



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1989

III Legislatura

Núm. 453

---

## POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

**PRESIDENCIA DEL SEÑOR DON JOSE CORREAS PARRALEJO,  
VICEPRESIDENTE PRIMERO**

**Sesión celebrada el miércoles, 26 de abril de 1989**

---

### ORDEN DEL DIA

#### Preguntas:

- Del señor Revilla Rodríguez (Grupo Parlamentario del CDS), relativa a situación actual del Instituto de Salud «Carlos III» («B. O. C. G.» número 292, Serie D, de 22-2-89) (número de expediente 181/001258).
- Del mismo señor Diputado, relativa a aplazamiento de algunos cursos en la Escuela Nacional de Sanidad («B. O. C. G.» número 292, Serie D, de 22-2-89) (número de expediente 181/001259).
- De la señora Salarrullana de Verda (Grupo Parlamentario Mixto), relativa al desarrollo del artículo 18 de la Ley General de Sanidad («B. O. C. G.» número 294, Serie D, de 24-2-89) (número de expediente 181/001263).
- De la misma señora Diputada, relativa a la puesta en marcha de los hospitales de día para enfermos mentales («B. O. C. G.» número 294, Serie D, de 24-2-89) (número de expediente 181/001264).
- De la señora de Izquierdo Aríja (Grupo Parlamentario de Coalición Popular), relativa a medidas a adoptar por el Gobierno para garantizar la asistencia sanitaria a las personas del medio rural en sus domicilios («B. O. C. G.» número 298, Serie D, de 3-3-89) (número de expediente 181/001273).
- Del señor Marques de Magallanes (Grupo Parlamentario de Coalición Popular), relativa a problemas en los ser-

- vicios de urgencia y medicina interna del Hospital Residencia Montecelo, de Pontevedra («B. O. C. G.» número 298, Serie D, de 3-3-89) (número de expediente 181/001276).
- Del mismo señor Diputado, relativa a asunción de responsabilidades derivadas del mal funcionamiento y la falta de medios adecuados en el Hospital Residencia Montecelo, de Pontevedra («B. O. C. G.» número 298, Serie D, de 3-3-89) (número de expediente 181/001277).
  - Del mismo señor Diputado, relativa a resolución de los problemas con que se enfrenta el Hospital Residencia Montecelo, de Pontevedra («B. O. C. G.» número 298, Serie D, de 3-3-89) (número de expediente 181/001278).
  - Del señor Santos Miñón (Grupo Parlamentario del CDS), relativa a proyectos de instalaciones hospitalarias en Canarias hasta 1992 («B. O. C. G.» número 298, Serie D, de 3-3-89) (número de expediente 181/001279).
  - Del señor Revilla Rodríguez (Grupo Parlamentario del CDS), relativa a resultados de los controles realizados por el Centro de Investigación y Control de Calidad, del Instituto Nacional de Consumo, en distintas muestras de leche («B. O. C. G.» número 298, Serie D, de 3-3-89) (número de expediente 181/001292).
  - Del mismo señor Diputado, sobre criterio del Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con el conflicto existente con los profesores universitarios de las Facultades de Medicina, tras la aparente aplicación de los Reales Decretos 1558/1986 y 644/1988 («B. O. C. G.» número 300, Serie D, de 8-3-89) (número de expediente 181/001313).
  - De la señora Izquierdo Arija (Grupo Parlamentario de Coalición Popular), sobre atención psiquiátrica o psicológica a la población infantil española («B. O. C. G.» número 304, Serie D, de 15-3-89) (número de expediente 181/001389).
  - Del señor López Guerrero (Grupo Parlamentario de Coalición Popular), sobre acuerdo sanitario firmado recientemente por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) con el Presidente de la Xunta de Galicia («B. O. C. G.» número 310, Serie D, de 3-4-89) (número de expediente 181/001425).

Se abre la sesión a las nueve y cuarenta minutos de la mañana.

#### PREGUNTAS:

##### — RELATIVA A SITUACION ACTUAL DEL INSTITUTO DE SALUD «CARLOS III», FORMULADA POR DON CARLOS REVILLA RODRIGUEZ

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Señorías, parece que el Presidente de la Comisión tiene algún problema para llegar a este Palacio esta mañana, por lo que vamos a empezar la sesión.

Damos la bienvenida al señor Secretario General de Asistencia Sanitaria, don Eduardo Arrojo, y empezamos el orden del día dando la palabra a don Carlos Revilla para formular la primera pregunta.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días. Saludamos a don Eduardo Arrojo. El Instituto de Salud Carlos III, después de que ha transcurrido ya un año de la publicación de su estructura, organización y funcionamiento, sigue presentando una vida lánguida con escasa producción de resultados; ha habido una exposición sobre las enfermedades infecciosas en La Ilustración, que es lo único que ha llamado la atención en todo este tiempo, y desconocemos realmente cuál es la situación actual de ese centro.

El 26 de enero se hizo llegar a los trabajadores del cen-

tro un proyecto sobre el Centro Nacional de Investigación Clínica y Medicina Preventiva que no decía absolutamente nada. Después de referirse a la historia del Carlos III, hacía una exposición de intenciones y de grupos de programas que se iban a constituir, pero sin que eso se haya traducido en hechos y, lo que es peor, ha llevado al personal sanitario del centro a una situación de gran inquietud, porque realmente desconocen hacia dónde se camina.

Entre tanto, parece que se está haciendo traslado de lo que iba a ser en su día el Instituto Nacional de Neurología, un edificio construido hace 12 años, donde hay ya, de un modo que yo calificaría de irregular, dos quirófanos en funcionamiento y parece que unas plantas destinadas a enfermos. No sabemos si alguna de ellas va a ser destinada a enfermos de SIDA. Justamente nos gustaría saber, en relación con este tema, dónde se realizan las intervenciones quirúrgicas de los enfermos de SIDA en el Carlos III. En ocasiones, los enfermos tienen que desplazarse de un modo muy peculiar desde los pabellones o desde otros sitios.

Por otra parte, aparecen muchas personas implicadas en el organigrama director sin que esté justificado un organigrama tan amplio teniendo en cuenta que todavía muchas de las actividades ni siquiera han comenzado.

En resumen, la desorientación es total y nosotros entendemos que es conveniente conocer cuál es la situación actual, en qué fase de desarrollo se encuentra y cuáles son las previsiones en torno al Instituto de Salud Carlos III.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Gracias, señor Presidente. Gracias, señor Revilla. Voy a intentar señalarle cuál es la situación actual y previsiones futuras del Instituto Carlos III y comentar alguna de las cuestiones que se acaban de plantear hace un momento.

Como usted muy bien dice, en el Real Decreto 10, de 1988, se reorganiza el Instituto Carlos III y se plasma en cinco subdirecciones generales. A mí no me parece, habida cuenta la cantidad de funciones que le encomienda la Ley General de Sanidad —quiero recordar que llega hasta la letra j), en una enunciación de funciones amplísima, como usted muy bien conoce— y de la cantidad de análisis, procesos, estudios y acciones sanitarias que realiza el Instituto en la actualidad —y que ya venía realizando—, no me parece —digo— que sea un organigrama «inflacionado» el dotarle de cinco subdirecciones para recoger un número tan importante de centros diferentes que tienen, ni más ni menos, que desarrollar las funciones amplísimas que, por cierto, le encomienda la Ley General de Sanidad. Una Secretaría General; una Subdirección General de Formación y Perfeccionamiento de Personal, que engloba la Escuela Nacional de Sanidad —de la que luego hablaremos—; una Subdirección General de control, que lleva el Centro Nacional de Alimentación, el Centro Nacional de Farmacobiología y el Centro Nacional de Sanidad Ambiental; una Subdirección General de Salud, con el Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus; Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Investigación Clínica; Centro Nacional de Microbiología, etcétera, y una Subdirección General de Investigación. Este es el organigrama que sin duda conoce y sobre el que, por tanto, no me voy a extender más. Real Decreto 10/1988, de Estructura del Instituto de Salud Carlos III.

Acciones institucionales a partir de la promulgación de este Real Decreto. En agosto de 1988 se nombran las personas responsables de estas subdirecciones que le estoy comentando para recoger toda la acción de los distintos centros nacionales, y en el «Boletín Oficial del Estado» de septiembre de 1988 por fin se aprueba la relación de puestos de trabajo del Instituto, lo que fue una labor muy dura, habida cuenta, como usted sabe, de que la mayoría de los trabajadores del Instituto procedían de la antigua red de la AISNA y, por tanto, había una necesidad apremiante y evidente de adaptar la estructura y la relación de puestos de trabajo al nuevo planteamiento del Instituto, porque lo que había eran los restos de la AISNA y, de esta forma, hubo que hacer una nueva relación de puestos de trabajo, que tuvo que ser negociada naturalmente con el resto de la Administración del Estado.

Finalmente y como cuestión importante, y creo que hasta cierto punto estratégica, como ustedes sabrán, el artículo 120 de la Ley 37/1988, es decir, de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, reconoce al Instituto Carlos III como un OPI, es decir, organismo público de investigación, de los incluidos en la Ley de Fomen-

to y coordinación general de la Investigación científica y técnica, Ley 13/1986. Esto se juzga importantísimo, porque se dota al instituto de un marco jurídico que le permite estos márgenes de libertad, que son compatibles fundamentalmente con lo que es la tarea de la investigación. Estamos, por tanto, en una serie de acciones institucionales continuas y sostenidas, desde un desarrollo de un organigrama y un nombramiento de responsables hasta un catálogo o relación de puestos de trabajo para ordenar lo que eran los restos —no lo digo con ninguna connotación peyorativa—, porque usted sabe que ha habido un proceso de transferencias de la AISNA a las comunidades autónomas que así lo quisieron, otros 15 hospitales de la AINSA que restaban fueron transferidos por decreto al INSALUD y el resto formaban el entramado organizativo del Instituto de Salud Carlos III. Por tanto, había que elaborar esta compleja relación de puestos de trabajo para poder funcionar dentro de la nueva estructura y había, cómo no, que dotarle de un marco jurídico adecuado, y parece obvio —y ahí espero que haya coincidencia— que el marco más adecuado de dotación es el fomento y la coordinación general, es decir, hacer un OPI o un organismo público de investigación en este instituto, lo que hace el propio Parlamento en la Ley de Presupuestos de 1989, en el artículo 120. Esto es por lo que respecta al marco institucional.

Respecto al marco de actuación física, usted mismo menciona una serie de movimientos de personal. Dentro de este marco hay una gran dispersión, como usted conoce posiblemente mejor que yo, de los distintos centros del instituto y se diseña toda una serie de traslados, una serie de obras, de acomodaciones en torno a dos grandes áreas: el área de Majadahonda, que alberga a una parte de los centros nacionales del instituto, y el área de Chamartín, donde estaba el antiguo Hospital del Rey, que se configura como la segunda área de actividad de este instituto.

Hay una serie de remodelaciones en Majadahonda para albergar al Centro Nacional de Sanidad Mental, también en Chamartín, para albergar la Escuela de Sanidad Nacional, etcétera.

Por tanto, hay —usted mismo lo menciona— una ordenación en las dos áreas de actividad, que son las de Chamartín y Majadahonda, de toda una pléyade, de toda una serie de oficinas y de instituciones dispersas en distintos puntos de la capital de España.

Respecto al aspecto institucional, inmobiliario, adaptaciones de oficinas y funcional, quiero señalarle todas las funciones, más o menos ordenadas, que el instituto viene realizando. Tengo que rechazar el calificativo de lánguidas, porque entiendo que son amplísimas y he agrupado los 32 programas que el instituto viene realizando intensivamente. Evidentemente, no les voy a cansar con el relato de los 32 programas, pero sí les puedo señalar algunos que, a mi juicio, pueden ser llamativos o más importantes, más conocidos y así recordarles cuáles son las actividades del instituto, para después pasar al campo de las previsiones, que es tanto como decir pasar al campo de la actuación en 1989. Como digo, son 32 programas que

podemos agrupar en las cinco subdirecciones, muchos de ellos suficientemente conocidos y que, insisto, no voy a relatar, puesto que ocuparía demasiado tiempo. Por ejemplo, el programa de homologación del Centro Nacional de Alimentación, con el Departamento de Estados Unidos para el control de Residuos y Carnes; Programa de Higiene en alimentos, en colaboración con la Dirección General de Salud Alimentaria, y toda otra serie de programas que, si usted desea, le puedo relatar en lo que respecta a la Subdirección General de Control. Esto es lo que resume la actividad funcional del instituto en estos momentos.

En lo que se refiere a la Subdirección General de Formación y Perfeccionamiento, tengo que hacer alusión a hechos novedosos tales como al Convenio firmado por el Instituto Nacional de la Salud Carlos III y el INSALUD, cuestión objeto de otra pregunta y que quizá sea una de las cuestiones más novedosas en cuanto al carácter que debe tener la Escuela de Sanidad Nacional frente al sistema nacional de salud y que, en definitiva, yo resumiría como que la Escuela de Sanidad Nacional no tiene que ser otra cosa, nada más y nada menos, que aquel centro de formación que sirve en todo su conjunto al sistema nacional de salud y a sus profesionales. Esta es una concepción quizá proclamada muchas veces pero nueva en el campo administrativo y que hasta ahora no funcionaba así. De alguna forma, la Escuela de Sanidad Nacional —luego podemos hablar de ello— era un centro de formación que no estaba perfectamente imbricado, y todavía no lo está —esto es un proceso— en lo que son las necesidades de formación de profesionales sanitarios de todo tipo que el sistema nacional de salud tiene en su conjunto, y éste es quizá el enfoque más novedoso que se está haciendo de la Subdirección General de Formación, junto con otros programas que también se desarrollan de educación sanitaria, de formación especializada, master de epidemiología, etcétera.

Por lo que respecta a la Subdirección General de la Salud, hay todo un conjunto de programas: el programa de vigilancia epidemiológica; formación de microorganismos tipo; laboratorio central para el resto de los laboratorios de España, cuestión fácil de enunciar pero muy trabajosa en el día a día; diagnósticos difíciles de laboratorio, y todos los programas asociados al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, que usted mencionaba; diagnósticos de laboratorio de referencia; confirmación de resultados en laboratorios; estudios epidemiológicos de SIDA y Banco de sangre; estudios sobre caracterización y variabilidad genética aislada del SIDA, etcétera.

Respecto a la Subdirección General de Investigación, hay una serie de programas desde becas hasta lo que al instituto le corresponde, el programa nacional de investigación en salud: participación en el programa de investigación de la salud para el año 2000; etcétera.

Respecto a las previsiones, evidentemente hay una labor institucional, como decía, de ordenación administrativa y otra funcional que yo resumiría en estos 32 programas de los que, por razones elementales de tiempo, les he señalado cinco o seis, que sin duda ustedes conocían.

Como previsiones al cortísimo plazo, a desarrollar en 1989, son las siguientes: culminar la localización de todos los centros del Instituto en torno a estas dos áreas principales, de Majadahonda y Chamartín; como ustedes saben, cuestiones tan sofisticadas y tan especializadas como las que hace el Instituto de la Salud Carlos III, referentes a las actuaciones de investigación, tiene que tener una ubicación correcta, necesitan un cierto «campus». Se juzga que se puede casi culminar esta ordenación en torno a estos dos focos de Majadahonda y Chamartín dentro de las actividades del instituto.

Un tema importantísimo es el que usted nos ha comentado sobre algunas informaciones procedentes del personal, la adscripción del personal a las plazas y la relación de los puestos de trabajo en que culmina o debe culminar toda una fase de ordenación de lo que son las nuevas funciones, la nueva relación de puestos de trabajo y lo que eran toda una serie de residuos de la AISNA; no lo digo —insisto— en términos peyorativos, sino entendiendo como residuos lo que queda de la AISNA después de haber hecho la transferencia a las comunidades autónomas de los hospitales que lo deseaban y de los 15 hospitales de la red restantes, salvo el Hospital del Rey, al Instituto Nacional de la Salud.

En este paquete de ordenación del personal, existe la convocatoria de plazas de nueva creación, una vez que se hace la adscripción naturalmente, incluso la convocatoria de oposiciones, para la entrada de nuevas personas en el instituto.

Por lo que respecta al aspecto funcional, existe el reforzamiento de todos los programas de investigación, control y docencia que le he enumerado, agrupados en 32, o como se quiera, pero que de alguna forma reflejan toda la actividad funcional del instituto; ampliar la participación del instituto en programas de investigación extramurales, tanto nacionales como comunitarios —esta es otra línea directriz de la actuación del instituto—, es decir, proyectar su actuación extramural a la vez que mantener sus programas de investigación intramurales; seguir estableciendo convenios con otros departamentos tanto nacionales como extranjeros; culminar la convocatoria de becas de investigación; desarrollar el nuevo programa de investigación para la salud en colaboración con la Comisión Internacional de la Ciencia y la Tecnología, en virtud de la nueva caracterización jurídica del instituto como OPI, así como continuar el establecimiento de programas de colaboración, dado el nuevo marco que todos los españoles hemos votado, un marco europeo dentro de las actividades internacionales del Ministerio de Sanidad y Consumo. En definitiva, existen unas razones de tipo institucional necesarias para el funcionamiento del instituto desde el decreto, desde los nombramientos; la relación de puestos de trabajo, que enfatizo como algo importante y laborioso; la caracterización jurídica como organismo público de investigación; existen unas acciones en el campo, y no menos importantes, de ordenación física de las actividades; toda labor de investigación y sofisticada necesita, y usted bien lo sabe, una ordenación física, un campo de cultivo, donde de alguna forma se potencien

estas investigaciones y se busquen estas economías de escala, que aconsejan este tipo de trabajos que culminarán en breve en torno a estas dos áreas de Majadahonda y Chamartín.

Asimismo, es necesaria una potenciación de todas las funciones que viene desarrollando o que está empezando a desarrollar el instituto, que se podrían estructurar en torno a 32 programas y en torno a las cinco subdirecciones que, por supuesto, de ninguna manera juzgo exorbitantes en relación a las funciones que la propia Ley General de Sanidad le encomienda, que son ciertamente ambiciosas, como tuve ocasión de comentar con S. S. en otra pregunta oral en esta misma Comisión y en esta misma Cámara. Hay previsiones de intensificar y culminar unos trabajos en 1989 que, por una parte, desarrollarán estos programas funcionales y que, por otra, entendemos que culminarán toda la ordenación jurídica, administrativa y espacial, que no es poco importante, de las actividades del instituto.

Gracias, señor Presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Muchas gracias, señor Arrojo.

El señor Revilla tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Muy brevemente, señor Presidente. Realmente, hemos conocido que van a intensificar los trabajos a lo largo de 1989, que es la frase con la cual se resume lo que el señor Arrojo nos ha dicho, pero nada nos ha explicado acerca del funcionamiento de ese edificio de seis plantas, dentro del área de Chamartín, cuál es su futuro y qué es lo que se piensa hacer con el resto de los pabellones. Efectivamente, ha quedado convertido en OPI, nos alegramos mucho de ello y esperamos, más que confiamos, que se incorpore a actividades investigadoras. Pero tengo que decirle lo que el personal sanitario en estos momentos conoce, y es que se les va a convertir en investigadores, y se preguntan cómo se van a convertir en investigadores de la noche a la mañana, cuando son personas que han estado realizando una función fundamentalmente asistencial y que no pueden pasar de buenas a primeras a una función investigadora. Si es eso lo que se espera conseguir de ese OPI, me parece que va a dar unos frutos muy magros, porque no es eso precisamente lo que se pretende en la Ley de Ciencia, a la cual usted se ha referido.

En efecto, hay muchos programas —ya lo he dicho antes— pero todos ellos no pasan de ser, en el 90 por ciento de los casos, un catálogo de magníficas intenciones, pero que en estos momentos no están recibiendo desarrollo ni impulso serio alguno, ninguna intención clara de que van a desarrollarse con un ritmo que permita esperar frutos satisfactorios. Se ha producido una oferta pública de empleo y no sé realmente si eso está en íntima relación con los programas, es decir, si hay una exacta relación entre la oferta pública de empleo y los programas.

Respecto a la Escuela Nacional de Sanidad, creo que ahora tendremos ocasión de referirnos a ella.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señoría, creo que todos nos felicitamos y consideramos adecuada la forma jurídica de OPI, y ciertamente se espera mucho de esta forma jurídica, que nos va a dar una cierta libertad de actuación en el instituto. Lo que no me parece oportuno, porque entiendo que S. S. lo conoce bien, es relatarle este programa de intenciones, con el número de análisis, el número de pruebas, el número de contactos, el número de investigaciones, el número de virus, etcétera, de todo lo que realiza el instituto. Por simplicidad de exposición, no tenía intención de contarles los 32 programas, y menos hacer un relato del número de estadísticas, que me llevaría siempre a miles de procesos y que seguramente no significaría nada para lo que supongo que debe servir todo Parlamento, que es debatir y formarnos todos una composición de lugar, naturalmente cada uno la que estime conveniente, sobre cuál es la marcha de los asuntos en estas funciones de control que el Legislativo tiene sobre el Ejecutivo.

Es evidente que aquí hay unas tareas que hay que realizar. No creo ni me consta, ni es juicioso pensar que el hecho de que el organismo esté enmarcado en lo que es un OPI signifique automáticamente que todas las personas que trabajaban en la red AISNA deban necesariamente convertirse en investigadores, porque, como usted muy bien sabe, la Ley de la Ciencia va por otro camino y tenemos una experiencia bastante amplia en nuestro país de los resultados de intentar convertir a funcionarios en investigadores. Precisamente lo que pretenden la Ley de la Ciencia y el OPI es justamente lo contrario, es dar un marco de flexibilidad, de suerte que no se hagan investigadores por decreto, no se hagan investigadores por oposición o no se haga una función pública de investigación, sino que existan unas posibilidades de programas concretos con pagos determinados dentro de lo que es el marco jurídico de la Administración del Estado, el marco presupuestario, que permita darle a la investigación lo que necesita para seguir viviendo.

Dicho lo anterior, le tengo que decir que el reto es realmente importante, porque aquí hay una Ley General de Sanidad, que elabora el Parlamento de la nación, que se hace en un momento dado y que encomienda unas funciones tremendamente importantes al instituto. Pero el instituto tiene un personal que es el procedente de una red que estaba diseñada para otra cosa, que es la red AISNA. Estos son hechos y lo que hay que hacer es lo que se hace, que es una relación de puestos de trabajo muy ardua, una adscripción del personal a los puestos de trabajo con criterios racionales; y lo que sin duda hay que hacer es una ordenación administrativa, sin la cual sí podemos decir que no se podrán potenciar seriamente las funciones de la a) a la j) que la Ley General de Sanidad nos encomienda. Ahí están los hechos administrativos, ahí está la ordenación administrativa y ahí está la actividad de programas del instituto que, sin duda, se puede rela-

tar de una manera más fría acudiendo a las estadísticas —si quiere usted, aunque a mí la palabra no me gusta— de producción de lo que es la actividad del instituto. Pero evidentemente hay una serie de cosas que hay que hacer, como es readaptar una estructura de personal de la red AISNA a un organismo moderno que es un OPI, al que le están encomendadas funciones muy importantes. Esto sin duda hay que hacerlo con seriedad, con mucha constancia y de hecho, como usted verá, hay una acción administrativa sostenida y continua de catálogos, nombramientos, decretos, relaciones, oposiciones, concursos, incluso ordenación de edificios. En este sentido, se están dando los pasos que se tenían que dar ya a la vez se está tratando de proyectar la actividad del instituto hacia Europa y no se está dejando que decaigan los programas de tipo horizontal, los programas analíticos de tipo superior con el instituto venía apoyando a lo que es toda la red sanitaria pública en nuestro país.

Esto es lo que creo que está haciéndose y naturalmente como opinión del Ministerio de Sanidad y Consumo tengo otra distinta a la que tiene S. S. No creo que haya una declaración de intenciones, sino que lo que hay son unas realidades y unos trabajos absolutamente necesarios para todo el que se quiera plantear con realismo cómo desarrollar las actividades del instituto que nos marca la Ley General de Sanidad.

— **RELATIVA AL APLAZAMIENTO DE ALGUNOS CURSOS EN LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD, FORMULADA POR EL SEÑOR REVILLA RODRIGUEZ (CDS)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Para formular la segunda pregunta, relativa al aplazamiento de algunos cursos en la Escuela Nacional de Sanidad, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Seguimos dentro del Instituto de Salud Carlos III y concretamente en la Escuela Nacional de Sanidad.

Señor Arrojo, como usted bien sabe, el 15 de noviembre de 1988 se convocaron una serie de cursos de distinta duración. Naturalmente hubo una serie de aspirantes que tuvieron que reunir toda la documentación que se exigía, lo cual significa molestias, gastos, desplazamientos, en ocasiones viajes desde puntos lejanos, etcétera. En cualquier caso, en el Boletín Oficial del Estado, posteriormente en el mes de enero y por resolución de 4 de enero de 1989 se publica que dificultades sobrevenidas para la realización de determinados cursos: directores de hospitales, gerentes de hospitales, gestión de servicios de enfermería y arquitectura de instalaciones sanitarias, dejan sin efecto la resolución de 19 de octubre de 1988. Debo señalar que estos cursos no fueron solamente publicados en el Boletín Oficial del Estado, sino que se publicó y editó un folleto que daba amplia información acerca de los mismos, que está a disposición del señor Arrojo, en el cual natu-

ralmente están explicados y diseñados los distintos cursos. Es decir, en menos de dos meses hemos pasado de la publicación y propósito de realizar unos cursos a la aparición de dificultades sobrevenidas, y estos cursos han quedado suspendidos. La pregunta es: ¿Cuáles son esas dificultades sobrevenidas y cuál es la explicación que permite aclarar satisfactoriamente el aplazamiento de estos cursos o, lo que es peor, probablemente la suspensión de los mismos?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): En cualquier caso, le manifiesto que hay que hablar de aplazamiento y nunca de suspensión, ésta es la primera cuestión que quería resaltar. Yo creo que más que dificultades, existen dos tipos de razones: unas razones que están conectadas al inmueble, con unas obras de adecuación del edificio de la Escuela Nacional de Sanidad, que sí podríamos llamar dificultades normales de obras y amueblamiento, y otras razones más de fondo que yo no llamaría dificultades, las llamaría orientación que los cursos deben tener, sobre las que me gustaría extenderme un poco más, porque creo que son sustanciales para aclarar conceptos que están ligados a lo que expresaba en la pregunta anterior, la caracterización de la Escuela Nacional de Sanidad como la escuela del sistema nacional de salud.

Empecemos por las dificultades. Hay unas razones de índole técnica, unas dificultades que son las obras de adecuación del edificio para trasladarlo al centro de Chamartín. Estas son unas obras que esperamos se realicen a lo largo de 1989 de una forma gradual, de tal modo que no impida la actividad del instituto, pero, sin duda, hay unas dificultades, puesto que hay un traslado de edificio de un sitio a otro, y esto sí lo podemos calificar de dificultades de todos comprensibles. No obstante, hay proyectos adicionales dentro del programa para adecuar pabellones a lo largo de 1990, así como proyectos de inversiones para mobiliario, etcétera.

Vayamos a la segunda parte, donde sí quisiera extenderme algo más, lo que podríamos llamar un problema si no de reorientación, sí de adecuación de lo que es la Escuela Nacional de Sanidad a las necesidades del Sistema Nacional de Salud. Como usted muy bien sabe, el sistema nacional de salud en su conjunto, y en una versión del sistema amplia, es decir, no la mera suma del Insalud más los servicios de salud transferidos a las comunidades autónomas, cuatro hasta el momento, sino el sistema nacional de salud en su conjunto, es decir, todo aquel conjunto de instituciones sanitarias que atiende, sean públicas o privadas, a los ciudadanos, tiene una serie de necesidades de formación de personal más que evidentes y, de algún modo, no estaba caracterizada de forma integrada las labores de la Escuela Nacional de Sanidad, enfocada por y para las necesidades del sistema nacional de salud. Esto es algo, sin duda, conocido. De lo que se trata es de hacer un rediseño de todos los cursos, por tanto, no le hablo de

suspensión, le hablo de aplazamiento, un rediseño cuyo replanteamiento tiene el mismo hilo conductor, que es adaptar la Escuela Nacional de Sanidad a las necesidades del sistema nacional de salud. Para ello le hablaría, fundamentalmente, de dos temas básicos: Por un lado, es el acuerdo suscrito entre el Instituto Nacional de Salud Carlos III y el Insalud, con un volumen económico importante, acuerdo que encomienda a la Escuela nacional de Sanidad las necesidades de formación que detecta el Insalud, me refiero en este caso al Insalud gestión directa, es decir, el 50 por ciento de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social está en manos del Insalud Gestión Directa, o que gestiona el Estado. Le encomienda la realización de unos cursos muy definidos de gerencia de hospitales, de dirección médica hospitalaria, de dirección de enfermería, de gestión hospitalaria, de admisión y recepción hospitalaria, de oposición de los cuerpos técnicos, y le encomienda los cursos de formación de las personas que el Insalud recluta a través de las oposiciones y concursos públicos, como hacen otras escuelas nacionales, y le puedo poner un ejemplo por mí bastante conocido, que es la Escuela de Hacienda Pública española, es decir, toda la formación de aquellas personas que se reclutan por oposición y que son muchas; curso postoposición del Cuerpo Técnico de la Función Administrativa, curso postoposición para el grupo de Gestión de la Función Administrativa, cursos a Directores Provinciales, cursos de entendimiento de nuevas tecnologías y seminarios para directivos sanitarios. En definitiva, le encomienda a la Escuela nacional de Sanidad toda una serie de cursos de dos tipos: lo que podríamos llamar, dentro del gran paquete, de formación continuada que necesita el personal de las instituciones sanitarias del Estado y, en segundo lugar, lo que podríamos llamar los cursos de formación de las personas que se incorporan mediante concursos oposiciones al sistema sanitario público. En su día, naturalmente, la Escuela nacional de Sanidad, según nuestro punto de vista, debería hacer el propio reclutamiento de estas personas que se incorporan al sistema sanitario público, lo cual sería su caracterización pura como Escuela del Sistema Nacional de Salud, que entendemos que es lo que debe ser, ir por ese camino. Evidentemente, esta proyección no debe restringirse al Insalud gestión directa como marca este convenio que hemos firmado y esta encomienda que hemos hecho de formación de los responsables del Insalud a la Escuela Nacional de Sanidad, a los responsables del Carlos III, sino que debe proyectar su actuación a las comunidades autónomas transferidas y coordinar también las actuaciones de las distintas escuelas de salud pública transferidas. Los cursos que usted menciona, de alguna forma, están todos contemplados en este convenio que realiza el Insalud con la Escuela nacional de Sanidad.

Como segundo vector importante, yo le hablaría de la formación de gerentes, y le hablaría de los incipientes trabajos que estamos haciendo para desarrollar con seriedad algo que en el argot sanitario se menciona como el GIR, el gerente interno residente. Es una necesidad, como usted sabe muy bien, muy sentida, es decir, tenemos unas necesidades de formación de personal asistencial, pero te-

nemos unas necesidades no menos llamativas de formación de personal para administración sanitaria. Estamos haciendo un curso piloto muy importante que vamos a iniciar, no el uno de mayo, puesto que queremos iniciarlo a principios de mes, pero sí posiblemente el uno de junio, de estancias, al lado de los gerentes de las grandes instituciones sanitarias, de personas adjuntas que serían, digámoslo así, la primera promoción informal, en estancias durante seis meses, con un programa —puedo remitir información a todo el que lo desee— perfectamente estructurado de lo que podría ser el embrión de lo que deberían ser los gerentes internos residentes, o las personas que se ocupen de las funciones de administración en las grandes instituciones sanitarias.

Se trata de un cambio total de planteamiento. Como usted sabe, los cursos de gerencia constaban de 400 horas lectivas fundamentalmente de materias teóricas, de lo que se trata ahora es de situar al posible administrador sanitario en una institución sanitaria durante seis meses haciéndole rotar por todos y cada uno de los servicios de la mano del gerente que está seleccionado y preparado para ello, y completando su formación con cursos que se realizarían posiblemente los últimos jueves y viernes de cada mes, cursos de formación más teórica que complementarían esta formación práctica.

Como usted puede comprobar, hay un cambio diametral de planteamiento en lo que se refiere a la formación de gerentes, digamos que el hilo conductor ahora es situar al alumno, a la persona que debe ser formada, en un centro determinado y hacerla recorrer materialmente todos y cada uno de los grandes servicios que tiene el hospital, a partir del uno de junio, durante seis meses. Esto sería el embrión de lo que podría ser la formación de gerentes, que es el curso más conocido de esta Escuela, cambiando el sistema de las 400 horas lectivas teóricas a permanecer de momento seis meses en un hospital nacional recorriéndolo de la mano del gerente y encomendándole éste unas funciones con llevanza del libro diario, con informes confidenciales del gerente, que es su tutor, etcétera; un curso perfectamente definido de toda una serie de personas a lo largo de los hospitales, complementándolo con una formación teórica, naturalmente en la Escuela y de la mano del director que, como usted sabe, es nuevo, con nombramiento reciente. Este cambio de enfoque bastante radical, si me lo permiten, explica el aplazamiento de estos cursos de gerente. En definitiva, unas dificultades físicas, el cambio de instalaciones, de todos comprensibles, que están solventadas prácticamente, con unos replanteamientos que tienen todos este enfoque: la Escuela nacional de Sanidad debe servir al Sistema Nacional de Salud y, por tanto, debe procurarse la formación permanente de los profesionales que están en él, hasta, en su día, el reclutamiento y la formación de los profesionales que deben entrar en el mismo, así como el perfeccionamiento de los cursos de formación de los que estamos reclutando y tienen que hacer cursos posteriores al concurso oposición.

Como usted ve, hay toda una serie, yo le puedo remitir el convenio con el INSALUD, de cursos definidos con sus

horas lectivas, que atienden a las necesidades que tiene el INSALUD y que demanda a la escuela que los forme, a la vez que le solventa el problema de financiación, y como gran novedad —o a mí me lo parece, al menos, y de alguna manera tengo una gran esperanza en ello—, hay un nuevo enfoque de la formación de Gerentes, enfoque que pasa de 400 horas lectivas teóricas a un curso práctico, estando donde entendemos que se forman los gerentes o las personas de administración de los hospitales, que es allí donde hay problemas y donde les van a enseñar a resolverlos, sin menosprecio naturalmente, de una serie de horas lectivas para la formación teórica. En definitiva, dos tipos de razones, razones de reorientación en una determinada dirección, razones de ubicación física de todos comprensibles.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Revilla tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: El señor Arrojo, hábilmente, ha desviado el tema hacia la nueva orientación y hacia los nuevos cursos de gerente, que dicho sea de paso, agradecemos tener la ocasión de enterarnos de su creación.

Antes de entrar en el tema de la pregunta y ya que usted ha demostrado tanto interés y se ha mostrado encariñado con estos nuevos cursos de gerente, voy a permitirle hacer un comentario.

Señor Arrojo, yo no sé si esos cursos de gerente darán resultado, pero creo que mientras no se modifique el sistema de gestión, de administración de los hospitales, lo que esos gerentes van a aprender es algo que les va a servir de muy poco para el día de mañana, porque lo que está claro es que esa reforma es absolutamente necesaria y tardará más o menos tiempo en instaurarse, pero no podemos dejar de realizarla.

En cuanto a la capacidad que tengan los gerentes actuales, usted ha dicho que los van a llevar de la mano para convertirse en profesores y maestros de estos nuevos gerentes. Permítame que le señale también serias dudas. Ya tuvieron que hacer los gerentes un enorme esfuerzo para poder convertirse de la noche a la mañana en gerentes, cuanto más ahora para convertirse en maestros. Pero, en fin, este es otro tema.

Volviendo a la pregunta, realmente, señor Arrojo, se confirman totalmente las reservas y las sospechas que yo ya tenía cuando planteé la primera pregunta de modo global referida a todo el instituto. Fíjese usted que no ha habido tiempo hasta ahora para darse cuenta de que la Escuela nacional de Sanidad tiene que tener una nueva orientación, y además que es necesario crear unos nuevos cursos de gerente. Bien; cabría todavía aceptar que esto necesita un cierto tiempo para ser alumbrado y que se ha producido cuando se ha producido. Pero lo que yo me pregunto es que cómo se organizan y se convocan esos cursos sin haber previamente decidido cuál era el contenido de los cursos que se iban a dar y, por tanto, sin haber estudiado previamente la orientación de esos cursos, eso se hace «a posteriori». Y lo que es peor, que no se había pre-

visto que era necesario hacer unas obras, y al parecer no unas obras pequeñas de un par de días, sino que usted nos ha dicho que se realizarán a lo largo de 1989. Es decir, que se convocan los cursos sin saber que no se está en condiciones físicas de poder albergar a los profesores y a los alumnos. Esto es lo que yo decía antes, es decir, es un catálogo de buenas intenciones; pero un catálogo de buenas intenciones que en cuanto pasan, los que pasan, a la realización, nos encontramos con una falta de estudio previo, con una total improvisación y con una total falta de eficacia y de capacidad para sacar provecho a todas esas funciones que, como usted bien dice, la Ley General de Sanidad encomienda al Instituto Carlos III.

Yo creo que esto es lo que realmente debe preocuparnos, y esto es lo que pone de manifiesto y evidencia en la opinión de este Diputado el aplazamiento, no suspensión, de estos cursos. Esperemos que este aplazamiento sea para bien, aunque tengo para terminar que volver a señalar, y si puede servir de advertencia mejor que mejor, que se piense antes qué es lo que se va a enseñar y qué es lo que es necesario realizar profundamente en los hospitales para que pueda servir de ámbito de enseñanza.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Secretario General tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señor Diputado, hace dos años y medio en el sector sanitario se negaba, como usted muy bien sabe, la necesidad de la existencia de gerente en las instituciones públicas. No se negaba por parte de S. S., pero se negaba en el ambiente sanitario, y a la vez que se reconocía la bondad de la existencia de gerente en los hospitales privados, tuvimos grandes dificultades para, de alguna forma, introducir en la cultura del sector sanitario la idea de que es necesaria una gerencia, una administración en los hospitales públicos como en cualquier empresa de servicios. Aquí se han dado pasos importantísimos, y yo le puedo señalar que ya en 1987 algún gerente tuvo alguna dificultad, y usted lo conoce, en determinados momentos, desde rotura de puertas, etcétera. ¿Por qué? Porque el hecho no estaba asumido, y si vamos a la historia de la Administración sanitaria, le puedo decir que hay una regresión desde determinadas leyes de hospitales anteriores, hay una regresión en la figura de la administración sanitaria. Por tanto, yo le diría, primero: no creo que debamos restringir la formación de gerentes a los gerentes del INSALUD, sino que, como usted sabe, tenemos una concepción del sistema de salud amplio; en segundo lugar, está admitido ahora mismo que debe existir un gerente, que debe existir una dirección médica, una dirección de enfermería, que debe existir una administración de las instituciones, está admitido y esto ya forma parte de la cultura de cada uno, pero este es un camino que se ha andado en el sector sanitario, quizá algunos que viajaban más al extranjero sabían una cuestión que ahora se sabe y nadie impugna, pero hace dos años, en esta misma Cámara, he tenido ocasión de hablar en determinados conflictos de los problemas que teníamos porque

no se asumía en el sector que debiera haber un gerente. Esto es algo evidente, por tanto, sí hay un avance importante en los temas gerenciales y de modelo y, sin duda, le digo más, le digo que no es que se piense en las cosas de un día para otro, de lo que yo le estoy hablando ahora es de que la idea de que la escuela debe servir al sistema nacional de salud, idea que algunos teníamos desde que nos venimos ocupando de estas cuestiones, desde hace mucho tiempo, se está plasmando ahora en hechos concretos, en cursos y convenios firmados y en algo de lo que se lleva hablando muchos años, que es la figura de los GIR. De modo que yo tendré el gusto de enviarle a usted el programa de formación que vamos a iniciar con éstos, todavía no «de iure», gerentes Internos Residentes, puesto que necesita un desarrollo normativo del Ministerio de Educación, pero sí «de facto», con una nueva formación que está ahí y que vamos a realizar.

Hay un cambio, una ubicación nueva, que no paraliza totalmente las actividades de la Escuela, porque son unas remodelaciones graduales, y hay un replanteamiento que se plasma ahora, y este replanteamiento produce un aplazamiento de unas semanas, de unos meses en una serie de cursos. Este es el estado de la cuestión, lo importante es ir en la dirección correcta y, a mi juicio, se va y lo importante es que en esa dirección correcta se plasmen iniciativas que sirvan al sistema internacional de salud, y esto es exactamente lo que se está haciendo en este momento.

— **RELATIVA AL DESARROLLO DEL ARTICULO 18 DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA**

— **RELATIVA A LA PUESTA EN MARCHA DE LOS HOSPITALES DE DÍA PARA ENFERMOS MENTALES, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): La señora Salarrullana ha manifestado a la presidencia la intención de agrupar las preguntas tres y cuatro, ambas relacionadas con la salud mental. ¿Es así? (**Asentimiento.**)

Tiene la palabra la señora Salarrullana para formular las dos preguntas conjuntamente.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, me alegro mucho de que sea usted el que venga a responderme a estas preguntas, porque tengo pruebas recientes de su sensibilidad en temas parecidos a éste que hoy traigo e incluso de su respuesta y su solución positivas.

El que hoy le voy a plantear se refiere también a un grupo muy grande de enfermos mentales, de una patología esquizofrénica, concretamente hebefrenia crónica: son jóvenes y niños que pasan alternativamente de estados de normalidad a estados de crisis violenta. Por lo tanto, son personas que no pueden seguir una vida normal ni de estudios ni de trabajo, que cuando atraviesan momentos de

crisis son internados en los psiquiátricos o en las unidades de agudos de los hospitales, pero cuando salen de allí, ¿a dónde van, cómo se rehabilitan, en qué se ocupan?

Como siempre pasa en estos casos, y eso es muy bueno, surgen asociaciones de padres afectados por este problema, que se constituyen legalmente como asociaciones de pleno derecho jurídico, que además se ayudan unas a otras e intentan presionar a la Administración para recibir las ayudas que necesitan. Una de estas asociaciones, concretamente la de mi tierra, la de La Rioja, fue la que me vino a ver y me planteó el problema que tienen con sus hijos. A mi me pareció de justicia hacerme eco de él, traerlo a esta comisión e intentar que el Gobierno tome sus medidas. Estudiándolo me di cuenta que lo que falta es el desarrollo del artículo 18 de la Ley General de Sanidad en sus puntos tres y cuatro, donde dice que se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada orientación de los problemas del enfermo mental crónico buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud mental.

Creo que ésta es la normativa que falta por desarrollar. Hoy existen, por lo menos en mi tierra (supongo que en otras comunidades autónomas también), tres equipos de salud mental en tres ambulatorios en los que estos enfermos reciben asistencia psiquiátrica de ambulatorio, y además hay una Comisión que está formada por el consejero de sanidad de la Comunidad Autónoma, por el director provincial del INSALUD y por un médico psiquiatra. Entonces, lo que hemos visto esta asociación de padres y yo es que falta precisamente una cosa que yo he llamado muy rimbombantemente en mi pregunta «hospitales de día», aunque a lo mejor podríamos cambiar el nombre y que fueran centros de día o centros ocupacionales.

Como sé que en estas cosas siempre el problema es el económico, verdaderamente a través del Consejo Interterritorial de la salud puede presentar algún problema el Ministerio; no haría falta que se hiciera cargo totalmente en la materia económica, sino que sencillamente sería suficiente con que los embriones de centros de día que están creando estas asociaciones de padres afectados, tuvieran una subvención digna por parte de las autoridades para que los centros funcionaran como están funcionando en otros países, dando un resultado muy bueno y, sobre todo, convenciendo a estos enfermos que en sus épocas normales pueden ser también personas normales.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Arrojo Martínez tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Agradezco a la señora Diputada sus amables palabras. Saben todos ustedes que estamos aquí para servirles y con mucho gusto, porque siempre nos trasladan problemas que la sociedad tiene y,

por tanto, estamos muy gustosos de poder resolverlos de la mejor manera posible.

Yo no le voy a relatar, porque quizá me alargue demasiado y les aburra a ustedes, todo lo que hace el INSA-LUD en materia de salud mental, ya que usted manifiesta una preocupación muy concreta, muy aquilatada.

En cuanto al término «hospital de día», usted misma dice que es una forma de llamarlo. Usted expresa bien lo que quiere y yo no voy a entrar en un discurso parlamentario semántico para decirle que hospital de día es otra cosa, como seguramente podría decirle, porque no viene al caso. Yo entiendo lo que usted quiere y simplemente haré alguna reflexión sobre cuál es nuestro punto de vista sobre lo que usted nos está planteando.

Ciertamente la Ley General de Sanidad, en su artículo 18, nos habla de que hay que promover muchas cosas. Yo haría una primera reflexión que es evidente: las leyes son normas generales que afectan a la Administración en su conjunto —como dice el artículo primero de la Ley de Régimen Jurídico del Estado— que tiene personalidad jurídica única y afecta a todos los ciudadanos. ¿Qué quiero decir con esto? Quiero decir que la promoción de la salud mental no es cometido de un Departamento ministerial concreto, como usted muy bien ha adivinado, porque a veces —y esto que digo tiene unas consecuencias muy importantes en las que todos deberíamos reflexionar— la solución de determinados problemas no se puede enfocar, ni siquiera tratar de resolver meramente con el único vector Sanidad, como usted muy bien sabe, porque es posible una solución incompleta y en ocasiones no es ni siquiera la más razonable.

De alguna forma yo le entiendo bien su pregunta, la carencia que usted manifiesta sin duda existe, y cuando la sociedad civil se organiza para suplir una determinada carencia es porque esa carencia existe. Ahora bien, le tengo que decir lo siguiente. Primero, yo no lo llamaría de ninguna forma «hospital de día», porque esto es un problema más de asistencia social que de asistencia sanitaria desde mi punto de vista y, por tanto, no asociaría el vector de solución, el vector terapéutico exclusivo de lo que podríamos llamar sanidad con todos sus conceptos asociados, hospital de día, médico, sanitario, etcétera. Creo que va más en un sector de asistencia social, y usted misma nos da la respuesta cuando dice que hay una serie de centros de salud mental y una serie de camas de agudos en los que, cuando estos enfermos tienen la crisis, son atendidos.

El problema se plantea, tal y como usted lo plantea, cuando no tienen la crisis, que es cuando hay un problema de reinserción social de estos enfermos en la sociedad. Cuando tienen la crisis el sistema los atiende; tenemos, como usted bien dice, unas camas de agudos y unos centros de día. Lo que ocurre es que de alguna forma se necesita darle una continuidad a lo que es su integración en la sociedad de unos enfermos que tienen crisis y que el sistema sanitario atiende adecuadamente. Pero ese no es el objeto de la pregunta, así que dejemoslo ahí. Entonces verá usted que estamos ante un problema claro de asistencia social. Esta es la primera reflexión que hago. Por

tanto, yo no lo llamaría hospital de día, que en nuestra modesta opinión es otra cosa, aunque yo entiendo la inquietud que usted manifiesta. Estamos ante un problema social, primera reflexión.

Segunda reflexión: la sociedad civil se organiza. Me parece muy bien, pues no todo problema que emerge de la sociedad tiene que tener una respuesta administrativa, porque entonces sólo tendríamos al individuo y al Estado, y lo que el individuo rechaza lo tendría que atender el Estado. Evidentemente, puede haber entre el individuo y el Estado, como ocurre aquí, instituciones intermedias, como son asociaciones de padres de afectados, que pueden dar una respuesta.

Por otro lado, usted ha mencionado algo sobre lo que voy a hacer una tercera reflexión: subvenciones. Sin duda yo creo que si tenemos esta concepción de que entre el individuo y el Estado tiene que haber algo —que la tenemos, yo creo que no es monopolio de nadie— para solucionar los problemas de la sociedad, porque si no iríamos a un modelo en que el individuo paga impuestos al Estado para que le resuelva lo que él no quiere resolver (un modelo que nadie compartimos), de alguna manera, y hablando de presupuestos públicos, esto nos lleva a una tercera reflexión, que son las subvenciones. Pues bien, creo que ha habido una caída del capítulo IV, subvenciones, a favor de los capítulos I y II, concepción que de alguna manera ha ido demasiado lejos. Es decir, Capítulos I y II, el Estado hace; Capítulo IV, la sociedad civil hace y el Estado apoya. Yo estoy de acuerdo con usted en lo filosófico, en que esto es un problema social, en que el sistema sanitario está atendido por las camnas de agudos en los hospitales de día, y como es un problemam social me parece bien que se organice la sociedad de esta manera, y si me parece bien que se organice la sociedad de esta manera igualmente me parece bien que pudieran tener un apoyo, el que se juzgue conveniente y necesario, posiblemente con la técnica de subvención, no con la técnica de sustituir a la sociedad en esas iniciativas tan sanas que toma entre lo que es el individuo y el Estado. Entonces, lo que le puedo decir a S. S. es que comprendemos su inquietud, que hay ahí un problema de tipo de asistencia social que de alguna forma, como responsable del Ministerio de Sanidad o como responsable de asistencia sanitaria, escapa a nuestra concepción, porque nosotros atendemos sus fases agudas. No obstante, podemos trasladar esta inquietud que usted manifiesta, yo me comprometo a trasladarla al grupo de trabajo que se ha realizado con las Comunidades Autónomas. Si no lo hacemos así el problema no va a tener solución. Estamos en un Estado autonómico, como usted bien sabe, y en el tema psiquiátrico tenemos la complicación adicional de que la mayoría de los psiquiátricos están históricamente en manos de las Diputaciones provinciales.

Por tanto, trasladaré a la Comisión de seguimiento para la reforma de la salud mental, que se constituyó el 2 de julio del año 1987, esta inquietud que usted manifiesta, incluso le trasladaré en su día el «Diario de Sesiones», que sin duda reflejará fielmente este intercambio de opiniones que estamos teniendo S. S. y yo, porque entiendo

el problema que usted plantea, que no hay que definirlo como sanitario, puesto que en las fases agudas estos enfermos, al menos en La Rioja, están atendidos adecuadamente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, a mí me da muchísimo miedo cada vez que hay algo que depende de varios organismos, porque hay un refrán muy castellano que dice «unos por otros, la casa sin barrer».

Siempre me gusta encarrilarlo a uno, y esta vez lo he encarrilado hacia la Ley General de Sanidad, para que a través del desarrollo de esos dos puntos del artículo 18 se hiciera (a mí me da igual quien la cumpla después, Servicio Sociales o Sanidad, me da lo mismo, lo que quiero es que se desarrolle) una normativa en la que podamos hacer hincapié el día que se pida algo, porque si no nos mandan de Servicios Sociales a Sanidad y de Sanidad a Servicios Sociales y se queda la cosa sin hacer.

Le agradezco su decisión y su ofrecimiento de presentarlo a ese grupo de trabajo de salud mental, porque creo que ahí es donde verdaderamente se puede hacer. Me gustaría ver una normativa sobre el desarrollo de estos dos puntos, por lo menos para tener un asidero legal para decir: «No, no pedimos nada que no tenga ya una normativa clara.»

Estoy segura de que se lo va a tomar con interés. De todas maneras, como yo voy a hablar también con los que me han encargado esto, poco a poco, si me dicen otra cosa, si verdaderamente tiene que ver de forma directa con su Departamento se lo diré y, si no, ya me dirigiré al Ministerio de Servicio Sociales o al que sea pertinente.

— **RELATIVA A MEDIDAS A ADOPTAR POR EL GOBIERNO PARA GARANTIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS DEL MEDIO RURAL EN SUS DOMICILIOS, FORMULADA POR DOÑA PILAR IZQUIERDO ARIJA**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Para formular la pregunta número cinco, relativa a medidas a adoptar por el Gobierno para garantizar la asistencia sanitaria a las personas del medio rural en sus domicilios, tiene la palabra la señora Izquierdo Arija.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Arrojo, yo también espero de su sensibilidad que comprenda el problema que traigo hoy a esta Cámara. Es un problema que afecta, creo, a bastantes municipios de España, sobre todo a aquellas provincias en las que el número de municipios es abundante y son muy pequeños, como pasa en casi toda Castilla y León, sobre todo en mi provincia, Zamora.

Mi preocupación por el mundo rural, preferentemente por la sanidad rural, se ha hecho patente y no es la primera vez que hago preguntas al gobierno en este sentido.

En este caso se refiere a cómo el Gobierno puede garantizar la asistencia domiciliaria a estos pequeños núcleos urbanos. Usted sabe que se tienen que agrupar tres, cuatro, incluso, a veces más, para llegar a formar un ayuntamiento. Se da la circunstancia de que, según la Ley General de Sanidad, el médico titular tiene obligación exclusiva de pasar consulta en el sitio donde está la titular, y únicamente visita los anejos en el supuesto de que los enfermos, por sus condiciones, no puedan asistir a la consulta que tiene abierta en el pueblo en el que está el titular.

Como la mayor parte de la población de estos pueblos de Castilla es muy vieja, carece de medios de transporte propios y tiene que desplazarse cuatro, cinco o seis kilómetros —incluso a veces 18 kilómetros—, para asistir a la consulta, mi preocupación es qué se va a hacer para suplir estas deficiencias.

Según la Constitución todos los españoles somos iguales ante la Ley y todos tenemos el derecho a recibir la misma sanidad. Sin embargo, somos ciudadanos de primera o de segunda según estemos en un pueblo o en una ciudad. Generalmente se tiende a garantizar la sanidad de los españoles y acercarla al usuario, pero esto no es así en los pueblos. En cualquier época de la vida se puede sufrir una enfermedad —ésta no tiene hora ni día ni edades—, pero en las edades más avanzadas cuando se precisa una asistencia médica continuada, ya que las enfermedades crónicas suelen aparecer a partir de determinadas edades. Para tener una consulta continuada, un tratamiento, recibir inyecciones, etcétera, hace falta estar muchas veces en el médico y depender de la sanidad constantemente, o que el médico les visite en su domicilio.

Ellos se ven obligados a coger un taxi o depender de un familiar que les lleve a pasar consulta. Yo conozco la picaresca española y sé que en muchos municipios, escasísimos de recursos, con unos presupuestos ridículos, parte de éstos se están habilitando para compensar de alguna manera al médico para que dos o tres días a la semana vaya a esos pueblos, pase visita, haga las recetas, incluso ponga los tratamientos a estos enfermos. Generalmente son enfermos con pensiones bajas. Le recuerdo a usted que las pensiones en el medio rural son ridículas generalmente: yo vivo en un pueblo y sé perfectamente qué cobra la gente de mi comarca. Hay de todo, pero en la mayor parte de los pueblos de Castilla las personas están jubiladas, son muy mayores. El Ministerio debiera habilitar alguna compensación a los médicos rurales para que puedan ir a pasar consulta a todos los pueblos o, de lo contrario, habilitar pases, bonos o cualquier otra cosa, como se hace en muchos países de Europa, para que estos señores puedan asistir a la consulta sin que les cueste nada, incluso a los ayuntamientos; habilitar el método que el Ministerio considere más apropiado para que no tenga que ser gravosa la asistencia domiciliaria de las personas mayores o de los jubilados, de las personas que viven en el medio rural.

He hecho la pregunta por escrito, de otra manera, muchas veces el Ministerio se ha salido por la tangente; las respuestas no son satisfactorias. Me gustaría que hoy me

dijera qué medidas piensan adoptar para paliar esto, porque se da la circunstancia de que si los usuarios o los ayuntamientos tienen que contribuir, aunque sea con dotaciones pequeñas, a que el médico vaya a su domicilio a pasar consulta, están pagando a la sanidad por un doble concepto; de una manera, cuando cotizaron o están cotizando a la Seguridad Social y, de otra, con su prestación personal o con la del ayuntamiento.

Eso es lo que quisiera que usted me aclarara hoy, si piensan tomar alguna medida decidida sobre este tema.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Haré algunas reflexiones sobre la dicotomía campo-ciudad, porque es cierto que aquí hay dos formas de ver la equidad. Hay alguien que decía que el ciudadano de Madrid, por el precio de un billete de metro, se puede trasladar —si es que puede— a todas las mejores instalaciones hospitalarias que existen en el país, o de las mejores. Evidentemente el ciudadano de su provincia, de Zamora, no lo puede hacer por el precio de un billete de metro. También es cierto que tenemos un sistema público de ambulancias y una serie de medios de transporte.

Dicho lo anterior, porque es evidente que en el medio rural hay un problema de acercamiento de los servicios a los ciudadanos, le haría una pequeñísima y ligerísima reflexión, y es que las mayores bolsas de desprotección, según importantes encuestas que hemos hecho, no están en el medio rural. En el medio rural hay un problema de acercamiento de los servicios a los ciudadanos, y le diría más, hay un problema de acercamiento de servicios sofisticados, entendiendo como tales los terciarios, especializados. Puede haber también un problema, que lo hay, ligado al envejecimiento de la población. Ahora bien, problemas de desprotección, de nuevas patologías, de marginación seria y muy preocupante, en donde incide todo, las nuevas patologías, los fenómenos psicosociales de la droga, todo tipo de cosas, se dan precisamente en las grandes ciudades, y las encuestas nos dicen que el índice mayor de gente desprotegida por el sistema sanitario de la Seguridad social se da precisamente en la Comunidad Autónoma de Madrid. Por tanto, de acuerdo en que hay una problemática del enfermo rural que está ligada a los tiempos que tardan en acceder a determinados servicios, que es cierto, pero hay igualmente una problemática urbana muy seria y creo que ha habido un ligero sesgo, que al menos yo percibí, en años anteriores. Al teorizar sobre el hospital comarcal, etcétera, se ha hablado, y está muy bien que se hable, de la problemática del enfermo rural, pero yo le digo que también la hay con el enfermo urbano, y no la hay aquí sólo, sino en los 30 millones de personas que están desprotegidas en Estados Unidos, el país más rico de la tierra, deambulando por las calles de Nueva York, de Chicago, etcétera, una problemática de enfermo urbano que es, si quiere, muy grave, tan grave o más que la del enfermo rural. Por tanto, yo no haría demasiado énfasis

en este tema, aunque lo entiendo, respecto a los ciudadanos de primera y de segunda, porque posiblemente los de tercera se albergan en torno a las grandes ciudades y son con los que el Gobierno quiere tener una atención preferente, con los de tercera, los que están marginados en torno a las grandes ciudades y que no tienen ni siquiera esa pensión, que yo no calificaría de ridícula, de la Seguridad Social agraria que normalmente tiene la familia, tiene el marido, tiene la mujer, cuando tienen un cierto trabajo en la tierra. Como este no es tema de mi competencia no entro en estas calificaciones, aunque no calificaría la pensión de ridícula.

Vamos a la cuestión. La cuestión es que, evidentemente, hay un problema de despoblación y de envejecimiento en nuestro medio rural, pero «de jure» no se puede enfocar así el problema. El médico del INSALID no tiene por qué cobrar, pues entraríamos en la famosa iguala. Si hay una práctica, más o menos extendida, en el sentido de que alguno —no hago afirmación de ningún tipo, es usted quien la hace— pudiera cobrar algunas cantidades, ello no tiene nada que ver con lo previsto en la legislación vigente. Existe una Orden de 9 de septiembre de 1981 del entonces Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social donde figuran unos médicos rurales, APD, hay unos ATS rurales, y esta Orden permite acumular tres pueblos de guardia dentro de un área determinada.

Como usted ha mencionado, existe no tanto una Ley General de Sanidad como una Ley General de Seguridad Social y unas normas de desarrollo que nos dicen cómo se regula la asistencia a domicilio, que normalmente es a determinadas horas y a criterio facultativo, según la gravedad o la imposibilidad para moverse el enfermo. El facultativo es el que aprecia si el enfermo está lo suficientemente grave o impedido para que vaya al consultorio o de lo contrario tenga que ir el médico a su domicilio. Por tanto normativamente sí hay una ordenación y una posibilidad legal, que se está cumpliendo —y ahora le daré cifras—, para que los enfermos sean visitados en su domicilio, y esto no ocurre sólo en las ciudades, sino que ocurre también en el medio rural. No me atrevería a pensar que el medio rural ocurra menos que en las ciudades; posiblemente ocurra más, sin quitarle importancia al problema que tiene el envejecimiento, el despoblamiento y la estructura de ubicación de los individuos en nuestro país: hay provincias españolas que tienen mil y pico concejos o ayuntamientos, y este es el problema. En 1988, el 84,6 por ciento de las visitas son en los centros (me refiero al medio rural) y en el domicilio el 15,4 por ciento. Si vamos a la enfermería, que quizá sea más interesante a los efectos de la visita al anciano, el porcentaje aumenta: en el centro es el 78,4 por ciento y en el domicilio el 21,6.

Medidas (que es lo que usted me pide). Muchos de los problemas asociados al anciano se asocian también a la visita de la enfermería, a veces. En el nuevo modelo retributivo de atención primaria hay una serie de módulos, que se conocen en el argot como G-1, G-2, G-3, G-4, por los que se retribuye al ATS en función de la dispersión geográfica y en función de estas visitas a domicilio que se

quieren fomentar. Alguien dijo alguna vez, y es cierto, que la verdadera reforma de la atención primaria es la visita de la enfermería a los domicilios de los enfermos. Comparto, en un porcentaje altísimo, esta afirmación y creo que estos módulos, que están vigentes desde hace un año, van a potenciar en lo que a medidas se refiere (que es lo que usted me pide, aparte de las reflexiones anteriores), esta visita de la enfermería.

¿Qué otras cosas se están haciendo para acercar la sanidad a los ciudadanos de los medios rurales? La recogida periférica de muestras, tema importante, porque estas personas mayores necesitan una visita más continuada y unos controles más continuados. Le tengo que decir que frente a los 706 puntos de recogida en 1987, estamos en 929 puntos en 1988, con un incremento del 17,4, y con una población beneficiada de recogida periférica de muestras que pasa de 7,5 millones de personas a 9,2 millones de personas.

Existe también otro tema importante, que es el desplazamiento de especialistas. Como usted sabe, desde el año 1984 estamos intentando desplazar especialistas fundamentalmente en aquellas especialidades que inciden en patologías más frecuentes en la población, como son oftalmología, rehabilitación, ORL, ginecología y nefrología. Tenemos también un programa de desplazamiento de especialistas a medio plazo.

En definitiva, S. S. manifiesta una preocupación que nosotros también compartimos, sin duda. En una preocupación muy grande, porque el despoblamiento de personas de edades jóvenes en Castilla-León, de núcleos rurales, explica muchos de los problemas sanitarios que tenemos. No es lo mismo una población pequeña, pero de ancianos, que un pueblo con ancianos, mayores, etcétera, que pueden asistirse mutuamente.

En resumen, existe una legalidad vigente que obliga a la visita domiciliaria de los facultativos, tanto en las ciudades como en el medio rural, no existiendo desprotección alguna en este sentido, y se están potenciando las visitas a domicilio desde hace un año precisamente con estos módulos con los que se paga a la enfermería G-1, G-2, G-3, G-4 y con el acercamiento a la población del medio rural de determinas técnicas como es la obtención periférica de muestras o como es el desplazamiento de especialistas.

Le puedo decir que un desarrollo vigoroso del modelo de atención primaria tiende a solucionar estos problemas y sin duda se debe seguir trabajando en lo que es la relación médico-enfermo, pero tampoco me atrevería a decir que en el medio rural no haya una relación más intensa médico-enfermo que en el medio urbano. Creo que el medio rural está en inferioridad clara de condiciones en cuanto al acceso a los servicios sofisticados, que tratamos de solventar con la obtención periférica de muestras y el desplazamiento de especialistas o la figura de los hospitales comarcales, pero también creo que legalmente la normativa contempla, como usted ha dicho, perfectamente que nuestros facultativos y nuestros ATS puedan visitar a las personas que lo necesiten en sus domicilios, y según la Ley General de Seguridad Social, la Ley General

de Sanidad y otras normas de desarrollo se hace a criterio facultativo y esto, sin duda, debe ser así. En cualquier caso recogemos su preocupación concreta, de la provincia de Zamora, o general de atención al medio rural. Sabemos que hay un envejecimiento importante en el medio rural e intentamos con este nuevo sistema retributivo de la atención primaria propiciar estas visitas a domicilio en el medio rural. Dicho lo anterior, tengo que señalarle que no tenemos ningún problema porque la Ley General de Seguridad Social y otros decretos de desarrollo contemplan esta visita a domicilio, a juicio del facultativo o del sanitario.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra la señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Estamos de acuerdo en bastantes puntos, coincidimos en muchos de ellos, pero sigue sin aclararme la preocupación que yo he traído aquí esta mañana.

Efectivamente la sanidad en el medio rural está cambiando y se está acercando al enfermo. Es cierto lo de la toma de sangre en los pueblos, pero lo otro ya no es cierto. En mi pueblo, en mi comarca y en las comarcas de Zamora, salvo en los grandes núcleos como pueden ser Toro o Benavente, no existe ningún otro médico que de vez en cuando vaya a pasar consulta. Hemos suplicado y pedido a través del Insalud provincial que vayan, por ejemplo, pediatras, geriatras (especialidad ésta última que no existe en la Seguridad Social) para atender a estos núcleos humanos que son muy abundantes y sobre todo muy importante en el medio rural de la provincia de Zamora y creo que en toda Castilla. Seguimos estando en lo mismo.

Efectivamente ustedes ayudan a las enfermeras y las pagan por visita domiciliaria, pero seguimos con el problema de los facultativos. Los facultativos mismos son los que dicen cuándo pueden y quieren pasar visita a los pueblos. Solamente en el caso de que el grado de imposibilidad en el enfermo sea tal que no pueda ir a la consulta es cuando el médico le visita en su domicilio, pero yo me refiero a aquellos tratamientos prolongados en los cuales tienen que ir a pasar consulta médica para ver el efecto que le está haciendo el tratamiento que le ha puesto el médico, para pasar por rayos X, para que le haga una receta de la Seguridad Social, para expedirle, incluso, un volante para que vaya a Zamora o a la capital de provincia a hacerse análisis, radiografías o cualquier otro tipo de exploración que no se pueda hacer en el pueblo. Todo esto tiene que ser a cuenta del enfermo que se va a la consulta del médico, o bien a cuenta del médico que por disposición propia va al pueblo y pasa consulta.

Efectivamente, las igualas han desaparecido desde la Ley General de Seguridad Social, pero la picaresca hace que sigan cobrando algunos facultativos unas medidas compensatorias. Ellos no las llaman igualas, pero reciben dinero para poder asistir y de alguna manera paliar la gasolina, desgaste de coche, la dedicación, el tiempo del desplazamiento a los distintos pueblos que tiene que asistir. Yo quisiera que el Ministerio tomara conciencia de ello y

## COMISIONES

fuera sensible al tema. Ya le digo que las medidas pueden ser distintas y son ustedes quienes deben tomarlas. Bien pudieran dar unos bonos o bien, si estas personas mayores tienen que coger un taxi, se lo pagara la Seguridad Social cuando tienen que ir al médico. Esto ya lo están haciendo otros países y no seríamos los primeros. Se trata de que, de alguna manera, facilitáramos la visita del médico al enfermo o del enfermo al médico. Da exactamente igual. Es lo mismo que Roma vaya a la montaña que la montaña a Roma. Lo cierto es que hay que acercar la medicina al paciente y a eso usted, con toda su buena voluntad, no me ha dado ninguna aclaración sobre que el Ministerio piense tomar medidas en este sentido.

De todas maneras, le agradezco todas las explicaciones que me ha dado. Soy consciente de que la dispersión de la población en el medio rural dificulta la asistencia, aunque se está mejorando. Llevo muchos años viviendo en un pueblo y sé que la medicina cada día es mejor. Sin embargo, todavía quedan grandes lagunas y hay una gran preocupación para que todo el mundo tenga la asistencia que se merece.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Paralejo): El señor Secretario General tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arroyo Martínez): Yo también creo que la medicina es cada día mejor en los pueblos, evidentemente, existiendo desplazamiento de especialistas —no tengo los datos de Zamora aquí— y recogida periférica de muestras, hay que potenciar la consulta o la visita de enfermería, como se quiera, pues no queremos introducir problemas de tipo semántico. En el modelo retributivo nuevo hay facultativos integrados en los centros de salud que tienen exclusiva y que cobran una productividad variable en función de los términos que tengan que atender y en función de la población que comprenden. Luego también hay una adaptación a la problemática rural en el nuevo modelo retributivo cuando se adscriben a centros de salud.

Podemos concluir diciendo que lo que hay que hacer es intensificar las medidas, lo que ya se está haciendo. Hay un modelo retributivo del médico que se adscribe a un centro de salud que contempla esa complejidad de que usted me habla y, por tanto, teóricamente, no se tendría por qué ir a ningún tipo de compensación, puesto que va a tener una exclusiva y va a tener una productividad variable en el nuevo modelo retributivo que está asociada al número de población que tiene y a ciertos parámetros que resumen la dificultad de su zona. En cuanto a los ATS, tienen los módulos de desplazamiento G-1, G-2, G-3 y G-4, se intensifica la recogida periférica de muestras y se intensifica el desplazamiento de especialistas.

Las medidas administrativas son éstas. Lo que hay que hacer es, en la medida en que los Presupuestos nos lo permitan, un desarrollo vigoroso de la atención primaria, pero éstas son las medidas administrativas. Como usted bien dice, la sanidad en los pueblos ha mejorado, aunque evidentemente falta mucho por hacer, porque a veces las

mejoras de la asistencia pública se producen incluso en progresión aritmética fuerte, pero a lo mejor el envejecimiento de la población se produce en progresión geométrica y, por tanto, solucionamos un problema, pero se nos está planteado otro por la propia dinámica que tiene la población.

En cualquier caso, no sólo es el desplazamiento de la enfermería, es el sistema retributivo en de los médicos en los centros de salud, que también tiende a contemplar este problema.

Luego, teóricamente, en la medida en que prácticamente planteemos el desarrollo de la atención primaria no tendríamos un vacío en la retribución del facultativo. Otra cosa es que el nuevo sistema retributivo y el desarrollo del nuevo modelo tengan unas velocidades u otras, lo que está fundamentalmente limitado a dos cuestiones: a los Presupuestos públicos —tener o no tener medios para desarrollarlo y a la coordinación, buena o mala, que se pueda hacer con las comunidades autónomas que, como usted sabe, tienen los médicos rurales los APD rurales transferidos. Es decir, que en muchos casos la mayor parte de las cuestiones que usted plantea incluso serían competencias de las comunidades autónomas y las tendrían que resolver ellas, pero ésta es otra cuestión que no toqué anteriormente para no dar más complejidad a la respuesta a su señoría.

— **RELATIVA A PROBLEMAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL RESIDENCIA MONTECELO, DE PONTEVEDRA, FORMULADA POR EL SEÑOR MARQUES DE MAGALLANES**

— **RELATIVA A ASUNCION DE RESPONSABILIDADES DERIVADAS DEL MAL FUNCIONAMIENTO Y LA FALTA DE MEDIOS ADECUADOS EN EL HOSPITAL RESIDENCIA MONTECELO, DE PONTEVEDRA, FORMULADA POR EL SEÑOR MARQUES DE MAGALLANES**

— **RELATIVA A RESOLUCION DE LOS PROBLEMAS CON QUE SE ENFRENTA EL HOSPITAL RESIDENCIA MONTECELO, DE PONTEVEDRA, FORMULADA POR EL SEÑOR MARQUES DE MAGALLANES**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Las preguntas 6, 7 y 8 hacen referencia a un centro sanitario concreto, el Hospital Residencia Montecelo, de Pontevedra. El señor Marques de Magallanes ha manifestado su acuerdo en formularlas conjuntamente, para lo que tiene la palabra.

El señor **MARQUES DE MAGALLANES**: Tengo que decir que yo estoy ahora mediatizado por el retraso, por la impuntualidad de esta mañana, que fue casi de veinte minutos, lo que naturalmente ha alterado mi pequeña agen-

da. Así que voy a hacer todo lo posible para sintetizar lo que quería decir.

Entiendo que en esta vida, a veces, los ejemplos cuando son gráficos valen por mil palabras. En este caso el ejemplo es tremendamente gráfico. El día 22 de febrero de este año ha fallecido un paciente, ingresado en el servicio de urología, en la planta tercera de cirugía del Hospital Montecelo, y desde hacía bastante tiempo la dirección tenía conocimiento de que no había oxígeno, ni aspiración, ni enchufes para siquiera poder utilizar los aparatos de reanimación. Además, este enfermo se murió delante de una niña, entre estertores; fue un espectáculo para la niña, que quedó marcada psíquicamente. Por consiguiente, para mí es un ejemplo importantísimo a tomar en consideración. El fondo de una de mis preguntas, ahora refundidas, estaba encaminado a saber en quién podría recaer la responsabilidad de una situación de esta naturaleza.

Parece que hay una cierta tendencia a dinamizar una serie de cosas. Tengo un informe, parece que fidedigno y de primera mano, sobre la zona norte de Pontevedra. No hablemos de la zona sur, porque hasta que no se ponga en funcionamiento el Hospital «Meixueiro» esta zona tiene menos de una cama por mil habitantes, lo que es tremendo. En la zona norte está en 1,9 camas por mil habitantes, contando con la sectorización del Hospital Provincial.

Sin embargo, sin duda ninguna no se ha tomado en consideración que el Hospital Provincial tiene que compartir sus camas con MUFACE, ADESLAS, ISFAS, Beneficencia, etcétera.

También es importante conocer —y por eso estoy diciendo que voy a hacer un gran esfuerzo de síntesis, debido al tiempo que me apremia— que ahora mismo están haciendo reformas para consultas externas, dándose la gran paradoja de que, una vez terminadas, se dispondrá de menor espacio del que se tenía antes para dichas consultas, puesto que en cinco despachos tendrán que pasar sus consultas de medicina interna, endocrinología, hematología, neurología, reumatología, nefrología, neumología, cardiología y gastroenterología. La paradoja ahí está planteada, porque resulta que ahora, con la reforma, se pasa a tener menos espacio, a pesar de que el espacio material aumenta.

Las situaciones han sido realmente dramáticas, y tengo aquí como ejemplo muy gráfico la fotografía de una niña ingresada en un despacho, rodeada de archivos y de papeles. Eso es tremendo. Por consiguiente, son dos ejemplos gráficos importantísimos, de significación dramática, los que le estoy exponiendo hoy.

No tengo más que decir, sino pedir al Ministerio de Sanidad una vez más que la solución dada a la dispersión geográfica de Galicia y de manera muy concreta a la provincia de Pontevedra, aparte de los hospitales de referencia, que serían Montecelo, Hospital Xeral de Vigo, Meixueiro y ahora POVISA, comprenda la comarcalización de centros comarcales que nunca rebasen las 100 camas. Para Galicia y concretamente para la provincia de

Pontevedra esto podría ser la aproximación a la solución de estos problemas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Muchas gracias, señor Marques de Magallanes.

Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Gracias señoría.

Es absolutamente cierto que la provincia de Pontevedra —que además incluye población de la provincia de arriba, que también es triburaria de los servicios sanitarios de Pontevedra— tenía una situación de falta de camas importante. Sobre el Hospital de Montecelo, con sus 319 camas, pivotaba prácticamente una población de 380.000 personas, por lo que existía una importante congestión. Esto es así. Desconozco los casos que usted me plantea, que de cualquier manera son de lamentar, pero evidentemente lo importante es saber qué está haciendo la Administración o cuál es la acción administrativa que permita vislumbrar una mejoría en la presión que sufre la población de la provincia de Pontevedra, que es bastante importante; qué es lo que se está haciendo para paliarla, en concreto sobre el área norte, a la que S. S. se refiere, que corresponde a Montecelo.

Desconozco los casos concretos que usted me plantea y, por desconocerlos, no voy a hacer afirmación alguna —porque siempre son temas delicados— sobre las responsabilidades que pudiera haber en los mismos. Sí le digo que es evidente que el Hospital de Montecelo sufre una presión importante de demanda, por varias razones. Le voy a exponer cuáles son, cómo se vislumbra el panorama en un futuro muy cercano —futuro cercano que puede ser ya, y le voy a decir por qué—, y cómo de alguna forma se va a tratar de paliar la presión que sufre el sistema sanitario en Pontevedra, que es el que es y tiene la presión que tiene.

Respecto al comportamiento del sistema sanitario le puedo decir que el Hospital de Montecelo tiene una estancia media de 7,84. Es decir, es un centro público que, independientemente de cuestiones que todos tenemos que lamentar, nosotros los primeros en cuanto a cifras globales y a rendimientos está funcionando de una forma importante y resolviendo la problemática de la provincia. Lo importante es saber qué hacemos para mejorar la situación, qué es lo que estamos haciendo, que entiendo que es el objeto final de su pregunta.

La primera cosa que tenemos que hacer es utilizar intensivamente todos los recursos sanitarios que el país tiene, y tenemos ahí un hospital con más camas que el hospital de Montecelo, que no se estaba utilizando bien y que estaba atendiendo a un número de pacientes 10, 20, 30, veces menor que el Hospital de Montecelo. ¿Qué hemos hecho ya? Vamos a incorporar las 384 camas, que son más que las 319 del Hospital de Montecelo, para lo que hemos reclasificado el concierto con el Hospital Xeral, pasándolo del Grupo 6, nivel 3, al Grupo 7, nivel 2. Es decir, vamos a pagar más por las camas que utilizemos del Hospital Provincial —esto ya está en marcha y a la vez va-

mos a hacer algo que usted ha mencionado, que es una sectorización, incluso de las urgencias, con lo cual el área norte de Pontevedra, estos 380.000 habitantes, van a poder ser mejor asistidos, al sectorizar y al utilizar intensivamente el Hospital Provincial, que entendemos podremos estar utilizándolo intensivamente en un plazo de seis u ocho meses, puesto que de momento le hemos asignado a cuatro municipios con 30.000 habitantes y se prevé que podrá atender a una población de 156.435 habitantes. Con ello, vamos a descongestionar el Hospital de Montecelo, que con sus 319 camas se estaba haciendo cargo de la mayor parte del problema, al asirnos a dos apoyos: Montecelo con 319 camas, y el Hospital Provincial, atendiendo a más de la mitad de la población, con 384 camas. Esto no es una declaración de intenciones porque, repito, esta reubicado el concierto en el Grupo 7.2 y está haciéndose la sectorización e incluso la concertación de urgencias. Esto, por un lado.

Por otro lado, hay una serie de inversiones en el Hospital de Montecelo (a alguna se ha referido usted), no sólo en las consultas externas sino en la instalación de un tomógrafo axial computerizado, es decir un «scanner», TAC, que suponen su compra y sus obras de destalación, así como una serie de reformas de fachadas, etcétera, y existe un proyecto de un nuevo servicio de urgencia dotado con 60 millones de pesetas, al que habría que añadir otros 46 millones de pesetas y un programa extraordinario de 10 para el plan de necesidades dentro del Hospital Montecelo. En definitiva, hay una dotación cercana a los 300 millones de pesetas de remodelaciones del Hospital de Montecelo como una de las formas de paliar la carga, la presión que el Hospital de Montecelo tiene.

La segunda cuestión es utilizar intensivamente las camas públicas que están en manos de la Diputación Provincial y que son más que las de Montecelo, son 384. ¿Qué hacemos para ello? Reformular un nuevo concierto pagándole más y situándolo en uno de los grupos más altos de la clasificación, que es el Grupo 7.2, con lo cual tenemos una gran esperanza —fundada en datos subjetivos— de que en los próximos seis meses va a cambiar la asistencia sanitaria hospitalaria en el área norte, puesto que a Montecelo va a apoyarle un hospital con un número de camas no igual, sino mayor. Por tanto, de esos 380.000 habitantes más de la mitad podrán ser atendidos por el Hospital Provincial.

Además, en el resto de la provincia también hay actuaciones, a las que usted se ha referido. Hemos recalificado el Hospital POVISA, que es un buen hospital privado, le hemos clasificado en el grupo de concierto alto y le hemos concertado las urgencias. Le puedo decir —porque tampoco es una provincia tan grande— que en el primer día ya hemos notado una disminución de urgencias en el Hospital Xeral de Vigo aproximadamente de un 33 por ciento, que se han atendido en POVISA. Creo que éste también es un hecho importante para la asistencia hospitalaria en la provincia de Pontevedra. Le digo más: estamos, a marchas forzadas, dotando el plan de montajes y tratando de culminar las obras del Hospital Meixueiro

para que entre en funcionamiento en el menor plazo de tiempo posible.

En definitiva, existe un problema de presión asistencial hospitalaria en la provincia de Pontevedra, ciertamente, pero existe una acción administrativa vigorosa. Hemos reconcertado en un grupo nuevo las 384 camas y las urgencias del Hospital Provincial de Pontevedra, con lo cual tenemos en activo un número de camas importantísimo para hacer frente a la presión que usted dice, que es verdad que existe. Segundo, hemos recalificado el concierto del hospital privado de Vigo POVISA, que es un buen hospital que está atendiendo urgencias hasta llegar a equilibrar las urgencias del Hospital Xeral, de memoria le diré que son unas 300 —no tengo en la cabeza todas las urgencias de España—, y acabaremos equilibrando las urgencias del Xeral de Vigo: parte POVISA, parte Xeral. Además ya tenemos allí una persona encargada de hacer el plan de montaje del Meixueiro, con lo cual tendremos otro hospital de agudos en la provincia de Pontevedra.

En definitiva, hay una presión sobre Montecelo, pero hay un Hospital Provincial que en seis u ocho meses se va a utilizar intensivamente, que va a duplicar nuestra potencia asistencial en el área norte. En el área sur, entre la contribución de POVISA, con el sector de urgencias más el Meixueiro, creemos que la Provincia de Pontevedra en este año ya está dando un cambio sustancial, y sin duda en breves meses dará un cambio muy importante que permitirá vislumbrar otro panorama de asistencia sanitaria.

Me ahorro todo comentario sobre los hospitales de 100 camas, porque entraríamos en polémicas conceptuales. En mi opinión, lo que realmente hay que solucionar son los hospitales de agudos, que resuelven problemas, y los hospitales generales. Los hospitales comarcales tienen su función y su utilidad, pero es otra forma de cómo enfocar el tema de los hospitales comarcales en nuestro país, en Galicia en concreto, que entiendo que no es el punto central de su pregunta. Su pregunta es ésta y ésta es la respuesta. Tengo la satisfacción de poder decirle que hay acciones administrativas tomadas ya, de calificaciones, de conciertos, y que en breves meses no digo que duplicaremos el potencial asistencial, pero sí que tendremos un aumento importantísimo, en el área norte, casi de duplicar camas, y en el área sur de Vigo entre POVISA y Meixueiro un esfuerzo muy vigoroso hacia la asistencia especializada.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Marques de Magallanes tiene la palabra.

El señor **MARQUES DE MAGALLANES**: Muchas gracias, señor Arrojo, por la exhaustiva exposición que ha hecho y además por la atención que ha tenido de hablar también del tema de Vigo, cuando no entraba realmente en el fondo de mi pregunta. Pero no altera para nada el porcentaje que hay de 1,9 camas por mil habitantes, el concierto que hay con el Hospital Provincial, en absoluto; como tampoco lo de Vigo, y me va a permitir que aluda a lo de POVISA. Parece que está recogido en el compromiso POVISA-Hospital Xeral que el 50 por ciento de

las urgencias pasen a POVISA. Está calculado por vía aproximativa que el 30 por ciento de las urgencias tienen necesidad de una cama, y esas camas no pueden ser camas de uso, tienen que ser camas fijas.

Pues bien, parece que no está previsto tener camas fijas en un 30 por ciento. Lo que el Hospital Xeral de Vigo atiende diariamente son alrededor de 300 urgencias, a sí que serían teóricamente 150 urgencias en el hospital POVISA que no tiene concierto de cama fija, sino de cama de uso. Se plantearía un problema de orden colateral en cuanto al fondo de mi pregunta que se concretaba en el Hospital Montecelo.

Por consiguiente, hay 1,9 camas por mil habitantes para el Norte de la provincia de Pontevedra, que no altera para nada el concierto del Hospital Provincial. Como orientación, para recordar, diría que la OMS aconseja 10 camas por mil habitantes; el mínimo de la CEE es de 5,6 camas por mil habitantes; mínimo impuesto por el Insalud es de 2,5 camas por mil habitantes. Por tanto, aún estamos muy lejos de alcanzar esta dotación de camas que sería la ideal.

Quería decir algo que también tiene trascendencia por lo significativo que es. En Montecelo ha ocurrido que no tenían sábanas para cambiar a los enfermos; el tema de la lencería era realmente patético y lamentable. Parece que la dirección ha recogido en más de una ocasión las quejas fundadas de toda la situación que estaba atravesando el hospital.

Señor Arrojo, me remito fundamentalmente al principio de mi exposición y le pediría que si pudiese o bien usted, o bien el señor Ministro, fuesen a la provincia de Pontevedra para estudiar «in situ» el tema. Sería realmente importante, porque sé de antemano que en ustedes hay una profunda inquietud para resolverlos, pero los que venimos de provincia traemos estos temas, que son muy de tomar en consideración para que no digan que Madrid sufre una cierta insensibilidad frente a los temas periféricos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Sin duda yo le puedo decir, señoría, en cuanto a los índices de cama por habitante, que la OMS no dice 10 camas de agudo por habitante, se lo puedo asegurar; habría que hablar de camas de medio y largo plazo, camas de crónico... Si hablamos de medio y largo plazo y crónico chocaríamos con los servicios sociales. Yo creo que aquí verdades sacramentales no hay, lo que sí hay son verdades aritméticas, que es dividir el número de camas por el número de habitantes. Para razonar en índices de camas habría que hablar de frecuencia, edad de la población, etcétera. Esto es muy importante, porque está demostrado que una persona de 65 años consume cinco veces el servicio sanitario que una persona joven, luego la pirámide de población también influiría, etcétera, como usted bien sabe.

Yo le puedo hacer una afirmación categórica. Hay pocas provincias en España, sin duda, de las que yo pueda

decir lo siguiente (y no digo que no se necesiten recursos, eso nunca lo negaré, en sanidad nunca); hay pocas provincias en España que en meses se haya recalificado a la tabla más alta y se haya sectorizado y concertado las urgencias de dos hospitales generales, el POVISA de Vigo, que es un buen hospital privado, y el de la Diputación Provincial, con 384 camas, en el grupo 7-2, y que se vaya a abrir un hospital general como Meixueiro y que se estén haciendo obras en los hospitales tanto de Montecelo como en el Xeral de Vigo. Esto no lo podría decir de muchas provincias españolas. Hay que pensar que la situación en Vigo está cambiando radicalmente, porque se están haciendo unos esfuerzos muy vigorosos y hay una gran sensibilidad con la sanidad en Galicia, como usted sabe, y de hecho no dude usted, ya lo hemos señalado a los propios rectores de POVISA, iremos a Pontevedra para ver cuál es la situación. Yo le reitero que hay pocas provincias españolas de las que yo le pueda decir que se han sectorizado dos hospitales generales, se han puesto en funcionamiento 384 camas, se ha duplicado el servicio de urgencias, como en la ciudad de Vigo, la mitad para un hospital que no las tenía, POVISA, y la mitad para el Xeral, y donde se va a inaugurar un hospital en Meixueiro con una potencia estimable. Esto no se puede predicar de todas las provincias, señorías. Yo reconozco que estos recursos eran necesarios en Pontevedra y por ello se están haciendo. Espero, porque ya estoy viendo los primeros indicadores, que la presión asistencial en esa provincia ya está mejorando y mejorará muchísimo más cuando este aparato se ponga totalmente en funcionamiento y que, sin duda, será en cuestión de meses.

#### — RELATIVA A PROYECTOS DE INSTALACIONES HOSPITALARIAS EN CANARIAS HASTA 1992, FORMULADA POR EL SEÑOR SANTOS MIÑÓN

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): La pregunta número nueve, del señor Santos Miñón, relativa a proyectos de instalaciones hospitalarias en Canarias hasta 1992, va a ser formulada por el señor Díaz Aguilar. Tiene la palabra.

El señor **DÍAZ AGUILAR**: Esta pregunta viene a relación para poner una vez más en el candelero la situación sanitaria de los centros hospitalarios de Canarias. Queremos conocer exactamente cuáles son las intenciones del Ministerio de Sanidad con respecto a la nueva generación de centros hospitalarios; queremos saber no las intencionalidades, sino los proyectos reales que hay para cubrir la red hospitalaria canaria hasta 1992.

Decimos esto porque no queremos que se nos vuelva a contestar como el 29 de octubre de 1986, que esto está en trance de resolverse: concretamente que en Gran Canaria está en construcción el Hospital del Sur, que no cuenta ni siquiera con el solar de ubicación, y esto se dijo en 1986.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Evidentemente cuando pregunta proyectos sobre instalaciones hospitalarias a realizar por el Ministerio hasta 1992, lo primero que le tengo que decir es que usted sabe que hay un plan anual de inversiones, luego yo le hablaré de proyectos concretos, de cifras concretas, pero eso no significa que yo sea exhaustivo, puesto que en el plan de inversiones de 1990 y de 1991 pudiera haber más proyectos de instalaciones sanitarias en Canarias. Luego, por lo tanto, la relación que yo voy a hacer no es exhaustiva; lo que sí le puedo asegurar es que se pechará de defecto, puesto que hay decisiones que se tomarán en los siguientes planes plurianuales, pero nunca de exceso, puesto que lo que no le diré son cosas que no están o ejecutándose o perfectamente proyectadas con una intención de hacer, salvo cosas imposibles, que puede haber alguno, que justifican el retraso de las obras.

Voy a ser muy concreto, porque creo que lo que usted me pide es concreción.

Empecemos por la isla de Gran Canaria, Las Palmas, y empecemos por el Hospital, el llamado en el argot sanitario «Pino 2», es decir, aquel hospital general que viniera a sustituir, ampliándole, naturalmente, al Hospital del Pino en Las Palmas, que, como usted sabe, es un hospital grande, pero que tiene una serie de servidumbres arquitectónicas, de las cuales la más importante es el escasísimo módulo de camas por enfermería que hace aconsejable la construcción de un hospital nuevo, de concepción más moderna, para poder atender la atención hospitalaria de la isla. Esto está previsto, esto está planteado, esto está visto en la Comisión de Coordinación con la Comunidad Autónoma, y simplemente está pendiente de que se produzca la cesión del solar por parte del Ayuntamiento de la ciudad; este es el tema; es decir, hay una previsión de construcción de «Pino 2», hay una previsión de inversiones, pero, naturalmente, para construir algo, para proyectar algo, hay que tener un solar, como usted muy bien sabe, y por tanto estamos pendientes de la cesión de un solar por parte del Ayuntamiento.

Hospital del Sabinal, que, como usted sabe, es un hospital procedente de La AISNA; aquí se ha hecho un gran esfuerzo en la apertura de setenta y una camas nuevas y si habláramos en un término amplio no le hablaría sólo de inversiones en términos económicos, sino que le hablaría también de inversiones en términos, como creo que se debe hablar en sanidad, de plantillas, porque muchas veces las inversiones son tanto de dotar de personal humano, más que de inversiones en obra civil o en aparatos. Hemos hecho un incremento importante en 1988 de facultativos, de personal de enfermería y sanitario para dotar a este Hospital del Sabinal, que estaba, como casi todos los procedentes de la red, con una falta bastante notable de personal, y está previsto un incremento en el año 1989 de siete facultativos, ciento cuatro ATS, que son muchos, o personal de enfermería, y veinticinco de personal sanitario. Y toda una serie de equipamientos que le puedo relatar, pero no me quiero extender demasiado: un telemando de 27 millones, una reveladora de siete, un equi-

po radiológico de cinco, un autoanalizador de once millones, otro autoanalizador de bioquímica de once millones y un ecógrafo de siete. Este es un hospital de apoyo al Hospital General. Por tanto, culminar el equipamiento en Sabinal para que preste una función que antes no prestaba porque de alguna manera estaba muy infradotado, sobre todo en personal, y sobre todo en personal de enfermería.

Estas son las instalaciones hospitalarias en la isla de Gran Canaria, y a éstas tengo que añadir una más. No se le oclatará a usted el concierto que hemos hecho con el Cabildo Insular de Las Palmas, según el cual estamos administrando el Hospital Insular, con lo cual podemos tener el Insular, conjuntamente con el hospital que está a cuatrocientos metros, es decir, el llamado materno-Infantil, que perteneció al Pino, podemos tener un hospital de agudos importante, lo tenemos ya, con una potencia importante, el complejo Materno más Insular, que podría perfectamente atender al área sur de la isla, al estar conectado con la autopista, como usted seguramente sabe mucho mejor que yo. Por tanto, ahí también se está haciendo un esfuerzo grande en lo que es coordinación de medios, y, en mi opinión, y lo diré siempre, es más importante sacar un rendimiento efectivo a las instalaciones sanitarias que se tienen, es tan importante, al menos, como pensar en la construcción de otras nuevas, y, por tanto, yo creo que lograr un rendimiento efectivo del Complejo Insular-Materno, que se hace a partir de la firma con el Cabildo de Gran Canaria de la administración de ese hospital, es importantísimo para la atención especializada en esa concreta isla. Por tanto, tenemos esas tres realizaciones, que yo creo que son importantes, y alguna está condicionada a la cesión del solar por el Ayuntamiento de Las Palmas.

Isla de Lanzarote. Como usted sabe, se ha construido recientemente un hospital con capacidad para 150 camas, que está empezando a funcionar, y al que se trasladará el actual Hospital Virgen de los Volcanes, cuya ubicación todavía está sin decidir, es decir, no hay una decisión funcional ni política ni administrativa de qué hacer con el hospital anterior, una vez que se traslade al nuevo hospital de 150 camas. Usted sabe que esta construcción ha supuesto un esfuerzo enorme de 912 millones de pesetas, a los que hay que añadir 265 millones de planes de montaje, y que hay una serie de plantillas determinadas para atender a este personal, seguramente las conoce; simplemente voy a pararme en el incremento de 1989, que es ocho facultativos, tres de personal de enfermería y quince no sanitarios, además de, naturalmente, los que ya había.

Pasemos a Tenerife. En la isla de Tenerife tenemos, en primer lugar, y creo que la prensa da bastantes noticias sobre ello, conversaciones para sectorizar la isla, es decir, hay dos hospitales de cabecera muy parecidos, el Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria, de la Seguridad Social, y el Hospital Universitario, del Cabildo de Tenerife. Entendemos que una solución sanitaria idónea, que comparte la Comunidad Autónoma, que tiene las competencias de planificación, es sectorizar la isla y dividir la isla en dos en cuanto a sectorización, que esa sectoriza-

ción vigente tiene el propio boletín canario y realizada por la Comunidad Autónoma, y encomendar al Hospital Universitario de Tenerife un área de atención y al Hospital Candelaria otra área. Evidentemente, tenemos unas conversaciones con el Cabildo de Tenerife, en la persona de su Presidente, su Consejero de hacienda, etcétera, para lograr tener un entendimiento tendente a buscar una fórmula de mayor colaboración; colaboración ya hay, están concertados en el grupo más alto posible de la tarifa de conciertos, es decir, el precio más alto, pero lograr un entendimiento mayor que permita una sectorización eficaz, según la cual tendríamos en la isla una asistencia especializada pivotando en otros hospitales terciarios de cabecera, nuestro Hospital de la Candelaria, al que luego me referiré, y el Hospital universitario, que, al menos en número de camas, etcétera, son hospitales muy parecidos en cuanto a capacidad asistencial potencial. Naturalmente, el Hospital de la Candelaria, al tener la responsabilidad de atención de los enfermos de la Seguridad Social, tiene unas mayores cifras de rendimiento porque tiene una mayor presión, entre otras razones.

Este es un proyecto importantísimo para la atención de especializados, en el cual tenemos grandes esperanzas de entendimiento y de sectorización con el Cabildo Insular de Tenerife, y estamos trabajando para ello a marchas forzadas.

Además de esto, ¿qué inversiones importantes hay en la isla? Pues tenemos un plan importante directorio, un plan importante en millones de pesetas, como va en fases, no menos de 2.300 millones y quizá no más de 2.500 para remodelar el Hospital de la Candelaria, un plan que va por fases, que es un hospital producto también del acarreo histórico, y posee piezas que tienen un nivel de dignidad arquitectónica apreciable, pero hay otras piezas que tienen un nivel de obsolescencia también apreciable. Este plan directorio se va a ejecutar inmediatamente la primera fase, con un presupuesto de 500 millones, y es un plan —puedo relatarle cómo se acomete, qué remodelaciones se empiezan— perfectamente diseñado, y se va a afrontar inmediatamente. Hemos hecho una remodelación del área de urgencias que ciertamente lo necesitaba bastante y que he tenido la suerte de poder visitarlo y comprobar que el área de urgencias está bastante bien resuelto, el problema del Hospital de la Candelaria, y falta nos hacía, puesto que soporta la mayor parte de las urgencias de la isla, ya que el Hospital Universitario viene a soportar del orden de unas 78 a 100, aproximadamente.

Seguimos con Tenerife. Tenemos el Hospital de Ofra, también un hospital de la antigua red de la AISNA, que estaba bastante mejor que el de Sabinal, pero en el que, para poner en funcionamiento cincuenta y cuatro camas y ascender, por tanto, a 128 camas tenemos que hacer un esfuerzo de plantilla de siete facultativos, 99 personal de enfermería; nuevamente nos encontramos con unos hospitales que hemos recibido de la red de la AISNA infra-dotados de enfermería, casi todo el esfuerzo de nuevas plantillas en enfermería —gran parte se justifica por dotaciones de red AISNA— y un personal no sanitario de treinta y seis.

Paso a la Gomera. Tenemos en el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe, de San Sebastián de la Gomera, un proyecto de remodelación, afectando básicamente a los servicios de radiología, consultas externas, laboratorio y lavandería, que cuenta con un presupuesto estimado de cien millones de pesetas.

Me voy a referir, finalmente, a la isla de La Palma, en relación con el Hospital de Las Nieves, en Santa Cruz de La Palma, donde estamos estudiando técnicamente acometer una remodelación y un estudio del Hospital de Santa Cruz de La Palma, pero está todavía en fase de estudio técnico en concreto.

en definitiva, éstas son las cuestiones que de alguna forma están decididas y están haciéndose, se han hecho, están en funcionamiento y se van a hacer con toda verosimilitud en los próximos tiempos, sin duda en la presentación de inversiones de 1990, 1991 y 1992, ya que usted nos cifra ese período de su pregunta, pueden plantearse nuevas realizaciones de dotaciones de todo tipo en lo que es la asistencia especializada en la Isla.

Como filosofía sí le diría que volvemos a lo mismo, y conecta incluso con la pregunta de Montecelo. Parece que debemos centrarnos mucho, sin perjuicio de otras acciones, en utilizar las camas públicas y privadas, que también las utilizamos, porque esto es lo que nos permite (los planes de construcción son siempre largos) una mejora más inmediata en cuanto a asistencia de nuestros enfermos. En ese sentido, el acuerdo con el Cabildo Insular de Gran Canaria y el posible acuerdo, en el que estamos trabajando, con el Cabildo de Tenerife lo juzgamos esencial a la hora de planificar la asistencia especializada en la Isla. Evidentemente, también le puedo decir que en el archipiélago tenemos una colaboración muy intensa con todo lo que son los hospitales privados, sobre todo en las islas grandes como Las Palmas y Tenerife, con programas concretos de reducción de esperas quirúrgicas, sobre todo, básicamente muy avanzados en la Isla de Tenerife.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Díaz Aguilar tiene la palabra.

El señor **DÍAZ AGUILAR**: En realidad, todo lo que usted ha dicho está dentro de lo cierto, pero también es cierto, y usted lo habrá comprobado personalmente, que hay una eficacia hospitalaria grave, sobre todo en la Isla de Gran Canaria, que es una deficiencia que a diario trae conflicto entre la población y los centros sanitarios.

En cuanto al problema de las urgencias, hace ya tres años que le planteé al señor Ministro una pregunta y me contestó por escrito que eso se iba a resolver con la nueva construcción del «Pino 2». Por supuesto, las urgencias de Gran Canaria usted ha tenido ocasión, de ver cómo son y yo no quiero describirlo porque eso parecería una novela de miedo. Lo que también es cierto es que si bien es verdad que se está haciendo un esfuerzo en el sentido de ponerse de acuerdo con el ayuntamiento, que eso ya está hecho, también hay un ofrecimiento por parte del Gobierno de Canarias de hacer un adelanto para empezar de inmediato la construcción, y esto lo traigo aquí para ver si

usted puede agilizarlo. También es cierto que hay programados unos centros de salud que sí dependen de ustedes, que están dados los solares desde hace cinco años, y que no se han puesto en construcción; en el plan que hay para 1989 están proyectados cuatro centros de salud, dos en Las Palmas y dos en Tenerife, y yo quería oír de su boca si iban a salir de verdad.

También quería decirle que está en litigio el Hospital del Sur, y que tanto el Hospital de Las Palmas como el Pino no dan abasto en estos momentos, junto con la red privada y la red pública, para solventar el problema de ingresos, no simplemente de ingresos no programados, sino de urgencias. Hay urgencias que permanecen y usted lo sabe, con dilaciones que son rayanas en la temeridad, no ya las programadas, porque las programadas le puedo dar como caso anecdótico que hay un hipopodias, y le puedo dar el nombre, que se diagnostica en el nacimiento, y el chico está en tercero de EGB y está esperando todavía ser operado. No quiero hablarle, por ejemplo, de las operaciones por litroticia, porque éstas se envían a la Península, aquí a Madrid o a Barcelona, para su ejecución; no quiero hablarle de los tratamientos de cáncer, por ejemplo, donde tienen que subvencionar los desplazamientos instituciones de calidad privada. En fin, no quiero hacer un panegírico de las cosas malas; solamente me interesan las cosas buenas, y las cosas buenas son que, aparte de eso que usted me ha dicho, que, en efecto, yo conozco porque soy de allí, me diese usted algún grado de seguridad en que estas construcciones, por ejemplo, de los puntos de asistencia intensiva que van a descargar a los hospitales de esas medianas urgencias y de esas medianas operaciones, y con lo cual vamos a hacer mucho más efectivo lo que tenemos hasta tanto en cuanto nos sea ampliado, que vayan a ser una realidad en un futuro próximo.

Esas son las ideas que yo pretendo que usted me dé.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Yo creo que a corto plazo —lo creo yo y lo cree más gente— puede mejorar la situación de las urgencias, puede y debe; hay que equilibrar las urgencias entre hospitales de la misma potencia. Yo le digo a usted que en Las Palmas en breve, cuando el complejo materno, más Hospital Insular que hemos cogido del Cabildo y los ajustes que se están haciendo tengan plena potencia, será el mejor remedio para aliviar las urgencias del Pino; de la misma manera que le digo que en Tenerife las 300 y pico urgencias que tiene Candelaria se han remodelado (que había que remodelar, porque cuando yo lo vi hace dos años usted recordará que lo primero que dije es que eso había que cambiarlo inmediatamente; se ha tardado más o menos, pero cambiado está) y la mejor forma de aliviar la presión de urgencias en Tenerife es equilibrar, y que esos 75 que están en el Hospital Insular los equilibremos a 150 ó 200; esto será muy bueno si se hace. Y esto se puede hacer, aunque no es tan fácil;

depende de un acuerdo político entre administraciones que estamos buscando, de un acuerdo financiero y jurídico, que es difícil, que es complicado, y de unos medios que se pueden, poner porque los edificios están ahí, tienen una solera, una historia y una capacidad de funcionamiento. Y esto es lo que mejora a corto plazo el tema.

También podemos hablar de nuevas construcciones. Esto siempre es un medio plazo, y en este sentido yo le puedo decir que en la medida en que en el Pino 2 tengamos las cuestiones administrativamente arregladas, procederemos inmediatamente a su construcción. Eso se lo puedo asegurar.

En la medida que el criterio de nuestro Ministerio, es decir, las cosas se van a hacer —y en la medida que su pregunta formulada era qué proyectos en instalaciones hospitalarias va a realizar el Ministerio— si usted me lo permite y me lo permite la Cámara, yo tengo mucho gusto en decirle exactamente qué centros de salud —porque esto es atención primaria, como usted sabe mejor que yo sin duda— vamos a hacer en este año tanto en una isla como en otra. Y se lo digo porque, evidentemente, las cifras las tengo en la cabeza, pero no quiero que usted dentro de dos años diga que tal día dije tal cosa, prefiero decirselo con toda fehacencia, de la misma manera que intento decirle con toda fehacencia cómo se arregla la situación hospitalaria. Ahora, yo le digo, con toda sinceridad, que necesitamos recursos en el archipiélago, pero a corto plazo necesitamos utilizar los recursos que hay, lo cual no impide para nada que se deban afrontar nuevas construcciones o remodelaciones. Entonces, la línea de intentar poner en funcionamiento intensivo las camas del insular con las camas nuestras del materno; creo que es la línea que da rendimientos a corto plazo más estimables para lo que nos importa, que son los enfermos de Canarias.

En Tenerife digo exactamente lo mismo, independientemente de algunas cuestiones que se leen en la prensa; estas son cuestiones a las que uno tiene que acostumbrarse y que asume, pero ésta es nuestra línea y le digo que tengo esperanzas fundadas de poder decir que nuestro Hospital de la Candelaria tiene un apoyo de un gran hospital, que es el Hospital Insular Universitario, y a partir de ahí lo que sea, y todo ello contando, naturalmente, con hospitales privados, que los hay, que de alguna forma estamos teniendo conciertos en algunos casos ejemplares de cómo se puede hacer una compenetración entre lo público y lo privado a la hora de resolver un problema.

También me comprometo a decirle por escrito cuáles son los centros que se van a abrir este año, porque esto es referido a primaria y su pregunta era hospitalaria, y también sería para mí muy grato y casi una obligación moral que usted me pudiera facilitar, si lo tiene a bien, el nombre de ese enfermo que necesita asistencia y que parece ser que no la ha recibido, para poder tomar las medidas necesarias de una manera tajante.

— **RELATIVA A RESULTADOS DE LOS CONTROLES REALIZADOS POR EL CENTRO DE INVESTIGACION Y CONTROL DE CALIDAD, DEL INSTITUTO**

**NACIONAL DE CONSUMO, EN DISTINTAS MUESTRAS DE LECHE, FORMULADA POR EL SEÑOR REVILLA RODRIGUEZ (CDS)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Para formular la pregunta número 10, relativa a resultado de los controles realizados por el Centro de Investigación y Control de Calidad, del Instituto Nacional de Consumo, en distintas muestras de leche, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Paso a formular la pregunta, que efectivamente es que deseamos conocer los resultados de los controles realizados por el Centro de Investigación y Control de Calidad del Instituto Nacional de Consumo en distintas muestras de leche.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Yo también seré muy breve.

Evidentemente, ha habido unos análisis de unas muestras de unos productos lácteos y, en función de la coordinación administrativa, todo este proceso ha sido centralizado en el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, a través de la Dirección General de Política Alimentaria, que tiene una subdirección de fraude. Esto ha sido así en la medida en que se juzga, parece ser, por los datos que se tienen y los análisis que se han hecho, que estamos fundamentalmente no ante un problema de tipo sanitario, sino económico. Si hay alguna supuesta infracción de este tipo parece que todos los datos apuntan, según los organismos competentes, a un fraude o a supuestos problemas de tipo económico más que sanitario, por lo que se ha centralizado toda la acción administrativa en el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, que, como he dicho, tiene una Dirección General de política Alimentaria y una subdirección que incluso recoge este nombre de Subdirección de Lucha contra el Fraude.

¿Por qué intervienen los laboratorios oficiales? Porque, como usted sabe, el Real Decreto del año 1983 aconseja, obliga en cierto modo, a que las pruebas policiales se realicen en laboratorios oficiales y de ahí que intervenga el laboratorio que está en el Instituto Nacional de Consumo.

Usted sabe también que hay unos requisitos del Derecho del año 1983 sobre la publicidad de los resultados. Dice que no se podrá dar publicidad a los resultados hasta que no se resuelva el expediente, pero, en definitiva, en virtud de esta coordinación administrativa le tengo que remitir a la Dirección General de Política Alimentaria, del Ministerio de Agricultura, bien entendido que estamos ante un problema de tipo económico, según parece, y que la coordinación de las actuaciones se realiza por el citado Ministerio. Por tanto, como representante del Ministerio de Sanidad tengo que remitirle a este Ministerio, que es quien se está encargando de todo el proceso, dadas las características que le comento, sin perjuicio de que el labo-

torio que haya hecho la muestra, en virtud del Decreto de 1983, sea dependiente del Instituto Nacional de Consumo, puesto que como tal laboratorio hace muchas muestras, todas las que se le solicitan.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Arrojo, parece ser, por lo que usted nos dice, que ya se sabe que se trata de un problema de fraude, que no es un problema alimentario. Probablemente se trata de que la leche contenía lactosuero y, por tanto, se estaba produciendo el fraude de dar por leche lo que no lo era. Es cierto que del mercado seguramente como consecuencia de estas pesquias y análisis se ha retirado la leche barata y ha quedado la más cara de las mismas marcas. Hay que suponer que la barata era la que estaba vendiéndose como leche y no lo era.

Pero si ya sabemos que es fraude y que no hay problema alimentario es que conocemos el resultado de los análisis, que es lo que yo pregunto. Si usted no me dice más que lo del resultado de los análisis hasta su tipificación como fraude y no como delito alimentario, estamos a la mitad del camino. Yo no sé si no es posible ampliar la respuesta, puesto que, vuelvo a repetir, ya conocemos el resultado de los análisis, por lo menos en tanto en cuanto nos permite decir que se trata de fraude.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Tenemos la suerte de que constan las palabras; no quiero hacer ninguna matización. Yo no digo que tengamos la constancia del fraude; he invocado un Decreto que habla de cómo se da publicidad y de que es necesario que las actuaciones tengan firmeza en la vía administrativa. Cuando ha habido una retirada de productos en el mercado es porque supuestamente se apunta algo, si no sería una arbitrariedad.

Yo digo que las actuaciones preliminares y las administrativas apuntan, supuestamente, no a un problema sanitario, sino económico, de un supuesto fraude; apuntan hacia. Por tanto, no puedo asegurar en este momento nada, porque aquí hay un procedimiento administrativo y evidentemente no se puede dar publicidad, mientras este procedimiento no sea firme, al tema.

Ahora bien, lo que ha habido ha sido una retirada de productos del mercado y unas razones que aconsejan abrir un procedimiento administrativo, ¿por qué? Porque se apunta hacia un problema. ¿A qué problema se apunta? A lo que usted ha relatado, a una sustitución no declarada de un producto por otro; se apunta. Por tanto, lo que le digo es que, como usted sabe muy bien, a lo largo y a lo ancho de la Administración española hay distintas inspecciones en materia alimentaria, desde la propia del SOIVRE, del Ministerio de Economía, hasta la Dirección General de Agricultura, hasta la propia sanitaria, incluso hasta la que tienen transferidas las Comunidades Autóno-

mas; y en virtud de la coordinación administrativa y de los datos iniciales con que se aborda este problema, que veremos cuál es su resolución en la vía administrativa, se encarga la comprobación al Ministerio de Agricultura. Por tanto, la información que yo le puedo suministrar debería remitirse a quién está teniendo las actuaciones, puesto que yo no digo que haya nada probado; en cualquier caso habrá que esperar a la finalización del expediente, que supongo que no se demorará, como todos los expedientes administrativos, para saber qué es realmente lo que hay en todo esto.

Yo no afirmo nada. Lo único que digo es que el laboratorio depende del Instituto Nacional del Consumo, pero que eso no es impedimento para que sea la Dirección General de Agricultura la que esté instruyendo el expediente y, por tanto, cualquier información sensata y administrativa, aquilatando el proceso, aconsejo que se solicite a los responsables de dicho Ministerio.

— **SOBRE CRITERIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD EN RELACION CON EL CONFLICTO EXISTENTE CON LOS PROFESORES UNIVERSITARIOS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA, TRAS LA APARENTE APLICACION DE LOS REALES DECRETOS 1158/1986 Y 644/1988, FORMULADA POR EL SEÑOR REVILLA RODRIGUEZ (CDS)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Pasamos a la pregunta número 11, reactiva al criterio del Ministerio de Sanidad en relación con el conflicto existente con los profesores universitarios de las facultades de medicina, tras la aparente aplicación de los Reales Decretos 1158/1986 y 644/1988.

Para formular la pregunta, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Nos encontramos ahora, en relación con esta pregunta, ante un tema realmente preocupante, por muchas razones. Yo no tengo tiempo ahora para señalar todos los motivos que nos permiten estar en profunda discrepancia con el procedimiento que se está siguiendo y que justifican plenamente, en mi opinión, nuestra preocupación.

El conflicto se inicia desencadenado por la aplicación de una norma que tiene rango inferior a la Ley, y ya ahí aparece un tema susceptible de plantear serias dudas y el procedimiento que se utiliza, es brusco, digamos, perentorio, sorprende a los que van inmediatamente a convertirse en afectados, por el cual conocen, sin ninguna advertencia previa, que su vinculación con los hospitales donde trabajan ha quedado rota o ha quedado legalmente eliminada.

Esto tiene unas graves consecuencias; piénsese que éstos son profesionales y que en el 98 por ciento de los casos eran médicos de hospitales y que han evolucionado desde esa condición a profesores universitarios. En su día se crearon unos hospitales que permitieron, por su alto nivel y capacidad asistencial, que se adhirieran a ellos unas

facultades de medicina y se solicitó de estos profesionales médicos que asumieran la tarea docente. Ahora se encuentran con que, después de, en algunos casos, más de 20 años de vinculación con su hospital, ésta queda rota y se les indica que pasan a pertenecer a la nómina de la universidad y pierden toda vinculación administrativa y legal con el hospital.

Otra razón de preocupación. ¿Qué idea de la enseñanza de la medicina está subyacente en todo este asunto? ¿Cómo puede pensarse que cuando todo el mundo, y de un modo muy especial la Comunidad Económica Europea, exige y patrocina el reforzamiento de la práctica de la enseñanza de la medicina, abandonando en muchos casos la idea de una enseñanza teórica, cómo puede pensarse, repito, que la universidad pueda convertirse en un lugar donde un determinado número de profesores realizan una actividad docente y que la actividad práctica, que es esencial para su docencia, porque lo que hacen es dar enseñanza de aspectos prácticos, terapéuticos, de asistencia concreta, no va a ser debidamente atendida?

Se les ha dicho cosas realmente increíbles, y esto también es preocupante. Se les ha dicho: Si no están ustedes de acuerdo, vayan a los tribunales o, de lo contrario, no nos voten en las próximas elecciones generales. Este es el modo como se está resolviendo, en las conversaciones que se han tenido, este problema. Este es, como digo, otro dato enormemente preocupante.

Nuestra pregunta la formulamos el 6 de marzo y estamos a finales del mes de abril. El conflicto no ha tenido solución; se ha enconado. Hemos asistido a una huelga de los decanos de las facultades afectadas, porque ésta es otra cuestión. No se ha hecho un tratamiento homogéneo en todas las universidades, sino que se ha escogido, no se sabe muy bien por qué, a unas y no se ha ampliado a otras. ¿Es que se pretende reducir las facultades de Medicina a centros de primer ciclo y se va a reservar a los hospitales para la enseñanza, digamos, del estudio de toda la carrera? ¿Qué es lo que realmente se persigue con esta medida? Lo normal en la enseñanza de la medicina es que la realicen profesores de medicina clínica, es decir, de medicina hospitalaria. Este fue el origen de cómo estos médicos llegaron a ser profesores. La actividad de un profesor, cuando es asistencial y es utilizada como práctica de la docencia que imparte, no deja de ser una actividad médica con todas sus responsabilidades, con todas sus obligaciones y con todos sus deberes. No se puede pensar que un profesor de Medicina, en un momento dado, enseñando la práctica de su especialidad, no esté realizando un acto terapéutico, y este es uno de los problemas fundamentales del asunto. Ese médico está asistiendo, está realizando un acto terapéutico; no es solamente un acto de prácticas, sino un acto con toda responsabilidad y del cual se le pueden exigir responsabilidades si hubiera lugar a ello. Por tanto, entender que esta actividad se limita exclusivamente a tener un carácter de actividad práctica, nos parece una interpretación no solamente equivocada, sino realmente perversa de la misma.

Dichas estas cosas como explicación o justificación de nuestra pregunta, entiendo que ésta queda planteada por-

que está perfectamente claro a qué conflicto me refiero y cuál es el problema sobre el que nos interesa conocer la opinión del Ministerio de Sanidad, porque hay dos ministerios implicados. A mí se me ha dicho que es el Ministerio de Sanidad el que más se resiste a la solución de este conflicto. En conversaciones que tuve ocasión de mantener con el propio Ministro de Educación me dio la impresión de que por parte del Ministerio de Educación no había grandes dificultades para encontrar una solución de este problema.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Evidentemente, yo estoy aquí en representación del Ministerio de Sanidad y, por tanto, contestaré a la pregunta que usted formula, que es cuál es el criterio del Ministerio de Sanidad. Respecto al criterio del Ministerio de Educación ya veo que usted puede, por el trámite que se considere oportuno, obtener sus criterios.

Aquí hay una legislación que crea un concepto, que es el de plaza vinculada. Vamos a verlo. Yo no creo que el tema sea si un ministerio tiene una voluntad y otro ministerio otra. Aquí hay un concepto que tiene una articulación conjunta y aquí sí que tengo que invocar la unidad de acto de la Administración o la unidad de acto del Gobierno a la hora de enfocar este problema. Por tanto, yo no hago ningún juicio de valor sobre quién está más o menos cerca de resolver el conflicto; ni siquiera hablo del Ministerio de Educación. Sí le puedo decir, porque estoy todos los días hablando de este tema, y de otros, que nosotros, dentro de lo que es la legislación vigente —y voy a explicar en qué consiste esta declaración— intentamos resolver todos los conflictos que se plantean.

La postura del Ministerio de Sanidad, dentro de lo que es el cumplimiento de la legislación vigente, que es el margen en el que la Administración se debe mover, estamos dispuestos a resolver el conflicto que se plantea. Voy a explicar lo que significan estas palabras, que son las que quisiera acabar, y acabaré, sobre la postura del Ministerio de Sanidad. Dentro de la legislación vigente estamos dispuestos a solucionar todo conflicto que se plantee, y éste, por qué no.

En función de lo que se ha dicho o se ha dejado de decir en los encuentros, le tengo que decir que no he asistido a ninguno y, por tanto, no soy testigo de si se dice una cosa o se dice otra. En cualquier caso, se trata de encuentros de personas que son decanos o profesores universitarios o altos cargos de la Administración, en todos los cuales hay que suponer un cierto nivel de interlocución, de corrección, etcétera. Por tanto, tengo que entender, y así me consta, que los encuentros, manifestando posturas dispares, siempre han sido correctos y no considero que a esos niveles pueda haber palabras altisonantes, ni respuestas de ningún tipo que, aunque yo desconozco, tengo que pensar que, por lo menos por parte de la Administración del Estado, se va a tratar de arreglar este conflicto,

como cualquier otro, dentro de las posibilidades que el margen de la legislación vigente le da. Quiero suponer que por parte de los catedráticos afectados, por su condición de decanos, de profesores eméritos, no eméritos de tipo jurídico, sino moral, de catedráticos, me permite afirmar que todos los encuentros que se han producido han sido dentro de la corrección que tengo que suponer tanto en los representantes de la Administración como en representantes de la universidad de tan conocida cualificación. Tengo que pensar que cualquier otro desarrollo futuro —espero que no se produzca el conflicto— se movería dentro de esta corrección que quizá sea obligada a personas que tienen una formación determinada.

Vayamos a la cuestión. Aquí, realmente, no hay una desvinculación jurídica. Primero tendría que hacer otra apreciación histórica. Sabe muy bien el Diputado señor Revilla —iba a llamarle doctor Revilla en este momento, que también lo es— que hay dos tipos de orígenes aquí: los docentes, que proceden básicamente de los hospitales clínicos, que luego hacen asistencia, y los asistenciales, que, en función de que su asistencia es muy buena, enseñan.

Evidentemente, yo opino, como usted: primero, que la Ley no te obliga a plantearte esta dicotomía y, por tanto, no me la voy a plantear, pero si lo hiciera, yo también opino, como usted, que los más capacitados para enseñar, sin duda, que la capacitación para enseñar la da tratar diariamente con los enfermos. Yo creo que ésta es una opinión bastante universal y no es el fondo de la cuestión. ¿Y por qué no lo es? Porque resulta que hay un marco legislativo que no nos permite hablar de desvinculación. Puede haber dificultades de interpretación jurídica de los interesados, pero es que aquí se crea un concepto legal, que es el de plaza vinculada y, al crearlo, es difícil hablar jurídicamente de que alguien se sienta desvinculado a, puesto que digamos que el legislador inventa o dota un concepto que es plaza vinculada.

Vamos a ver cuál es el tracto legal, que es importante, al que usted se refería, para culminar cuál es la posición del Ministerio de Sanidad nuevamente.

existe una Ley de Reforma Universitaria que autoriza al Gobierno a realizar determinados establecimientos de bases generales en régimen de conciertos entre universidades e instituciones sanitarias. Aquí hay una autorización al Gobierno, y lo digo a efectos de repasar todo el tracto legislativo y de ver, según su opinión, cuál es el rango de la norma adecuada. Es que existe una Ley 53/1984, de incompatibilidades, que establece un principio general de imposibilidad de desempeñar más de un puesto de trabajo en el sector público. Y es que, en fin, para no cansarles, existe una Ley 14/1986, Ley General de Sanidad, que crea, en su artículo 105, un concepto, que es el de plaza vinculada, ligado al sistema de conciertos antes mencionado.

A partir de ahí hay dos Decretos de desarrollo, como muy bien sabe S. S. El Decreto 1558/1986, que define la plaza vinculada como un único puesto de trabajo con contenido docente-asistencial, del que se deriva que los titulares de estas plazas conservan todos los derechos y obli-

gaciones inherentes a sus plazas de origen. Es decir, en función de las tres leyes mencionadas, que afectan al cuerpo de desarrollo que estoy hablando, hay un concepto nuevo de plaza vinculada que nos lo define el Decreto de 1986 como una plaza docente-asistencial, donde se acumulan todos los derechos y todas las obligaciones docentes y asistenciales.

Hay que ir también a la base décimotercera, que establece que las retribuciones del personal que ocupa plaza vinculada serán las que correspondan como catedrático —profesor universitario, junto a un incremento adicional, que se fijará anualmente por el Ministerio de Economía, a propuesta conjunta de los de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo. Por tanto, dice que la nómina se abonará por la universidad, sin que pueda satisfacerse retribución alguna por la correspondiente institución sanitaria.

Sin duda, no añado nada nuevo, pero para saber dónde estamos hay que ver cuál es el desarrollo normativo. Aquí se crea un concepto de plaza vinculada, que hay que entender que trata de lo que dice textualmente, que acumula derechos y obligaciones docente-asistenciales en una única plaza, acorde con lo que contempla la Ley de Incompatibilidades y, por tanto, en teoría, nadie debía sentirse desvinculado, puesto que el concepto legal es el de crear una plaza vinculada. Evidentemente, yo no voy a negar que no haya un conjunto de personas que se sienten desvinculadas, porque no nos gusta negar las evidencias y ahí hay un conflicto legalmente planteado. Por tanto, hay personas que se sienten desvinculadas, pero, evidentemente, el concepto jurídico nos habla de plaza vinculada y de una acumulación de derechos.

Como Ministerio de Sanidad nosotros tenemos especial interés en que estas personas no se desvinculen de los hospitales, por razones obvias, que seguramente yo comparto con usted, aunque yo procedo de otro mundo y llevo menos tiempo en sanidad, pero por su tenor literal lo compartimos. Son razones obvias.

El Ministerio de Sanidad no quiere que estos asistenciales, que a la vez son docentes, se sientan desvinculados, y para ello la legislación, que a todos nos marca, crea el concepto de plaza vinculada en la Ley General de Sanidad.

No obstante, hay una serie de problemas de interpretación jurídica, y son los propios Ministerios de Sanidad y de Educación los que señalan a los profesores —y tengo anexos firmados por los decanos— que hay que aclarar qué preocupaciones tienen estos docentes— asistenciales que ocupan una plaza vinculada; qué preocupaciones tienen en términos jurídicos que pueden hacer creer a algunos que hay una desvinculación del hospital.

Se han dado algunas instrucciones. Por ejemplo, que en el propio cheque figure su vinculación docente y su vinculación asistencial; por ejemplo, jefe de servicio y de jefe de sección de lo que fuere. También, de alguna manera, hay un último ofrecimiento conjunto —y con esto termino; luego podemos seguir ampliando el tema, porque es muy complejo— por parte del Ministerio de Sanidad y del de Educación de crear una comisión en los primeros días

de mayo, donde concretamente y con asesores jurídicos, puesto que aquí se está planteando un problema jurídico, más que de otro tipo, se señala dónde están los supuestos problemas jurídicos, que habrá que explicitar y resolver dentro de la legislación vigente, en los cuales se ancle el principio de que unos asistenciales se sienten desvinculados y cómo choca esto con el propio concepto de la Ley General de Sanidad, que nos habla de plaza vinculada. Y qué tipo de acciones administrativas, de las que algunas ya se han ofrecido; por ejemplo, dar un certificado personal a todos nuestros asistenciales que a la vez son docentes, para que conste, de una forma fehaciente, su vinculación al Hospital, que todos deseamos.

Acabo diciendo que hay unas conversaciones, que suelen ser en la sede del Ministerio de Educación y a las que asiste el Ministerio de Sanidad, en las que la posición de este último es que, en la medida en que lo permita la legislación vigente, estamos dispuestos a sentarnos, naturalmente, como ya lo hemos hecho, con una representación de los afectados e intentar, con el Ministerio de Educación, desmembrar cuáles son los problemas jurídicos que pudieran tener nuestros asistenciales, porque nosotros declaramos como principio de actuación que no queremos que se sientan desvinculados del apartado asistencial de los hospitales. Y entendemos que dentro del concepto «vincular» de la Ley General de Sanidad, en su artículo 105, que está ahí y que es un marco que a todos nos afecta, se puede cumplir este doble objetivo.

Por tanto, en la primera semana de mayo exploraremos cuáles son nuestras dificultades jurídicas, y si están dentro de la legislación vigente, pongamos todos los medios para solventarlas de manera administrativa, dentro de la filosofía de que no deseamos para nada, y nos parece una interpretación errónea en cualquier caso, que nadie se sienta desvinculado del hospital donde presta sus servicios.

Le podía dar datos del número de horas que, según la legislación vigente, estos docente-asistenciales tienen que tener en la Universidad y el número de horas que tienen que tener en el hospital y vería usted la desproporción a favor del hospital, lo que abunda en mi tesis.

En conclusión, intentaremos hacer lo posible, dentro de la legalidad vigente, y parece muy operativa la propuesta que existe de una reunión de los afectados con las autoridades administrativas respectivas para estudiar, pormenorizadamente, cuáles son los problemas jurídicos que inciden en que estos docente-asistenciales sientan que puede existir un riesgo de desvinculación, para, si está dentro del campo que nos permita nuestra legislación, solventarlo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Lo primero que quiero significar es que el señor Arrojo ha dicho que están dispuestos a resolver el asunto y ha dado muestras de poseer buenas dosis de esperanza acerca de que este conflicto pueda resolverse, al parecer, en el período de conver-

saciones que está previsto para el mes de mayo. Me parece que esto es lo más importante.

Me permito aquí lamentar, aunque no tengo capacidad alguna para resolver el tema, la no presencia del señor Arrojo en las conversaciones que se han mantenido. Esta es una opinión claramente personal, que no solamente se deriva de lo que él ha dicho ahora; ya antes tuve yo esa impresión. Nos habla de legislación vigente y de la necesidad de acogerse a la misma. Es que de eso se trata.

Desde luego, yo no estoy aquí enarbolando una bandera en favor de alejarse de la legislación vigente. Pero es que la legislación vigente, es decir, la Ley 53/84, de 26 de diciembre, y el Real Decreto 1.722/1985, ambos, declaran compatible la actividad docente y asistencial, por una parte, con rango de ley, y la otra que declara en el ámbito de la docencia universitaria el segundo puesto de interés público. Ya tenemos ahí legislación que ampara perfectamente una solución, que marca las líneas principales o fundamentales para resolverlo. Además, la Ley General de Sanidad, la Ley de Reforma Universitaria, el propio Real Decreto 1588/1986 en absoluto están en contra de lo que debería hacerse y no parece que casen con lo que se ha hecho. Este es el problema.

Señor Arrojo, usted dice que no están desvinculados. ¿Cómo pueden no sentirse desvinculados unos profesionales que han trabajado toda su vida en unos hospitales, y que es a partir de su actividad hospitalaria cuando alcanzan la condición de docentes, si de repente se les dice que ya no pertenecen a ese hospital, aunque pueden seguir desempeñando funciones asistenciales en él? Están desvinculados. Permítame que le ponga un ejemplo. Supongamos un periodista que trabaja en un periódico, que alcanza un prestigio notable y que la Facultad de Ciencias de la Información le pide que imparta prácticas de docencia a un grupo de estudiantes, y que, cuando lleva uno o dos años dando prácticas a ese grupo de estudiantes, recibe una notificación sin advertencia previa de que ya no es periodista ni pertenece al periódico sino que ha pasado a ser docente de la Facultad de Ciencias de la Información. Esto es lo que ha sucedido. Esto le tiene que sorprender a cualquiera y, sobre todo, le tiene que llevar a pensar que le han desvinculado de su actividad. Por tanto, pienso que es necesario profundizar en el tema de la desvinculación y establecer claramente que es absolutamente inseparable la actividad docente de estos profesores médicos de su actividad asistencial, porque son profesores precisamente por la calidad asistencial que han alcanzado, y lo que enseñan es asistencia. ¿Cómo puede pensarse que un cirujano que tiene abierto un abdomen o un cráneo, en un momento dado, está haciendo prácticas? Señor Arrojo, está realizando con toda su responsabilidad y toda su preocupación una actividad asistencial, y ésa es la que realmente le vincula de modo poderoso a la docencia y no, entiendo yo, en sentido contrario.

¿Dice usted que es un problema jurídico? Probablemente, nos encontramos ante la utilización —pero no se trata de un problema jurídico— de argumentos jurídicos para no dar solución a un problema, que es, además, un problema educativo que —antes ya lo he señalado— tiene

una íntima relación con la intelección de la enseñanza de la medicina. Cómo queremos que sea la enseñanza de la medicina inevitablemente nos lleva a plantearnos cómo queremos que trabajen y cómo queremos que estén administrativamente reconocidos los profesionales destinados a dar la enseñanza de la misma.

Decía el señor Arrojo que el Ministerio de Sanidad no quiere desvincularles. Yo lo recojo y me parece positivo, pero no es que no quiera es que, además, no puede. Entiendo que si realmente profundizamos en la labor que estos profesionales realizan no es un problema sólo de querer —y esto es importante— es que no se puede hacer.

Por último, vuelvo a instar al señor Arrojo —y me alegra verle ya en disposición de encontrar una solución y pienso que no es necesario insistirle en este tema—, en que no nos podemos convertir, en cuestiones de este tipo, en un país tercermundista; que no puede ser que nuestros decanos anden encerrados por un tema de este tipo; que esto no se lleva en la Europa comunitaria, y a ver si nos enteramos de que no podemos promover actos que tengan estas consecuencias, que desencadenen estos conflictos, que agudicen las posiciones, sin pensar que mediante el diálogo y la reflexión sería y rigurosa tenemos no sólo que encontrar una solución, sino, además, evitar que se produzcan estos fenómenos y estos espectáculos que no dicen nada en beneficio de nuestra sanidad, de nuestra educación y, desde luego, mucho menos en beneficio de nuestro país.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): No creo que ningún asistencial haya recibido nota alguna que le diga: Usted ya está desvinculado de aquí. Creo que lo que ha recibido es un cheque mensual que, en vez de hacérselo el hospital, en virtud del Decreto, se lo hace la Universidad y que es distinto a los dos que cobraba antes, lo cual también es un problema, del cual no hemos hablado aquí, pero que puede existir. Por tanto, lo que han recibido es un cheque de la Universidad y no del Hospital, pero nadie ha hecho una declaración diciendo: usted ya no está aquí; y si lo ha hecho no tiene sentido alguno. No sólo esto, sino que nos parece que si el legislador habla de plaza vinculada es que está vinculada a... Si alguien hace un documento en que diga: A usted le desvinculo, estaría incumpliendo la Ley General de Sanidad, en principio, porque lo que no queremos es desvincularlo.

Comparto con usted que realmente, como Ministerio de Sanidad de alguna manera creo que, sin meterme en cuál sería una buena o una mala docencia no tiene sentido alguno que estos profesionales se desvinculen de alguna forma o se sientan ajenos a lo que es la asistencia a los enfermos españoles. Esto es algo que no tiene sentido alguno y entiendo que hay un campo de trabajo dentro del concepto de plaza vinculada —no plaza desvinculada, como parece que debería decir en tal caso la Ley General de Sanidad— que nos permite cumplir que estas perso-

nas no se sientan desvinculadas a sus hospitales. Esto lo comparto y lo diré donde proceda. Pero creo que más que un problema jurídico, como siempre, aquí hay un problema de: Usted dice... Puede haber argumentos jurídicos, pero lo que ocurre es que el Derecho a veces no es una ciencia exacta; éste es un tema complicado, y sí puedo admitir que haya algunos profesionales, algunos docentes asistenciales que tienen unas interpretaciones o tienen unas oscuridades. No admito que haya un problema jurídico; lo que sí admito es que hay problemas de interpretación jurídica. No admito aquí un problema objetivo, que problemas objetivos puede haber en el mundo del Derecho; lo que sí admito es que hay un problema claro, subjetivo, de cómo interpretar un cuerpo normativo. Eso sí es patente y me parece muy juicioso que con asesores jurídicos se diga: Vamos a ver qué problemas reales de interpretación hay en esto. Porque lo que sí hay es una subjetividad de interpretación de un cuerpo normativo, puesto que si estamos todos de acuerdo en que nadie los quiere desvincular y ellos mismos no quieren desvincularse, si la normativa general lo permite, lo que estamos es ante un problema subjetivo de interpretación, que es lo que yo creo que hay que resolver.

En este sentido, tanto el Ministerio de Educación como el de Sanidad vamos a ver qué problemas jurídicos hay y vamos a resolverlos o intentar aclararlos para que nadie tenga esa sensación, que es contraria a lo que se pretende. Y éste es el estado de la cuestión. Evidentemente, todo conflicto es indeseable, como son indeseables actitudes de otro tipo que, de alguna manera, nos alejen de las actitudes que tiene este pueblo nuestro, que son actitudes claramente europeas en lo cotidiano.

Por lo tanto, a nosotros nos preocupa este tipo de cosas, máxime en una materia tan delicada como es la docencia.

Ahora, yo insisto, no hay ninguna declaración administrativa que vaya «contra lege»; aquí se habla de plaza vinculada y, por tanto, es absurdo que se diga: Usted queda desvinculado. Al revés, hay un deseo explícito, es decir no sólo eso, sino que nos parece que estas personas deben sentirse parte del sistema asistencial, porque entendemos, y ahí coincido con usted plenamente, que es la mejor forma en que van a desarrollar su docencia. Esto es un problema más ubicado en otro Ministerio que en el mío. Lo que hay aquí es una diferente interpretación de una normativa, y como hay unas preocupaciones jurídicas subjetivas, que de momento no están objetivadas, yo tengo que entender que en una reunión que se puede producir en los primeros días de mayo, pueden explicarse con claridad cuáles son los problemas jurídicos y, en una voluntad dentro de la normativa vigente, resolver esos problemas subjetivos que tiene la norma, hasta que no se demuestre que hay cuestiones objetivables que habría que arreglar con normas de otro rango.

Esta es la posición del Ministerio. Mi optimismo es más bien una esperanza de que podamos entendernos, habida cuenta de que parece que hay una generalidad de personas que pensamos cosas muy semejantes. Entonces habrá que poner, como dicen los americanos, el blanco sobre ne-

gro y el negro sobre blanco, y ver un poco cuál es la objetivación de esas preocupaciones que existen. Tenemos grandes esperanzas en este proceso.

#### — SOBRE ATENCION PSIQUIATRICA O PSICOLOGICA A LA POBLACION INFANTIL ESPAÑOLA, FORMULADA POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Pasamos a la pregunta número 12, relativa a la atención psiquiátrica o psicológica a la población infantil española.

Para su formulación, tiene la palabra la señora Izquierdo Arija, del Grupo Parlamentario de Coalición Popular.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Mi Grupo Parlamentario ha dejado patente a lo largo de estos últimos tiempos la preocupación que siente por la infancia, por su entorno, por su marginación y todos aquellos factores que pueden incidir en su proceso de desarrollo, tanto físico como psíquico. Por ello nos sentimos profundamente alarmados a la vista de unas estadísticas que han aparecido con motivo de un simposio celebrado en Madrid, en el Consejo de Investigaciones Científicas, según el cual se desprende que el 2,1 por ciento de los escolares, sobre todo en las áreas urbanas, sufren grandes trastornos psíquicos y un 15 por ciento presidan urgente asistencia psiquiátrica. De un muestreo que se ha recogido también entre 600 escolares de 8.º de EGB se recoge que uno de cuatro alumnos reúnen las características que permiten clasificarlo como pre-delincuente, y un tres por ciento reconoce haber deseado en algún momento de su vida haber acabado con ésta. De hecho, en estos momentos ha pasado a ser el suicidio la tercera causa de muerte violenta entre los adolescentes.

Ya sé que este problema abarca mucho más que lo que puede ser el problema en el tema sanitario, y más que el Ministerio de Sanidad es tema en el que podrían estar implicados tanto el Ministerio de Justicia como el Ministerio de Educación, incluso muy directamente el de Asuntos Sociales. Yo diría más, incluso toda una acción de Gobierno, puesto que todas aquellas medidas que de alguna manera contribuyen a erradicar la marginación en el país —el paro, la drogadicción, la prostitución, la destrucción de la familia, incluso el «stress» de estos tiempos, o las expectativas negativas que tienen los jóvenes ante el futuro una vez que terminan sus estudios— todo esto contribuye a crear un planteamiento serio. Los médicos saben que cada día tienen más visitas en su consulta que son de origen psiquiátrico. Como la psiquiatría en realidad es la hermana pobre o el patito feo de la Sanidad española, ya que no se atiende por la Seguridad Social, es por lo que nosotros nos sentimos preocupados y lo que la pregunta que yo he traído a esta Comisión, aunque reconozco que podría haberlo hecho en cualquiera de las otras tres a las que he aludido antes, es si el Ministerio de Sanidad tiene previsto algunas medidas para hacer un seguimiento psiquiátrico a los adolescentes españoles, porque el problema es verdaderamente preocupante.

Acostumbramos a decir, y ya es reiterativo de tanto como se dice, que los jóvenes de hoy son los futuros hombres del mañana. Y si tenemos una generación o una adolescencia enferma, ¿qué va a pasar con el futuro de España? ¿Qué va a pasar con nuestros futuros dirigentes? Por ello, a mí me gustaría saber si su Ministerio va a tomar alguna medida para hacer algún seguimiento, vía gabinete, o vía lo que se considere necesario, para un tratamiento psiquiátrico de los adolescentes y de los escolares españoles.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Arrojo tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): El problema que plantea la señora Diputada creo yo que va más allá del Ministerio de Sanidad, incluso va más allá de un problema de gobierno: es un problema de la sociedad. Realmente el entorno que afecta al niño o al joven es el entorno familiar, el social, el económico, el cultural, y hasta sería una suerte que lo pudiéramos definir como un problema de gobierno que se pudiera solventar con acciones de tipo gubernativo administrativo. Es un problema mucho más complejo.

Lo primero que yo quería era aquilatar cuál puede ser la posición de un sistema sanitario frente a este problema. Es decir, estamos ante un problema muy serio, con connotaciones de todo tipo sociales, familiares, culturales que tiene una visión mucho más amplia de lo que puede corresponder a un Ministerio, a un apartato asistencial, o incluso a un gobierno determinado, porque es un problema que afecta a toda la sociedad.

En ese sentido, yo creo que la propia Diputada lo define bien y hay que decir que no habría que buscar, en consecuencia, un mecanismo de problema-respuesta absolutamente unívoco e inmediato, puesto que no es un problema que se pueda predicar como ausencia de otra cosa.

Dicho lo anterior, añadiré que los problemas de salud mental del niño o del adolescente habría que asociarlos a cuál es el aparato asistencial que se tiene para afrontar los problemas psiquiátricos. Es decir, aquí hay un problema, y cuando este problema y estos factores de riesgo a los que usted se refiere están ahí actúan, se genera un problema sanitario que, de alguna manera, el aparato asistencial tiene que afrontar, aun reconociendo que la propia Ley General de Seguridad Social tiene un desarrollo histórico mucho mayor, como usted muy bien dice —yo no le pongo ningún calificativo— en materia, no de salud mental, sino otras terapéuticas o de todo tipo; en materia de salud mental era muy poco, en términos históricos, porque este apartado lo desarrollaban las Diputaciones.

En ese sentido, ¿qué tiene el sistema sanitario público con estos «a priori» para afrontar un problema sanitario que se produzca en un adolescente o en un niño, derivado del problema que usted relata, que es mucho más que un problema que pueda solucionar en concreto un Ministerio determinado, un gabinete, un departamento; un problema social, quizás uno de los mayores que tiene toda la

sociedad occidental, y supongo que la oriental, que la conozco menos. ¿Qué es lo que tiene? Lo que tiene es un desarrollo de toda una serie de acciones psiquiátricas, conforme al seguimiento del plan de reformas de salud mental, con unas dotaciones cada vez mayores en cientos y miles de millones de pesetas, en colaboración con las Comunidades Autónomas. Muy resumidamente, diré que tiene nueve conciertos de salud mental con Comunidades Autónomas y estamos a punto de firmar el de Galicia. Tiene un presupuesto que pasa de 1.190 millones a 1.309, sólo del Insalud —gestión directa— en camas de agudos. Se está desarrollando por las Comunidades Autónomas toda una serie de camas de agudos que no me paro a relatar, porque sería muy prolijo, y están desarrollándose unos equipos de asistencia primaria, sólo en el territorio Insalud, en número de 83 en salud mental, formados por un médico psiquiatra, un psicólogo y un ATS, que van dando este tipo de respuestas.

Todo ello tiene que coordinarse, naturalmente, con las Comunidades Autónomas, que están ahí, y tiene que coordinarse con el aparato asistencial de los (iba a decir viejos, o menos viejos) psiquiátricos que tienen las Diputaciones Provinciales y a los cuales, como ustedes saben muy bien, no ampara el artículo, creo recordar, ciento y algo de la Ley de Presupuestos, en el que se da una serie de pautas financieras para el traspaso de los hospitales generales de Diputaciones Provinciales al Insalud o a las Comunidades Autónomas, pautas que estamos utilizando mediante el traspaso de Ciudad Real, Las Palmas (Ceuta no tiene nada que ver, porque es de la Cruz Roja) y en otros varios sitios, pero que no aborda el tema de la salud mental.

Por tanto, yo diría que estamos ante un problema serio de la sociedad, pero desde el punto de vista del Ministerio de Sanidad lo que le puedo señalar es el desarrollo del aparato asistencial que existe y cómo está avanzando para abordar estos problemas de salud mental, partiendo de un punto en que sí coincido con usted, aunque quizá no en los calificativos, que es la propia Ley de la Seguridad Social, como usted muy bien dice, desde los orígenes de la Seguridad Social, que empiezan por la prescripción farmacéutica ambulatoria, hasta todo el desarrollo hospitalario, se preocupó más del desarrollo de otras facetas que del desarrollo asistencial de la salud mental, que estamos abordando ahora. Lo que sí puedo decirle es que daré traslado de esta preocupación de su señoría igualmente a la Comisión de seguimiento para la reforma de la salud mental, interesándose sobre si existe o no existe alguna especificidad en cuanto a la diagnosis del problema o el riesgo que tenga el problema en cuanto a los temas psiquiátricos de la adolescencia. Pero la respuesta sanitaria es la respuesta asistencial del aparato psiquiátrico que estamos desarrollando en el Insalud, cuyo esfuerzo en este año es evidente al pasar de 1.190 millones a 1.309.

Traslado, por tanto, a la citada Comisión de seguimiento, esta preocupación que usted manifiesta, y si hubiese, o si los expertos de la propia Comisión, que es una Comisión Mixta Estado-Comunidades Autónomas, considera-

sen en oportuno realizar algún estudio o alguna aproximación a este problema, que está ahí y es de todos conocido, yo lo pondría en conocimiento de S. S. inmediatamente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): La señora Izquierdo tiene la palabra para su turno de réplica.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Muchas gracias, señor Arrojo, por su contestación, que aunque en realidad no me aclara nada, por lo menos me da una esperanza de que va a llevar por los cauces reglamentarios la inquietud que siente esta Diputada ante un problema existente y real.

Lo que usted apunta de psiquiatría en realidad no define nada ni ayuda nada al problema que yo he planteado aquí esta mañana, puesto que usted habla de que están intentando apoyar la psiquiatría, pero ya cuando una persona está demente o cuando es un problema agudo. Pero es que yo apunto más hacia una prevención del problema en la infancia que a resolver un problema existente en el mundo de los adultos. Por ello, simplemente le digo que no conozco nada en prevención y que en unas Jornadas que se celebraron en el Ministerio de Justicia hace dos años sobre el problema de marginación del menor, unas de las conclusiones apuntaba ya que una de las mejores cosas que se podían hacer era un seguimiento psicológico y psiquiátrico de la infancia. Por ello es por lo que le ruego que transmita, por los cauces reglamentarios, la preocupación que existe en la sociedad ante este tema, que viene siendo cada día como una cascada en avalancha, que va creciendo, y que está minando a la sociedad infantil cada día más, y que yo sepa no existe nada, ni un gabinete, ni un seguimiento a esta infancia, por lo cual le agradezco mucho su buena intención, aunque de momento solamente me da un rayo de esperanza, pero ninguna solución.

— **SOBRE ACUERDO SANITARIO FIRMADO RECIENTEMENTE POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) CON EL PRESIDENTE DE LA XUNTA DE GALICIA, FORMULADA POR EL SEÑOR LOPEZ GUERRERO (CP)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Pasamos a la pregunta número trece y última, relativa al acuerdo sanitario firmado recientemente por el Instituto Nacional de la Salud con el Presidente de la Xunta de Galicia, formulada por el señor López Guerrero, del Grupo Parlamentario de Coalición Popular.

Tiene la palabra el señor López Guerrero.

El señor **LOPEZ GUERRERO**: Señor Secretario General, el 23 de diciembre de 1988 me contestó el señor Ministro, a pregunta realizada sobre financiación del área sanitaria de Santiago de Compostela, que el Ministerio de Sanidad y Consumo había realizado en diversas ocasiones propuestas que iban encaminadas a dotar el área de

un índice de camas de agudos superior a la actual por mil habitantes, sin que dichas propuestas hubieran prosperado, porque en todas ellas, con carácter urgente, se especificaba que estaban supeditadas a la apertura del materno-infantil.

En otro párrafo de esa misma respuesta afirmaba el Ministro taxativamente que era imprescindible encontrar una solución transitoria mientras se redactaba el proyecto del nuevo hospital y se realizaban las obras. Pero, claro, esto tiene poco que ver, o se corresponde poco con la noticia de prensa de 25 de diciembre, donde se recogía la intervención de la Senadora María Jesús Sainz García en la Cámara Alta, denunciando la falta de partidas presupuestarias para 1989 para la construcción de ese nuevo Hospital de Santiago de Compostela.

El 15 de enero este Diputado expresaba que la situación del Hospital General de Galicia, en Santiago, y la de su área sanitaria estaba llegando a un punto límite, con conocimiento de todas las autoridades interesadas, por lo que se imponía delimitar responsabilidades y clarificar convenientemente las posturas, preguntando si el Ministerio de Sanidad estaba dispuesto a iniciar inmediatamente los trámites de un nuevo hospital en el momento en que el señor Rector de la Universidad de Santiago concediera luz verde a la utilización provisional del edificio construido como materno-infantil.

El 24 de enero de 1980, la Asamblea del Hospital facultativo, del Hospital Clínico Universitario, que también se llama así el Hospital General de Galicia, reconoce por unanimidad que el deterioro de la situación asistencia y de todo tipo en el área de influencia de este hospital ha ido empeorando por falta de inversiones y por desacuerdos administrativos. También acuerda manifestar que las deficiencias de tipo estructural, material y de personal que padece el hospital hacen que la asistencia y demás funciones propias de las características de un hospital como éste no puedan ser llevadas a cabo como se debiera.

El 26 del mismo mes, la prensa recoge manifestaciones del portavoz municipal del Grupo Popular en el Ayuntamiento, que achaca todo el problema del área sanitaria de Santiago al enfrentamiento personal en torno al tema del Ministro de Sanidad con el Alcalde de Santiago y con el Rector de la Universidad —que usted conocerá, señor Secretario General—, aclarando que los efectos de ese enfrentamiento los padece, sin embargo, obviamente, la ciudadanía.

Ante la pretensión de un sector de la clase médica compostelana y las declaraciones de algunos políticos locales de abrir transitoriamente el materno-infantil para paliar la grave situación hospitalaria del área compostelana, el Rector de la Universidad declara por estas fechas de manera categórica que «el materno» —y lo dice en gallego— «non se abre transitoriamente mentras él senya Rector».

El 4 de enero, con el título «Los facultativos del Hospital General de Galicia se destapan», se publica un amplio comentario sobre el caos asistencial y las listas de espera que han desbordado a los médicos, que comienza así: «La caótica situación de deterioro asistencial del Hospital General de Galicia, con listas de espera abultadas que lle-

gan a los veinte mil enfermos, escasez de camas que obliga a trasladar diariamente a los pacientes del área de Santiago a otras zonas, es ya insostenible.»

La sección sindical de UGT del Hospital General de Galicia considera que el debate sobre el Plan de Reordenación del Área Sanitaria de Santiago está ya cerrado y que se hacen necesarios hechos reales que corrijan inmediatamente la situación existente, con criterios de racionalidad que superen protagonismos o intereses personales y políticos que están deteriorando la asistencia.

Señor Secretario, llegados a este punto no hay más remedio que reconocer que la situación deplorable es consecuencia de una poco afortunada gestión de su Ministerio, aunque naturalmente, usted no es único responsable. Debe reconocer conmigo que ustedes han encarecido la asistencia sanitaria al prescindir en gran parte de las buenas contribuciones de la medicina concertada, en la que trabajan destacados especialistas, lo que trajo en consecuencia (en la zona de Santiago fue muy grave) el cierre de algunos centros sanitarios a los que se les abonaban unos haberes modestísimos de concierto, notoriamente inferiores a sus necesidades de sostenimiento, y en cualquier caso mucho más económicos que los que se utilizan en las prestaciones públicas. En Santiago hemos presenciado, lamentablemente, el cierre de los sanatorios de Santa Ana, Puente y Señoría, la desaparición de San Lorenzo, la eliminación de la Policlínica «18 de julio» o Sanatorio de Nuestra Señora de Fátima, y también hemos sido testigos de la rotura del concierto entre el Insalud y Nuestra Señora de la Esperanza, centro magníficamente dotado para la cirugía.

Todo esto incide en que los enfermos pasen todos al Hospital General y aumenten las listas de espera. Ustedes no logran poner a mayor rendimiento el Hospital Gil Casares, que, como usted sabe, señor Secretario General, está trabajando al ralentí, sobre todo en su labor quirúrgica, ya que cuenta únicamente con un solo anestesiólogo y éste, aunque trabaja a tope, es notoriamente insuficiente.

Les falta a ustedes conseguir la utilización plena del Hospital Provincial, con quien ha acordado un concierto a plazos, y no buscan otras soluciones alternativas, como podría ser la construcción de un hospital en la zona de Barbantes, como patrocina Comisiones Obreras, entre otros; la ubicación de centros para crónicos, que eso es un tema que yo no he visto reflejado en ninguna noticia, o la estructuración de las áreas sanitarias de Galicia para que al Hospital General de Santiago no lleguen más enfermos que los que tienen que llegar en función de sus patologías.

Señor Secretario, iniciar los trámites para construir el nuevo Hospital de Santiago de Compostela es una nueva noticia, como al parecer, puede ser, pero deja de ser esto noticia si ha de ser a costa y subordinado a la apertura del materno-infantil, porque en estos momentos, y usted lo sabe, a causa de la inoperancia, el edificio construido para materno infantil ha cambiado de dueño y su nuevo amo no está por la labor, ya que se ha empeinado en transformarlo en residencia universitaria en atención a su ubicación.

El derecho a la salud debía ser prioritario sobre otras consideraciones también respetables —voy terminando, señor Presidente—, pero en Santiago parece ser que no es así, y entre dimes y diretes y entre tiras y aflojas los tiempos van pasando y la solución sanitaria no se vislumbra, lamentablemente, empeorándose, si ello fuera posible, a cada minuto. Hacer algo, utilizar los recursos disponibles en el área parece razonable, pero como lo razonable a veces está reñido con la razón, nadie le pone el cascabel al gato y los enfermos del Hospital de Galicia, los reales y los potenciales, que somos todos los que vivimos en aquella zona, seguiremos sin la atención que nos merecemos. Y es que el escepticismo y la desilusión son las constantes que predominan, y quiera Dios que no formen los pródromos de un comportamiento sicótico.

Señor Secretario, nunca es tarde cuando la dicha es buena, dice acertadamente el refranero. No hace falta poner demasiado énfasis en el asunto porque ya el señor Ministro y su Departamento conoce las necesidades imperiosas de construcción del nuevo hospital; todos están de acuerdo. Podemos convenir que si las consecuencias van a ser mayores en aquella zona, señor Arrojo, habrá que cargarlas en el haber «jóbico» de la tradicional bondad, tranquilidad y aguante del pueblo gallego, pero tampoco hay que pasarse, como me estoy pasando yo ahora.

Señor Presidente, y termino, la pregunta es: ¿Qué acuerdos sanitarios firmó recientemente el INSALUD con el Presidente de la Xunta de Galicia?

Muchas gracias a todos por su atención.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): El señor Arrojo tiene la palabra para contestar a la pregunta.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Voy a contestar y luego voy a hacer un comentario que espero que usted estime correcto y, por lo tanto, serio.

En cuanto al acuerdo que se firmó, diré que no se firmó ninguno. Fue una visita importante, donde se ha llegado a conclusiones importantes que pasaré a relatarle, pero no hay ningún acuerdo firmado con el Presidente de la Xunta de Galicia. Yo mismo fui a Santiago de Compostela a ver al Presidente para arbitrar soluciones a la problemática de Santiago, que conozco.

Usted hace un relato muy exhaustivo. Se ve que es conocedor del problema, de lo que dicen los medios de prensa y lo que dicen distintos portavoces que usted ha mencionado, pero no hay acuerdo firmado. Sí le puedo decir que yo le llevé una propuesta al Presidente de la Junta, que hicimos una rueda de prensa conjunta, y le puedo relatar la propuesta, pero no hay estampada firma sobre tal propuesta. ¡Si lo sabré yo que fui el que fue a visitar la zona para intentar solucionar los problemas!

Tengo que decirle que después de relatar tan exhaustivamente el problema, y con cierta gracia y humor que yo le agradezco, porque ser serio no quita que se hagan las cosas con educación, que habría que contarle todo, habría que contar que existe un Hospital Provincial magníficamente dotado, cuyo gobierno de la Diputación Provin-

cial no sustenta el partido que sustenta el partido del Gobierno, y que no se está utilizando en su totalidad. Incluso tiene una resonancia magnética que no se utiliza nada más que unas horas al día, pese a nuestros esfuerzos y nuestro entendimiento cerca de la Diputación de la Coruña recalificando el concierto y señalándole nuestra angustiosa situación por utilizar lo que ya está ahí, que usted conocerá, dado su exhaustivo conocimiento sobre la situación de Santiago, que son un número de camas importantísimas del Hospital Provincial, el cual está en un estado arquitectónico y de medios mucho mejor que el Hospital General de Galicia, y que hereda el INSALUD. Está ahí, y nosotros seguimos diciendo que hemos recalificado el concierto y tenemos la nobilísima intención, de acuerdo con la Diputación Provincial, de utilizar intensivamente el Hospital Provincial, que está vacío.

Apelo también a la paciencia del pueblo gallego para ver que los recursos que el contribuyente paga, ya sea los que se aplican a través del presupuesto iniciado, ya sea a través del presupuesto de otras corporaciones locales, no se utilizan intensivamente cuando el panorama es parecido al que usted nos relata, aunque, por supuesto, yo no comparto las cifras que ha dado de las listas de espera, primero porque no existe este tema, ni además lo comparto en su magnitud.

Ahora bien, si hacemos un relato del tema, le puedo decir que habría que hacerlo completo, que no hay ninguna firma, pero sí hay una intención decidida del Ministerio de Sanidad en resolver el asunto de Santiago, y esta intención pasa por los siguientes planteamientos: Uno, se va a hacer el Hospital General de Santiago, sea cual sea la situación transitoria. Cambio cualitativo en mi visita a Santiago. La situación es tal, que no podemos dejarlo al albur de acuerdos de tipo político o de otro tipo; tenemos que hacer el hospital nuevo y lo vamos a hacer. Por tanto, primer dato: se va a hacer el hospital nuevo, como anunció el señor Ministro hace unos días al presentar el programa de inversiones.

Dicho lo anterior, también somos conscientes de que hay una situación temporal que hay que solventar y, por tanto, hay un régimen transitorio, pero ya no es condición «sine qua non». Vamos a hacer un Hospital General de Santiago nuevo con 750 camas, punto número uno, y lo vamos a hacer sin condiciones, porque creemos que es absolutamente necesario. Ahora bien, hay una situación de régimen transitorio y la situación de régimen transitorio desde el punto de vista del Ministerio de Sanidad pasa por la utilización intensiva del Hospital Provincial, para lo cual hemos llegado a un acuerdo jurídico con la Diputación en recalificar el concierto y estamos deseando utilizar intensivamente los recursos que existen.

Segundo punto: no hay ningún problema; el Derecho es el Derecho. El problema no es que patrimonialmente, porque uno no hace nada o hace algo, cambie de mano un determinado bien jurídico; el problema es que se transfieren medios del Estado a las Comunidades Autónomas y se transfiere una cierta titularidad del Hospital materno-infantil a la Comunidad Autónoma de Galicia relacionada con la Universidad de Santiago. El problema no es ju-

rídico: como no tiene dueño, me quedo yo con él. Lo que hay es una transferencia de medios porque estamos en un mundo jurídico. Por lo tanto, se va a construir el Hospital nuevo en Santiago sin condicionantes. Se lo digo aquí; y es una decisión tomada por el señor Ministro de Sanidad y Consumo que ha sido presentada a los medios de comunicación cuando se planteó el programa de inversiones y nuevos centros para 1990.

Punto número tres: Hay una situación transitoria que quisiéramos acometer. Queremos utilizar el Hospital de la Diputación Provincial intensivamente, y a tal efecto hemos subido la tarifa todo lo que nos deja la legislación vigente para poder pagar más y no procurarle pérdidas a la Diputación. Le recuerdo la Ley de Presupuestos, donde en cualquier caso todo el déficit sanitario que la Diputación Provincial de La Coruña tenga será financiado por el Ministerio de Hacienda. Si quiere le digo el artículo de la Ley de Presupuestos.

Cuarto punto: Seguimos diciendo que hubiera sido deseable que un bien que nació y se construyó para ser utilizado como centro materno-infantil hubiera sido utilizado como centro materno-infantil, pero esa decisión política se escapa a los responsables del INSALUD puesto que su titularidad patrimonial ha sido transferida junto con la transferencia de medios de Educación y, por tanto, lo que no podemos hacer son cuestiones ajurídicas. Pero seguimos diciendo lo mismo: no ponemos ningún condicionante.

Punto número cinco: Hacemos inversiones de choque en el Hospital Gil Casares, que era un hospital del AISNA —ya he hablado de ello esta mañana— y tenía las dotaciones que tiene. Intentaremos ponerlo a tono, estamos intentándolo, ya está, yo lo he visitado y además posiblemente el hospital nuevo sea ubicado al lado de él, como usted conoce muy bien.

Veo, señoría, que es usted un gran conocedor del tema, y le tengo que añadir otra cuestión. Desde el año 1986 —llevamos aquí dos años y pico— este equipo ha actualizado tarifas de conciertos hasta el punto de que, por primera vez, dentro de unos días podremos decir que los hospitales privados están cobrando las tarifas del año; había retrasos de tres y cuatro años —eso se lo puede decir la propia Federación de Clínicas Privadas— y tenemos un cuidado exquisito para que, dado que la demanda es mayor que la oferta, no haya caídas en la oferta asistencial de hospitales privados. Por tanto, resumiendo, señoría, va a haber un nuevo hospital.

Primero, no se firma nada con el señor González Laxe, porque soy yo el que fui a Santiago y se lo puedo decir, pero sí se acuerda lo siguiente. Vamos a construir un hospital nuevo en Santiago, sin condiciones, moderno y que de una vez por todas nos permita vislumbrar una solución adecuada para el área de Santiago.

Segundo, seguimos diciendo que el corto plazo en Santiago mejoraría muchísimo si pudiéramos utilizar intensivamente quizá el hospital mejor dotado de medios —no digo de otras cosas— que existe en la ciudad, que es el Hospital Provincial, lo que tenemos esperanzas de lograr

dada la Ley de Presupuestos y la recalificación del concierto-marco.

Seguimos diciendo, porque es así, que el problema se hubiera paliado si hubiéramos tenido la posibilidad de utilizar el Materno, posibilidad vedada no por el deseo del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino por la decisión de otras autoridades administrativas que en su derecho opinan lo contrario; su responsabilidad tendrán.

Creo que hay una esperanza y una posibilidad de adopción de decisiones importantes para Santiago de Compostela, decisiones que conoce la Junta porque esa firma a la que usted se refiere fue una visita que yo realicé al Presidente para señalarle que tenemos la intención unívoca y absolutamente terminante, que comparte, cómo no, mucha más gente, de construir un nuevo hospital, sin condicionantes, pero que creemos que en el régimen transitorio podríamos mejorar muchísimo nuestra atención si pudiéramos utilizar intensivamente el Hospital Provincial, que depende de la Diputación Provincial—que espero que usted conozca— y el Hospital Materno, del cual se ha hablado mucho, que, como digo, hubiera sido deseable su utilización, pero ha sido transferido y administrativamente se escapa de nuestros medios jurídicos.

En cualquier caso, aquí sí tengo que ser naturalmente optimista, porque vamos a construir el hospital—ya estamos haciendo el plan funcional—, vamos a construir un magnífico hospital; incluso soy optimista en la utilización, cómo no, racional e intensiva de los medios que tiene ahora mismo la ciudad, como es, por ejemplo, el Hospital Provincial.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor López Guerrero.

El señor **LOPEZ GUERRERO**: Brevísimamente, señor Presidente.

Le agradezco mucho su contestación, señor Arrojo, sobre todo en lo que se refiere a la construcción del nuevo hospital. Pero la pregunta estaba relacionada—yo no se lo mencioné antes en mi larga exposición— con una noticia de prensa, en la que claramente se dice que fue firmada el pasado sábado la propuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo para la ordenación de la atención hospitalaria por los representantes de las Administraciones central y autonómica. Más o menos viene a decir lo que usted expuso aquí: construcción de un hospital, utilización de los recursos, ampliar la capacidad del hospital provincial a 450 camas, utilización del materno-infantil, etcétera, esto en lo que ya hemos visto que no

hay nada que hacer. Además, ahora se crearía posiblemente un problema político tremendo, porque dígales usted ahora a los estudiantes que aquello pasa a ser otra vez materno-infantil cuando ya se están frotando las manos porque aquello va a ser una magnífica residencia, ya que, además, está al lado de las pistas universitarias, como usted sabe.

En cuanto a lo del Hospital Provincial, coincido con usted. Ya sé que el Hospital Provincial ha quedado clasificado en el grupo VII, nivel 2, de la Ley General de Sanidad, que ahora el acuerdo cama-día es de alrededor de las 13.500 pesetas, me parece que no me equivoco.

En relación a las manifestaciones del Ministro de Sanidad al señor González Laxe, Presidente de la Xunta, aquí hay una nota de prensa diciendo que se iban a hacer unas inversiones de 4.000 millones, creo que no me equivoco mucho, en 1990.

Hay otro recorte de Antolín Rodríguez, que es el Director del INSALUD de La Coruña, diciendo que se proyecta para Santiago un hospital.

Todo eso está muy bien, yo le hacía la pregunta porque quería saber si ya se había firmado, si ya se había encargado el proyecto, si íbamos a contar con un nuevo hospital, que tanta falta nos hace.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Tiene la palabra el señor Arrojo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Contestando muy brevemente le diré que se ha encargado el proyecto funcional—para hacer un proyecto de un hospital de ese calibre hay que hacer un proyecto funcional—, sabemos ya dónde lo vamos a hacer, de acuerdo con todo el mundo; estamos de acuerdo en construir un hospital y en lo que estamos de acuerdo, pero también le pido su ayuda, es en utilizar intensivamente el Hospital Provincial, que está ahí, para solventar esa situación transitoria que tenemos, porque tiene un número de camas muy importante.

Por tanto, no ha habido firma, pero hay un acuerdo total con la Comunidad Autónoma para la construcción del nuevo hospital de Santiago.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Gracias, señor Arrojo.

Agotado el orden del día, y agradeciendo la presencia del señor Arrojo en la Comisión, se levanta la sesión.

**Era la una y diez 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**