregunta —el orden ya no lo recuerdo— que ha mencionado sobre los órganos de participación. Estos están regulados, en su constitución y funcionamiento, en los Consejos de Salud como órganos de participación de las comunidades en tareas de salud que corresponden a las comunidades autónomas respectivas, luego ya estamos hablando de lo que decíamos antes, a no ser que esta participación la despreciáramos como

algo no importante. Como considero que tanto usted como yo creemos que ello es importante, verá que la responsabilidad no es única o en primer grado por parte del Ministerio, sino que es otro dato más que apunta a esa corresponsabilización en temas importantes en la reforma en el conjunto de la sanidad.

En la actualidad son varias las comunidades que han reglamentado esta materia y hay documentación que debe conocer y si no se la paso. Por otro lado, tengo que decirle que los equipos de atención primaria que llevan suficiente tiempo funcionando —lo cual era importante para crear estas comisiones— y que han superado la fase de organización inicial y se encuentran más consolidados, han dado ya los pasos para constituir en su zona de salud órganos de participación y también hay documentación que se puede repartir. Aparte de estos casos durante 1988, según datos de las memorias anuales de los equipos de atención primaria había 77 consejos de salud funcionando, lo que supone un 34,4 por ciento de los equipos que rendían memoria de sus actividades —224 han rendido memoria— con consejos de participación.

Yo creo que usted conoce sobradamente —y además lo hemos hablado— el Real Decreto 521, de las estructuras de participación de hospitales y con una simple afirmación suya dejaría este tema porque creo que tanto las juntas técnico-asistenciales, la Comisión central de garantía de calidad, las comisiones de participación de hospitales se han desarrollado en la mayoría de nuestros hospitales. Yo tengo una relación detallada de los numerosos hospitales por distintas comunidades autónomas que la tienen a partir de la publicación por parte del Ministerio de este Real Decreto 521 y le puedo decir que en las mismas, sobre todo, como es lógico, en las de participación de hospitales están organizaciones de usuarios y consumidores como la UNAU, OCU, etcétera, participando ya directamente con profesionales y con la propia Administración, lo cual supone una experiencia muy interesante, o así lo consideramos desde el propio Ministerio.

En cuanto a las urgencias, para entendernos, en atención primaria, le tengo que decir que hay publicado —se lo puedo remitir— algo que le puede dar el conocimiento sobre el plazo. Tenemos un plan directorio de urgencias publicado, en el cual se dice que en dos años se va a poner en marcha —luego entraré en los temas concretos que vienen derivando de la primera pregunta que me hizo y que sé que le interesan— un plan de urgencias en atención primaria con estas características.

Ya desde hace algunos años —y está recogido en la experiencia de este plan— se está acometiendo una reforma de la atención primaria, que tiene dentro de sus objetivos asegurar la atención continuada, conocida popularmente como urgencias, y permanente desde esta estructura, en procesos de presentación aguda, como agravaciones bruscas de procesos crónicos que requieren un tratamiento inmediato. La implantación de 216 nuevos puntos de atención continuada, urgencias, así lo demuestran. Como es sabido, el sistema de urgencias que el INSALUD venía prestando únicamente estaba estructurado —esto lo conoce usted bien— en capitales o localidades con más de

5.000 habitantes, a través de los servicios especiales de urgencia y de los servicios ordinarios. Desde 1986 y paralelamente a la constitución de equipos de atención primaria, se han establecido estos 216 nuevos puntos de atención continuada, que le mencionaba al principio, ubicados en sus respectivos centros de salud, que atienden a cerca de tres millones de ciudadanos. Si quiere, le respondo a lo que tanto le preocupa. Nosotros no vamos a separar los equipos de atención primaria de la asistencia a las urgencias. Va a estar plenamente integrada la asistencia a las urgencias a través del mecanismo de atención continuada. Otra cosa es que vamos desarrollándolo progresivamente, pero estos 216 puntos indican que están integrados en estos centros y, por lo tanto, la previsión —creo que además coincide, porque lo he manifestado en la primera pregunta que me hizo— coincide con lo que usted estaba pensando.

En estos 216 puntos prestan sus servicios en estos momentos 1.886 médicos generales: 282 pediatras y 1.776 personal de enfermería, atendiendo en sus respectivas poblaciones, de forma continuada, durante las 24 horas del día.

La transformación de los servicios especiales y ordinarios de urgencias, yo creo que también es un tema importante y sobre el que debo darle obligatoriamente alguna idea de lo que estamos haciendo. Por tanto, en localidades de más de 5.000 habitantes, como decía antes, se pretende paralelamente a la implantación de estos equipos de atención primaria que van a ir llevando progresivamente, como demuestra esta primera acción de 216 puntos, a la transformación de la organización de esta prestación. Para ello se amplió la jornada laboral de personal de servicios de urgencia, tanto normales como especiales, de 36 a 40 horas. Asimismo, en virtud de la aplicación del nuevo sistema retributivo creado por el Real Decreto-ley 3/1987 de 11 de setiembre, como usted sabe, se homologa el sistema retributivo de este personal al del resto del personal de INSALUD. Igualmente, la aplicación del Real Decreto-ley mencionado al personal de equipos de atención primaria permitirá —así se está hablando con los interesados— el establecimiento de turnos rotativos de guardia entre los miembros de dicho equipo para la asistencia de urgencias, que se llevará a cabo durante todos los días de la semana. Estas dos medidas han posibilitado que en los Presupuestos para 1989 se incluya un programa de mejora presupuestaria en el ámbito de la atención primaria que, en síntesis, viene a ordenar e integrar progresivamente la atención de urgencias desde los servicios especiales y normales y desde los equipos de atención primaria a través de estos puntos de atención continuada. El presupuesto que va a financiar este programa es de 1.057 millones y servirá para el establecimiento de 68 nuevos puntos en equipos de atención primaria. Por tanto, para atención de urgencias y de refuerzo de equipos de servicios especiales.

Sabe S. S. también que tenemos entre manos —ya sé que no ha querido dar tanta importancia, aunque la tiene, a los temas de recursos, pero al fin y al cabo se nos pregunta en qué gastamos el dinero, los temas de recur-

sos son importantes— proyectamos implantar un teléfono, que S. S. conoce, el 061, único, destinado a atención continuada, en el que no me voy a extender porque tiene documentación y si no gustosamente se la daré.

Aunque el tema de recursos materiales le puede parecer no tan importante como el de organización —aunque éste creo que es importante, porque si no se tienen las ideas claras y organizadas los recursos se pueden malgastar—, sí le quiero decir que en recursos materiales estamos actuando en estos puntos de atención continuada con tres módulos que es importante conocer, porque a veces los recursos van muy unidos a la organización.

El módulo A, para una población menor de 24.000 habitantes, es atendido por un médico y una enfermera, con o sin refuerzo en horas puntas, según lo vaya pidiendo la necesidad del área, y las dependencias correspondientes a este módulo son las siguientes: sala de curas, sala de observación y dormitorio de personal, con dos habitaciones individuales, y estar de personal y oficio de cocina.

El módulo B, para poblaciones entre 24.000 y 55.000 habitantes, aproximadamente, atendido por dos médicos y dos enfermeras, con o sin refuerzo en horas puntas. Las dependencias correspondientes a este módulo son: la sala de curas, con equipamiento especial en este caso; sala de consultas de urgencias; sala de observación, con dos camas separadas con fuelle de raíl; estar de personal y oficio-cocina y dormitorio de personal con una habitación doble y dos individuales.

Y el módulo C, para una población entre 55.000 y 90.000 habitantes, aproximadamente, atendido por tres médicos y tres enfermeras, con o sin refuerzo en las horas puntas. Las dependencias correspondientes se hacen más complejas. Son: sala de curas, ampliándola hasta unas medidas determinadas, con el fin de poder tener un biombo que separe dos camillas, y un espacio suficiente para la atención. Sala de observación igual a la del módulo B, sala de consultas de urgencia, dormitorio de personal con dos habitaciones dobles individuales y estar de personal y oficio-cocina. Los medios diagnósticos no los voy a citar y si quiere luego se los puedo facilitar.

Creo que he respondido a la inquietud que le llevaba a preguntar si íbamos a separar los equipos de atención primaria de la asistencia a las urgencias, que no es así, sino que se van a integrar, lo cual no invalida mientras tanto el funcionamiento de los servicios especiales y normales de urgencia. Además de esto, le he querido hacer una pincelada del tremendo esfuerzo que con los fondos de los ciudadanos está haciendo esta Administración para dotar a esos puntos de atención continuada que están situados en los equipos de atención primaria, además de los servicios especiales y ordinarios de urgencia.

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

El señor **ESPASA OLIVER**: Vayamos por partes, señor Subsecretario.

Por lo que se refiere a la incorporación de trabajadores sociales, en primer lugar, usted reconoce que hay un re-

trazo con respecto a las previsiones de la plantilla y, en segundo lugar, achaca este retraso a la no aprobación de la ley del estatuto-marco, pero esta responsabilidad es absolutamente suya, no de la oposición. Tienen mayoría absoluta y hay una promesa del Ministro, aunque no sé si para esta legislatura. Por lo tanto, asuma la parte alícuota de sus responsabilidades y no nos pretenda enternecer diciendo el esfuerzo que hacen con el dinero de los contribuyentes. Ya sabemos que todo el dinero que gasta el Estado es de los contribuyentes o de las cotizaciones sociales. No hace falta recordar esto aquí entre nosotros, señor Subsecretario.

Sobre el tema de la retrasada incorporación de trabajadores sociales, deberé poner de manifiesto, una vez más, que entre los objetivos y los hechos hay una distancia más que considerable y que lo que falta por cubrir en buena parte es debido, de nuevo —y la última pregunta de la serie que tengo planteada aquí vendrá a intentar demostrar esto de la forma más palmaria posible— a un retraso en el desarrollo normativo de una ley larga, difícil y compleja; lo sabemos y compartimos con ustedes las preocupaciones que genera la importante y compleja ley de sanidad. Pero de compartir las preocupaciones a aceptar acríticamente cualquier retraso no explicado, sea operativo, sea de gestión, de recuperación de la desinversión económica de los cuatro años del Ministro Lluich, sea de implementación legislativa (estatuto-marco), no. Puedo compartir con usted la complejidad y brindarme a considerar lo prudente que se ha de ser en el desarrollo de la importante Ley General de Sanidad, pero no puedo compartir con ustedes todos los retrasos que están ahí y son evidentes.

En cuanto a la pregunta relativa a la incorporación de los trabajadores sociales, usted ha querido señalar una diferencia importante entre su política sanitaria y la que pueda preconizar mi Agrupación. En parte es cierto y en parte no. No creemos ni hemos preconizado que toda la política social, lo que se entiende por política de servicios sociales, se deba hacer a través del Ministerio de Sanidad. Podemos compartir perfectamente la existencia de dos departamentos distintos o de uno conjunto de sanidad y servicios sociales. En algún momento lo hubo, pero éste no es el tema. El tema que quería poner como diferencia importante y sí que se lo acepto, pero para argumentar, al menos desde mi opinión en mi favor, es que nuestra posición es más coherente, por más omnicompreensiva y por más progresista. En la siguiente: nosotros creemos que una importante incorporación de trabajadores sociales en el terreno del trabajo sanitario y de lo que esto implica, no tanto de los recursos humanos en este caso, sino del concepto de que la sanidad y la salud no es sólo un problema de orden biológico natural, sino que tiene concausas sociales absolutamente evidentes —todos sabemos que se muere más pronto según la clase social a la que se pertenece, etcétera—, una forma de demostrar en la organización teórica de un modelo de prestación de servicios que se está a lo natural, a lo biológico y lo social como concausas del problema al que se pretende solucionar, es tener una adecuada representación y organi-

zación del trabajo social en un trabajo sanitario. Esto es lo que decimos, esto es lo que mantenemos y creemos que mantenerlo y decirlo así nos acerca más a la preocupación social que debe latir en cualquier propuesta de ordenación de servicios sanitarios. Si es en este terreno, coincidimos, pero donde nos ha querido situar, nos sitúa usted, pero no estamos nosotros.

Pasando a la réplica de mi pregunta sobre las urgencias, señor Subsecretario, si mis anotaciones no me han fallado —y he seguido bien su exposición— usted ha demostrado con creces la diferencia que va entre las palabras y los hechos, entre las promesas y las realidades.

Estoy de acuerdo con usted —y me felicito de que sea la orientación del Ministerio— en que los equipos de atención primaria van a responsabilizarse de toda la atención que depende de su territorio. Es decir, van a estar incardinados en el territorio para la atención normal y para la urgente. Si esto no se cambia, creo que es una buena dirección político-sanitaria en la que no duden que les daré todo el soporte para la implementación de esta dirección. Ahora bien, nos ha dicho que en estos momentos hay 216 puntos de urgencia, para argumentar que la idea iba por ahí en los centros de salud. Si es así, señor Subsecretario, antes nos ha dicho que en estos momentos están funcionando 404 centros de salud. Es decir, sólo en la mitad de los equipos y centros se está implementando esta nueva directriz. Ya sé que me dirá que están los servicios especiales y los ordinarios, que tienen que acoplarse, etcétera, pero me parece que la mitad es mucha diferencia para que podamos no sólo creérnoslo, que nos lo creemos, sino tener evidencia de que ésta va a ser realmente al final de la política practicada, porque entre 404 equipos funcionando a sólo 200 con las urgencias integradas, me da cierto miedo el que la promesa se quede sólo en eso, una vez más. Espero que no, pero tengo que decírselo, porque utilizo sus mismas cifras. Sólo la mitad de los centros de salud están dotados de equipos de urgencia. No entiendo por qué se me hace difícil —quizás usted me pueda ilustrar— no entiendo qué explicación puede haber para que unos médicos contratados en nuevos equipos de atención primaria, de forma estable o interina, no voy a entrar ahora en este terreno, no puedan ni deban desde el inicio hacer urgencias para marcar el cambio cultural que usted ha querido subrayar y con el que estoy absolutamente de acuerdo. No entiendo por qué, repito, la mitad de los equipos de urgencia no están haciendo urgencias. Puede ser peligroso, señor Subsecretario.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): El señor Diputado se caracteriza por decir cosas que yo no he dicho. Yo no reconozco el retraso que se achaca a la ley del estatuto-marco, pero no porque no lo tenga que reconocer; si fuera necesario lo reconocería. Le voy a hacer alguna matización, entre otras cosas porque he dicho que sin Estatuto estamos contra-

tando, y lo demuestran esos 216 puntos y esos profesionales que he mencionado, mil y pico médicos generales, doscientos y pico pediatras, mil y pico profesionales de enfermería. Pero se empeña en hilvanar una serie de acciones, queriendo llevarnos al terreno de las promesas incumplidas, y ésta es una nueva estrategia suya, porque antes nos hacía alguna alabanza más, pero desde hace muy poquito tiempo está visto que sólo se fija usted en nuestros incumplimientos y no alaba para nada, por lo menos, el terreno conceptual, en el que, en algunas cosas, hemos demostrado que coincidimos, más allá de la ironía que manifestó anteriormente. **(El señor Vicepresidente, Correas Parralejo, ocupa la Presidencia.)**

Por tanto, el reconocimiento en el retraso de la incorporación del personal asistente social o del personal que llamaba usted trabajadores sociales, que son asistentes sociales, no se debe al estatuto-marco. Además, le diré que el estatuto-marco, que sí es una responsabilidad de la Administración, porque lo manda la Ley General de Sanidad, cuando tenía muy avanzado un proyecto de real decreto, las últimas sentencias del Tribunal Constitucional sobre la Ley de 30 de Medidas para la Administración Pública nos obligan a pensarlo y a reconvertirlo en ley. Esto, como usted bien dice, es un camino complejo. Eso en cuanto al Estatuto, aunque no era tema de este debate.

El retraso, yo creo que obedece, en gran medida, a cosas que usted ha planteado —y me parece muy importante que las plantee y se deben plantear con sinceridad—: realmente, cuál es el rol que juegan los servicios sociales en la Sanidad. Usted ha ido a esa idea que no es peregrina, pero que casi ya forma parte de un manifiesto de fe: en la salud hay una serie de concausas. Yo estoy de acuerdo con eso, porque, además comparto los criterios de la Organización Mundial de la Salud, pero le diré que para eso está la política global de un Gobierno, sobre todo en su parte social, y, por lo tanto, yo no ubico tanto este problema en tener que contar con trabajadores sociales en la sanidad. En otras palabras, si en España todavía se muere mucha gente por accidentes de circulación, una buena política de carreteras puede paliar esto, a no ser que la gente luego infrinja las normas de circulación, y así sucesivamente con una serie, que usted conoce bien, de concausas que afectan a la salud para introducirnos en la enfermedad, que no son, lógicamente, todas biológicas, sino que tienen origen social. Pero insisto a que, para nosotros, eso está dentro de una política global y social del Gobierno y creemos que lo estamos atacando con valentía y sinceridad.

También últimamente le he oído hablar del Ministro Lluch. Yo le digo que muchas de las cosas que hoy nos traen aquí a discutir las puso el Ministro Lluch, y es que las cosas yo creo que se van haciendo como la escaleras, se van subiendo por peldaños. Al Ministro Lluch le tocó una etapa mucho más difícil en cuanto a que hubo que acometer reformas para reconvertir el aparato económico y tener hoy día los fondos que nos permiten al siguiente equipo avanzar en lo que conceptualmente, jurídica y legalmente, marcó el primer Gobierno Socialista. Gracias a eso, venimos a esta Cámara a discutir, si quiere usted

de plazos, pero no de temas conceptuales, lo cual ya es un gran avance, porque yo creo que algunos de los temas conceptuales que nos unen van en beneficio de la población y no en el lucro que puedan tener determinados sectores con el juego de la salud.

Creo que ha dicho por primera vez algo que me agrada: la parte alícuota de nuestras responsabilidades; ésas las he asumido desde el principio; lo que pasa es que usted me ha querido llevar siempre a la parte absoluta de nuestras responsabilidades, y yo le digo que me he leído muchas veces, como usted, la Ley General de Sanidad y Consumo y no encuentro ni un trocito en el que no tenga una parte alícuota el Ministerio, pero otras partes alícuotas el resto de las administraciones sanitarias públicas, tanto comunidades autónomas, diputaciones y ayuntamientos. Hago esta matización que a mí me parece sincera, correcta y más apropiada con lo que está pasando con la reforma global de la sanidad.

El retraso que hay no se debe al Estatuto; hay una parte alícuota y también está en gran medida lo que entendamos por el rol de los servicios sociales dentro de la sanidad. Usted dice: esta gran conquista que nosotros llevaríamos adelante: meter un gran número de trabajadores sociales. En esto sí que hemos aprendido ya con esas promesas que dice usted no incumplidas. Creemos que no se trata de meter, como un acto de fe, a trabajadores sociales sin ton ni son, sino saber cuál va a ser el rol de estos trabajadores sociales. En cualquier caso, no es un rol fácil de averiguar ni aquí ni en el resto de los países europeos. Insistimos en que deben servir de puente con una política adecuada en servicios sociales y con una política social global del Gobierno y que hay unas partes muy concretas de lo que se supone que es el rol de los servicios sociales dentro del ámbito sanitario, pero que seguro que usted y yo en varias horas de discusión no llegaríamos a matizar a satisfacción conjunta de los dos.

Por lo tanto, eso ya es una dificultad inherente, a no ser que queramos meter trabajadores sociales, porque los trabajadores sociales son tanto como homologar la reforma sanitaria a un grado de modernización o de reforma progresista que yo no comparto: meter un número de trabajadores sociales sin saber para qué deben estar ahí.

Creo que hay una discusión importante, el rol de los servicios sociales en la sanidad y cómo se interrelacionan con la política global de los servicios sociales, tema bastante complejo.

Por otro lado, hablaba de los puntos de atención continuada en las urgencias. En esto, señor Espasa, lo que le quiero decir es que he tratado de mencionarle el conjunto de acciones, ya sean normas, según los distintos rangos, etcétera, que conlleva una reforma de este tipo: cambios de horarios, contratación de personal, unificación de cuerpos, etcétera. Esto hace, lógicamente, y yo, además, quiero decir —porque además lo ha dicho hace poco el Defensor del Pueblo, pero ya lo venía diciendo también con anterioridad el propio Ministro— que sobre las urgencias se venía actuando específicamente, porque eran la «cenicienta» de la sanidad, junto con algún otro tema. Y hay un plan como luego se demostró en la comparecencia del

señor Ministro, que va a culminar en los siguientes meses y que ya venía culminándose en la medida en que el informe que le ha llevado a usted a hacer estas preguntas hacía referencia a 17 hospitales —creo recordar—; 14 eran del INSALUD, pero en siete u ocho de los mismos se suscitaba alguna acción que también luego el Ministro detalló que había medidas especiales para atajarlas, como fue a los pocos días la inauguración de los servicios de urgencia de «La Paz», a la que asistió el propio Defensor con el Ministro. Esto demuestra que se venía actuando desde tiempo atrás, porque entendemos que las urgencias es un tema preocupante, que ha sido durante mucho tiempo, insisto, la «cenicienta», que a veces se ha querido resolver con grandes acciones, por ejemplo, recursos de helicópteros, pero lo importante es organizarlas —como usted bien decía— conceptualmente y sobre todo integradas en el juego entre atención primaria y atención especializada, y ése es un reto que usted sabe —y además lo ha reconocido— que no es fácil.

Se está implantando progresivamente, porque no queremos defraudar a la población, y, como usted siempre, además, nos recuerda que a veces defraudamos, queremos hacerlo bien, y quererlo hacer bien significa que estamos por 16 puntos de atención continuada y le he dicho que vamos a alcanzarlos todos en dos años; y ahí sí hay un compromiso. Evidentemente, si usted me dice: ¿y por qué sólo están la mitad? Pues porque lo queremos hacer bien y lo que sí le digo es que una casa se empieza a construir por los cimientos y llega un momento que, cuando se ha construido el tejado, se ve el conjunto de la casa y es más fácil habitarla. Quiero decir que se van sumando experiencias y lo que se está haciendo permite que se vaya más rápido con las acciones que se puedan hacer posteriormente.

Al principio, cualquier camino, y más en la reforma sanitaria, si no queremos frustrar algunas expectativas y sobre todo equivocarnos, se debe ir lento, lo cual no impide que haya un punto de inflexión en el cual se aceleran este tipo de reformas en base a estas experiencias acumuladas o normativas abiertas con anterioridad. Esa es la explicación, dada la complejidad que esto conlleva. Además, quiero reconocer que, mientras tanto, estamos potenciando los servicios especiales de urgencia y los servicios ordinarios, para que no haya un vacío de cara a la prestación de urgencias en la población.

— **RELATIVA A CUMPLIMIENTO DE LAS PREVISIONES CONTEMPLADAS EN LAS DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD (FORMULADA POR DON RAMON ESPASA OLIVER)**

— **RELATIVA A INDICE DE CAMAS DE AGUDOS Y CRONICOS QUE UTILIZA EL MINISTERIO DE SANIDAD PARA LA PLANIFICACION SANITARIA (FORMULADA POR DON RAMON ESPASA OLIVER)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Para formular la tercera, pregunta, relativa a cumplimiento de las previsiones contempladas en las disposiciones transitorias y finales de la Ley General de Sanidad, tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER**: Como le he indicado antes al señor Presidente, ésta sería la última y voy a hacer la cuarta pregunta.

Señor Subsecretario, antes he cometido un error que quisiera corregir. Me he referido a un Ministro personalizando, cuando no debería haberlo hecho. Se trata de un Ministerio, de una política. Pero los hechos son los hechos, señor Subsecretario, y ustedes mismos, estando usted en el equipo actual Ministerial, nos han ilustrado, lo agradezco, con unas curvas donde se demuestra la desinversión sanitaria durante 1982-1986 y el repunte 1987-89; no tenga pudor, no tenga vergüenza, lo han editado ustedes. Gracias, y lo hemos podido ver y nos hemos ahorrado hacer nosotros los cálculos, y se ve cómo la curva de inversiones baja y en 1987 empieza a subir. Si lo han hecho ustedes, no le dé vergüenza, señor Fernández Noriega, ahí está, dejemos ya este tema.

Sobre el tema de urgencias ya está todo dicho, pero la mitad, insisto, la mitad es mucho, porque estoy hablando de criterios, no de posibilidades. Un nuevo equipo puede montarse, y en mi opinión debe montarse, con toda la estructura, y si no lo hacen así, pueden tener problemas, y se lo digo con la mejor buena fe constructiva en este caso. En la medida en que lleven tanto retraso entre equipos de atención primaria y equipos que hacen toda la atención integrada, pueden tener un susto, señores del equipo ministerial.

Bien, pasemos ahora a la pregunta sobre los recursos, los índices de camas. Aquí sí voy a referirme, señor Subsecretario, a un recurso físico. Hemos dicho antes que no es lo fundamental, pero usted sabe que es un recurso emblemático, es un recurso que nos atizamos a la cabeza mutuamente oposición y Gobierno, las distintas fuerzas, porque se ha dado en emblematicar el número de camas que tiene un país, el tipo de estas camas, en un determinado parámetro para medir la buena o mala asistencia. Todos sabemos que no es el único, por tanto ya ahí también me pongo yo el parche antes de la herida; ya sé que no es el único, pero insisto, es emblemático, se utiliza en todas las estadísticas de comparaciones internacionales y en esta medida se lo planteo. Se lo digo porque si quiere nos ahorramos que usted me recuerde todo esto, lo podemos ahorrar y vayamos al núcleo político.

El núcleo político de la pregunta es saber, porque yo no lo he podido averiguar, cuál es el índice para planificación o para cobertura de objetivos políticos, incluso aceptando que los objetivos políticos incluso aceptando que los objetivos puedan ser cambiantes; cuál es el criterio que tiene el Ministerio en cuanto al índice ideal o la «ratio» ideal de camas de agudos por mil habitantes y camas de crónicos; cuál es, si lo utiliza, si está lejos o cerca de cumplir sus propios objetivos, porque esto sí que nos ayudaría un poco más a valorar si estamos cerca o lejos

del índice medio que deberíamos tener tanto en agudos como en crónicos, si estamos cerca o lejos de la media europea o de la medida de la OCDE, etcétera.

No voy a entrar en esta primera parte de mi pregunta en comparaciones; pero sí insistir en que, al menos este Diputado, y lo ha buscado bastante, no ha podido encontrar un punto de referencia para ahora, en la primera parte de la pregunta, decir: es que ustedes han dicho tal y no lo han hecho. No sé cuál es el índice de agudos que utiliza el Ministerio, no sé cuál es el índice de crónicos, el que utiliza para planificar y el que pueda utilizar para evaluar los resultados de su propia política. Insisto, y aceptando que puedan ser cambiantes, ¿cuáles son, pues, estos índices?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tíenela la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Ya que el señor Diputado se ha permitido aceptar su error sobre el Ministro Lluch, yo se lo agradezco, pero también me permite algo que respondería a la segunda pregunta que reconozco que, si se me permite en esta Cámara, a la cual yo no estoy acostumbrado a venir, me ha ofendido algo, y en gran medida usted acaba de quitarme esa ofensa. Hay diferencia entre lo que usted me ha dicho y lo que manifiesta en su pregunta, para que vea esa evolución, que no comprendo, de su Grupo en los últimos meses, en criticar de una forma que yo diría desmesurada. Me dice: reconocemos todos que ha habido una desinversión de 1982 a 1986 y un repunte desde 1987. La pregunta que me hace usted en la segunda parte: ¿Entiende el Ministerio de Sanidad que con la política presupuestaria seguida desde 1982 y que confirman los presupuestos para 1989, caracterizada por la disminución de gasto sanitario por habitante y el prácticamente nulo incremento inversor, es posible invertir la tendencia hacia una degradación progresiva de la sanidad pública? Yo creo que hay una gran diferencia, aunque sé que usted, como yo, que no somos economistas, va a jugar a lo mejor con las palabras: gasto por persona, y otras, pero yo tengo un buen economista por maestro, que es mi Ministro —y si quiere les hablo otra vez del libro blanco— explicaciones que ya casi me sé de memoria. Sinceramente creo que, en términos populares, se ha pasado con su pregunta en este aspecto, no reconociendo lo que usted verbalmente acaba de reconocer: que ha habido un repunte en 1987.

Muchas veces nos dicen que ya está bien de hablar de la herencia histórica, y a mí eso me ofende, porque llevo mucho tiempo en esto y también estuve en una Administración socialista anterior. Había que sanear el aparato productivo. Yo no sé si el Ministerio, en ese período, tuvo las vacas gordas que ahora empezamos a tener para una política social gracias a una política de saneamiento económico que nos permite alcanzar ahora las promesas, insisto, que ha ido ofertando a la población el Partido socialista obrero español y el Gobierno, que ha seguido, en consecuencia su programa.

Señor Espasa, para que sigamos dialogando correctamente, le diría que matice un poco estas preguntas, porque reconozco, como dije al principio, que me ofendió un poco, pues volvemos a estos apelativos tercermundistas de lo mal que va todo. Y yo le puedo decir que no; sinceramente, creo que este Gobierno está haciendo un esfuerzo en inversiones, hasta el punto de que se podría producir una disfuncionalidad —y le adelanto un tema, si quiere, para debatir ampliamente, como profesionales, los dos— entre las inversiones y la modernización del sistema sanitario y el rol que están cumpliendo las profesiones sanitarias. Me parece que se está produciendo, gracias a este avance de modernización por las inversiones, una diferenciación importante que no sólo consiste en decir que se debe trabajar en equipo ni con la incorporación de otros profesionales no sanitarios o no médicos en el sistema sanitario, sino que es mucho más complejo. Y eso obedece, insisto, a esa disfuncionalidad o a ese salto entre las inversiones y la modernización del sistema y lo lento que va el rol que juegan las profesiones sanitarias. Pero ese sí que es tema de otra discusión y fuera de esta Cámara.

Yo tenía preparado, como es lógico, pero si quiere le digo algo por encima y luego entro en lo que traía, en la medida en que, además, creo que esto del índice y la «ratio» de las camas es algo que está muy unido, y usted lo ha dado a entender así. Como cuando habla de los objetivos cambiantes, eso está muy unido a la estancia media y a las prácticas sanitarias. Lógicamente, no se trate de escaparse por las ramas; es simplemente la verdad; y, si hemos pasado de una estancia media de dieciocho días a una estación de diez días, eso indica que estamos usando mejor las camas; y si, además de eso, las nuevas prestaciones sanitarias y las nuevas tecnologías están permitiendo que muchos procesos que se veían en régimen de internamiento se estén viendo ahora en régimen ambulatorio o en tiempos más cortos de estancia, lógicamente el índice es variable. Ha mencionado también, muy de pasada, un indicador como es la OCDE, que está demostrando que hubo países, creo recordar de memoria, como Inglaterra, que están bajando los índices totales de camas y que hay países, como Estados Unidos, donde ha sido muchos más decorada, si quiere, esa bajada del índice total. Luego estamos, es verdad, ante el umbral fluctuante, pero esto no obvia lo que tantas veces ha dicho mi Ministro públicamente y en esta Cámara: que todavía necesitamos alguna cama más de agudos y sobre todo de crónicos. Esto quiere decir.

En el año 1988, tenemos camas totales 5,9 por mil habitantes, y quisiéramos llegar, y esto creo que está en alguna de las exposiciones que ha hecho el Ministro públicamente y aquí en la Cámara, a 6,5 ó 7 puntos de camas totales. Usted me pregunta cuántas de esas camas serían para crónicos; pensamos que eso está muy unido, lógicamente, al objetivo cambiante de una realidad, que es que crece la pirámide demográfica, pero pensamos que pueden ser 1,5 para crónicos. Creemos, por tanto, que estamos muy cerca de conseguir el índice de camas de agudos; si restamos de este supuesto hipotético ideal, que

creemos que puede estar en torno al 6,5 ó 7, el 1,5 para camas de crónicos, estaríamos —digo hipotéticamente porque ahora usted sabe que están muy mezcladas y tenemos en algunos hospitales el cincuenta por ciento cubierto de camas de media estancia pues nos lo han llenado de ancianos, pero muy cerca; y si conseguimos, a través de una buena política de camas concertadas medias o de creación de estas camas de estancia media, desalojar los hospitales de agudos, lo habríamos alcanzado. Y donde tendríamos un grave reto es en las camas de media estancia o de tipo crónico, en lo que creo recordar que estamos en un 0,35 por ciento.

Es verdad que ya que ha perseguido casi como un inspector la responsabilidad del Ministerio, le diré que en lo referente a crónicos podemos optar por dos caminos: uno, responsabilidad directa del Ministerio en la parte que todavía administra, que es el 59 por ciento, a través del INSALUD, para lo que se crearía una red de estas características; o podríamos ir también por el camino que estamos yendo en la actualidad, que es concertar con instituciones sin ánimo de lucro como «Los Hermanos de San Juan de Dios», que poseen, en estos momentos, 15.000 camas. Estamos estudiando cómo se pueden concertar conjuntamente para media estancia y hay una Comisión Mixta con instituciones privadas pero, y no se asuste, también con instituciones públicas; que instituciones públicas tenemos esa red que usted conoce, que fue transferida en su mayoría —la de la AISNA— a comunidades autónomas (aunque algunas tenemos y con nuestra responsabilidad estamos trabajando en las mismas), que reúnen esas características tanto físicas como de personal, que las harían idóneas con un poco de esfuerzo para reconvertirlas en instituciones de media o de larga estancia.

En cuanto al índice de camas de agudos, yo creo que, si logramos ir trasladando los pacientes de tercera edad que ocupan estas camas a las camas de crónicos, estaría prácticamente cubierto, aunque hay deficiencias, sobre todo territoriales, y también el Ministro se ha referido a ellas y a que vamos a actuar en los siguientes meses creando hospitales ya cercanos, como (y ya lo he prometido) el de Santiago de Compostela y algún otro que no puedo citar ahora porque no tengo la lista delante. Ya sabe la expectativa que despiertan este tipo de promesas, sobre todo en Grupos como el suyo. No quisiera adelantarme, pues, lógicamente, sé que hay algunas promesas en base a esas deficiencias territoriales.

En lo referente a crónicos, yo creo que el mejor camino para lograr el reto sería recorrerlo conjuntamente con estas instituciones que le he dicho, y, en la parte alícuota de responsabilidad, el Ministerio lo va a recorrer con aquellas instituciones de la AISNA que quedaron en manos de la propia Administración central en base a las negociaciones de transferencia, que creemos que son las que se pueden reconvertir mejor en este tipo de instituciones.

De lo que se deducía de su segunda parte, por si había alguna sospecha, le tengo que decir, sin entrar ya en temas económicos, que nunca se ha producido en este período de 1982 y 1989 un descenso en número de camas. Es verdad que, en una redistribución territorial, en algu-

nos sitios se han ido cerrando y en otros se han ido abriendo 5.500 nuevas camas con la creación de 14 hospitales, y en el período 1986-1989 ha habido 2.560 nuevas camas que se suman a las 5.500. Esto es lo que da el índice de 5,9 en el año 1988, además de las existentes, y lógicamente estoy hablando en el territorio del INSALUD y para recursos propios, como los administrados o los que son concertados del INSALUD. En cualquier caso, estas camas que le he dicho de nueva creación son del propio aparato del INSALUD y, por tanto, del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esto haría que, en el ámbito público, sumando propias —ya que le pueden interesar estos índices del INSALUD— administradas y concertadas, tengamos 3,12 por mil habitantes, camas propias, y aquí no esto contando ni a ALIX ni a ALSAS que ya están fuera, e insisto que son camas junto con administradas y concertadas. Ya le he dicho que el reto lo seguimos teniendo en media y larga estancia; tenemos 6.900 camas, que dan un índice 0,35 por ciento; también le he dicho las dificultades que tenemos para la creación de este tipo de nuevas camas. En lo que esté en nuestra responsabilidad, lo vamos a hacer, porque creemos que, además, van a descongestionar al sistema público, en cuanto a camas y procesos agudos, de algo que está siendo un problema para los propios profesionales sanitarios. Así se resolvería un mal que afecta a nuestros hospitales, pues aproximadamente el 50 por ciento son enfermos de más de 65 años y esta media crece al 9 por ciento anual y se estaría resolviendo también con este reto el aumento de camas, una mejor utilización y una potenciación complementaria y mucho más correcta de las camas.

Espero haberle respondido a todo, porque, al final, con tanto cambio de preguntas, no sé si se me ha quedado algo en el tintero.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Espasa, para réplica.

El señor **ESPASA OLIVER**: Muy brevemente, señor Presidente, puesto que las preguntas eran muchas y estamos ya agotando el tema. Voy a hacer tres precisiones, señor Subsecretario.

En primer lugar, creo que, aceptando el umbral y la posibilidad del cambio en los objetivos, deberían ustedes pronunciarse con mayor énfasis y precisión en cuanto a planificación y evaluación de resultados, porque así tendríamos criterios objetivos sobre los que discutir Gobierno y oposición, en la misión que tenemos, desde distintos ángulos, los dos de velar por el mejor servicio público en este caso de la Sanidad. He de significarle que, en nuestro país, en estos momentos, la tasa de natalidad está muy estabilizada, para algunos demasiado baja o a la baja; las migraciones interiores están prácticamente terminadas y, por lo tanto, es mucho más fácil ya la planificación y la evolución de las pirámides de edad, etcétera. Sería necesario que ustedes hiciesen de forma más solemne, no sólo en una simple respuesta (y valoro mucho su respuesta a una pregunta) esta fijación de criterios sobre camas de crónicos, camas totales y camas de agudos.

Si le he entendido bien, usted decía que la hipótesis total era el 6,5 o el 7 por mil, a descontar el 1,5 de crónicos. ¿Es que el objetivo del Ministerio sería entonces un 5 por mil agudos? Me parece absolutamente desorbitado?. ¿O es que estaba mezclando allí camas de media estancia? Lo digo porque, al final, usted nos ha dicho el objetivo total aproximado entre 6,5 y 7, pero no nos ha dicho la «ratio» de agudos ideal. No le pido que se comprometa usted ahora en un acto digamos de rango ministerial o de Subsecretario porque no es el momento, pero insisto en esta cuestión.

Respecto a la segunda parte del pregunta, no la voy a abordar ahora aquí; puedo aceptar que la reducción no es lo feliz que debería ser, pero, señor Subsecretario, aunque sé que es su misión, su obligación y seguramente su convicción, el Planglos voltairiano se queda corto a su lado. Resulta que estamos en el mejor de los mundos, todo va bien, todo va perfecto, según sus explicaciones; yo entiendo que usted tiene este papel y esta misión que jugar hoy aquí, pero reléase usted a Voltaire y verá que, a lo mejor, se está pasando de ver lo bien que van todas las cosas. Yo sólo le quisiera recordar un trabajo reciente que he leído —no lo he hecho yo— de un destacado dirigente de un importante sindicato de su rama sanitaria, donde demuestra cómo, de 1982 a 1987, además de las pocas cantidades que se han dedicado a inversiones, ha habido importantes incumplimientos en el gasto, que después se han corregido del 1987 para acá. (El señor Presidente ocupa la Presidencia.) Es decir, que sí que hubo desinversión y no todo se debió a que eran malos momentos; hubo una opción política del partido y del Gobierno socialista de no incrementar el gasto sanitario; estará justificada o no, ya lo valoraremos o lo valorará el electorado en su momento.

Paso señor Presidente, a la última de mis preguntas, que, de alguna forma, pretende resumir en el plano jurídico y político todas las que hasta ahora he formulado. Le voy a hacer así porque hemos dedicado ya mucho tiempo, tanto el señor Subsecretario como yo mismo, a dos frases casi lapidarias y que se podrán tildar de esquemáticas de valoración política. El retraso normativo, operativo y financiero, en la implementación de la Ley General de Sanidad es, a nuestro entender, muy importante. Lo he intentado argumentar con distintos parámetros a lo largo de mis preguntas y de la última que le formulo, señor Subsecretario, que supongo que es la que usted tendrá mejor preparada por los servicios técnicos de su Ministerio. Quiero simplemente recordarle que hay una batería de disposiciones adicionales transitorias, finales y derogatorias que no han cumplido. Y éste es un simple índice de este retraso al que tantas veces me he referido. Y no voy a entrar ahora a especificárselas pues seguro que usted las tiene mucho mejor detalladas que yo mismo, porque tiene más funcionarios que le ayudan a contestarnos bien y a poder ejercer de Panglos como tan bien lo hace usted.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Espasa, muchas gracias por el intento de facilitar el trabajo de la Mesa, pero yo

creo que nos lo ha complicado formulando sobre la marcha la tercera pregunta. ¿Ha acumulado la cuarta y la tercera?

El señor **ESPASA OLIVER**: He formulado ya la última pregunta.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo. Entonces queda la réplica del señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Señor Diputado, es verdad que con los «ratio», mientras que la realidad demuestre que están mezclados, es muy difícil jugar. Sabe que tradicionalmente (y además, son parámetros de organizaciones internacionales, sobre todo CÉDES, sobre los cuales los Sanitarios hemos estudiado estos temas), el «ratio» ideal estaba en 3,5 por mil habitantes, y el de crónicos, que ha sido menos estudiado por nosotros pero también ha habido algún estudio, la marca en lo que lo ha marcado el Ministerio, 1,5.

Es cierto que yo me he referido siempre a camas totales, porque están, de hecho, mezcladas; en la medida en que vayamos diferenciando los dos colectivos y también en base a los recursos existentes, yo creo que esos «ratio» se irán ajustando a una realidad, y en ese caso estaremos mucho más cercanos a los agudos, casi lo habremos alcanzado. Y espero que no nos pase como en otros países: que haya que disminuir, porque esto tiene un coste tremendo, pero, desde luego, tendremos el reto en los crónicos. Por lo tanto, el «ratio» es el tradicional.

Lo que sí le quiero decir, porque, aunque no soy economista, esto me lo he aprendido muy bien, es que el Presupuesto del INSALUD, señor Diputado —y nunca nos ponemos de acuerdo en esto, señor Espasa— ha aumentado en un 35 por ciento desde 1982. Es así, según los datos que, además, le hemos dado en el «librito», y, si quiere, un día lo leemos los dos y me dicen en qué se equivocan los equipos técnicos y lo corregimos, en pesetas constantes desde ese mismo año 1982.

La población se ha cubierto en un quince por ciento, lo cual creo que es un esfuerzo importante de este Gobierno en aras de extender una buena sanidad a todos los ciudadanos.

La Ley General de Sanidad es un tema que preocupa al Ministerio de Sanidad y Consumo. El Presidente me ha dicho que no me extienda, pero tengo que detallar todas las disposiciones, como solicita su pregunta. Y lo quisiera hacer además para que se vea que nuevamente es un poco dramática su afirmación de que hemos incumplido enormemente. Va a ver en la detallada exposición de las distintas disposiciones que no hay grandes incumplimientos y cuando los hay, a mi manera de ver, existen causas justificadas por su complejidad. Pero, en cualquier caso, se ha cumplido bastante y otros incumplimientos dependen de las comunidades autónomas o de otros departamentos, como veremos en el caso de la disposición que trata de la salud laboral, y usted ya conoce por boca del propio Ministro de Trabajo y Seguridad Social, don Ma-

nuel Chaves, que hay un texto que está a punto de aprobarse, que es un anteproyecto. Paso, entonces, a lo que puede ser más ordenado y más ilustrativo.

La disposición transitoria primera se refiere a decisiones que no corresponden al Estado sino a las comunidades autónomas y corporaciones locales en el ejercicio de sus facultades de autonomía. Tengo aquí la Ley, pero creo que usted sabe de memoria a qué me estoy refiriendo y, por tanto, no vamos a hacer una doble lectura, que nos prolongaría mucho en el tiempo.

La disposición transitoria segunda es la que se refiere a la coordinación entre los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Social de la Marina y los distintos servicios de salud. Respecto a esto, ha de señalarse que, por lo que corresponde a la gestión del Instituto Nacional de la Salud, existe un convenio de cooperación con el Instituto Social de la Marina para la atención de la asistencia sanitaria a las zonas cubiertas concurrentes de ambos servicios. Ya sé que puede pensar que la mejor coordinación posible es la integración, pero, en cualquier caso, la Ley General de Sanidad nos mandata para una coordinación y, por tanto, en «sensu estricto» de la Ley, estamos cumpliendo ese mandato. Ello sin plazo y ya le digo que ha habido un convenio, por lo que lo estamos adecuando a lo que dice la Ley en el tiempo correcto.

La disposición transitoria tercera no impone medidas concretas a la Administración del Estado, salvo en lo relativo a los convenios que puedan celebrarse con las comunidades autónomas para concretar un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios. En aplicación de esta previsión se han firmado convenios de cooperación con todas las comunidades autónomas que no tienen competencia en materia de asistencia sanitaria en la Seguridad Social, y como sería muy extenso referirme a ello, le puedo trasladar un informe por el que verá que con Asturias hay diez; con Aragón, cuatro; con Baleares, dos; con Canarias, tres; con Cantabria, cuatro; con Castilla-León, seis; con Navarra, ocho, etcétera. Se está actuando sujetos al espíritu de la Ley y dentro de estos marcos de convenios con las comunidades autónomas.

En cuanto a la disposición transitoria cuarta, desde la publicación de la Ley, se ha transferido la gestión del INSALUD a las comunidades autónomas del País Vasco y Valencia. Al País Vasco por el Real Decreto, 1536/87, de 6 de noviembre, y a la Comunidad Valenciana por el Real Decreto 1612/87, de 26 de noviembre. Sabe usted que esta disposición transitoria no genera una normativa de desarrollo sino que es la ejecución de la constitución de los Estatutos y del espíritu de la Ley General de Sanidad, y por ello hemos hecho estas dos transferencias desde la publicación de la ley, siguiendo los criterios y las previsiones que marca la propia Ley General de Sanidad.

Respecto a la disposición transitoria quinta, le tengo que decir que en la extensión de la asistencia sanitaria nos sentimos bastante orgullosos. De acuerdo con lo que prevé la ley, se viene realizando de forma progresiva. Así se ha hecho y en este sentido se han dictado los decretos de extensión de asistencia sanitaria. Si quiere se los leo, pero creo que los conoce bien y supongo que en este tema

compartirá con nosotros que hemos hecho un gran esfuerzo y que se ha conseguido una amplia extensión de la cobertura, cerrada ya con la universalización de la misma, anunciada en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989, que estamos a punto de desarrollar en su materialización. No cito, pues, la cantidad de órdenes y reales decretos que hemos sacado en previsión de esta disposición.

En cuanto a las disposiciones finales, la primera prevé la refundición de la legislación sanitaria en materia de formación pregraduada, postgraduada y especialización sanitaria. En este punto pretendo extenderme un poco más, porque vamos a hablar de la complejidad que tienen estos temas. En cumplimiento de esta disposición, se está elaborando en la actualidad un borrador de real decreto, especialidades médicas y sanitarias de licenciaturas no médicas, que regulará, acelerará y armonizará la Ley 20 de julio de 1955, el Real Decreto 2015/78, que está derogado, el de 15 de julio y el Real Decreto 3303/78, sobre especialidades de la profesión médica, así como la Ley 24 de 1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas, las de los MIR, que usted conoce, y el Real Decreto 127/84, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención de título de médico especialista. La demora en la tramitación de este proyecto obedece a la complejidad —y no me lo puede negar, señor Espasa— del mismo. Y le digo por qué. Porque está acentuada por algunas circunstancias importantes: por un lado, la incorporación a las comunidades Europeas, que ha obligado a adecuar las titulaciones de «currículum» académico y prever las medidas para libre circulación de profesionales sanitarios. Está en estudio. Se celebró el seminario internacional con expertos de la OMS y de la CEE, Consejo de Europa, para estudiar el último borrador de texto, que ya está bastante terminado; y la necesidad en este caso especial de consenso entre organismos e instituciones ajenas a la Administración del Estado. Me estoy refiriendo a universidades, al Consejo Nacional de Especialidades, que ha sido uno de los grandes protagonistas del borrador, y corporaciones profesionales, que es un tema complejo, como usted bien sabe. En este sentido, ya le he anunciado que ha habido un simposium internacional, revisado por el Consejo de Europa y por la OMS, y ya está elaborado y bastante avanzado el borrador de texto, gracias a este trabajo conjunto de todas estas instituciones y los expertos internacionales.

El párrafo segundo del artículo primero de la Ley 37/82, de 21 de julio, sobre hospitales con centros de formación y especialización, ha sido regulado por el Real Decreto 1558/86, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. Usted bien conoce que se siguen firmando acuerdos cada año en el marco de esta norma.

En cuanto a la Escuela Nacional de Sanidad, que también prevé esa disposición final primera, sus funciones se han regulado dentro del Real Decreto 10/88, de 8 de enero, por el que se determina la estructura, organización y

régimen de funcionamiento del Instituto de Salud Carlos III.

Con la disposición final segunda se ha iniciado la integración de algunos regímenes especiales en el régimen general de la Seguridad Social, tales como los mencionados en un anexo que prefiero entregarle.

Respecto de funcionarios y empleados de la Administración local, se está estudiando con el Ministerio para las Administraciones Públicas y no puedo negar a su señoría que es una tarea compleja y en la cual no cabe duda que llevamos un cierto retraso, pero tenemos —insisto— que verlo también con las Administraciones locales y con este otro Ministerio.

En cuanto a la refundición de los diferentes servicios de la sanidad nacional, ha de señalarse que los centros, servicios y establecimientos inscritos a tales fines —antituberculosos, leproserías, etcétera— han sido objeto de transferencias —lo conoce bien— a las comunidades autónomas en que radican, quedando en el listado sólo los que constituyen centros de referencia nacional, que se han integrado en el Instituto de Salud Carlos III, o los estrictamente asistenciales, en el Instituto Nacional de Salud.

En lo que se refiere a asistencia en psiquiátricos y beneficencia, hay un doble tratamiento. Los psiquiátricos, como dice en la Ley General de Sanidad, como estructuras infracomunitarias, se deben integrar a la creación del servicio regional de Salud en las comunidades autónomas, y aquí no hay distinción del marco competencial tanto del artículo 143 como del 151. Por otro lado, la beneficencia, que es más bien un colectivo sujeto a la universalización que prevé la Ley de Presupuestos Generales, también se ha cumplido.

En cuanto a la asistencia sanitaria a los internos penitenciarios, se ha dictado el Real Decreto 319/88, de 30 de marzo, dictada en colaboración con el Ministerio de Justicia.

Para la disposición final tercera no hay un plazo como tal, ya que a veces nos referimos con excesiva puntualidad a los plazos.

La plena integración en el sistema nacional de salud de hospitales clínicos o universidades se realizó por la Orden de 13 de septiembre de 1985 y el Real Decreto 1523/86, de 13 de junio, en los hospitales clínicos de las universidades de Cádiz, Granada, Málaga y Sevilla.

En cuanto a la integración de mutuas, mutualidades, instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, debemos señalarle que la integración puede realizarse de un modo orgánico, lo que ha ocurrido con el hospital de la Cruz Roja en Melilla, por Real Decreto 1586/88, de 23 de diciembre, o de una forma funcional, mediante el concierto, y existe concierto con la práctica totalidad de las instituciones sanitarias de cierto nivel de calidad.

En relación con la disposición final cuarta, su desarrollo se presenta complejo, lo reconozco, por cuanto que las comunidades autónomas tienen competencias la materia de homologación de instalaciones y equipos, y por ello habría que acudir a una redacción excesivamente genérica —entendemos— y poco o nada operativa. Es preferible —y así lo estamos estudiando— actuar sectorialmente re-

gulando los requisitos mínimos por tipos de centros o servicios: se hizo con los trasplantes y se ha hecho con otro tipo de servicios que permiten un mayor operatividad.

En cuanto a la disposición final quinta, es un tema que estamos llevando en la Subsecretaría personalmente, porque creemos que es muy importante. Es verdad que se ha incumplido el plazo, pero es que es una materia sumamente compleja en cuanto a la refundición de normas relativas a la salud públicas; esto es difícil, usted lo puede y lo debe comprender. De todas maneras, tenemos un borrador...

El señor **PRESIDENTE**: La Presidencia le rogaría que acelerara.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Tenemos un proyecto de Real Decreto; el retraso creo que lo ha comprendido. De todas maneras, hay algunas cosas que nos deben hacer reflexionar, y es que con carácter previo el Consejo Interterritorial va a dar su opinión y, por tanto, eso también requiere un tiempo y, además, algunas de las materias que regulan esta disposición han sido transferidas o son objeto de transferencia a las comunidades autónomas. De todas formas, le quiero decir que en los próximos días se envía al Consejo de Estado y tendré mucho gusto en remitir a S. S. esta importante norma, que hace referencia a la disposición final quinta.

Disposición final sexta. No hay plazo. La competencia fundamental en esta materia de sanidad e higiene en el trabajo es del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El Ministro ya lo ha anunciado, se está trabajando sobre ella y también el Ministerio de Sanidad y Consumo ha colaborado.

Disposición final séptima. No hay plazo. El Reglamento de régimen interior del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fue aprobado con fecha 7 de abril de 1987.

Disposición final octava. Para dar cumplimiento a la previsión de esta disposición se dictó el Real Decreto de Sanidad Exterior de 13 de junio de 1986.

Disposición final novena. No hay plazo. En el desarrollo de la misma se contempla el Real Decreto 1945/86, sobre estructura del departamento y entidades gestoras de la Seguridad Social, INSALUD; el Decreto 521, que conoce usted bien, por el que se aprueba el Reglamento, estructura, organización y funcionamiento de hospitales; Real Decreto sobre ordenación de servicios sanitarios gestionados por el Instituto; asimismo, se dictó el Real Decreto 10/88, de 8 de enero, por el que se determina la estructura y organización Carlos III y, en general, las disposiciones relativas a estructura, organización y funcionamiento del departamento que ya le he mencionado.

Disposición final décima. No hay plazo. No prevé la adopción de medidas concretas, pero esta previsión se ha desarrollado, como le decía al principio, en gran medida en la Ley 30/84, de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

Disposición final undécima. No hay plazo tampoco. En

cuanto a los cuerpos estatales, alguna previsión se contempló en la citada ley, pero también le quiero decir que hay otros cuerpos de ámbito local o comunitario en que tienen competencia las comunidades autónomas y, además, esta complejidad se ve agravada por la sentencia del Tribunal Constitucional a propósito de la Ley 30.

Disposición final duodécima. Esto forma parte del desarrollo conjunto de la LISMI, que ya conoce, que es la Ley de Integración Social del Minusválido, y trabajan conjuntamente los tres Ministerios en el mismo. No hay plazos y algunas acciones se conocen ya públicamente.

Disposición final decimotercera. La integración prevista en esta disposición se realiza por el Decreto que aprueba la estructura, organización y funcionamiento Carlos III.

Disposición final decimocuarta. Esta disposición marca algunas medidas que ya han sido contestadas en mi respuesta cuando hablaba de universalización, regímenes públicos de Seguridad Social que se han modificado, etcétera.

Disposición final decimoquinta. Aunque no hay plazo, las previsiones que marca esta disposición se deberán contemplar en el Estatuto marco, sobre algunas de ellas ya hemos hablado, aunque no eran objeto de la comparecencia.

Muchas gracias y perdón, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Fernández Noriega.

— **RELATIVA A PLAN GENERAL DE ASISTENCIA AL LESIONADO MEDULAR (FORMULADA POR DON CARLOS REVILLA RODRIGUEZ)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta número siete, relativa al Plan General de Asistencia al Lesionado medular, formulada por don Carlos Revilla Rodríguez, del Grupo del CDS.

Tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, con brevedad, espero no cometer ninguna descortesía con el señor Subsecretario si solicito a la Presidencia que decaiga la pregunta. La razón es que el día 28 de febrero pasado tuvimos un debate en la Cámara a propósito de una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario de Minoría Catalana, que fue aprobada por toda la Cámara, con una enmienda del Partido Socialista.

Entiendo que el debate que hubo en torno a este asunto ha agotado la razón de mi pregunta. Por tanto, sólo queda esperar en qué medida el Gobierno cumple aquello a lo que la Cámara le ha instado, y pienso que habrá ocasión, en todo caso, de repetir la pregunta si es que es necesario.

— **RELATIVA A MOTIVO Y COSTE DE LA PUBLICACION FOTOGRAFICA EFECTUADA POR LA SECRETARIA GENERAL DEL INSTITUTO NACIO-**

NAL DE LA SALUD (INSALUD) «FACTOR HUMANO» (FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA)

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta número ocho, relativa a motivo y coste de la publicación fotográfica efectuada por la Secretaría General del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) «Factor Humano», formulada por doña Pilar Salarrullana de Verda, del Grupo Mixto.

Tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Fernández Noriega, ¿cuál ha sido el motivo y el coste de la publicación fotográfica efectuada por la Secretaría General del INSALUD llamada «Factor Humano»?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández Noriega.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Ya habido varias ocasiones en las que públicamente me ha mencionado este libro. Es muy sencillo, creo que al Ministerio, en este caso al INSALUD, le preocupa y, por tanto, desea mostrar a casi toda la población, o por lo menos a quien se ha dirigido el libro, el factor humano íntimo de la asistencia. Otra cosa es valorar si se ha conseguido o no, pero básicamente ese ha sido el objetivo.

Es un libro regalo editado por el INSALUD con motivo de la navidad y que anteriormente formó parte de una colección que fue «nueva arquitectura sanitaria del INSALUD», creo recordar, en 1987, que fue —insisto— editado con motivo de la Navidad y como tal quería mostrar ese aspecto más humano íntimo de la asistencia, tanto por parte del paciente como por parte del profesional.

De este tipo de ediciones se realiza una tirada de 3.000 ejemplares, que no se ponen a la venta y son de exclusiva distribución interna y que se remiten a las autoridades administrativas, políticas y parlamentarias, consejeros del INSALUD e instituciones públicas y privadas relacionadas con la sanidad y autoridades locales y provinciales de las áreas de gestión del Instituto.

El coste de la edición de «Factor Humano» se evalúa en dos capítulos: de una parte, todo lo relativo a diseño y creación de la obra; el coste de este capítulo es de 4.050.000 pesetas, IVA incluido. De otra parte, los gastos de impresión y encuadernación que han importado 3.837.032 pesetas, IVA incluido. La edición de esta obra se adjudicó por el procedimiento de contratación directa previsto en el artículo 227.3 del Reglamento General de contratación del Estado, que exige al órgano de contratación que concurren al menos tres empresarios relacionados con el objeto del contrato.

El INSALUD está realizando estos últimos años un gran esfuerzo, como usted conoce, de promoción de sus publicaciones, alcanzando en 1988 casi los 2,5 millones de ejemplares, publicaciones monográficas, periódicas, carteles y folletos, con un coste total de 119 millones, pero

—insisto— en el conjunto de todas las publicaciones de carácter científico o divulgador de este organismo.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: La verdad es que los 3.000 ejemplares y los 8 millones de pesetas me confirman más —y, por supuesto, es una opinión particular— que no existe ninguna relación entre el costo y los resultados.

Supongo que todos los señores Diputados conocerán este libro que tengo aquí. No le veo otro objetivo que el conseguir una publicidad absurda y engañosa. Digo absurda, porque las fotografías que se publican no me parecen que apoyen en nada las palabras de presentación del propio Ministro de Sanidad y Consumo, que dice que las máquinas no sustituyen la diligencia, la habilidad, el respeto, la generosidad, la compasión, el acogimiento, la paciencia, la proximidad, la comunicación, el tacto y la cordialidad hacia los que necesitan asistencia, tan con sustanciales con las profesiones sanitarias, y la médica y la de enfermería en particular. Creo que ninguna de estas fotos da ningún índice ni del acogimiento, ni de la paciencia, ni de la proximidad, ni de nada de lo que dice el señor Ministro. A mí me parece que recuerdan mucho más, sobre todo las fotografías de los diversos grupos de sanitarios, las de cualquier empresa de productos de peluquería —lo digo por lo de las batas blancas—, algunas hasta, por la oposición a equipos de fútbol. Me parecen increíblemente poco aptas para ayudar a reconocer el factor humano en los hospitales ver a la limpiadora con la fregona en la mano, ver a pacientes instalados y sentados en las camas de los enfermos, hasta cinco visitantes en alguna de las fotografías junto al paciente. Todo esto vulnera todas las normas de visitas, incluso de higiene de la asistencia sanitaria.

Digo que es engañosa, porque todos sabemos que, desgraciadamente, existe otra carta de nuestros hospitales no recogida en el libro —tampoco tenía por qué recogerse, no lo digo por eso—, pues no sólo tienen una cara nuestros hospitales. Es una cara denunciada por este Parlamento, por el Defensor del Pueblo, en cuyo informe se dice que hasta seis enfermos hay en una misma habitación de dos camas, donde se habilitan despachos médicos para poner camas de enfermos, donde no hay tomas de oxígeno, donde falta limpieza, quirófanos que no funcionan, aparatos imprescindibles que están sin reparar por falta

de pago del mantenimiento, listas de espera de un año, etcétera.

Yo creo que esos ocho millones de pesetas (y no me alargo en vista del libro que ha resultado, porque si yo estuviera en alguna de estas fotografías me moriría de vergüenza) se podrían dedicar a otros problemas que sí hace mucha falta solucionar. Ya sé que me va a contestar que es el chocolate del loro, pero estamos siempre en lo mismo, al final con tantos chocolates del loro podríamos hacer una multinacional como la Nestlé.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Fernández Noriega): Agradezco al señor Revilla que haya retirado su pregunta, porque mi respuesta iba en ese sentido y se me ha olvidado decírselo anteriormente.

Señora Salarrullana, yo no sé si hemos conseguido o no el objetivo, pero que a través del libro lleguemos a esa imagen catastrofista que ha querido dar de la sanidad, creo que es tan fallido como lo que usted piensa del mismo. Siempre estamos en este juego de los extremos con la Sanidad pública, creo que ya va siendo hora de que nos quedemos en un centro colaborador entre todos, puesto que no es tan mala la Sanidad, aunque se pueda uno haber equivocado en el libro. Me refiero a un centro físico, no sé si su Partido está buscando un espacio físico con una ideología al respecto. **(Risas.)**

Señora Diputada, sinceramente lo que le quiero decir es que buscábamos ese objetivo, lo que ocurre es que, a veces, no sabemos hacerlo todo bien. Yo creo que no es una publicidad lujosa —vaya por delante y usted la tiene en sus manos—, no es ni absurda ni engañosa, no ha sido esa la pretensión, pero lo que sí creo es que si usted opina que no da con suficiente objetividad la imagen y hasta la puede degradar, lo lamento mucho en el caso de su opinión. No sé la opinión de los tres mil usuarios a quienes va dirigido este libro, pero en cualquier caso, yo me quedo con las palabras del Ministro, porque son las que sienten este equipo que está con él.

No tengo nada más que decir.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández Noriega.

Habiendo concluido el orden del día y agradeciendo su presencia, levantamos la sesión.

Eran las dos y treinta 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