



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1992

IV Legislatura

Núm. 440

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 52

celebrada el martes, 5 de mayo de 1992

Página

ORDEN DEL DIA:

Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Griñán Martínez), para informar:

- De los objetivos, actividades, duración prevista, centros implicados y criterios de evaluación del proyecto piloto de nuevo sistema de gestión autónoma que el Ministerio tiene intención de llevar a cabo en fecha próxima. A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 213/000266) 12946
- Sobre las razones que han llevado a proponer no convocar plazas para las especialidades de Estomatología, Medicina del Trabajo, Medicina de Educación Física y del Deporte, Medicina Legal y Forense e Hidrología. A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 213/000321) 12957
- Acerca de las medidas a adoptar en relación con irregularidades producidas en la Gerencia del Hospital Ramón y Cajal del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 213/000399) 12960

	Página
Preguntas:	
— Del señor De Zárate y Peraza de Ayala (Grupo Parlamentario del CDS), sobre medidas para solucionar la situación de hacinamiento que se está produciendo en el servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife (BOCG, serie D, número 262. Número de expediente 181/001634)	12963
— Del mismo señor Diputado, sobre creación de nuevas camas en el Hospital Virgen de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife (BOCG, serie D, número 262. Número de expediente 181/001635)	12963
— Del mismo señor Diputado, sobre situación en que se encuentra el Hospital de Ofra, de Tenerife (BOCG, serie D, número 262. Número de expediente 181/001636)	12963
— Del señor Alegre Galilea (Grupo Parlamentario Popular), sobre motivos por los que las mujeres que dan a luz en el Hospital San Millán, de Logroño, corren más riesgo de ser sometidas a intervenciones quirúrgicas que las del resto de la mayoría de las provincias españolas (BOCG, serie D, número 267. Número de expediente 181/001682)	12966
— De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre datos que obran en poder del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de la aplicación de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidad del personal al servicio de las Administraciones Públicas, en las diferentes Direcciones Territoriales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) desde 1985 hasta la fecha (BOCG, serie D, número 270. Número de expediente 181/001712)	12967

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

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, GRIÑAN MARTINEZ, PARA INFORMAR:

- DE LOS OBJETIVOS, ACTIVIDADES, DURACION PREVISTA, CENTROS IMPLICADOS Y CRITERIOS DE EVALUACION DEL PROYECTO PILOTO DEL NUEVO SISTEMA DE GESTION AUTONOMA QUE EL MINISTERIO TIENE INTENCION DE LLEVAR A CABO EN FECHA PROXIMA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA (Número de expediente 213/000266).

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se inicia la sesión. Está con nosotros el señor Ministro de Sanidad y Consumo para cumplimentar una serie de comparecencias que en principio parecía que eran un número importante, pero después los grupos, una vez hecha la convocatoria y elaborado el orden del día, han ido retirando algunas de las mismas. Por tanto, en principio, se mantienen vivas, salvo que algún Grupo siga solicitando la retirada de alguna más, tres comparecencias únicamente.

Comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo para informar de los objetivos, actividades, duración prevista, centros implicados y criterios de evaluación del proyecto piloto del nuevo sistema de gestión autónoma

que el Ministerio tiene intención de llevar a cabo en fecha próxima. A solicitud del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor Ministro para cumplimentar la comparecencia.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): La primera de las comparecencias solicitadas dice textualmente: «Comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo para informar de los objetivos, actividades, duración prevista, centros implicados y criterios de evaluación del proyecto piloto del nuevo sistema de gestión autónoma que el Ministerio tiene intención de llevar a cabo en fecha próxima.»

Me imagino que cuando se formuló la solicitud existía esa intención de un proyecto autónomo, pero tengo que decir a S. S. que no se está desarrollando ningún proyecto piloto de gestión autónoma por parte del Ministerio de Sanidad en los términos en que viene formulada la petición de comparecencia. Sí puedo tener la oportunidad de hablar de los proyectos sobre gestión en los que está trabajando el Ministerio, algunos ya puestos en desarrollo y otros que, en un plazo inminente, se van a poner en funcionamiento.

Se está trabajando, como le digo, en una mejor gestión de los recursos públicos, y para ello lo que hacemos es proponernos avanzar en el desarrollo de las líneas generales que tuve la oportunidad de exponer a SS. SS. en esta misma Comisión hace poco más de dos meses y que, asimismo, detallé en una comparecencia en el Senado.

En aquella ocasión y en ésta informé sobre los objeti-

vos propuestos, que, repito ahora, se establecen sobre dos grandes áreas de actuación; una primera, la reforma estructural que va a abordar el nuevo modelo organizativo y la definición de las prestaciones y recursos del Sistema Nacional de Salud, y otra segunda que se refiere a la mejora en la gestión del servicio que se presta a los ciudadanos.

Yo entiendo que el interés de S. S. cuando formula comparecencia, a tenor de la forma en que está redactada, se refiere fundamentalmente al área segunda, es decir, al área de gestión, y a ella voy a procurar referirme en esta comparecencia. Bien es cierto, señora Maestro, que me interesaría aclarar previamente dos circunstancias que creo que afectan, de una u otra forma, al plan de empresa o de gestión de recursos en relación con la información concreta que se solicita.

La primera circunstancia que ya le avanzaba antes es la de que no estamos desarrollando proyectos piloto de nuevos sistemas de gestión autónoma que no formen parte de una estrategia común de política de gestión de recursos. Por tanto, preferiré referirme a la política global de gestión de recursos. La segunda es que me parece conveniente que antes de abordar las cuestiones relativas a las medidas de gestión le haga una breve exposición de las reformas estructurales u organizativas que están en la base de las modificaciones de gestión.

La reforma estructural, conforme a lo que ya les anuncié en mi anterior comparecencia, se puede sintetizar en cinco grandes apartados. Primero, adaptación de la estructura del Ministerio a las funciones de autoridad, con especial atención al aseguramiento del derecho de los españoles a la protección de la salud. Ha sido una realidad que la consideración del Ministerio más como un proveedor de recursos que como un afianzador o un garante del derecho a la protección de la salud ha podido conducir, por una parte, a una orientación del Ministerio hacia la prestación del servicio sanitario en vez de a una estrategia planificada de la salud; por otra parte, ha podido llevar también a trasladar la cultura administrativa a la gestión de recursos, con los consiguientes problemas que esto provoca de adaptación de la gestión de los recursos a una realidad dinámica dentro de lo que es un marco normativo rígido como es el administrativo. Por tanto, la primera medida organizativa cuya adaptación proponemos es la que afecta a la estructura del Ministerio, encomendándole las funciones de autoridad, aseguramiento, financiación, planificación, investigación e inspección.

La segunda, que es consecuencia por supuesto de la primera, lleva a una separación entre la autoridad y el aseguramiento, por un lado, y la provisión de recursos, por otro, correspondiendo esta última al Insalud o a los centros con los que se concierte. En estas condiciones, los centros sanitarios públicos aparecen como prestadores de servicios a los que se va a asignar un presupuesto cerrado en función del coste de los procesos que van a suministrar y que compiten, además, en esa prestación con otros centros públicos y privados allá donde existan en condiciones cuyo control va a corresponder a la autoridad contratante. El Insalud será, en consecuencia, un

organismo con fuerte base corporativa cuyas funciones básicas van a ser la redistribución del presupuesto contratado entre los diferentes centros y la supervisión en términos de coste y calidad de cada uno de ellos.

En cuanto a los instrumentos para la mejora de la gestión, que parece el punto concreto por el que se interesa S. S., le señalaré las líneas de actuación que ya se están empezando a seguir.

La primera línea ha sido la vinculación del presupuesto a objetivos. A tal fin se han desarrollado las siguientes actuaciones: elaboración de un presupuesto cierto, de base realista -lo que llamaríamos un presupuesto sombrero- para cada unidad de gestión, bien sea hospital o área de gestión de atención primaria, que se relacione además con el logro de objetivos y con la cobertura de servicios. El presupuesto, discutido con los gestores periféricos, se ha basado en el mantenimiento de las funciones y servicios al menos en los mismos niveles que tenían en 1991 y en la no generación de dudas a deslizar durante este ejercicio. En segundo término, se trabaja conjuntamente con el Ministerio de Economía y Hacienda para la amortización de la deuda contraída en ejercicios anteriores. En tercer lugar, se pretende disminuir el crecimiento del gasto en farmacia a través de la aplicación de la Ley del medicamento, en todo caso haciendo que su tasa de crecimiento interanual sea inferior al 16-17 por ciento, porcentaje al que ha venido creciendo en los últimos ejercicios.

La segunda línea de actuación será la creación, principalmente en los hospitales, de centros de responsabilidad en relación a la posibilidad de determinar consumos y productos intermedios y productos finales. Para ello se van a desarrollar las siguientes actuaciones: un programa en 24 equipos de atención primaria, todos ellos de zona reconvertida, con programas de salud y asignándoles una contabilidad, para configurarlos como centros de responsabilidad y asignarles una mayor capacidad para el uso de los recursos. Una negociación, además, con los responsables de cada unidad de gestión, bien sea hospitales o áreas de salud, de los objetivos a alcanzar en virtud de los recursos asignados. En tercer término, establecimiento en cada hospital de un manual de organización. En cuarto lugar, la definición de la cartera de servicios, tanto en atención primaria como en cada hospital.

Estas serán las cuatro grandes actuaciones dentro de lo que es la creación de centros de responsabilidad.

La tercera línea será optimización de los costes por producto sanitario. Esta medida exige necesariamente la atribución de un sistema de contabilidad nuevo -no solamente contabilidad presupuestaria- a los distintos centros de gasto. Para ello se tiene que desarrollar previamente un sistema de gestión de los servicios comunes, como pueden ser laboratorio, radiología y farmacia, computando sus costes unitariamente y, al mismo tiempo, estableciendo una contabilidad horizontal de estos costes en los distintos servicios de actuación. En segundo término, exige la elaboración de un inventario de equipamiento y el desarrollo de sistemas de gestión en mantenimiento e inversiones; en tercer lugar, la adaptación e

implantación del plan general de contabilidad para centros asistenciales; y, en cuarto lugar, el desarrollo de un proceso de estimación del coste por proceso. Todo eso nos lleva a permitirnos un sistema de facturación interna y externa en los centros hospitalarios del sistema.

La cuarta línea será el desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad técnica que prestan los hospitales. A este fin se ha procedido a determinar, evaluar e implantar normas de calidad, entre otras, en las siguientes áreas: documentación clínica, uso racional del medicamento y de productos sanitarios, prevención de infecciones nosocomiales y cuidados de enfermería.

Es cierto que todas estas medidas anunciadas —algunas ya en funcionamiento— no están exentas de dificultades, pero pienso que la instrumentación y la articulación de todas estas líneas que acabo de exponer, en la idea de un objetivo común de dotar a toda la red del Insalud de modernos mecanismos de gestión, van a permitirnos no solamente una determinada economía de gastos, sino al mismo tiempo también, un conocimiento más profundo de los costes del sistema sanitario por procesos y, por lo tanto, de los costes del sistema sanitario, no en función de los recursos que están asignados en cada zona, sino de las demandas de la propia población.

Se trata, en definitiva, de desarrollar medidas que tienen como meta su implantación en toda la red y que se van a instar y a establecer de modo gradual. No son, por tanto, proyectos piloto, sino desarrollo de un plan estratégico global de gestión que, acompañado de las medidas estructurales que le he relatado anteriormente, va a permitir lo que yo llamaría el plan de empresa de la sanidad en nuestro país y que, próximamente —cuando esté perfilado y aprobado por el Consejo de Ministros—, les traeré a esta Cámara para su conocimiento e información.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo solicitante de la comparecencia tiene la palabra la señora Maestro. Les señalo el acuerdo de Mesa y portavoces de ajustarse al tiempo máximo de diez minutos.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Yo quería hacer mención al momento en que fue solicitada esta comparecencia —próximamente va a hacer un año— y aunque es verdad que el Ministerio de Sanidad ha cambiado de titular, yo quiero llamar la atención a la Mesa sobre la agilidad de las comparecencias solicitadas, porque si ésta no se produce y transcurren estos plazos tan alargados, lógicamente dejan de tener vigencia e interés. Sin embargo, éste es un tema que en la medida en que están todavía sobre la mesa las modificaciones sobre política global de gestión de recursos —como ha señalado el señor Ministro—, sigue manteniendo interés.

Antes de hacer referencia a la respuesta del señor Ministro —que, lógicamente, se plantea en función de las propuestas de su Ministerio—, yo quería hacer mención de las condiciones en las que en los diferentes centros se está traduciendo una situación de rumores mantenidos, de declaraciones muchas veces no concretadas y ambigüas, sobre las consecuencias que están teniendo en el

mantenimiento de los centros. Esta situación a la que yo hacía referencia en la solicitud de comparecencia se produjo a partir del mes de mayo del año pasado. Se empezó a hablar del nuevo modelo de gestión, es decir, se hacían alusiones muy semejantes a las que ha hecho el señor Ministro en este momento, a la valoración del gasto real, a la contabilidad analítica, al coste por proceso, a la posibilidad de introducir cambios legislativos que soportaran jurídicamente las reformas introducidas, etcétera; medidas que, quiero señalar, llevaron inquietud a todos los que de alguna manera tenemos relación con el debate sanitario, por cuanto eran propuestas concretas a las que se hacía referencia en el famoso informe Abril Martorell, y que desde el juicio no solamente de Izquierda Unida, sino de prestigiosos profesionales de la salud pública, tenían que ver con la introducción de criterios de funcionamiento mercantil en la sanidad pública, no ya de venta de hospitales públicos, sino de la introducción de criterios de funcionamiento mercantil.

De todas maneras a mí me parece útil ilustrar qué es lo que pasó en algunos centros del Insalud cuando gerentes que probablemente compartían los criterios empresariales, cuando menos emprendedores y ocurrentes del anterior titular de Sanidad, cogieron entre sus manos las posibilidades de llevar a cabo proyectos de autonomía de gestión: cómo entendieron y cómo, desgraciadamente, se puede entender a partir de las palabras del actual señor Ministro de Sanidad la desarticulación y fragmentación de las áreas sanitarias; cómo la autonomía de gestión por centro sanitario, la trasladaron a autonomía de gestión de los servicios; cómo reunieron, a la mayor brevedad, a jefes de servicio de hospitales públicos del Insalud proponiéndoles la administración concreta por ellos de los presupuestos de sus departamentos; cómo se llevaron a cabo reuniones en los servicios en las que los jefes de servicio informaban a su personal, incluidos celadores, de cómo se iban a poder repartir los supuestos ahorros en el presupuesto que ellos utilizaran. Incluso hay una nota de la Dirección General del Insalud en la que se hace referencia a la existencia de contrato-programa entre las direcciones generales del Insalud y la Gerencia del Hospital, en este caso del «Ramón y Cajal», contrato-programa que hacía alusión al cumplimiento de unos objetivos asistenciales cuyo contenido jamás se conoció.

Todos estos planteamientos se hicieron al margen de cualquier tipo de conocimiento de la junta de personal y de los órganos de participación hospitalaria. No se hacía mención en absoluto a ningún tipo de control social y democrático del gasto. Insisto en que la autonomía y la supuesta racionalización de la gestión llevaba a hacer unidades de gasto a los diferentes servicios que parece que se constituirían en sociedades (los propios servicios) que vendían sus servicios al Gerente, el cual se quedaría con el 25 por ciento del presupuesto en concepto de alquiler. Estas reuniones se produjeron y tienen fecha concreta. Afectaron a los servicios de Cardiología Pediátrica, de Otorrinolaringología, de Cirugía General, etcétera. Me consta que posteriormente el Gerente desautorizó las reuniones que él mismo había propiciado al darse cuenta

y, supongo, que al recibir orientaciones por parte del Ministerio de Sanidad, de la monstruosidad hacia la que se caminaba.

Me parece importante que este tipo de cosas se tengan en cuenta, porque es una dinámica, por más que el esperpento pueda mover incluso a la risa. El esperpento está en la introducción de criterios mercantiles, insisto, olvidando objetivos asistenciales y el cumplimiento de metas de salud en el funcionamiento de los servicios sanitarios. Insisto una vez más: la gestión adecuada de los recursos, evitar el despilfarro y evitar la corrupción es un objetivo que Izquierda Unida comparte al cien por cien, y en ese sentido apoyará todo tipo de iniciativas del Ministerio de Sanidad. Ahora bien, respecto a las reformas estructurales a las que ha hecho referencia el señor Ministro, a la separación entre el aseguramiento y la autoridad en la provisión de servicios, a la introducción de medidas de competitividad entre hospitales públicos y privados y a la fragmentación del área sanitaria no se han tomado medidas legislativas. A mi juicio, estas propuestas conculcan el espíritu y la letra de la Ley de Sanidad; es decir, la integralidad de la atención primaria y la atención especializada, así como el funcionamiento de las áreas de salud, que tienen como objetivo fundamental el cumplimiento de metas de salud. Recuerdo al señor Ministro que estas medidas estructurales y organizativas no pueden ser ajenas al establecimiento de objetivos concretos de mejora de la salud de la población, que no pueden estar recogidas de otra manera que dentro del máximo criterio de planificación, que es el plan integrado de salud, al que el señor Ministro no ha hecho ninguna mención. El Ministerio de Sanidad -repito- no tiene otro objetivo de existencia, ni los servicios sanitarios uno a uno que no sea satisfacer las necesidades de salud de la población. Y esto no es principio filosófico. La planificación sanitaria existe, se evalúa y se concreta en la disminución de la mortalidad, en la disminución de la morbilidad y en la mejora de la calidad de vida y de la situación de salud de los ciudadanos, a nivel territorial y por clases sociales.

Cualquier medida organizativa -repito- que no tenga en cuenta el establecimiento previo y la evaluación del cumplimiento de objetivos valorados, fundamentalmente y prioritariamente, en metas de salud son medidas que tienen como único objetivo el ahorro de recursos. A mi juicio, y desgraciadamente, señor Ministro, tendremos ocasión de valorar -ya que no dudo que los proyectos van a seguir adelante- cómo la introducción de criterios mercantiles repercutirán negativamente -bien es verdad que a medio plazo- sobre indicadores de salud, y repercutirán negativamente sobre criterios de equidad, ya que el ahorro en la prestación y la introducción de medidas de competitividad entre centros públicos y privados llevará a ambos a utilizar semejantes criterios de selección de riesgos, y, como ya veremos en el tema que afecta a las irregularidades en la gestión del «Ramón y Cajal», cuando el lucro de profesionales y trabajadores de la sanidad es el único criterio introducido para el ahorro, el reparto de los posibles beneficios, en definitiva y a la larga -como

han demostrado claramente aquellos países que utilizan los criterios que el señor Ministro pretende introducir aquí-, el gasto sanitario global no hace más que aumentar. Probablemente, disminuya el gasto público, pero -como también es sabido- la disminución del gasto público y el incremento del gasto privado, del gasto individual de los bolsillos particulares de los ciudadanos en materia de salud, no hará otra cosa que repercutir en contra de criterios de equidad en el acceso concreto y diario al derecho a la salud y a la utilización de los servicios sanitarios.

Finalmente, quería aprovechar esta comparecencia para preguntar fechas, sobre cuándo piensa el Ministerio de Sanidad definir cuál es la cartera de servicios, las prestaciones que piensa ofertar el Ministerio de Sanidad a la población, así como también si en esa oferta de servicios piensa incluir servicios tales como la atención en salud mental, la planificación familiar, los servicios de salud laboral, etcétera.

Por último, me sorprende que, a la hora de evaluar la calidad técnica -no quiero insistir en la ausencia de criterios de mejora de la situación de salud como máximo criterio de evaluación de la calidad técnica- no aparezca un criterio tradicional en la evaluación de la calidad asistencial, como es la auditoría médica.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, yo realmente creo que la agilidad de la Comisión viene dada por la cooperación entre la Mesa y los grupos parlamentarios, cooperación que no reside en retirar iniciativas en el momento en que se inicia la misma. Desde luego, esta Comisión no ha dejado pasar semanas sin reunirse y, por tanto, su trabajo es tan intenso que a veces se producen estos retrasos; pero ello es debido a que los grupos tienen una gran actividad en sus iniciativas parlamentarias y, lamentablemente, en algunos casos, se producen estas situaciones. A mí me gustaría -y hago aquí un llamamiento en este sentido- que todos los grupos parlamentarios efectuasen una revisión de los temas pendientes y procediesen a la retirada de aquellos que crean que ya no están en vigor, como consecuencia de ese retraso.

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

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Cartagena.

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Está claro que estamos en ambiente de reforma, y nos satisface escuchar que se rectifican planteamientos originarios del actual sistema de salud, diseñado y pertrechado durante unos años por el Partido Socialista.

No voy a unir mi voz esta vez a las múltiples que relatan las amenazas y las debilidades del sistema, ni voy a plantear trágicas escenas sobre la realidad sanitaria de este país. Nosotros proponemos una reforma evolutiva hacia un sistema de salud más abierto, competente y flexible en la libre opción. Por tanto, es necesario huir de visiones fragmentarias del problema, del economicismo puro y duro, y de ambigüedades que en nada favorecen el debate sanitario.

Señor Ministro, voy a hacer un esquema de propuestas que no pretenden ser originales ni mágicas, sencillamente son coherentes ya que atienden a la complejidad multifactorial del problema, no aumentan, en nuestra opinión, el gasto público y se adaptan a la necesidad de una reforma progresiva pero urgente.

El planteamiento que ha hecho de la reforma de gestión lo va a encontrar de manera rápida. Por lo limitado del trámite de la comparecencia este portavoz no se va a extender, aunque surgirán otras ocasiones. En cualquier caso, sí queremos subrayar la idea de que no es posible hacer un enfoque excesivamente economicista y entender que modificar sistemas de gestión, por sí solo, va a generar grandes beneficios.

Nosotros queremos objetivos que son compartidos por todos en el planteamiento de la unidad sociosanitaria, porque las principales carencias del sistema social son sanitarias y las del sistema sanitario son de carácter social. Estamos claramente a favor del aumento de las infraestructuras, como las residencias y centros de apoyo; de la coordinación necesaria de las Administraciones central y autonómica y local, en este apartado de la coincidencia de las políticas sociales y sanitarias. Creemos decididamente que hay que ir a asistencias extrahospitalarias y, desde luego, contando con la iniciativa privada, que todavía tiene una implantación importante en lo que es el sistema de asistencia social.

Un segundo objetivo, que, insisto, es compartido, que no pretende deslumbrar a nadie, porque su relación aquí es el compromiso con la calidad asistencial, es la necesidad de una metodología que permita conocer con criterios objetivos la eficacia del sistema según resultados y no según subjetividades ni planteamientos más o menos dedicados a los prosélitos, incremento neto y decidido de la accesibilidad del ciudadano al sistema y, desde luego, el fomento de la investigación en la formación como elemento fundamental para ir mejorando nuestra calidad en el Servicio Nacional de Salud.

Con respecto a la organización, grave preocupación suya y de todos, el reto fundamental donde pondríamos nosotros el acento es que no hay posibilidad de modificar esa organización si no hay una identificación por parte de todo el personal que atiende los servicios del Sistema Nacional de Salud, sea cual sea su calidad y su punto, su puesto de trabajo; introduciendo la mentalidad gerencial en la prestación de los servicios y, desde luego, con unos avances tecnológicos a su disposición que coadyuven a una gestión más ágil, eficaz y personalizada.

Quiero ser más preciso. Le voy a plantear ejes de desarrollo, con cierto orden de prelación, para dar una idea de lo que usted hoy -sé que en otras ocasiones lo ha hecho en ámbitos más amplios- plantea sólo como un problema de gestión, a instancias del Grupo solicitante de la comparecencia.

Siguiendo con este cierto orden de prelación, nosotros creemos fundamental que defina un proyecto de ley de ordenación de prestaciones, aunque hay que resolver todavía temas de cobertura que no están definitivamente resueltos; hay que regular las prestaciones farmacéuticas

(es un factor fundamental al que usted ha hecho alusión); hay que ver cómo se resuelve la financiación anticipada de determinadas prestaciones y, desde luego, hay que introducir, en el mecanismo y la ordenación de la salud mental, la asistencia psiquiátrica.

Un segundo eje -y siento tener que hacer la exposición tan telegráfica, pero quiero respetar el entendimiento entre la Mesa y los portavoces- es la apertura del sistema, en nuestra opinión, factor fundamental. Creemos que hay que facilitar la dispensación de asistencia común a mutuas de accidentes de trabajo que así lo deseen, con la conveniente homologación, siempre que sus eventuales excedentes reviertan en mejora de su dotación asistencial. Eso tiene mucho que ver también con la resultante final de la gestión de la que hoy se está hablando.

También pensamos que hay que descongelar la modalidad de las entidades colaboradoras de empresas, ampliando progresivamente la cobertura de éstas a todas las prestaciones y a los jubilados de sus respectivas empresas. Creemos que hay que iniciar la extensión al ámbito de la actual opción con las entidades colaboradoras de Muface.

Un tercer eje, siguiendo el mensaje teleográfico, es el establecimiento de normas de acreditación. Como ve S. S., hablo de prestaciones, hablo de apertura del sistema y ahora hablo de acreditar y cómo acreditar a los que han de intervenir, a los agentes del servicio.

Es necesario un protocolo de acreditación que recoja objetivos, fines de los centros, organización y administración, dotación y cualificación del personal, instalaciones, programas de instalaciones y programas de control de calidad.

Vuelvo a insistir: la participación en la elaboración de estos protocolos de acreditación de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su dedicación y puesto, supondrá el beneficio adicional de su identificación con el proyecto de reforma de la que hablo.

Un cuarto eje es el relativo a la accesibilidad del usuario. Nosotros entendemos que la individualización de la asistencia sanitaria hay que incrementarla al punto que facilite la imprescindible libertad de elección, a nuestro entender indispensable para mejorar la calidad de la prestación a través de la tarjeta sanitaria individual; el acercamiento del sistema al medio rural, en apoyo del médico de familia, pieza clave para nosotros de la asistencia personalizada que se pretende.

Un quinto eje es la participación e incentivación del personal. Hay que definir claramente el papel de los profesionales de enfermería en los servicios sanitarios. Hay que desarrollar con claridad y con precisión, y con el debate necesario, las especialidades de enfermería.

Un buen sistema retributivo es el mejor instrumento, aunque no el único, para incentivar al personal. Un abanico salarial correcto, la movilidad interna y la posibilidad de promoción económica, según los méritos acreditados, nos va a servir para modificar la actitud de profesionales e integrantes, en general, del sistema. Al final, con un sistema individualizador de las retribuciones, en función de los objetivos acordados en los programas de

centros y servicios, estamos desarrollando en realidad una verdadera carrera profesional exigida por todos.

No hay posibilidad, en nuestra opinión, de montar un paquete coherente para la reforma, si no es con la suficiencia del realismo presupuestario. ¿De qué seguir hablando si no tenemos resueltas las obligaciones no reconocidas, sus cuantificaciones, su trascendencia en el sistema?

Desde luego, en el séptimo eje planteamos ir a un desglose presupuestario de gastos por centro. Los presupuestos limitativos con autonomía de gestión y administración, según programas por objetivos, tampoco es novedad, pero lo decimos.

Así, entendemos que el Insalud debe centralizar la ordenación y la financiación del sistema, las áreas de salud deben resolver la adquisición de bienes y la contratación de los servicios, y ser los hospitales y centros los que hagan la gestión y dispensación de los servicios.

Tema clave es la evaluación de las nuevas tecnologías, que yo he incluido en este octavo eje. No se puede seguir en una indefinición, en una imprevisión y, en algún caso, hasta en la mala aplicación de las tecnologías punta.

Un noveno eje -y sigo mi exposición con velocidad- es la potenciación de la estructura gerencial en los centros de servicio, y me aproximo más a lo que usted comentó hoy. Nosotros seguimos creyendo en estimular la convergencia entre la responsabilidad administrativa y clínica, aumentando la participación de los profesionales en los programas por objetivos e introduciendo sistemas de estimulación económica, sea participación en ahorro, reembolso prospectivo, presupuestos por servicios, ya comentado, etcétera, así como la necesaria formación administrativa en los cuadros profesionales, pues tienen que participar en un nivel de gestión, para lo que precisan la formación adecuada. Hay que resolver la negociación y la fijación de precios unitarios para los suministros sanitarios, negociándolas con las empresas del sector. Hay que establecer la elaboración de planes estratégicos en todos los centros asistenciales como metodología de gestión y, desde luego, concertación de aquellos medios que son ajenos al sistema, a través del pago por proceso.

Hay un elemento que, en términos económicos, también tiene trascendencia, puesto que el 56 por ciento de los españoles ya recibe asistencia por los sistemas autonómicos, del que yo provengo, al igual que usted -yo del valenciano y usted del andaluz-; la transferencia a cuenta a las comunidades de lo que les corresponda por desviación presupuestaria, con diferenciación del origen central o autonómico, en cuanto a la decisión que genera la desviación.

Un décimo eje -y termino porque quiero ser breve-, recordarle que también es necesario -puesto que es usted Ministro de Consumo- hacer un desarrollo de la legislación básica de protección al consumidor. Estamos hablando de un sistema de calidad, estamos hablando de darle la opción al ciudadano medio de aproximarse a un servicio más justo, mejor distribuido y con mejores niveles de calidad, como he dicho. Pero también tenemos que

asegurar -y ésta es una responsabilidad que todavía está en el ámbito de lo estatal- y normalizar la protección al consumidor español, impidiendo toda discriminación según la comunidad autónoma donde resida.

Necesitamos dos objetivos fundamentales: uno, la garantía de la efectiva reparación de daños, que se contempla en la Ley 26/1984, que no ha tenido un desarrollo que pudiera ser aplicable, efectivo y accesible al consumidor español; un desarrollo del capítulo VIII, un fondo de garantía, un seguro obligatorio que todavía nadie sabe cómo funciona ni para qué sirve, en el caso de que alguien medio entienda cómo está regulado en esa Ley. Y otro elemento fundamental -que aunque no depende de su responsabilidad, si lo puede promover- sería un cambio en la filosofía, la promoción de una variación en nuestra legislación respecto a la responsabilidad civil. No parece que esté muy de moda hablar aquí de esto, pero en las directivas europeas, la número 374/1985 y otras, se introducen elementos de referencia para delimitar responsabilidades civiles en el prestador de servicios públicos, que están muy lejos de la decimonónica contemplación que en nuestro país se está haciendo a partir del Código Civil y otros instrumentos legales.

En definitiva, queremos señalar de forma apresurada por ser una comparecencia del señor Ministro, que lo que no queremos es que esto se resuelva de una manera unidireccional. El problema de la salud no es una cuestión a decidir por el economicismo puro y duro, sino que tiene que haber una convergencia de políticas que, si no, nos lleva al fracaso.

Hasta aquí la exposición que -insisto- apresuradamente podemos hacerle. Lo que sí planteamos es la necesaria reforma y le animamos a que insista desde dentro, puesto que desde fuera ya vamos a hacerlo nosotros, en cambiar la tendencia del sistema. No está definitivamente implantado el sistema, tal como lo definieron los ideólogos de su partido y tenemos toda ocasión de reconducirlo en beneficio de los españoles.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Ministro, en primer lugar quiero darle las gracias por su comparecencia.

Lo único que quiere mi Grupo con esta intervención es animarle a que siga haciendo intentos de reformar el funcionamiento del sistema sanitario de nuestro país.

Antes del «informe Abril», durante la discusión del mismo y después, hemos manifestado el deseo de que se entrase a reformar el sistema de salud de nuestro país en dos direcciones fundamentalmente: la reforma estructural, la reforma de la eficacia en el gasto. No vamos a hacer ahora otro tipo de discurso. Siguiendo con nuestra coherencia decimos que está bien, pero queremos hacer un par de observaciones al hilo de lo que el señor Ministro ha expuesto.

Nos parecen bien los presupuestos por objetivos, nos parece bien el estudio y la racionalización en el coste del

producto sanitario, nos parece bien la facturación interna y externa, nos parece bien que todo el mundo sepa qué es lo que se está gastando y qué es lo que se está autorizando que se gaste.

Lo único que convendría hacer, en todo caso, sería explicar bien esta reforma al personal sanitario para implicarle en la misma reforma, porque, como se ha dicho aquí, sin la participación por lo menos optimista, si no entusiasta, del personal sanitario, será muy difícil reformar el sistema.

Por otro lado, quiero recomendar una cierta calma, porque la precipitación en las reformas nunca es buena consejera. Esto no quiere decir paralizar la reforma, sino seguir adelante, pero con explicación, con información, para que tanto el usuario como el personal sanitario se mentalicen de que no se trata de ahorrar, sino de administrar mejor los recursos que tenemos para que sean más eficaces a la hora de prestar servicios a los ciudadanos.

Por otra parte, este Parlamento tendrá que tomar nota -cada año lo hacemos- para dotar a su Ministerio de mayores recursos, porque todavía invertimos poco en sanidad y conviene irnos equiparando a los países de nuestro entorno.

Señor Ministro, resumo diciendo que nos parecen bien los intentos que su Ministerio está haciendo de racionalizar el sistema de funcionamiento del Insalud y ahí nos tiene para echarle una mano en lo que haga falta.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora García Manzanares.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Señor Presidente, señor Ministro, le es grato al Grupo Parlamentario Socialista, y estoy segura de que a toda la Comisión, recibir sus frecuentes comparecencias para tratar un tema que interesa tanto a la sociedad y por el que estamos todos tan preocupados.

Me gustaría resaltar, en primer lugar, frente a lo que ha manifestado algún portavoz de los que me han precedido en el uso de la palabra, la primera frase del señor Ministro, cuando ha dicho: Vamos a poder hacer una reforma estructural y del gasto del Ministerio. No reforma del sistema, no reforma del modelo. El modelo -lo decimos una vez más- está suficientemente interiorizado en la sociedad, es una conquista social y no tiene marcha atrás.

Se está trabajando para adecuar y reformar esos instrumentos, precisamente por el gran crecimiento que, al menos, desde el año 1983, y más concretamente desde 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad, se ha venido realizando en nuestro país. Crecimiento y cambio no solamente cuantitativo -se ha desarrollado toda la atención primaria o está prácticamente finalizada, aunque todavía quedan cosas por hacer; se ha incrementado el número de camas; se ha producido la universalización de la asistencia-, sino que -lo que es más fundamental- se ha producido un cambio cualitativo que ya venía explicitado en la propia Ley de Sanidad al pasar de un modelo ligado sólo a un seguro sanitario a un sistema

público de cobertura universal. Partíamos, por consiguiente, de un modelo, una cobertura, unos instrumentos en muchos casos deficientes, rígidos y, en ocasiones, anquilosados.

Si analizamos los últimos años veremos, con una lógica evidente, que es necesaria una modificación en los instrumentos, que es necesaria una reforma estructural de los mismos, para adecuarlos al desarrollo dinámico que se ha producido en el Sistema Nacional de Salud. Medidas que ayer eran válidas, hoy han quedado obsoletas; medidas que probablemente tenemos hoy, dentro de muy poco tiempo tendremos que revisarlas y, nuevamente, reformarlas, porque el sistema sanitario, por los avances, por el desarrollo social, por las condiciones en las que vivimos y que todos conocemos, deberá ser, no sólo dinámico, sino cambiante para adecuar permanentemente lo que tenemos a lo que necesitamos.

Recibimos asimismo con agrado el anuncio del plan de empresa de la sanidad. ¡Bienvenido sea! Tendremos ocasión de debatirlo. No podemos olvidar que el Sistema Nacional de Salud, que la sanidad, se ha constituido ya en una de las mayores empresas públicas de este país, para la que no teníamos una cultura de gestión, no contábamos con instrumentos adecuados a su importancia y a su desarrollo. Por tanto, todo lo que está anunciando el señor Ministro, lo que explicitaba su antecesor y en lo que trabaja el Ministerio, vamos a tener que seguir discutiéndolo, trabajándolo, y vamos a tener que ser extraordinariamente flexibles, no en el modelo, que al menos para los socialistas y para el conjunto de la sociedad está suficientemente claro -el Sistema Nacional de Salud, modelo público, modelo universal, modelo de cobertura de responsabilidad gratuita-, sino en los instrumentos, bien asistenciales o de gestión a los que, de entrada, por su nombre, no les concedemos bondad o maldad intrínseca, instrumentos ya sean privados en cuanto a lo asistencial o a la gestión, ya sean mercantiles, o como se les quiera llamar. Nos parece que no hay por qué asustarse de llamar a las cosas por su nombre, porque todo va a depender del objetivo al que vayan dirigidos, todo va a depender de que no consigamos que los instrumentos sean un fin en sí mismo, sino que no dejen de ser nunca un instrumento del que nos sirvamos para mejorar en todo momento el objetivo que nos marcamos y el modelo que tenemos previamente definido. El objetivo no es otro que el que conduce a atender las necesidades de salud de la población con criterios de eficacia y de equidad, y no solamente de ahorro.

Finalizo ya porque es reiterar -nos agrada, por supuesto, poderlo hacer- algo que se ha dicho recientemente: el Grupo Socialista va a apoyar todas estas medidas del Ministerio que conduzcan a la descentralización y agilización de la gestión, al acercamiento de los recursos a los ciudadanos y a todo lo que sea una reforma de los instrumentos que necesita la sanidad para hacerla más eficaz, más asequible, más cercana y, evidentemente, también menos cara.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Mi-

nistro para contestar a los distintos grupos parlamentarios.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): La comparecencia era para hablar del proyecto piloto del nuevo sistema de gestión, pero —y me van a permitir la broma— después de sus intervenciones casi tengo que volver a mi comparecencia de hace dos meses para hablar de la reforma o simplemente del nuevo modelo de atención sanitaria que estamos tratando de implantar. Vamos a alejarnos del motivo central de la comparecencia y vamos a profundizar un poco más en las razones fundamentales de los cambios que pretendemos introducir en la sanidad.

En este sentido agradezco a la señora García Manzanaras que haya aclarado mis afirmaciones, aunque es conveniente reiterarlas de forma casi permanente. Estamos hablando de cambios, cambios estructurales, cambios organizativos, cambios de gestión, pero en ningún caso estamos hablando de la reforma de un modelo. Dije y repito que nosotros tenemos un sistema de cobertura universal, que está financiado públicamente, que está orientado básicamente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, y cuya línea básica de comportamiento es la equidad. Este sistema es el que define una política sanitaria y el que, al mismo tiempo, ha conseguido convertirse en una conquista de toda la sociedad española. No es un logro de ningún gobierno, de ningún partido, de nadie, sino un logro de la propia sociedad que ha interiorizado y que yo creo que, en ningún caso, estaría dispuesta a renunciar a él.

Además es un elemento significativo no solamente por eso, sino porque nos identifica con lo que es el contexto comunitario en el que se desenvuelve la economía y la actividad social de nuestro país. Nosotros estamos en el marco de un sistema comunitario que está constituido por países que organizan la sanidad sobre la base de un sistema de salud parecido al nuestro. Por razones fundamentalmente ideológicas, también de concepción, pero al mismo tiempo por razones prácticas de libre circulación en un espacio social y geográfico abierto, tenemos que mantener un sistema coherente como éste, que será el que permita, además, que se produzca una libre circulación de personas con mayor eficacia y con mayor justicia y equidad.

Es cierto también que éste es un sistema que, por comparación con otros sistemas del mundo desarrollado, demuestra que es más barato en términos de participación en el PIB; por ejemplo, en comparación con el sistema americano, es más eficaz en términos de salud y es más equitativo en términos de cobertura. Por tanto, hay muchas razones para determinar que el sistema de salud, tal y como nosotros lo tenemos configurado en su concepción fundamental, es un sistema que hay que defender y mantener.

Eso no empece para que, como ha reconocido la Organización Mundial de la Salud, los sistemas sanitarios de nuestro entorno comunitario, de nuestro entorno europeo en términos generales, están padeciendo un proble-

ma, cual es el de que todo el gasto que están realizando en su evolución presupuestaria de los últimos ejercicios no está repercutiendo directamente en una mejora sustancial de los niveles de salud de la población. Es decir, que cada vez es más difícil procesar las pesetas o el dinero que se invierte en sanidad en términos de salud, para lo cual, necesariamente, hay que introducir unas modificaciones que son las que nosotros pretendemos llevar a cabo.

Dicho esto, me voy a referir a lo que ha manifestado la señora Maestro. Cuando he estado estableciendo unas medidas concretas de gestión lo hacía en esos términos, me estaba refiriendo a unas determinadas medidas de gestión. Pero si lo que se hace a partir de esas medidas es situarme en una posición en la que yo no estoy situado y, a partir de ahí, criticar la situación, realmente no podemos entendernos. Vamos a hablar de las medidas concretas de gestión, pero no vamos a elevar a categoría determinadas concepciones de las que yo tampoco participo. Así, por ejemplo, me gustaría recordarle a la señora Maestro algo de lo que he dicho —en los apuntes lo tengo aquí señalado—, porque no he querido hablar solamente de las medidas de gestión, sino remontarme también a unas determinadas medidas organizativas y estructurales que acompañarán a esta reforma de gestión. Entre otras cosas, he dicho algo tan textual como esto: Es una realidad que la consideración del Ministerio más como un proveedor de recursos que como un afianzador o garante del derecho a la protección de la salud ha podido conducir, por una parte, a una orientación hacia la prestación del servicio sanitario en vez a una estrategia planificada de la salud. He añadido que en el Ministerio tendrá que residenciarse, en todo caso, una serie de funciones entre las cuales determinaba que tenía que estar la planificación de la salud.

Por lo tanto, no hay nada en mi discurso que pueda determinar algunas de las conclusiones que S. S. ha extraído; ni mucho menos. Es más, habla usted del plan integrado de salud y dice que no se puede olvidar el cumplimiento de metas de salud. Precisamente eso es lo que se pretende con la reforma estructural. Lo que se pretende es que el Ministerio tenga la autoridad. El Ministerio no puede ser solamente un administrador de recursos. Si el Ministerio es un administrador de recursos de lo único que se va a preocupar es de tener recursos suficientes para atender demandas de población y del modo de cómo gestionar esos recursos. El Ministerio tiene que ser un orientador general del Sistema Nacional de Salud. Para eso tiene que tener una planificación de la salud y ésa se consigue, como usted dice, a través del plan integrado de salud.

Se lo diré en tres etapas. Usted sabe que el plan integrado de salud se formula a través de las propuestas concretas que hacen las 17 comunidades autónomas. Antes de ese plan integrado de salud, porque no podemos estar solamente a resultas de lo que hagan las comunidades autónomas, nosotros tenemos que hacer, primero, una encuesta nacional de salud. Sabe usted que la última que tenemos en este país es de hace cinco años y estamos en condiciones de abrir, en 1992, un año en el que vamos a

hacer una nueva encuesta de salud de toda la población española.

En segundo término, vamos a hacer unas estrategias comunes de salud con las comunidades autónomas y, en tercer lugar, vamos a hacer un plan propio de salud que oriente los servicios del Insalud. Pero un plan de salud que sea el propio. Igual que las comunidades autónomas hacen el suyo el Ministerio tendrá que hacer su propio plan de salud para orientar el funcionamiento de los servicios sanitarios que están encomendados al Insalud.

Es verdad, por lo tanto, que una de las funciones básicas que tiene que residenciarse en el Ministerio es la planificación de la salud, la financiación, la autoridad; es, sencillamente, el afianzamiento del derecho a la protección de la salud. Eso es, verdaderamente, lo que puede permitir, al mismo tiempo también, conseguir unas estructuras de gestión adecuadas.

Hablaba usted de que se puede sembrar la inquietud y contaba alguna anécdota que yo desconozco, pero que me podría contar con más detenimiento. Lo único que le puedo decir es que en las propuestas que yo he hecho -sí me gustaría que pudiéramos desarrollarlas- en las que le he hablado de cuatro estrategias, algunas de las cuales se están desarrollando, no veo en ninguna de ellas elementos perniciosos a los que usted se refería.

Simplemente le quiero aclarar una cosa. Si hablamos de mercantilizar la sanidad le diría que estoy en desacuerdo, pero si hablamos de introducir fórmulas mercantiles en la sanidad, le diría que es obvio que hay que hacerlo, porque la sanidad está actuando también en Derecho mercantil, entre otras cosas porque la sanidad compra y vende. La sanidad compra recursos y vende recursos. Por lo tanto, la sanidad está actuando en el mundo del Derecho mercantil. Eso es una cosa y otra bien distinta, teniendo la contabilidad de costos, teniendo el conocimiento de lo que cuesta cada proceso que se introduce en el Sistema Nacional de Salud y teniendo la posibilidad de facturación, derivar de todo ello que lo que queremos es mercantilizar la salud, porque eso sería tanto como decir que la salud tiene un precio y que nosotros vamos a cobrar por prestar la asistencia sanitaria, lo cual es una barbaridad, dicho en términos de lo que pretende hacer este Gobierno.

Sí le digo, de todos modos, que determinadas fórmulas mercantiles como son la introducción del conocimiento de los costes en la sanidad sí se tienen que introducir.

Ahora mismo nosotros no sabemos lo que cuesta en la sanidad curar un catarro; ni sabemos lo que cuesta curar una enfermedad determinada. Eso no lo sabe la sanidad, pero le puedo decir que para un paciente cuesta una cantidad y para otro, otra, y no porque el paciente sea desigual, sino, a lo mejor, porque los prescriptores son distintos.

Eso es lo que nosotros tenemos que valorar y saber los costes adecuados. Para eso, como decía el representante del Grupo Popular, señor Cartagena, tendremos que evaluar las tecnologías sanitarias e introducir unos elementos que nos puedan permitir la evaluación del coste en todas y cada una de las prestaciones que da el sistema,

llegando a códigos de buena práctica profesional, que son los que determinarán, en todo caso, cuáles son los costes aceptables de un sistema que trate de proteger la salud integral de todos los ciudadanos.

Insisto en que no tengo ningún temor a decir que hay cuestiones que se incluyen en el informe de la Comisión de evaluación y reforma del sistema sanitaria con las que puedo estar de acuerdo. A lo mejor en esa Comisión se abandonó un poco la planificación de la salud y no puedo estar de acuerdo en los temas de financiación, pero le digo que, en temas de organización y de gestión, hay muchas de las cuestiones que dice con las que no solamente estoy de acuerdo, sino que son el huevo de Colón, es decir, que son cosas absolutamente obvias y, en lo obvio, yo creo que todos debemos coincidir.

La cartera de servicios a la que yo me refería era la de cada centro, como es evidente. Tenemos que definir la cartera de servicios que puede prestar cada centro, porque lo que no puede ser es que un centro que nace con una vocación determinada, por iniciativas que son ajenas a lo que tiene que ser la capacidad de oferta del sistema sanitario, se convierta en un centro diferente. Es decir, un centro está formulado, está definido, está diseñado para dar una atención determinada y desarrollar unas funciones también determinadas. Lo que no puede ser es que cada centro tenga una autonomía hasta el punto de que pueda determinar las prestaciones que él da simplemente por una tendencia inercial del propio centro. Esta es la definición de la cartera de servicios. Y le añado que el introducir elementos de costes y de contabilidad va a ser fundamental, no solamente para la facturación interna del sistema y conocimiento de lo que nos cuestan los procesos, sino también para la facturación externa de los procesos.

Le explico. Si en el Ministerio separamos lo que es aseguramiento del derecho a la protección de la salud, y en el Insalud y en los centros concertados lo que es la gestión de los recursos que hacen posible el ejercicio de este derecho, le puedo decir que, a través del aseguramiento, tendremos un nivel determinado de competencia con otras aseguradoras y, a través de la provisión, también tendremos un nivel de competencia con otros proveedores de recursos. Por lo tanto, el Insalud tendrá que facturar al sector privado por los recursos que utiliza en su propio beneficio o a otros aseguradores que también están utilizando los recursos del Insalud o los recursos públicos. Para eso hay que introducir elementos de contabilidad, de conocimiento de costes. Y eso también es mercantil, por lo menos yo en la Facultad lo estudiaba en Derecho Mercantil; pero eso no es la mercantilización de la salud, sino la introducción de fórmulas de costes que, desde luego, son absolutamente inherentes a lo que es una política de control del gasto en los mismos términos, exactamente en los mismos, que decía el señor Hinojosa. Es decir, no se trata de ahorrar, sino de administrar mejor los recursos.

El señor Cartagena ha dicho tantas cosas que necesitaría toda una comparecencia para responder, porque, efectivamente, ha presentado prácticamente lo que es un

programa en el que yo creo que podemos advertir -yo lo advierto, desde luego- bastantes coincidencias, aunque sí me gustaría matizarle algunas, y entiéndame S. S. que las matizaciones que le voy a hacer son solamente a aquellas cosas en las que yo tengo dudas o puedo no estar de acuerdo; en muchas otras cosas, insisto, sí puedo estarlo.

En principio, le haré una advertencia previa. Cuando usted habla de economicismo puro y duro, me gustaría que esos términos estuvieran perfectamente definidos, porque hablar de economicismo en la sanidad me espanta. Muchas veces se está utilizando el escudo del economicismo para mantener determinadas tendencias perversas del sistema sanitario. Hay que controlar el gasto y eso no es economicismo. Un dolor de cabeza puede resolverse con una aspirina o por un tránsito interminable a través de todo el sistema de tecnología sanitaria. Un dolor de cabeza puede costarle al sistema sanitario 30 pesetas o le puede costar un millón de pesetas. Por tanto, queramos o no queramos, hay que hacer un cierto economicismo y hay que llegar a controlar económicamente ciertos gastos sanitarios que no se pueden producir simplemente por decisiones que no tienen nada que ver con la protección de la salud.

Esto es simplemente una advertencia porque, con lo del economicismo, en muchas ocasiones, estoy escuchando cosas que rozan simplemente el mantenimiento de una serie de determinados corporativismos y privilegios que me parece que han hecho daño a la sanidad.

Segundo eje de desarrollo -decía usted- de apertura del sistema; ha hablado de mutuas de accidentes, de descongelación de la cobertura de empresas, de entidades colaboradoras, como son las de Muface, y de concertación, en términos generales. Esto es lo que usted consideraba apertura del sistema. Yo le diría una cosa que es importante conocer. El Sistema Nacional de Salud, en recursos públicos y concertados, dispone aproximadamente de tres camas de agudos por cada mil ciudadanos protegidos. Todos los recursos privados, todas las aseguradoras privadas restantes disponen de menos de dos camas. Por tanto, si no hacemos coincidir esa apertura con una revolución similar de los recursos privados disponibles, en realidad no estamos haciendo nada. ¿Qué estamos haciendo? Dar a aseguradores privados un beneficio a cambio de que esos aseguradores privados utilicen la provisión de recursos públicos. **(El señor Cartagena Travesedo hace signos negativos.)** Sí, sí; no diga usted que no, porque es así. El sistema sanitario tiene ahora mismo más recursos para atención al ciudadano que el sistema privado. Ahora mismo, ni siquiera hay ese equilibrio. Le estoy diciendo que nosotros tenemos tres por mil mientras que el sector privado tiene dos por mil. Y me parece muy importante que crezca el sector privado para atender sus propias coberturas, pero en este caso hay que tener cuidado porque simplemente el abrir el sistema, sin crear las condiciones simultáneas, a un crecimiento paralelo de la provisión de recursos privados puede conducir, sencillamente, a que libremos otras fórmulas de aseguramiento distintas a las del Sistema Nacional de Salud sin que exista provisión de recursos fuera del Sistema Nacio-

nal de Salud para atender a esa población, que se deriva a otro sitio.

Esto es lo que yo quería advertirle, porque es un hecho cierto. Dígame, por ejemplo, cuáles son los recursos asistenciales con los que cuentan todas las mutuas de accidentes que hay en España, o los recursos con que cuentan las empresas aseguradoras, o los recursos con que cuentan las empresas autoaseguradoras. De todos modos, usted sabe que algunos pasos se están dando en este sentido. Por ejemplo, este año se ha abierto la posibilidad de que pueden ser empresas autoaseguradoras no solamente las de 500 trabajadores, sino también las de 250 trabajadores. Pero insisto en que tenemos que hacer coincidir esta evolución de cobertura con una evolución, como mínimo, de provisión de recursos en el sector privado que sirva para absorber esos incrementos de cobertura en el aseguramiento.

Estoy de acuerdo con los protocolos de acreditación, accesibilidad del usuario, acercamiento del sistema al medio rural, pero me gustaría concretarlo más. Yo no puedo estar en desacuerdo con que hay que conseguir unos protocolos de acreditación; hay que conseguir protocolos de acreditación en todos los sentidos. Hemos hecho protocolos de acreditación de centros; habrá que hacer protocolos de acreditación también de procedimientos, acreditación de tecnologías, acreditación de medicamentos. Y todo eso usted sabe que está en el Programa de Convergencia que se ha aprobado recientemente por el Gobierno y que lo he dicho en mis comparencias.

Es decir, nosotros tenemos que crear, con la participación de los distintos sectores profesionales y sociales, una agencia de evaluación de tecnología sanitaria. Y cuando hablo de tecnologías sanitarias no me estoy refiriendo a todas ellas; me estoy refiriendo a lo que se puede entender por tecnología en sentido estricto, pero me estoy refiriendo también a procedimientos, protocolos de actuación, medicamentos, etcétera. Por tanto, estoy de acuerdo, pero me gustaría desarrollarlo un poco más.

Por último -sin hablar ya de consumidores, porque eso sería ya alargarme demasiado-, señala usted que el Insalud debe ordenar la financiación del sistema. No; muy al contrario. El Insalud debe distribuir recursos en todo caso, pero nunca ordenar la financiación del sistema. Tiene que ordenarla el Ministerio siempre. Porque si nosotros estamos haciendo esa división entre lo que es la organización del Ministerio como afianzador del derecho a la protección de la salud y el Insalud como gestor de recursos sanitarios, yo creo clarísimamente que una de las funciones del Ministerio debe ser garantizar una financiación equitativa y conseguir los fines fundamentales que están establecidos en el artículo 3.º de la Ley General de Sanidad. Esos fines deben ser del Estado en todo caso. Es más, incluso cuando se produzca una distribución de toda la gestión de recursos entre las diferentes comunidades autónomas, el Estado tiene que garantizar siempre una financiación equitativa. Ese es un fin irrenunciable del Ministerio. Considere usted que el Insalud compite, que es una entidad gestora más de recursos sanitarios, como lo pueden ser las entidades gestoras que

existen en las comunidades autónomas, pero no es diferente. Por tanto, el Insalud no puede tener una posición de privilegio respecto a otras gestoras de las comunidades autónomas. Sí el Ministerio porque, en todo caso, en el artículo 149 de la Constitución está claro que el régimen económico corresponde al Estado.

Señor Hinojosa, estoy absolutamente de acuerdo con lo que ha dicho, como le he señalado antes. Simplemente le diré que no se preocupe por lo de la calma, porque yo soy bastante atrevido en la formulación de propuestas, pero bastante prudente en su ejecución. (La señora Maestro Martín pide la palabra.)

El señor PRESIDENTE: Señora Maestro, no ha lugar a ningún turno. ¿Para qué pide la palabra?

La señora MAESTRO MARTIN: Señor Presidente, mi petición de palabra se debe al paso del tiempo. El señor Ministro en su respuesta no se ha referido exactamente al contenido de mi solicitud de comparecencia, sino que ha introducido otros temas de actualidad, por lo que ruego de su flexibilidad unos pocos minutos de intervención.

Le aseguro que no en todas las solicitudes de comparecencia va a ocurrir esto.

El señor PRESIDENTE: Hasta ahora su Grupo sí mantiene esta costumbre. Es rara la sesión en que el Grupo de Izquierda Unida no pide volver a intervenir.

La señora MAESTRO MARTIN: Es la primera vez, creo, que yo personalmente lo solicito.

El señor PRESIDENTE: Por espacio de tres minutos tiene la palabra.

La señora MAESTRO MARTIN: Quería recordar al señor Ministro las palabras con las que ha terminado. Ha dicho que la prudencia es buena consejera. Yo le recuerdo, en cuanto a la separación entre aseguramiento y provisión de servicios, el artículo 41 de la Constitución Española que plantea el mantenimiento de un sistema público de Seguridad Social, así como el patrimonio de la Seguridad Social de los centros sanitarios, que es algo -pienso yo- que debe tener en cuenta ante cualquier veleidad de utilizar funcionamientos mercantiles que trasciendan barreras como las que ha señalado. A la sensibilidad socialista del señor Ministro debería llamarle la atención el apoyo manifiesto de los grupos de la derecha a sus propuestas de gestión.

Quería también señalar a la señora Manzanares y al señor Ministro que decir que se mantiene el modelo y se modifica la estructura es hacer malabarismos de palabras. Lo que caracteriza un modelo, de lo que sea, es precisamente su estructura, que se adapta a unos determinados objetivos. Y el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud, cuestionando logros en salud de los actuales sistemas sanitarios, precisamente obliga a

que los objetivos y metas de salud sean el criterio fundamental de ordenación de los servicios sanitarios. Que usted diga ahora que se va a hacer una nueva encuesta de salud cuando todavía no hay plan integrado de salud, cuando se están incumpliendo flagrantemente los plazos previstos en la Ley General de Sanidad en cuanto al plan integrado de salud, el que hable usted de un plan propio, independientemente de los planes de las comunidades autónomas, yo creo que no es otra cosa que una estrategia de dilación, puesto que -repito- los objetivos de salud son los únicos que legítimamente pueden ordenar y regir pautas en la organización de los servicios sanitarios.

Repito lo de la auditoría médica. Usted ha puesto el ejemplo de un dolor de cabeza. Un dolor de cabeza puede ser un síntoma exclusivamente de tensión, que se cura con una aspirina, o puede ser el debut de un tumor cerebral. La auditoría médica -no solamente criterios de ahorro del gasto- que intenta evaluar la adecuación de los diagnósticos y de los tratamientos a los problemas de salud es la que puede determinar la calidad del sistema, y me sorprende -repito- que no aparezca en los criterios de evaluación que ha señalado el señor Ministro.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Griñán Martínez): Voy a contestar muy brevemente a la señora Maestro.

Yo creo que metodológicamente es conveniente conocer cuál es el estado de salud de la población antes de hacer una planificación de la salud. Me parecería absurdo -despotismo ilustrado- pretender hacer planes de salud sin saber cuáles son las características y la evolución de cuál es la salud de la población. Por lo tanto, la encuesta de salud es absolutamente necesaria para hacer una planificación de la salud. Pero si lo que usted quiere es que yo haga una planificación por lo que entendemos que debe ser la planificación de la salud, sin conocer cuál es el estado de morbo y mortalidad de la población en las distintas comunidades, lo podemos hacer, pero yo he preferido hacer, primero, una encuesta de salud y a renglón seguido realizar la planificación correspondiente. Y le quiero decir algo más. Yo no puedo obligar a las comunidades autónomas a hacer sus correspondientes planes de salud en el tiempo en el que a mí me gustaría que los hicieran. Las comunidades autónomas están haciendo sus planes de salud y, una vez que los terminen, obviamente, haremos el plan integral de salud, pero mientras tanto, en aquellas comunidades autónomas en que yo tengo recursos actuantes, tengo que orientar dichos recursos de acuerdo con una planificación que atienda también al estado de morbo y mortalidad a las condiciones sociodemográficas de la población sobre las que estoy actuando en el territorio. Ese es un privilegio que nadie me puede impedir, sin perjuicio de que aun en esas comunidades lo vamos a realizar de la mano de los propios rectores sanitarios de la comunidad, aun cuando no tengan el Insalud transferido.

Poco más le puedo añadir. Yo creo que las líneas generales de la posible reforma de algunas estructuras que se van a introducir en el sistema han quedado expuestas en mi primera comparecencia, en esta comparecencia y en todas cuantas quiera S. S. Pero, insisto en esto, no me sitúe en una posición diferente a la que estoy para poder así criticarme mejor. Dígame usted, de las medidas que yo digo, cuando las digo, cuáles no le gustan y cuáles le gustan y cuáles considera usted que pueden ser sustituidas por otras más eficaces. Déjeme decirle que, en todo caso, yo tengo la obligación de administrar los recursos públicos que se obtienen mediante impuestos, fundamentalmente, y administrarlos de la mejor manera posible. Eso supone un control económico que se tiene que producir en todos y cada uno de los centros de gastos del sistema sanitario, y se tiene que producir en la medida en que nosotros evaluemos las necesidades de salud y garanticemos el derecho a la protección de la salud, pero medido también en términos de eficacia entre las medidas que se adoptan y las respuestas que se obtienen.

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

- **SOBRE LAS RAZONES QUE HAN LLEVADO A PROPONER NO CONVOCAR PLAZAS PARA LAS ESPECIALIDADES DE ESTOMATOLOGIA, MEDICINA DEL TRABAJO, MEDICINA DE EDUCACION FISICA Y DEL DEPORTE, MEDICINA LEGAL Y FORENSE E HIDROLOGIA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA (Número de expediente 213/000321).**

El señor **PRESIDENTE**: Comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo para informar sobre las razones que han llevado a proponer no convocar plazas para las especialidades de Estomatología, Medicina del Trabajo, Medicina de Educación Física y del Deporte, Medicina Legal y Forense e Hidrología, solicitada por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Señor Presidente, querría decir a la señora Maestro, que fue la que formuló la pregunta en su día, si desea reformularla nuevamente, puesto que han cambiado las circunstancias desde el momento en que la formuló hasta ahora.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: El tiempo transcurrido en este caso ha hecho perder vigencia, a mi juicio, a la solicitud de comparecencia tal y como estaba formulada. En este caso, la información que solicito es a qué se ha debido el retraso en la convocatoria de plazas, la reducción en el número de plazas de algunas especialidades y cuáles son los objetivos y criterios del Ministerio al respecto.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Muchas gracias, señora Maestro; en esos términos vamos a establecer la línea de contestación a lo que formula S. S.

Como conocen muy bien, la oferta de plazas para la formación posgraduado se elabora en cada convocatoria por una comisión interministerial una vez oídos los órganos competentes de las comunidades autónomas y las comisiones nacionales de cada especialidad. En la última convocatoria, la oferta de plazas para las especialidades que no requieren formación hospitalaria, y que son a las que se refiere prácticamente en su pregunta, ha sido de 380 plazas. No es exacto, por tanto, como usted sabe, que no se hayan convocado pero sí lo es, en cambio, que se ha experimentado una nueva reducción en las que históricamente se vienen experimentando. ¿Por qué? En los últimos años, los alumnos en formación de estas escuelas profesionales a las que se refiere en su pregunta han venido señalando a la Administración, en bastantes ocasiones, la escasa formación recibida, el inadecuado nivel científico en las clases magistrales y, al mismo tiempo, las mínimas prácticas clínicas que se imparten en estas escuelas. Por ello, desde hace más de un año se han venido sucediendo reuniones periódicas entre los responsables del Ministerio de Educación, los directores de estas escuelas profesionales e instituciones que están relacionadas con las especialidades a las que nos venimos refiriendo.

Esta es una preocupación que no solamente se ha manifestado por la Administración sino también en el propio seno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. El Consejo mostró en su momento un gran interés en estudiar el estado actual de estas enseñanzas y creó a los efectos oportunos una comisión que se iba a encargar de estudiar los programas formativos que en ellas se imparten.

Fruto de todos estos trabajos ha sido la puesta en marcha de una serie de programas piloto para corregir las tendencias que se manifestaban en estas escuelas. Concretamente conoce S. S. que se ha establecido un programa-piloto en la Escuela de Medicina de Educación Física y del Deporte, dependiente de la Universidad Complutense de Madrid, en la que han colaborado instituciones sanitarias y el propio Consejo Superior de Deportes. Al mismo tiempo, se han hecho auditorías en unidades docentes acreditadas para la formación de médicos especialistas y se ha comenzado a hacer en la Escuela de Estomatología de Sevilla.

En esta situación, en el pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas de 23 de julio de 1991, que fue en el que se trató la oferta de plazas de formación posgraduado para la convocatoria de este año 1991-92, se suscitó, es verdad, la duda de convocar plazas para las especialidades que no requieren formación hospitalaria debido a todas las circunstancias que le he mencionado y, sobre todo, también debido a que estas auditorías y esta eva-

luación que se estaba haciendo en las escuelas no había sido concluida. Se sugirió la necesidad de debatir el tema y, al final, los presidentes de las propias comisiones nacionales de las diferentes especialidades señalaron su criterio de que no podía cortarse radicalmente la formación en estas escuelas y que, en todo caso, se iban a cubrir una serie de plazas que equivalían a las que se habían propuesto en su momento; por tanto, se propusieron esas 380 plazas a la que he hecho mención anteriormente.

La reducción de plazas está motivada por todos los datos que he mencionado, pero, al mismo tiempo, existen otros más que afectan a los propios estudiantes que ocupan las mismas. La adjudicación de plazas relativas a estas especialidades han sido otorgadas, en los últimos años de la prueba MIR, a las personas que habían obtenido un número de orden alto, teniendo en cuenta que el más bajo es el número uno. Otro factor que ha influido en el número de plazas ofertadas ha sido el abandono de los estudios a lo largo del curso por parte de los alumnos que estaban formándose en esas especialidades. Y, por último, se ha tenido en cuenta también el número de estudiantes que, habiendo sido admitidos en la convocatoria precedente para realizar la formación en estas especialidades, volvieron a presentarse en la inmediatamente posterior, con el fin de cambiar de especialidad. Así, puedo decirle que de los alumnos que en la convocatoria 89/90 habían obtenido plaza para realizar una de las especialidades extrahospitalarias que he comentado anteriormente, ciento diez pasaron a otra especialidad en la convocatoria 90/91, presentándose, en la convocatoria 91/92, trescientos alumnos que estaban realizando en esos momentos la formación de todas estas especialidades.

Como conclusión puedo decirle que, analizada la relación entre la oferta de plazas de las últimas convocatorias y el número real de estudiantes que se matriculan en las escuelas profesionales, la oferta de plazas de la última convocatoria ha sido más acorde con la realidad y con los problemas que se habían venido planteando, sin perjuicio de que, en alguna de las especialidades a las que usted se refiere, también parten de la base de las diferencias que pueden existir entre la culminación de los estudios de esa especialidad y la puntuación que se le puede dar a los efectos de otras oposiciones que hay que hacer para ingresar en la Administración de Justicia.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo proponente, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Muchas gracias, señor Ministro, por su respuesta; sin embargo, yo quería señalar que, a mi juicio, la política del Ministerio, o en este caso de la comisión interministerial que decide el número de plazas a convocar para estas especialidades que no requieren, entre comillas, formación hospitalaria, me parece la política del avestruz. Esas especialidades están poco prestigiadas; como bien ha dicho usted, hay abandono de los estudiantes a mitad de curso, son los últimos números, y muchos de ellos cambian de especialidad. Pero habría que saber si es por falta de vocación, si

es por falta de atractivo de estas especialidades o si es por una regulación defectuosa de las condiciones en las que se establece la formación y, después, los puestos de trabajo adjudicados. Es decir, en estas especialidades, muy especialmente en lo que se refiere a Medicina del Deporte, Salud Laboral y Estomatología, hay una deficiencia cuantitativa y cualitativa de estos profesionales en nuestro país con respecto a los promedios de la Comunidad Económica Europea. Hay una falta de formación y una falta concreta, no en puestos de trabajo del sistema sanitario, sino en lo que, socialmente, es una demanda de estas especialidades en sociedades como la nuestra.

Uno de los temas fundamentales, como es el abandono de los cursos, se produce, como usted sabe, porque las condiciones en las que estos alumnos completan su formación son radicalmente diferentes de las que existen en el resto del sistema MIR, ya que en las escuelas profesionales tienen que pagar matrícula y no reciben ningún tipo de retribución durante su formación. Esto hace que no solamente tengan que desembolsar un dinero, sino que la inmensa mayoría —por las edades en que se produce esta formación— compatibilizan su formación con el desempeño de suplencias o de otro tipo de puestos dentro del sistema sanitario que cuestionan gravemente —no ya por los programas de estudio, sino por su propia dedicación— la formación de estos profesionales.

Repito que la política que se está siguiendo por parte del Ministerio me parece la política del avestruz en cuanto a la formación de estos profesionales; y yo emplazo al señor Ministro para que, consciente de la necesidad de aumentar la calidad y la cantidad de este tipo de profesionales, promueva una modificación de los planes de formación, dé una identificación de puestos de trabajo dentro del sistema público y promueva una modificación de las condiciones en las que se realiza su formación que, como todos ustedes saben, ha sido objeto de protestas numerosas a lo largo del curso pasado —sobre todo en la especialidad de Medicina del Deporte—, para que se garantice la formación de la cantidad y la calidad de este tipo de profesionales que está reclamando nuestra sociedad.

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

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Cartagena.

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: El señor Ministro nos ha contado los problemas de regulación que tiene la formación de estos especialistas y los problemas de las escuelas profesionales, pero, en cualquier caso, hay dos realidades que, desde mi punto de vista, son incontestables. Una, de presente, que planteo en términos de interrogante: ¿Es que este país no necesita especialistas en Medicina del Deporte o en Medicina del Trabajo? ¿Qué piensa hacer el Ministerio para resolver lo que ha dicho que son problemas de regulación de escuelas y de formación? Desde estos bancos, sólo cabe preguntar qué hará el Ministerio para resolverlo que no sea limitarse a

decir que, más o menos, de acuerdo con el Consejo de Especialidades, etcétera, decimos que sean trescientos cincuenta.

Como segunda cuestión, creemos que algo tendrá que hacer el Ministerio para resolver el horizonte de 1995 en el que los médicos españoles tienen que estar especializados para poder estar en las debidas condiciones en nuestra Europa común.

Me parece que la explicación en su segundo turno será mucho más precisa, ya que lo que nos ha contado es algo que sabemos: que el proceso de acceso a través del sistema MIR a estos puestos de especialización en las escuelas no está dando unos rendimientos espectaculares y, desde luego, de escaso beneficio social, pero tendrá que poner algún tipo de solución que no sea sólo acordar, en diálogo con otros, el limitar las plazas de estas especialidades.

Yo creo que este país —coincido con la señora Maestro— necesita rigurosamente médicos especialistas en educación física y deporte, como necesita estomatólogos, como necesita especialistas en medicina del trabajo. Esta demanda social tiene que ser cubierta. Por todo ello, lo que me gustaría oír del señor Ministro no es cuáles han sido los problemas hasta ahora, sino cómo los va a resolver.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Esteban, por el Grupo Socialista.

El señor **ESTEBAN GOMEZ**: En primer lugar, quisiera agradecer al señor Ministro de Sanidad y Consumo la claridad y la precisión de los datos expuestos, así como las explicaciones con las que los ha acompañado. Con estos datos se perfila un dibujo ajustado de lo que ha sido la evolución y la realidad en lo que se refiere a estas especialidades que se cursan en escuelas nacionales, fuera de la vía MIR.

Entrando en el tema, tanto la evolución del número de plazas como los criterios que se han tenido en cuenta para su convocatoria, así como las diferentes iniciativas que se han puesto en marcha, creo que se han expresado con una claridad meridiana, por lo que no voy a reincidir en ello. El Grupo Socialista comparte y anima al Ministerio a proseguir estos trabajos iniciados, que, sin lugar a dudas, requieren su tiempo y su tacto, ya que no hay que olvidar que es un tema relevante que, como ya se ha puesto de manifiesto por otros portavoces, afecta a la salud de los ciudadanos y a su calidad de vida. Por tanto, a la hora de abordarlo se hace necesario estudiarlo con profundidad y de manera sosegada. Estas enseñanzas ya están claramente diferenciadas de lo que es la vía MIR, la vía MIR ha funcionado muy bien, y estamos en el momento de replantear tanto lo que puede ser su organización como el contenido que en ellas se imparte.

Para finalizar, quiero decir que es necesario un tiempo, pedir opiniones y tenerlas en cuenta, no de manera exclusiva, sino como opiniones válidas en este tema, para posibilitar llegar a conclusiones que, debidamente articuladas, en el futuro repercutan positivamente en los servicios que estos especialistas prestan en la sociedad, que,

por supuesto, son necesarios. Efectivamente, creo que el Ministerio debe seguir estudiando este tema.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Yo creo que sería bueno que todos conociéramos cómo se produce la formación de especialistas en nuestro país. Lo que normalmente hacemos —y estoy hablando del Ministerio de Sanidad— es colaborar con el Ministerio de Educación y con las sociedades científicas, a través del Consejo Nacional de Especialidades, para determinar cómo se deben formar los especialistas en nuestro país. Al mismo tiempo, el Ministerio de Sanidad aporta sus propios recursos para formar a un buen número de especialistas. Y no solamente aporta el Ministerio de Sanidad un buen número de recursos para formar a los profesionales sanitarios, sino que los forma a entera satisfacción, porque suelen ser las primeras plazas que solicitan los alumnos MIR las del Sistema Nacional de Salud.

Hay otra formación de especialistas, que son éstas a las que nos estamos refiriendo, que se produce todavía en el marco de la universidad y no en el marco del Sistema Nacional de Salud. Esta formación de especialistas se efectúa a través de escuelas universitarias de posgraduados que están incluidas en cada universidad. ¿Qué es lo que ha hecho el Ministerio de Sanidad? El Ministerio de Sanidad, año tras año, ha venido comprobando que estas especialidades tienen escasa demanda y que, aparte de escasa demanda, muchos de los que se están formando tienen malestar. Y como entiende que son especialidades necesarias para este país, lo que ha hecho ha sido, de acuerdo con el Consejo Nacional de Especialidades, una reforma en el planteamiento de los estudios, que no olvidemos que no le compete al Ministerio de Sanidad, ni siquiera al Ministerio de Educación, sino a las propias universidades, en el ejercicio de la Ley de Autonomía Universitaria. ¿Y qué es lo que ha hecho para ello el Ministerio de Sanidad? Ha hablado directamente con las escuelas, a través del Consejo Nacional de Especialidades, para elaborar planes pilotos de reforma de esa formación, y algunas ya se están introduciendo —se lo he dicho en mi intervención anterior—, como el programa piloto de la Escuela de Medicina de Educación Física y Deportes que está haciendo la Universidad Complutense de Madrid, o el de estomatología en Sevilla. O sea, que se está trabajando en esta línea a pesar de que los recursos que se aportan para esa formación no son —insisto— del Ministerio de Sanidad, sino que son recursos ajenos al Ministerio de Sanidad, son recursos que creemos que han de tener el nivel adecuado, y para ello tenemos que dialogar el Consejo Nacional de Especialidades y las universidades correspondientes, que es lo que se está haciendo.

El problema no radica muchas veces, como ya he dicho, en que no cobran y tienen que pagar, sino, al mismo tiempo, en que el que hace un MIR hospitalario tiene una colocación bastante garantizada en el Sistema Nacional

de Salud. A estas personas, sin embargo, se les está planteando otra cuestión. Por ejemplo, una persona que hace el MIR de medicina legal y forense ¿tiene algún beneficio para las oposiciones al Ministerio de Justicia? Esto es lo que ellas también se están planteando. Este debate es verdaderamente ajeno a lo que significa la formación propiamente dicha de especialista. También es cierto que la iniciativa social, y no solamente el Sistema Nacional de Salud, es el que tiene que procurar el empleo de todos estos profesionales, que son, ya digo, de formación no estrictamente hospitalaria. Insisto en esto porque creo que es lo que antes le he dicho. En primer lugar, no hemos extinguido estas plazas porque entendemos que cumplen una función social; en segundo término, creemos que muchas de estas plazas son importantes para este país; en tercer término, creemos que la formación que están dando las respectivas escuelas universitarias no es la más adecuada; en cuarto lugar, hemos hablado con el Consejo Nacional de Especialidades para que se dirija a las respectivas universidades, y en quinto lugar, se están haciendo planes pilotos en cada una de estas universidades para conseguir una formación más adecuada de los profesionales que quieran hacer esta especialidad. Por tanto, no parece que se pueda acusar al Ministerio de Sanidad de parálisis en este sentido.

- ACERCA DE LAS MEDIDAS A ADOPTAR EN RELACION CON IRREGULARIDADES PRODUCIDAS EN LA GERENCIA DEL HOSPITAL RAMON Y CAJAL, DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). A SOLICITUD DEL GRUPO IU-IC (Número de expediente 213/000399).

El señor **PRESIDENTE**: La comparecencia siguiente ha sido retirada, por lo que pasamos a la última que queda viva en el orden del día de hoy, que es la comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo para informar acerca de las medidas a adoptar en relación con irregularidades producidas en la gerencia del Hospital Ramón y Cajal, del Instituto Nacional de la Salud, solicitada por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): También en este caso, señor Presidente, rogaría que interviniera primero quien formula la petición de comparecencia, porque dicho en los términos tan generales como se expresa en la propuesta no puedo contestarle; no sé a qué irregularidades se refiere. Sí le puedo hablar de las auditorías que se han realizado en el Ramón y Cajal y los resultados a que se ha llegado. Si se refiere a algún caso concreto, le ruego me lo indique; si no, hablaré de las auditorías.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestro para precisar.

La señora **MAESTRO MARTIN**: No sé si prefiere que precise...

El señor **PRESIDENTE**: Si me permite, vamos a alterar el orden tradicional. Exponga su intervención y así el Ministro tendrá más datos para poderle contestar.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Presidente, porque como son temas bien concretos y documentados, me parece más útil hacerlo de esta manera.

Quiero empezar con el tema de la creación por parte del Gerente del Ramón y Cajal, señor Caparrós, de la Fundación de Amigos del Hospital Ramón y Cajal, fundación, como todas, sin ánimo de lucro y que se financia a través de la donación voluntaria de fondos, etcétera. Las irregularidades que yo quiero comentar se refieren a lo exótico de que la comisión ejecutiva del patronato esté presidida por el señor Gerente; que la comisión ejecutiva de dicha fundación esté integrada por miembros de la dirección del hospital, en concreto por el Director de Gestión, el Director Médico, el Director de Enfermería, el resto de los Subdirectores y jefes de Servicio del hospital; que dicha fundación se ha dirigido a los proveedores habituales del hospital animándoles a hacer donación de fondos para su funcionamiento y que incluso en sus estatutos aparezca prevista la colaboración -lo cual, a mi juicio, deja bien claro el sello del señor García Valverde y de la relación de esta persona con el señor García Valverde- con empresas instrumentales, etcétera.

Dicha fundación edita una revista, la revista del Hospital Ramón y Cajal, en cuyo número cero el editor es la propia fundación. Sin embargo, en el segundo número y ante las denuncias de los trabajadores, ya aparece como editor el propio hospital Ramón y Cajal; en la elaboración de la revista aparece publicidad de proveedores, pero los ingresos por publicidad no aparecen en ningún presupuesto del propio hospital, ni los gastos ocasionados por la revista aparecen en el presupuesto de gastos. La revista es repartida por los celadores, se hacen pegatinas para su difusión, etcétera. En relación con todo este proceso dimiten el Director de Gestión, el Subdirector de Gestión Económica, el Subdirector de Personal y el Jefe de Servicio de Suministros. Quien sorprendentemente no ha dimitido es el señor Gerente del hospital. A juicio de Izquierda Unida todo el proceso de la fundación, que insisto en que está vigente, abre serias dudas sobre la regularidad de los caminos para la obtención de fondos. ¿A qué viene el crear una fundación, una sociedad de amigos del hospital? Como digo, creemos que abre paso a irregularidades de todo tipo en relación con la provisión de suministros.

El segundo aspecto concreto del cual le quiero hablar ha sido objeto recientemente de una pregunta parlamentaria mía, y de cuya respuesta yo quiero expresar mis quejas ante el señor Ministro por las faltas a la veracidad y por la evidente inexactitud de los datos. Se refiere a la empresa Induylava. En el hospital Ramón y Cajal empieza a trabajar esta empresa en agosto de 1991, sin que medie ningún tipo de contrato ni, por supuesto, de subas-

ta pública, ningún tipo de relación contractual. La Mesa de contratación no se reúne desde el 31 de julio de 1991 hasta el 17 de octubre del mismo año. Sin embargo, esta empresa empieza a recibir y a lavar ropa del hospital en el mes de agosto de 1991. El Director de Gestión admite por escrito que no hay ningún tipo de contrato que vincule a esta empresa con el hospital y que está a prueba, figura que evidentemente no existe en el ordenamiento jurídico ni del Derecho público ni del Derecho privado. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)** Esta empresa es la tercera a la cual envía ropa el hospital Ramón y Cajal. Otra de ellas es la empresa La Paloma, a la que hacía referencia el señor Ministro en la respuesta a pregunta escrita.

Mi queja se produce porque no se hace mención a la existencia de una empresa pública del propio Insalud, la lavandería de Mejorada del Campo, que ha hecho recientemente reformas tecnológicas y que está en condiciones de asumir una cantidad creciente de ropa y, por el contrario, el hospital Ramón y Cajal está disminuyendo la cantidad de ropa para lavar que envía a esta lavandería. En estas condiciones se inicia con carácter de urgencia, según la respuesta del señor Ministro, una adjudicación directa a esta empresa, repito, sin que haya ningún tipo de concurso público ni que medie tipo alguno de contrato. La Ley de Contratos del Estado contempla el procedimiento de urgencia, evidentemente, que supone una reducción de los plazos, no que un gerente, sin que medie ningún tipo de comunicación de órgano alguno, adjudique ropa directamente a una lavandería, insisto, en detrimento de una lavandería pública que está en funcionamiento y en perfectas condiciones de asumir cantidades superiores de ropa. En este sentido, quiero decirle que me han llegado informaciones confidenciales que hablan de la existencia de comisiones a la Gerencia, tanto por parte de la empresa Induylava como de la empresa La Paloma. Manifiesto mis quejas, porque en la respuesta a una pregunta escrita que tenía relación con la empresa pública que recibe menos ropa y que, en consecuencia, ve comprometida su propia viabilidad al haber hecho reformas tecnológicas no aparece mencionada.

El resto de las irregularidades se refieren a asuntos de personal. Sobre ello tengo documentación expresa, que pongo a disposición del señor Ministro por si tuviera interés. En primer lugar, sobre la contratación y las irregularidades en relación con el señor don José Aguado Verguizas, funcionario del Ministerio de Sanidad y Consumo, que se encontraba en excedencia antes de 1988; a partir de esa fecha, figura como Jefe de Negociado, tipo 1, con complemento específico. Quiero señalar -y perdón por el desorden; lo digo porque es útil, aunque algo puntual, dentro del contexto de irregularidades del hospital Ramón y Cajal- que este señor es precisamente el Jefe de Servicio de Política de Personal y de Relaciones Públicas y el Director de la curiosa revista a la que he hecho mención en el primer punto. Este señor está en excedencia -como he dicho anteriormente- hasta 1988. Hasta el 31 de agosto de 1991 está adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, en activo, en la Dirección Gene-

ral del Insalud, concretamente en Farmacia, y causa baja el 31 de julio de 1991, para pasar al hospital Ramón y Cajal el 1.º de agosto. En la lista de proveedores de dicho hospital esta persona figura como proveedor y representante de la empresa Cosuclisa, que empieza a proveer al hospital en julio de 1988, es decir, cuando estaba trabajando en el Ministerio de Sanidad y Consumo y, según otros datos que obran en mi poder, aparece en el Registro de entregas el 13 de diciembre del año 1989. Como sabe el señor Ministro, a esta persona le es de aplicación plena la Ley de Incompatibilidades, por aparecer como proveedor de productos relacionados con su trabajo. De todo lo anterior obra en mi poder documentación, que pongo a disposición del señor Ministro. El mismo señor entra a trabajar en el hospital el 1.º de agosto y, curiosamente, empieza a cobrar el mismo día en el que inicia su trabajo, no como es habitual: cuando alguien empieza a trabajar cobra por meses vencidos. Otro de los elementos concretos a que quiero hacer mención es el de la cuantía de las percepciones de esta persona. En el mes de agosto percibe como antigüedad exactamente el doble de lo que fijan las tablas salariales y tiene un complemento de destino muy superior -el doble también- a lo que fijan las tablas salariales y a lo que cobra en meses posteriores.

Los objetivos de ahorro en la gestión, a que el señor Ministro ha referido en su comparecencia anterior, probablemente tenga que aplicarlos no por modificaciones y novedades introducidas en la estructura, sino por simple aplicación de las leyes vigentes y comprobación de cómo se están repartiendo realmente los salarios y los beneficios en los hospitales. Directivos de enfermería en este hospital están recibiendo percepciones en función de una práctica inusual, creo yo, en los hospitales del Insalud, diciendo que hacen falta guardias localizadas de dichos directivos de enfermería; cuestión que no se ha comunicado a la junta de personal y que no está regulada por el Insalud, porque lo que el Insalud ha regulado, lógicamente, es la existencia de guardias localizadas para hemodinamia, perfusionistas, histocompatibilidad, trasplantes, etcétera. Es decir, tanto directivos de enfermería como jefes de personal subalterno, que también hacen guardias localizadas, han procedido a elevarse el sueldo por su propia decisión.

Otra de las irregularidades de la que poseo documentación -estoy hablando de situaciones que puedo respaldar documentalmentee- es la existencia de facturas de viajes realizadas por la misma persona, por don José Aguado Verguizas y por doña Rebeca Pérez; facturas de viajes en las que no aparece el IVA y viajes que no han recibido ningún tipo de autorización previa, como aparece regulado en la Administración sanitaria. Todas estas facturas obran en mi poder y las pondré a disposición del señor Ministro.

Todas estas irregularidades, señor Ministro, las conoce la Dirección Territorial de Madrid desde el momento en que los trabajadores han ido teniendo conocimiento de las mismas, sin que se haya procedido a tomar ninguna medida. En mi opinión, la gestión llevada a cabo en el hospital Ramón y Cajal por el señor Caparrós es la de una

inseguridad permanente a que se somete al sistema sanitario. En la anterior comparecencia tuve ocasión de explicar puntualmente la alegría y la irresponsabilidad con que este señor hace uso de informaciones de su predecesor acerca de presuntas medidas y novedades a introducir en la gestión del hospital. La situación de la junta de personal y de los órganos de participación ha sido tal que el anterior Director Territorial del Insalud tuvo que obligar a la convocatoria de la comisión de participación del hospital. Por todo ello y por lo que pueda ocurrir, creo que hay razones suficientes para que el señor Ministro de Sanidad contemple el cese del señor Caparrós, tal y como vienen demandando los trabajadores y como, a juicio de Izquierda Unida, debería suceder para seguridad del sistema sanitario y para cumplir los objetivos, como decía antes, de evitar despilfarros y de cortar de raíz corrupciones.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Yo agradezco enormemente su colaboración para la denuncia de cualquier hecho que pueda considerarse una irregularidad, pero como algunas de las cosas que usted dice yo las desconozco, me va a permitir que abra la investigación correspondiente. Le ruego que, en ese afán de colaboración que usted manifiesta, me haga llegar la documentación que usted posee, yo abriré un expediente desde el propio Ministerio, desde la Secretaría General del Sistema Nacional de Salud, y del resultado del mismo, manteniendo siempre las presunciones de inocencia, en todo caso, yo informaré a S. S. y esta Comisión de todos y cada uno de los puntos que usted recoge en esta documentación que dice tener en su poder y que yo desconozco en este caso.

Quisiera pronunciarme sobre el tema de la lavandería, porque sobre el mismo he tenido la oportunidad de poder proporcionarle una respuesta escrita, a la que le añado que la ropa del Ramón y Cajal se lavaba en la lavandería, según tengo los datos, de Mejorada del Campo; lavandería que efectivamente es pública, que es verdad que está experimentando un proceso de reestructuración que yo creo que va a dar como consecuencia el que, como decía antes, pueda facturar a un precio razonablemente competitivo y hacerlo con la calidad que exige la prestación de este servicio tan importante. No es eso lo que venía ocurriendo hasta fecha bien reciente, pero sí le puedo decir que, por los datos que tengo de los meses enero y febrero de este año, es una lavandería en la que podemos determinar un coste unitario bastante competitivo con los precios del mercado. En el momento en que se rescinde esa relación entre el hospital y la lavandería se había producido -eso lo he visto por los albaranes- pérdida de ropa, es decir, se había producido una mala prestación del servicio, por lo que sí es verdad que en la Mesa de contratación del 31 de julio de 1991 lo que se hace es prorrogar la contrata que se tenía en un momento determinado con **La Paloma**, y posteriormente se hace la con-

tratación directa con Induylava, que inmediatamente el servicio territorial hace que sea solamente provisional y que se convalide a través de un concurso público y abierto, que se reformula a principios de este año y que ha sido adjudicado el 29 de abril pasado, es decir, hace unos días. Por tanto, efectivamente hay un momento determinado, que es el mes de diciembre, en el último trimestre de 1991, cuando por una mayor actividad asistencial del hospital se necesita una mayor cobertura de los servicios de lavandería, como le digo, y se produce la contratación directa de Induylava, que luego el servicio territorial reconvierte en un concurso público que se ha venido sustanciando hasta la fecha del 29 de abril, cuando se ha solucionado adjudicándole la contrata.

Esto es lo que tengo que decir de este tema. De los otros, insisto en que le agradezco la colaboración. Proporcionéme, por favor, los datos y yo abriré una inspección dirigida directamente por el Secretario General del Sistema Nacional de Salud o por el Director General del Insalud, y de los resultados de esa investigación le daré cuenta y extraeremos las consecuencias correspondientes.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): ¿Grupos que desean intervenir? Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora García Manzanres.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Una vez más agradecemos al señor Ministro su intervención y voy a intervenir muy brevemente porque apoyamos sus palabras.

Desconocemos los hechos puntuales a los que se ha referido la solicitante de la comparecencia, si bien es cierto que en cuanto a la constitución de una fundación de amigos del hospital no vemos que sea un motivo de irregularidad, y tampoco la pertenencia del gerente y de los jefes de servicio al consejo de administración; tampoco vemos ninguna irregularidad en que hagan publicidad los proveedores que parece ser, por los datos que nos ha aportado, que son quienes mantienen la revista. El hecho en sí de mantener una revista que acerque la institución e informe de la misma a los usuarios y ciudadanos, en principio, no nos parece irregular. Es verdad que necesitaríamos más datos y en ese sentido apoyamos lo que ha dicho el señor Ministro, porque nosotros también quisiéramos aclarar si se están produciendo irregularidades o desviaciones de fondos, o algunas de las cuestiones que ha apuntado la señora Maestro.

La señora Maestro nos ha informado, respecto a la segunda cuestión, de que ya tiene una respuesta del señor Ministro y a nosotros nos parece importante la aclaración que ha hecho de que no le parece correcta ni veraz la respuesta que ha dado el señor Ministro. Ante los datos que la señora Maestro ha expuesto, nosotros tampoco tenemos ningún otro dato que nos haya aportado para hacer más veraz lo que ella dice que la información del señor Ministro. Por tanto, a la señora Maestro agradeceríamos que aportase más datos, porque no es riguroso hablar de determinados temas como quien recoge los

ecos de sociedad y decir que la información que tiene el señor Ministro no responde a la verdad. Nosotros estamos también a la espera de investigar a fondo esas irregularidades y de que ese expediente que recabe toda la información, como nos ha anunciado el señor Ministro, se nos comunique. De entrada, lo único que podría decirse del señor gerente del hospital Ramón y Cajal, como ha dicho la señora Maestro, es que es un señor relativamente exótico, y en principio no parece que eso sea tampoco una irregularidad. Estaremos a la espera de que el señor Ministro complete esa información. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Con benevolencia, señora Maestro, le concedo un segundo turno de palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Simplemente quería señalar, con respecto a las últimas palabras de la señora García Manzanares, que la respuesta escrita del señor Ministro es evidentemente incompleta. La empresa Induylava está lavando ropa del Ramón y Cajal no por la vía urgente de la Ley de Contratos del Estado, sino sin que medie contrato escrito alguno, lo cual es evidentemente una irregularidad, cosa que no se justificaba en la respuesta escrita del señor Ministro. La parcialidad de los datos se refiere a algo también de bulto. No se hace referencia a la existencia de una empresa pública que ha tenido reformas tecnológicas en los últimos tiempos, que, como el señor Ministro reconoce, está en condiciones de recibir mayor cantidad de ropa y sorprendentemente se adjudica el concurso público el día 29 de abril del año 1992, estando en condiciones la empresa pública de lavar mayor cantidad de ropa, lo cual realmente no se compadece con los objetivos de ahorro, ya que, como el señor Ministro reconoce, la empresa pública en este caso, ¡albricias! es competitiva con respecto a otras empresas privadas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Quisiera hacer una matización en este último punto que usted ha expuesto. Que sea competitiva no significa que, formalizado un concurso público con todos los requisitos, se adjudique a aquel que presente la mejor oferta. Eso no significa, en absoluto, que porque la empresa sea pública y sea competitiva el límite de su competitividad no esté establecido en un volumen determinado de ropa. Tenga usted en cuenta que nosotros no podemos adjudicar toda la ropa a una sola empresa porque, a lo mejor, ahí pierde su nivel de competitividad. Primer punto.

Segundo punto. Abierto concurso público, éste se hace y se adjudica como dice la Ley de Contratos del Estado y no porque la empresa sea pública o sea privada.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): El portavoz del Grupo del CDS ha solicitado que sea el propio señor Ministro quien dé respuesta a las preguntas, cuando quien estaba previsto que respondiera era el Secretario General del Sistema de Salud. Hacemos un receso de veinte minutos en la Comisión para dar oportunidad al señor Ministro de preparar las respuestas a las referidas preguntas.

Se reanuda la sesión.

PREGUNTAS:

- **SOBRE MEDIDAS PARA SOLUCIONAR LA SITUACION DE HACINAMIENTO QUE SE ESTA PRODUCIENDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL «VIRGEN DE LA CANDELARIA», EN SANTA CRUZ DE TENERIFE, FORMULADA POR EL SEÑOR DE ZARATE Y PERAZA DE AYALA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO CDS (Número de expediente 181/001634).**

- **SOBRE CREACION DE NUEVAS CAMAS EN EL HOSPITAL «VIRGEN DE LA CANDELARIA», DE SANTA CRUZ DE TENERIFE, FORMULADA POR EL SEÑOR DE ZARATE Y PERAZA DE AYALA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO CDS (Número de expediente 181/001635).**

- **SOBRE SITUACION EN QUE SE ENCUENTRA EL HOSPITAL DE OFRA, DE TENERIFE, FORMULADA POR EL SEÑOR DE ZARATE Y PERAZA DE AYALA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO CDS (Número de expediente 181/001636).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señorías, se reanuda la sesión.

Pregunta sobre medidas para solucionar la situación de hacinamiento que se está produciendo en el servicio de urgencias del hospital «Virgen de la Candelaria», en Santa Cruz de Tenerife, del señor De Zárate y Peraza de Ayala.

Tiene la palabra el señor De Zárate.

El señor **DE ZARATE Y PERAZA DE AYALA**: Era mi intención, y así lo voy a hacer, agrupar el contenido de las tres preguntas, toda vez que guardan íntima conexión entre ellas.

En primer lugar, es lógico saludar al señor Ministro, ya que, desde su reciente nombramiento, es la primera vez que tenemos oportunidad de tratar temas que afectan al hospital «Virgen de la Candelaria», de Santa Cruz de Tenerife, cuyas vicisitudes probablemente conocen mejor otros antecesores suyos, especialmente el señor García Vargas, con quien desde hace muchísimos años, concretamente desde la lejana fecha de febrero de 1987, he tenido oportunidad de tratar la necesidad de acometer un plan directorio de obras que pudiera remediar los

graves problemas que padecía el hospital «Virgen de la Candelaria», de Santa Cruz de Tenerife.

En aquella ocasión, en la sesión plenaria correspondiente, el señor García Vargas se comprometió a acometer ese plan directorio por 700 millones de pesetas que culminaría en los años 1987 ó 1988. En la fecha que estamos, cinco años después, en el año 1992, aún no se ha podido concluir la fase cero, la fase previa de ese plan directorio que ha motivado, lógicamente, no entrar en la fase fundamental, la fase uno, relativa a nuevas hospitalizaciones en el centro materno-infantil; con los problemas que con tanta gravedad se ha manifestado en los primeros meses del año corriente.

La situación de hacinamiento en el centro de urgencias del hospital «Virgen de la Candelaria» ha generado estancias en el servicio de 40 a 60 personas, algunos días en condiciones inadecuadas, sin diagnóstico alguno, tratándose de enfermos agudos en situación de indeterminación en cuanto al tratamiento y al diagnóstico, coexistiendo en una sala mal acondicionada, como digo, de 40 a 60 personas, con problemas muy diferentes, algunos de ellos demenciados y por espacio de hasta siete días. Esto ha producido, como puede imaginar el señor Ministro, una situación de grave preocupación en la población de la isla, de desmoralización cuando llevan, por ejemplo, a sus familiares ancianos y a lo largo de seis ó siete días se encuentran con que no pasan al centro oportuno, que no se realiza el diagnóstico adecuado por inexistencia de camas en aquellas fechas, cosa que sucede frecuentemente.

La fase uno, que es la destinada a producir un incremento de las dotaciones y mejora de la hospitalización en la actual sala materno-infantil, no se ha podido acometer porque, entre otras cosas, la fase cero, que afectaba a graves problemas de infraestructuras -situación de las habitaciones, baños, cocinas, etcétera-, ni siquiera se ha podido concluir.

Hemos observado, además, que incluso la incapacidad en la gestión del centro ha llevado a que pudiendo el Insalud, en Tenerife, disponer del Hospital de Ofra, que se encuentra adecuadamente dotado de camas, no ha sido capaz, repito, de hacer uso de este centro, que también pertenece al Insalud, para mejorar la grave situación planteada por la falta de camas.

Mi grupo parlamentario ha calificado como especialmente grave esta incapacidad. Aquí no se está hablando de problemas filosóficos sobre la sanidad pública, sino de un problema muy concreto, fundamental para una población de 700.000 habitantes, de un centro que tiene 27 años y carece de los elementales e imprescindibles servicios para garantizar adecuadamente la sanidad. Por tanto, al ver que el plan directorio es una referencia abstracta que nunca llega a buen término, al final, la dirección del Insalud se ha dedicado a parchear como puede y atender los problemas de infraestructuras que son especialmente graves: falta de habitaciones, habitaciones en muy mal estado, los baños sin las condiciones adecuadas, etcétera; la misma situación que denuncié al Ministro García Vargas en el año 1987. No parece comprensible

que habiéndose destinado un volumen de dinero, en principio importante -700 millones de pesetas-, que parece han excedido en su ejecución esta cifra inicial, al cabo de cinco años no hayamos podido todavía disponer de una nueva hospitalización que, mientras se proceda, en su momento, a la construcción de un nuevo centro hospitalario, que va a ser, en definitiva, la única solución para la sanidad en Tenerife, pudiera paliar los problemas básicos, a pesar de esta importante cantidad, en el caos de estructura, caos arquitectónico que agrupa a tres módulos o unidades -residencia general, materno-infantil y traumatología- y que genera verdadera impotencia por parte del personal sanitario, al mismo tiempo que una desmoralización muy marcada en la población que ve cómo los servicios esenciales que debe prestar el Insalud, en el caso concreto de Santa Cruz de Tenerife, plantean problemas especialmente graves, tales como los manifestados en las primeras fechas de este año en las que, como digo, de 40 a 60 personas han estado hacinadas hasta siete días, sin poderles realizar un diagnóstico adecuado y proceder a la solución de sus problemas. Este es, en esencia, el contenido de mis preguntas, señora Presidenta.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Agruparé las contestaciones por orden, tal y como vienen formuladas.

El servicio de urgencias del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, como conoce S. S., tiene una extensión de 2.000 metros cuadrados, consta de 11 boxes, 30 camas de observación de adultos, 4 camas de observación pediátricas, 2 cunas de observación, una sala de yesos, una sala de curas, una sala de «triage», un quirófano y servicio de radiodiagnóstico. El promedio de actividad de este servicio ha sido -evaluando 1991- de 213,78 urgencias/día. Por tanto, la estructura del servicio se puede considerar suficiente, sin perjuicio de que en algunos casos puntuales -como ha ocurrido precisamente en enero de este mismo año- se haya dado en Santa Cruz de Tenerife -debido a las condiciones atmosféricas que motivaron una agudización de procesos crónicos- una sobrecarga asistencial de demanda que ocasionó la atención en las urgencias de aproximadamente 400 enfermos/día, lo cual supuso casi el doble de los enfermos habituales. Ante esta situación, la dirección del centro adoptó una serie de medidas puntuales para poder atender la amplia demanda, como fue la contratación de personal, supresión de parte de la actividad programada y dar de alta a aquellos pacientes que estaban en condiciones de marchar a su domicilio o estaban en período pre-operatorio.

En cuanto al Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, los planes directores -como sabe S. S.-, definen la estructura del modelo de hospital necesario en función también del diseño, de las prestaciones y servicios, que pretenda ofrecer en su área de actuación. Para ello propone las actuaciones que han de realizarse para conseguir el mo-

delo definido. Esta adecuación estructural tampoco implica necesariamente ampliación del número total de camas, aunque más adelante haré una breve reflexión sobre esto.

El plan director del hospital -que se concluyó en su momento- ha definido cuál es el hospital necesario en su diseño funcional y ha distribuido también las áreas del centro. El plan va a suponer la reestructuración del hospital materno-infantil y los edificios de traumatología y el general. Está terminada la fase cero de ese plan director y empezada la fase uno.

Respecto a la dotación de camas -contestando a su pregunta sobre ampliación de camas en Santa Cruz de Tenerife-, el Insalud dispone de un total de 2.830 camas, de las cuales 2.167 corresponden a camas de agudos. Esta dotación supone una media de 4,2 camas por 1.000 habitantes, que es superior a la media de camas de Canarias, que es de 3,75, e incluso superior a la media del Insalud en la totalidad del territorio de su ámbito de actuación, que es de tres camas por 1.000 habitantes. Por tanto se puede decir que el número de camas, desagregadas incluso en sus conceptos de camas de agudos de media y larga estancia, no parece necesario que se tenga que ampliar.

Como conclusión le puedo decir que el plan director del hospital responde a una adecuación de la estructura física y funcional de dicho hospital y que en la contemplación de esta nueva estructura física y funcional se baraja también, porque usted lo sabe, la posibilidad o no de construir un nuevo hospital que sustituyera al Hospital «Virgen de la Candelaria». Eso estará en función de dos parámetros que usted tendrá que convenir conmigo que son los que tiene que evaluar cualquier Ministerio: el primero, la necesidad de aporte que se produce en la población correspondiente, y el segundo, la prioridad que se tiene que establecer con todo el territorio nacional en función de las necesidades objetivas y las disponibilidades presupuestarias. Una vez que una y otra se evalúen se valorará también la necesidad de construir un nuevo hospital que sustituya al «Virgen de la Candelaria».

También le quiero decir que el Hospital del Cabildo se encuentra en negociación con la Secretaría General del Sistema Nacional de Salud para hacer un plan de rehabilitación del mismo en tres años, y estamos manteniendo contactos con el propio Cabildo para la realización de este programa.

El Hospital de Ofra pertenecía, como usted sabe, a la isla. Fue integrado en la red pública del Insalud, en febrero de 1987, y forma parte del diseño funcional del Hospital «Virgen de la Candelaria». Es, por tanto, un hospital que funciona como dispositivo asistencial complementario en dos actividades básicas. La primera, en pacientes que presentan procesos que requieren tratamientos de media y de larga estancia, y la segunda, en intervenciones quirúrgicas consideradas como cirugía menor, cirugías que no requieren un gran centro de especialización.

Teniendo en cuenta las obras que van a desarrollarse a través del plan director, es evidente que el Hospital de Ofra cobra un protagonismo determinado para evitar las molestias que tales obras puedan suponer en los pacien-

tes generales del área hospitalaria que se atiende. Le recuerdo que el Hospital de Ofra da cobertura asistencial a través de 138 camas, dos quirófanos, una unidad de reanimación, un laboratorio y los servicios de radiodiagnóstico.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor De Zárate.

El señor **DE ZARATE Y PERAZA DE AYALA**: Quería concretar con el señor Ministro un aspecto importante en su intervención, cual era afirmar, como ha hecho, que la fase cero está terminada, y no es cierto, no está terminada. Es más, el hecho de que haya tardado cinco años en proceder a ejecutarse esta fase cero hace que sea muy razonable pensar qué podrá ocurrir con la fase uno, hasta el extremo de que algunos aspectos que estaban previstos en la fase uno, en una forma, podríamos decir, de urgencia, la propia dirección del hospital acude a medidas de parcheo, como pintar, etcétera, porque los antecedentes que tenemos (cinco años) para una fase que, repito, no ha concluido, hacen ser más que pesimistas respecto a las previsiones para la fase uno. Será cuestión de seguir la ejecución de este proyecto y ver el grado de responsabilidad que asume el Ministro en el mismo.

En la contestación sobre el centro de Ofra no me ha dado respuesta al dato esencial de que precisamente en esos meses en que se detectaron necesidades urgentes de camas se disponía del Hospital de Ofra y sin embargo, por problemas que el Ministro no ha querido indicar, no pudo hacerse uso de las disponibilidades del Hospital de Ofra sin que se sepa exactamente por qué. En general, por los antecedentes de estos años, por la lentitud y los problemas graves que afectan esencialmente a la Residencia general, a las instalaciones básicas del centro, exigimos del Ministro un cuidado especial y un seguimiento directo por el bien de la población de Tenerife, de su sanidad y para justificar una actuación del Estado tan básica y tan definitiva como es la protección sanitaria, de forma tal que en Canarias tengamos alguna esperanza de que estos problemas se van a solucionar.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Señor De Zárate, simplemente le diría que cuando se utilizan camas hay que tener en cuenta la categoría de camas o el tipo de camas de que estamos hablando. Por tanto, si las camas son de una determinada tipología no pueden utilizarse para otras patologías que no sean aquellas para las que están habilitadas, y eso se produce en todo caso. Simplemente le digo que la puerta de urgencias del Hospital de la Seguridad Social «Virgen de la Candelaria», en Santa Cruz de Tenerife, no puede ser suficiente para toda la demanda asistencial y para ello tienen que colaborar también las urgencias del Hospital del Cabildo.

En ese entendimiento tenemos que estar todas las insti-

tuciones, porque no puede ser que, en un momento determinado, o a una hora determinada del día, solamente estén abiertas las puertas de urgencias del Hospital «Virgen de la Candelaria». Por tanto, tenemos que administrar o arbitrar un diseño funcional, en el que todos seamos consecuentes, con el fin que pretendemos en la utilización de los recursos sanitarios.

- SOBRE MOTIVOS POR LOS QUE LAS MUJERES QUE DAN A LUZ EN EL HOSPITAL «SAN MILLAN», DE LOGROÑO, CORREN MAS RIESGO DE SER SOMETIDAS A INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE LAS DEL RESTO DE LA MAYORIA DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS. FORMULADA POR EL SEÑOR ALEGRE GALILEA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (Número de expediente 181/001682).

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunta sobre motivos por los que las mujeres que dan a luz en el Hospital «San Millán», de Logroño, corren más riesgo de ser sometidas a intervenciones quirúrgicas que las del resto de la mayoría de las provincias españolas, formulada por el señor Alegre.

El señor Alegre tiene la palabra.

El señor **ALEGRE GALILEA**: Recientemente, se ha publicado un estudio hecho por un equipo de sociólogos de la Universidad de Barcelona sobre una muestra que abarca, aproximadamente, el 75 por ciento de los hospitales españoles, en la que ha incidido una muestra de población de aproximadamente el 10 por ciento de los enfermos hospitalizados. Teniendo en cuenta que en España, aproximadamente, se hospitalizan anualmente 90 de cada 1.000 habitantes, creemos que la muestra resulta sólida para que sea segura. En ese estudio se revelan algunos datos interesantes; unos positivos, otros menos positivos, y algunos ciertamente negativos, o por lo menos preocupantes.

Entre los positivos se pone de manifiesto que la Comunidad Autónoma de La Rioja, junto con otras provincias, supera la media de camas hospitalarias, que creo está situada en 4,67 por 1.000 habitantes. Sin embargo, estamos por debajo en cuanto a la media de número de personal por cama, tanto referido a médicos como a enfermeras o a auxiliares. Pero el dato más grave o preocupante -y de ahí el motivo de mi pregunta- es que el estudio pone de manifiesto que, en La Rioja, las mujeres que dan a luz corren más riesgo de ser sometidas a intervenciones quirúrgicas y eso -repito, siempre según el estudio- está motivado por la ineficacia del sistema. Por ello, señor Ministro, yo quisiera que usted me tradujera al cristiano ese genérico «ineficacia del sistema», en temas o en puntos concretos en los que se base para que se produzca ese fenómeno en dicha comunidad autónoma -al igual que en otras provincias-, así como las medidas que piensa poner en marcha para corregir este problema.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Señor Alegre, no sabe cuánto me alegra que me aclare de dónde proceden las afirmaciones que usted hacía en la pregunta formulada, porque eso me permite decirle que las mismas no son ciertas. Y no lo son en la medida en que, usted también va a ser suficientemente coherente como para aceptar datos, no de encuestas que efectúe ningún grupo de sociólogos, sino datos reales de actividad de los distintos hospitales que nosotros tenemos como consecuencia de la encuesta general que hacemos y que se basan en datos de actividad. En esos datos de actividad verá usted cómo las afirmaciones que S. S. ha formulado no se compadecen con la realidad objetiva de la Comunidad Autónoma a que usted se refiere, La Rioja.

Nosotros entendemos que los riesgos quirúrgicos a que puede referirse son, sin duda, los derivados de cesáreas y, muy tangencialmente, podrían incluirse los fórceps, aunque esto no constituye, de ninguna manera, cirugía propiamente dicha.

Le voy a dar datos reales y completos del año 1990 -todavía no contamos con los de 1991-, que le van a servir como elemento de comparación y como indicadores de total y absoluta fiabilidad; créame usted. Respecto al número de cesáreas por cada 100 partos, la media global de España, en ese año de 1990, fue del 14 por ciento, y el rango fue entre el 10 y el 38 por ciento; la media de los hospitales de todo el norte de España fue del 20 por ciento; la media del Hospital «San Millán» fue del 16 por ciento, y la mortalidad por cesáreas en ese hospital fue cero. Respecto al número de fórceps, la media global de España fue del seis por ciento, con un rango entre el dos y el 28 por ciento; la media del Hospital «San Millán» fue de 2,4, y la mortalidad en ese hospital fue cero. Por tanto, difícilmente se puede determinar la afirmación que hacía en su pregunta, que no sé de qué estudio parte. Sí le puedo decir que estudios sociológicos puede haber muchos, pero los datos objetivos de actividad clínica y sanitaria son los que permiten poder valorar si lo que se dice es correcto o no, y estos datos son tan tozudos como los que le acabo de exponer.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Alegre.

El señor **ALEGRE GALILEA**: Señor Ministro, ¿qué quiere que le diga? (**Risas**.) Sus cifras contradicen hasta cierto punto. Usted me ha hablado de fórceps y de medias, pero, si no he entendido mal, creo que ha situado las cesáreas en el 14 por ciento, y ha dicho que en el Hospital «San Millán» son del 16 por ciento, de tal manera que el estudio no contradice la ineficacia del sistema, sino que, antes bien, lo avala o lo corrobora. He de decirle que si sus datos no se corresponden con la encuesta a la que yo he hecho referencia, el estudio está publicado por la «Revista Española de Investigaciones Sociológicas». Yo re-

comiendo que se dirijan ustedes a la revista para que rectifiquen todos aquellos datos que no se constriñen a la verdad por usted manifestada, pero que, repito, en los datos básicos de las cesáreas como el que ha dado me parece que excedemos el porcentaje.

Señor Ministro, posiblemente habrá que buscar la ineficacia del sistema en lo que todos pensamos, en las esperas interminables o en la masificación, que termina con la despersonalización del enfermo o con la supresión de las juntas facultativas en algunos centros, etcétera.

Señor Ministro, he tratado de ser ecuánime en la exposición y, junto a los datos positivos de las camas por mil habitantes, he de decir que nos siguen preocupando estos datos que apunta la encuesta que usted, desde luego, no nos ha desmentido con su intervención.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Dicho en esos términos, señor Alegre, ¿qué quiere que yo también le diga? Si hablamos de que estamos prácticamente en la media de las cesáreas, en La Rioja, que no hay ningún índice de gravedad en esas cesáreas, y que en el número de fórceps estamos por debajo, creo que la afirmación queda contradicha absolutamente. Lo que ocurre es que yo comprendo que a usted le parecerá bien que nosotros no creemos ingentes burocracias, y eso es precisamente lo que tendríamos que hacer si este Ministerio se tuviera que dedicar a desmentir todas las afirmaciones que se hacen sobre la Sanidad que no se corresponden con la realidad.

- SOBRE DATOS QUE OBRAN EN PODER DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DE LA APLICACION DE LA LEY 53/1984, DE 26 DE DICIEMBRE, DE INCOMPATIBILIDAD DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, EN LAS DIFERENTES DIRECCIONES TERRITORIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) DESDE 1985 HASTA LA FECHA. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN, GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC (Número de expediente 181/001712).

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunta sobre datos que obran en poder del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de la aplicación de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidad del personal al servicio de las administraciones públicas, en las diferentes direcciones territoriales del Instituto Nacional de la Salud, desde 1985 hasta la fecha, formulada por la señora Maestro Martín, que tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Ministro, el contenido de la respuesta a mi pregunta ha hecho que posponga la solicitud de comparecencia por este mismo

motivo, como es lógico, y la preocupación por la misma viene de compartir profundamente el espíritu de la Ley de Incompatibilidades, afirmar su vigencia respecto a los objetivos del sistema sanitario público y la preocupación por cuáles han sido en concreto los datos que ha arrojado la aplicación del cumplimiento de la ley, ya que, si bien en los primeros tiempos de vigencia de esta ley eran noticia determinadas aplicaciones, bien es verdad que el contenido de esos hechos ha disminuido por lo menos en lo que se refiere a información pública.

Por todo ello, solicito encarecidamente que me proporcione datos fehacientes que me parecen de especial interés, teniendo en cuenta los intentos por parte de su gabinete de introducir modificaciones que afecten a la relación laboral de los trabajadores del sistema sanitario público, y recordar que también se encontraban afectados por la Ley de Incompatibilidades las entidades colaboradoras y las concertadas de la Seguridad Social en la prestación sanitaria.

La señor **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Señora Maestro, en la formulación de la Ley General de Incompatibilidades, el Ministerio de Sanidad y Consumo, teniendo en cuenta solamente el territorio Insalud, pero en las diversas fases, que han sido distintas, como sabe bien S. S., ha tramitado cerca del Ministerio para las Administraciones Públicas 5.459 expedientes. De ellos 3.209 se corresponden con situaciones de incompatibilidad y 2.250 con situaciones de compatibilidad.

Teniendo en cuenta las distintas categorías estatutarias del personal afectado por estas situaciones, los expedientes los desglosamos de la siguiente manera: expedientes de incompatibilidad, personal facultativo, 2.432; personal sanitario no facultativo 676; personal no sanitario, 101.

Expedientes de compatibilidad: personal facultativo, 1.948; personal sanitario no facultativo, 294 y personal no sanitario ocho.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): La señora Maestro tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Creía que iba a continuar porque precisamente el contenido de mi pregunta se refería a datos por años. Mi preocupación, como indicaba en la exposición de motivos de mi pregunta, estaba centrada en los primeros años de vigencia de la ley, en los que hubo una actividad mayor destinada a diferenciar las situaciones de incompatibilidad, y temo que los vientos que corren dentro del sistema sanitario público haya llevado a relajar en los últimos tiempos.

Puede ser que la pregunta no haya sido correctamente redactada y haya llevado a confusión a la hora de facilitarme datos globales. Requero datos anuales y en las

diferentes direcciones territoriales del Instituto Nacional de la Salud.

Mi preocupación, señor Ministro, tiene una finalidad clara, que en el poco tiempo que nos conocemos habrá deducido del contenido de mi discurso sanitario. Una de las mayores fuentes de perversión de objetivos, dentro del sistema sanitario público, de empobrecimiento y de ineficacia, viene del solapamiento, legal o ilegal, de las actividades de los trabajadores sanitarios, entre el sistema público y el sistema privado. Como usted ha mencionado en relación con el Grupo Popular, sabe bien que el crecimiento del sector privado, al menos en nuestro país, es un crecimiento parasitario, que se deriva del mal funcionamiento del sistema público. La fuente fundamental de perversión está servida si los trabajadores del sistema sanitario público tienen interés concreto y real, porque tiene que ver con sus remuneraciones y con el alargamiento de las listas de espera, dado que al mismo tiempo desarrollan funciones dentro del sistema público y del sistema privado. Expertos en salud pública que escriben con frecuencia en los medios de comunicación señalan que uno de los objetivos fundamentales de eficacia y de eficiencia dentro del sistema público sería que, tanto desde el punto de vista legal como desde cualquier otro punto de vista, hubiera una separación estricta entre el desempeño de actividades dentro del sistema público y del sistema privado, tanto en lo que se refiere al funcionamiento concreto de los servicios sanitarios como al gasto farmacéutico, motivo común de preocupación por nuestra parte.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): El señor Ministro tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Voy a intervenir con mucha brevedad.

Una aclaración concreta y otra general. La concreta es que, obviamente -entiéndalo usted también-, la aplicación de las incompatibilidades y la determinación de compatibilidades e incompatibilidades tiene que disminuir con el tiempo. Parece que eso es obvio. En la primera fase de la aplicación de la ley es cuando se tiene que producir esa declaración y en la segunda ya no tendría

que ser el mismo volumen de personas que tuvieran que presentar la declaración, porque ya la habían presentado anteriormente. Hay esa razón y que el volumen de facultativos disminuye en la medida en que se han ido produciendo transferencias a comunidades autónomas desde la aplicación de la Ley de Incompatibilidades, que son las responsables de comprobar la aplicación de la ley dentro de su territorio.

Esta es la cuestión concreta que quería exponerle. Le añadiré que los datos por años se los haré llegar a través de la Presidencia de esta Comisión.

La cuestión general es que estamos de acuerdo en que la permanencia en el sector público y en el sector privado puede llegar a ser absolutamente perjudicial para el sector público, pero no tiene necesariamente que serlo. Es decir, eso es lo que hay que analizar con todo detenimiento.

Estoy completamente de acuerdo que una presencia de personal en el sector privado que, al mismo tiempo, está utilizando el sector público para simplemente hacer acogida de pacientes, es una actividad que tiene que ser perseguida por la administración sanitaria y que lo va a ser desde el punto de vista de las funciones de inspección que el propio Ministerio va a reforzar en un futuro próximo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Culminado el orden del día previsto para hoy se suspende la sesión y anuncio a los señores diputados que la Mesa ha resuelto desconvocar la sesión prevista para mañana ante la antelación del orden del día fijado para hoy.

La próxima semana celebraremos una reunión de mesa y portavoces de los distintos grupos, con el fin de introducir racionalidad y eficacia al funcionamiento interno de esta Comisión.

Se levanta la sesión.

Eran las doce y cuarenta y cinco minutos del mediodía.

La Comisión de Política Social y de Empleo, en su sesión número 51, celebrada el día 8 de abril de 1992, no contó con la presencia de taquígrafos al coincidir con reuniones de otras Comisiones de la Cámara, motivo por el que no existe «Diario de Sesiones» de la referida sesión número 51.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961