



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1992

IV Legislatura

Núm. 569

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 63

celebrada el miércoles, 25 de noviembre de 1992

Página

ORDEN DEL DIA:

- Comparecencia, a petición propia, del señor Secretario General de Planificación del Ministerio de Sanidad y Consumo (Mendioroz Echeverría), para informar de la política de aseguramiento y provisión en el Sistema Nacional de Salud (número de expediente 212/001784) 17072

Preguntas:

- De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre medidas para garantizar que la interrupción del embarazo sea realmente una prestación sanitaria de la red pública. («B. O. C. G.», Serie D, número 328) (número de expediente 181/001960) 17091
- Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre motivos por los que ha disminuido el personal sanitario del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. («B. O. C. G.», Serie D, número 339) (número de expediente 181/002021) 17093

	Página
— Del mismo señor Diputado, sobre tipo de incidente o accidente que debe ocurrir en el Hospital Clínico de Zaragoza para que el Ministro de Sanidad y Consumo tome medidas con el fin de garantizar su seguridad («B. O. C. G.», Serie D, número 339) (número de expediente 181/002022)	17093
— Del mismo señor Diputado, sobre parecer del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de la suficiencia del número de camas hospitalarias de la Comunidad Autónoma de Aragón para atender las necesidades sanitarias de los ciudadanos de la misma. («B. O. C. G.», Serie D, número 342) (número de expediente 181/002076)	17093
— Del mismo señor Diputado, sobre medios materiales y humanos con que cuenta el Ministerio de Sanidad y Consumo para poner en práctica el nuevo horario de los Hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). («B. O. C. G.», Serie D, número 339) (número de expediente 181/002023)	17099
— Del señor Senao Gómez (Grupo Parlamentario Popular), sobre fecha en que se creará en la Comunidad Autónoma de Aragón una Unidad de Docencia para impartir a los Ayudantes Técnico-Sanitarios (ATS) la especialidad en obstetricia y ginecología. («B. O. C. G.», Serie D, número 339) (número de expediente 181/002040)	17101
— Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre elaboración por el Ministerio de Sanidad y Consumo del censo de Médicos especialistas. («B. O. C. G.», Serie D, número 342) (número de expediente 181/002072)	17102
— Del mismo señor Diputado, sobre parecer del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la reordenación de las profesiones sanitarias. («B. O. C. G.», Serie D, número 342) (Número de expediente 181/002075)	17104
— Del mismo señor Diputado, sobre parecer del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la ordenación de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas. («B. O. C. G.», Serie D, número 342) (número de expediente 181/002074)	17106
— Del mismo señor Diputado, sobre objetivos y presupuestos con que se ha creado la Agencia de Evaluación Tecnológica Sanitaria. («B. O. C. G.», Serie D, número 339) (número de expediente 181/002024)	17108

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

— **COMPARECENCIA, A PETICION PROPIA, DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR DE LA POLITICA DE ASEGURAMIENTO Y PROVISION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (Número de expediente 212/001784)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se inicia la sesión. Comparecencia, a petición propia, del Secretario General de Planificación del Ministerio de Sanidad y Consumo, para informar de la política de aseguramiento y provisión en el Sistema Nacional de Salud. Está con nosotros don Santiago Mendioroz, a quien damos la bienvenida a la Comisión, y le damos la palabra para iniciar la comparecencia.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): Gracias, Presidente.

Quisiera simplemente, al iniciar mi exposición, agradecer la posibilidad que se me ha brindado de poder expresar lo que constituye el fundamento de la política de aseguramiento y provisión de recurso en el Sistema Nacional de Salud.

Como SS. SS. saben bien, el artículo 43 de la Constitución Española configura el derecho a la protección de la salud como un derecho subjetivo de los ciudadanos españoles. A partir de ahí, la Ley General de Sanidad de 1986 determina las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud, que son la cobertura universal, la garantía de equidad en el acceso, la financiación solidaria y la orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Son esas características las que hacen posible que el acceso a las prestaciones sanitarias en España sea independiente del nivel de renta del ciudadano y derivado en exclusiva de la necesidad de la prestación. Pa-

ra lograr este fin, el instrumento idóneo es la financiación pública, mediante impuestos y cuotas sociales, de unas prestaciones sanitarias cuyo proveedor debe ser, por exigencia del sistema, lo más eficiente posible. En España, el proveedor es mayoritariamente público y procedente del Régimen General de la Seguridad Social, es decir, el Insalud, pero también hay otros proveedores de la Seguridad Social, como el Isfas o el Instituto Social de la Marina; otros proveedores públicos, como las comunidades autónomas, diputaciones o cabildos y ayuntamientos; privados, cuya prestación viene exigida por la ley, como las mutuas de accidentes laborales y enfermedades profesionales; y privados, con o sin ánimo de lucro, concertados o no con el Sistema Nacional de Salud. Todos estos proveedores actúan, de alguna manera, como aseguradores y, por consiguiente, su coordinación entra en lo que son las competencias de la Secretaría General de Planificación y Aseguramiento.

Estimamos que esta disparidad de proveedores puede y debe ser buena para aumentar la eficiencia de la prestación sanitaria y la satisfacción del ciudadano. Para ello, es necesario que se delimiten y definan claramente los ámbitos de actuación de la autoridad sanitaria y de los proveedores de asistencia sanitaria.

Como saben bien SS. SS., el Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, supuso la culminación de este proceso. Este Real Decreto crea la Secretaría General de Planificación, cuyo esquema de actuación podría sintetizarse en lo siguiente: el conocimiento de la situación de la salud de la población española, a través, básicamente, de la encuesta nacional de salud y de las diferentes encuestas sobre prevalencia de determinadas enfermedades; la elaboración, a partir de esa encuesta y en coordinación con las comunidades autónomas, de los objetivos sanitarios en el plan integrado de salud; la planificación de los recursos necesarios para el logro de esos objetivos, específicamente el plan de inversiones; el aseguramiento del acceso a los servicios sanitarios, mediante la financiación suficiente, y la evaluación de las necesidades de financiación, distribución de los recursos presupuestarios y uso eficiente de los mismos en la elaboración del plan de gestión.

En el ámbito de las competencias del Estado, la autoridad sanitaria, radicada en el Ministerio de Sanidad y Consumo, conlleva las funciones atinentes del aseguramiento del derecho a la protección de la salud, funciones que, en definitiva, se dirigen a garantizar la igualdad sustancial de todos los españoles en el ejercicio de este derecho fundamental. Para ello, el Estado debe ejercer y ejerce, una función reguladora de las condiciones de ejercicio del mencionado derecho, con independencia de quien sea la entidad o establecimiento que tenga a su cargo las prestaciones concretas a través de las cuales se hace efectivo el derecho.

Una función, pues, esencial del aseguramiento es la determinación de la población protegida y de las prestaciones a suministrar. A partir de ahí, se posibilita la relación con otros aseguradores, públicos o privados,

que cubren a determinados colectivos o prestaciones. Sólo así será posible determinar cuándo, en la terminología de la Ley General de Sanidad, existe un tercero obligado al pago y, por consiguiente, se hace necesaria la puesta en marcha de mecanismos que garanticen el cobro de esa actuación sanitaria cuando es realizada mediante concierto, convenio o por la vía de urgencia, por el Insalud.

Como ya he dicho antes, el inicio de la actividad de planificación y aseguradora de la Secretaría se basa en la encuesta nacional de salud. El aumento del nivel de renta, el crecimiento de la población española y el aumento de la esperanza de vida están determinando un cambio profundo en la relación del ciudadano español con el Sistema Nacional de Salud. Al mismo tiempo, las posibilidades de incluir dentro del ámbito sanitario situaciones que antes no eran consideradas enfermedades, por ejemplo, la baja estatura, la adicción al tabaco, la ludopatía o la infertilidad, la dependencia de los ciudadanos sanitarios debido a la prolongación de la vida, la sustitución del patrón de morbi-mortalidad de la población y la exigencia de una mayor calidad e individualización de la asistencia sanitaria, puesto que la curación en sí se considera como algo normal o requisito mínimo, están determinando un profundo cambio, como decía, de la relación del ciudadano con el Sistema Nacional de Salud.

Todas estas circunstancias hacen que la encuesta nacional de salud, realizada en 1987, haya quedado, en parte sustancial, desfasada como elemento de referencia en la determinación de los objetivos sanitarios y en la planificación de los recursos. Por ello, la realización de una nueva encuesta nacional es el primer objetivo de la Secretaría General de Planificación en su actuación. Para ello se creó ya un grupo de trabajo que efectuó la evaluación de la encuesta nacional de salud del año 1987, propuso las modificaciones necesarias para el cuestionario de la de 1992, y asignó la realización de esta encuesta al Centro de Investigaciones Sociológicas. Esperamos que la encuesta, el trabajo de campo, se efectúe en lo que queda de este último trimestre de 1992, y tendríamos disponible una primera explotación de los datos durante el primer trimestre de 1993, de tal forma que puedan publicarse los resultados definitivos a lo largo del segundo semestre de 1993.

Al mismo tiempo, este grupo está trabajando para que, a partir de 1993, podamos introducir con mucho menor coste una encuesta continuada, con los consiguientes ahorros de recursos y el mejor conocimiento del estado de salud de la población. Para estos trabajos está asignada en el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1993 la cantidad de 90 millones de pesetas.

La encuesta nacional de salud permitirá, creemos, a las comunidades autónomas hacer más realistas sus planes de salud, y al Ministerio contar con un baremo que permita asignar prioridades e integrar esos diferentes planes de salud en un plan integrado de salud que quisiéramos presentar al Parlamento antes de que

termine el año 1993. Para ello, en la próxima reunión del Consejo Interterritorial, a celebrar el 14 de diciembre de 1992, propondremos a las comunidades autónomas que todavía no hayan realizado sus correspondientes planes de salud la agilización de los trabajos, con el fin de poder tenerlos disponibles, siempre que las comunidades lo realicen, en el primer semestre del año 1993.

Dentro de las actuaciones encaminadas al aseguramiento y, por consiguiente, a la ordenación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, ocupa un lugar destacado la creación de la agencia para la evaluación de las tecnologías sanitarias. La tecnología sanitaria suele ser citada como uno de los factores más importantes del crecimiento del gasto sanitario, debido a que, a diferencia de lo que sucede, por ejemplo, en la industria, la tecnología sanitaria no disminuye, sino que aumenta la necesidad de recursos humanos que, a su vez, son más especializados y, por tanto, tienden a ser más costosos. Además, las nuevas tecnologías, en especial las diagnósticas, tienden a añadirse, más que a sustituir a las precedentes, incrementándose así la intensidad tecnológica de cada proceso. Y, además, no siempre está suficientemente evaluada la eficiencia de una nueva tecnología, en términos de coste-efectividad, coste-beneficio o coste-utilidad previamente a su introducción en el sistema sanitario.

Esto es lo que ha llevado a que en muchos de los países desarrollados hayan ido apareciendo en los últimos años centros u organismos dedicados a la evaluación de la tecnología sanitaria. La constitución de la agencia significa simplemente la incorporación de España a ese proceso que ya se está llevando en otros países.

Concebimos la agencia de evaluación de tecnologías como un instrumento de cooperación de los servicios de salud de las comunidades autónomas en este campo. La agencia de evaluación de las tecnologías impulsará la coordinación de los recursos e iniciativas existentes en el Sistema Nacional de Salud en las materias relacionadas con su actividad, complementándolas además con otras nuevas. Adoptará una configuración jurídica que garantice un funcionamiento ágil, flexible y eficiente. En consecuencia, cada proceso evaluador y, en general, cada una de las actividades de la agencia deberán tener un objetivo concreto y un coste perfectamente definido y detallado.

La agencia de evaluación de tecnologías tenderá a mantener un núcleo operativo básico y estable, lo más reducido posible. Para ello, desarrollará el concepto de red de colaboradores y servicios, constituido por el conjunto de personas físicas e instituciones públicas y privadas, sean nacionales o extranjeras, que pueden colaborar con la AET para el más eficaz cumplimiento de sus fines.

Obviamente, estos fines se definirán en un plan estratégico, basado en las necesidades del Sistema Nacional de Salud, priorizadas mediante consenso en el seno del Consejo Interterritorial. Sin embargo, una mínima aproximación de sus funciones, que debemos ha-

cer desde la Secretaría General de Planificación y desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, llevaría a identificar e informar las tecnologías nuevas y establecidas que necesitan de evaluación según consenso. Establecer sobre bases científicas el impacto médico, económico, ético y social determinados por el uso de diferentes tecnologías sanitarias. Producir, revisar, evaluar y sintetizar la información científica en cuanto a su impacto médico, económico, social y ético, tanto de tecnologías nuevas como de las ya existentes. Contribuir a la adecuada formación de los profesionales sanitarios para lograr la correcta utilización de la tecnología. Promocionar la coordinación nacional de la evaluación socioeconómica de la tecnología médica en España. Servir como punto de contacto nacional e internacional respecto a la evaluación de tecnología sanitaria y promocionar la formación de consensos con las sociedades científicas y colegios médicos sobre el uso de determinadas formas de la tecnología.

La agencia se regirá por un presupuesto anual, especificando estas actividades previstas y los ingresos y gastos del período, en caso de que pueda haberlos, una memoria de gestión con las realizaciones del ejercicio anterior, a partir de su puesta en marcha, y un plan de objetivos, como antes decía, anual y plurianual. Está también en elaboración el conjunto de normas éticas por las cuales se regirá la actividad de los integrantes de esa agencia, es decir, de todos aquellos empleados vinculados a la agencia.

Como saben SS. SS., además de incluida en el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1993, existe ya un protocolo, firmado el 31 de octubre entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la sociedad Cartuja-93, para la localización, en el ámbito de las instalaciones que dicha sociedad gestiona, de la ubicación futura de la agencia.

Objetivo fundamental de la actuación de la Secretaría General de Planificación es la promoción de la constitución o de la realización de un plan integrado de salud. Este plan integrado debe recoger las acciones que afectan al funcionamiento de los servicios sanitarios, así como a las políticas de carácter intersectorial que se derivan del desarrollo de los objetivos estratégicos de salud pública.

Por consiguiente, el plan debe contener una evaluación de las demandas de servicios sanitarios actuales y de las previsibles en el futuro, una estimación de las necesidades de salud a satisfacer por el Sistema Nacional de Salud, un establecimiento de las prestaciones y servicios precisos para atender las necesidades y demandas actuales y previsibles del conjunto de la población, una evaluación de la adecuación del funcionamiento de los servicios a esas necesidades y demandas, un establecimiento de directrices para el desarrollo y funcionamiento de los servicios sanitarios y un desarrollo de políticas sanitarias específicas.

El plan integrado de salud, una vez aprobado por el Consejo Interterritorial, deberá ser presentado en el Parlamento, bajo la forma de un documento del estilo

de la salud de la nación, pues en él se establecerán las políticas de salud prioritarias que informarán los presupuestos de los años sucesivos. Este plan integrado, además, deberá revisarse periódicamente, incorporando la evaluación de los logros alcanzados.

Como antes decía, la elaboración de este plan integrado de salud requiere de la elaboración previa de los planes de salud de las comunidades autónomas y de su discusión, integración y posterior aprobación dentro del Consejo Interterritorial. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

No obstante, hay tres necesidades ya identificadas que, por su relevancia, están siendo objeto de una atención preferente por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo: el desarrollo de una política de atención socio-sanitaria al anciano, mediante el correspondiente convenio con el Ministerio de Asuntos Sociales, el desarrollo de una política socio-sanitaria de atención al paciente psiquiátrico, que tiene como marco el plan de reforma psiquiátrica y cuenta con la Comisión Nacional para la Reforma Psiquiátrica y el desarrollo de los convenios de salud mental con las comunidades autónomas, como los elementos fundamentales de coordinación entre las distintas administraciones públicas, y el desarrollo de una política de atención socio-sanitaria a los pacientes con sida, a través de la Subcomisión de Asistencia Sanitaria integrada en la Comisión Nacional sobre el Sida.

Como ya les decía antes, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en la reunión del Consejo Interterritorial del 14 de diciembre, propondrá a las comunidades autónomas la agilización y concreción de los trabajos que estas comunidades están realizando, con el fin de disponer de los correspondientes planes de salud antes del 30 de junio de 1993.

Como ya tuve ocasión de expresar a SS. SS. en la presentación de los presupuestos, dentro de las actuaciones que en función de planificación de recursos el Ministerio de Sanidad y Consumo realiza respecto del Insalud, hay que destacar el plan de inversiones. Para 1993, dicho plan se confeccionó teniendo en cuenta los siguientes criterios. Seguir corrigiendo los desequilibrios territoriales existentes, por consiguiente, el mayor esfuerzo inversor se dirige hacia aquellas comunidades autónomas con menor dotación de recursos asistenciales del Insalud en asistencia primaria y/o especializada, como es el caso de Murcia, Extremadura, Castilla-La Mancha, Baleares y Madrid.

Atender las necesidades de reposición del capital productivo existente, particularmente en la asistencia especializada, dándole prioridad sobre la nueva inversión en obras y equipamiento, con el fin de conseguir el uso más eficiente de los recursos ya existentes.

Proseguir el esfuerzo iniciado para mejorar la red de atención primaria y extender la cobertura del nuevo modelo, y en este sentido, el proyecto de presupuestos para 1993 fija, como SS. SS. conocen, como objetivo a alcanzar el 70 por ciento de la población cubierta a finales de 1993.

Ajustar el ritmo de apertura de nuevos servicios, tanto a un riguroso análisis de las demandas como a las disponibilidades financieras. Por ejemplo, como saben bien, sólo se inician nuevas construcciones de hospitales en 1992 y en 1993 cuando existe un colectivo de, al menos, 150.000 ciudadanos con cobertura hospitalaria que puede estimarse como inadecuada.

Aumentar la productividad mediante el incremento en la utilización de quirófanos, la disminución de la estancia preoperatoria y de la estancia media global y el desarrollo de las unidades de cirugía de corta estancia y cirugía ambulatoria y la inclusión en la planificación de recursos de cada zona, como paso previo a las decisiones de inversión, de toda la oferta sanitaria, sea propiedad del Insalud o de otros agentes, públicos o privados.

Correspondiendo al Ministerio, y específicamente dentro del Ministerio, como promotora, a la Secretaría General de Planificación, la definición de los objetivos sanitarios de la política sanitaria, es necesario garantizar la subordinación de la actividad del Insalud, dentro de su autonomía, al logro de esos objetivos. Por ello, es necesario la articulación de objetivos, recursos y procesos en un plan de gestión cuya elaboración compete a esta Secretaría General.

El plan de gestión implica la adopción anual de un compromiso entre el Departamento y el Insalud. Este compromiso tiene su formalización en los contrato-programa del Insalud y éstos, tanto el plan de gestión como los contrato-programa, forman lo que en algún momento se ha denominado como plan de empresa del Ministerio de Sanidad y Consumo. El plan de gestión consiste, por tanto, en un conjunto de medidas que, diseñadas por la Secretaría General de Planificación, deben ser aplicadas por el Insalud, tanto en el ámbito corporativo como en los centros periféricos de gestión. Las medidas contempladas en el plan de gestión se agrupan, dentro de la estrategia de la consolidación del Sistema Nacional de Salud, en el marco del Programa de Convergencia, en tres grandes líneas de actuación: Vincular la gestión al presupuesto, desarrollar un sistema de seguimiento presupuestario y de gestión y mejorar la estructura de gestión y el funcionamiento operativo de los servicios. El objetivo de este plan de gestión no puede ser otro que el mismo de la política general del Ministerio de Sanidad y Consumo: más salud, mayor solidaridad, mejores cuidados.

Desarrollaré, a continuación y brevemente, los elementos fundamentales de cada uno de los apartados anteriores. Para vincular la gestión al presupuesto, el plan de gestión y los contratos-programa establecen los objetivos generales del Insalud para 1993; fijan los objetivos por centros de gestión; determinan la medida de la actividad para cada centro de gestión —la llamada unidad ponderada de asistencia, que se ha introducido ya en todos los hospitales—; prosiguen el desarrollo de sistemas de gestión que posibiliten un mejor conocimiento de la demanda, la producción y los costes de los servicios, mediante la generalización de

la tarjeta individual sanitaria; desarrolla los sistemas de gestión analítica en los hospitales —en la actualidad están implantados en 31 y para finales de 1993 lo estarán en los 87 de la red del Insalud gestión-directa—; y amplía la utilización del coste por proceso, que en la actualidad se encuentra introducido ya en 13, e introduce también mecanismos de dirección participativa por objetivos.

Para el seguimiento presupuestario y de gestión se han diseñado dos subsistemas. El primero corresponde al seguimiento mensual de la información precisa para seguir los compromisos de actividad fijados para cada centro de gestión y el cumplimiento presupuestario, y el segundo se basa en la explotación de la base de datos del conjunto mínimo básico de datos, que en la actualidad está establecido ya en 65 de los 87 hospitales del Insalud y que significa que tendremos codificados ya para el 31 de diciembre del 35 al 40 por ciento del total de todas las altas, conjunto que proporciona información sobre la demanda atendida y sobre la producción de los hospitales, por ejemplo, la estancia media por proceso, los procedimientos quirúrgicos o la estancia preoperatoria. Además, introduce el sistema de seguimiento presupuestario de la Seguridad Social (SICOSS) y el programa de seguimiento del consumo de gastos farmacéuticos (FAR-90) que facilita información precisa sobre la utilización y el consumo de recetas médicas.

Finalmente, la mejora de la estructura de gestión y el funcionamiento operativo de los servicios persigue dos objetivos generales: aumentar la flexibilidad e introducir mecanismos incentivadores fundamentados en la dinámica de la competencia.

En el primer grupo se incluyen instrumentos como la creación de una caja diferenciada para cada centro de gestión, sin perjuicio de que sus recursos se integren en la Tesorería General de la Seguridad Social; la afectación de parte de los ingresos por terceros a los centros de gasto; y la introducción paulatina de una fiscalización basada en el control posterior de eficacia, medidas ambas previstas en la ley de Presupuestos para 1993.

En el segundo campo se incluyen iniciativas como la introducción, con carácter experimental, de la facturación, entre primaria y especializada, de las pruebas analíticas que se demanden desde aquélla; la valoración de los efectos que la libre elección de médico tendrá sobre la carga asistencial en primaria y, en su caso, la retribución percibida por los facultativos; y la reversión de parte de los excedentes presupuestarios a los centros de gestión, previa aceptación de la autoridad financiadora.

Ninguna de las medidas contempladas en el plan de gestión tendría sentido si no llevara a una mejora de la calidad asistencial, puesto que éste es el objetivo fundamental de la gestión en las instituciones sanitarias. La consecución de este objetivo, el plan de calidad, implica un cierto cambio cultural que debe impregnar principalmente a los gestores, pero también, en con-

secuencia, a los trabajadores y profesionales sanitarios en todas sus actividades.

Las funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en este campo son de dos tipos. Por una parte, debe liderar este cambio cultural y, por otro, debe prestar apoyo externo al Insalud y a los demás proveedores de servicios sanitarios para facilitar el cambio. Y ello porque, como antes decía, la calidad no es un instrumento de gestión, sino objetivo fundamental del Sistema Nacional de Salud y no tiene sentido detectar problemas o evaluar la calidad de los servicios que se prestan, sino es para intentar mejorarla. Es lo que actualmente se denomina como cerrar el círculo de la calidad.

Sin perjuicio de que no hay recetas universales para llevar a cabo cambios de cultura institucional en organizaciones tan complejas y de que la táctica del cambio en cada institución deberá adaptarse a sus características específicas, en el contrato-programa marco entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud para 1993 se dedica un capítulo entero a los objetivos de calidad. Así, se especifica, por ejemplo, que el Insalud asegurará el cumplimiento de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, arbitrándose los mecanismos necesarios para garantizar el consentimiento informado. Se revisará y publicará de nuevo la Carta de Derechos de los Pacientes y funcionarán regularmente las comisiones de la garantía de la calidad, previstas en el Real Decreto 521/1987; se extenderá al conjunto de los hospitales del Insalud el informe de alta y la elaboración del conjunto mínimo de bases de datos; además, todos los hospitales y puntos de atención continuada cumplimentarán el informe de alta de Urgencia, y la codificación de los CMBD se realizará mediante los procedimientos adecuados, comprometiéndose, además, el Insalud, a no tener pacientes en lista de espera quirúrgica de más de seis meses a finales de 1993.

Por último, se señala en los contratos-programa que los centros asistenciales se ajustarán a la cartera de servicios autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo que figura como anexo al contrato-programa y cuya modificación precisará autorización expresa del Ministerio.

El conjunto de medidas introducidas en el plan de gestión y en los contratos-programa prosigue la tarea desarrollada desde 1986 e incrementada en 1992, durante el cual se han mejorado los procedimientos de recogida y atención de las reclamaciones, quejas y sugerencias de los usuarios; se ha introducido la cita directa con el especialista desde el centro de salud, a través de una hoja de interconsulta que sustituye al P-10; se han creado unidades de gestión única de prestaciones en los centros de atención primaria, donde podrá realizarse la tramitación de los reintegros de gastos, visados de recetas, prestaciones complementarias, etcétera.

Además, la actual estructura del Insalud, establecida por el Real-Decreto 858/1992, del 10 de julio, con-

templa, dentro del Insalud, una Subdirección General de Relaciones Internas que, junto al diseño de fórmulas para la formación permanente de los profesionales del Insalud y en coordinación constante con la Dirección General para la Promoción y Formación y la Secretaría General de Salud, tiene como misión la elaboración de las normas de buena práctica profesional, mediante la metodología de consenso más adecuada en cada caso.

Finalmente, y en relación con los cuidados y la atención que el Sistema Nacional de Salud presta a los pacientes, quiero señalar dos datos que indican hasta qué punto la preocupación por los cuidados forma parte ya del acervo de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. El 90 por ciento de los solicitantes de cita previa en primaria la recibe para el día y la hora solicitada y la proporción de quejas es realmente muy baja, dentro del Sistema, aunque sigamos luchando para que desaparezca del todo. En el Sistema Nacional de Salud se realizan, como SS. SS. conocen, casi 300 millones de actos médicos al año, 2,5 millones de ingresos hospitalarios, se evalúan y tratan nueve millones de urgencias y se realizan centenares de miles de intervenciones quirúrgicas. Pues bien, de todo esto, sólo unos pocos cientos, aunque nos sigan pareciendo demasiados, se han traducido en quejas ante el Insalud o el Defensor del Pueblo.

En resumen, el contrato-programa entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud contempla los objetivos a alcanzar por centros de gestión (hospitales y sectores de atención primaria), especificando la cartera de servicios, los objetivos de equidad y cobertura y los criterios de calidad que deben informar a los servicios prestados. El contrato-programa vincula, por tanto, los objetivos establecidos por el Ministerio con las posibilidades reales de gestión, dentro de la envolvente financiera que marcan los escenarios presupuestarios, y contiene una indicación de las medidas de mejora de gestión, cuya ejecución corresponde al Insalud como proveedor de servicios y que se corresponden con las establecidas en el plan de gestión.

El contrato-programa se estructurará en un preámbulo y varios capítulos dedicados a los objetivos por programas y por capítulos presupuestarios, a los objetivos de calidad, a los objetivos de gestión, a las condiciones de financiación y gestión presupuestaria y al seguimiento, control y vigencia del contrato. La duración del contrato-programa será anual. Este contrato-programa para 1993 culmina un proceso de asignación de recursos por centros de gestión desarrollado parcialmente para la elaboración del presupuesto de 1992 y que está teniendo importantes resultados en cuanto a la contención de gastos y a la mejora de la eficacia. La previsión para el presente ejercicio de 1992 estima un crecimiento del gasto efectivo sobre el de 1992 en torno al 7 por ciento, que es la mitad del crecimiento experimentado en años anteriores. Esta contención es más significativa puesto que se acompaña de un incremento de la actividad de los hospitales y de un aumen-

to claro de la cobertura con el nuevo modelo de atención primaria.

La elaboración del contrato-programa implica un proceso de negociación y la fijación de objetivos para cada uno de los 87 hospitales gestionados y administrados por el Insalud, así como para los sectores de atención primaria; negociación y fijación de objetivos que se viene realizando desde el mes de septiembre y que culminará en el próximo mes de diciembre. Este procedimiento del contrato-programa se extenderá también a aquellas instituciones que desarrollen ciertos de carácter sustitutorio respecto al Insalud, aunque no sean propiedad del mismo, estando previsto para 1993 realizar este contrato-programa con seis hospitales de carácter público, pero no del Insalud, o benéfico-privado.

Como SS. SS. conocen, toda la actividad de la Secretaría General de Planificación y la actividad de asistencia sanitaria del Insalud se encuadra dentro de los presupuestos para el año 1993. No voy a entrar aquí de nuevo en la explicación de ese presupuesto, puesto que ya ha sido suficientemente debatido en el Congreso, pero sí quisiera señalar, simplemente, que, desde nuestro punto de vista, dicho presupuesto es efectivamente realista y es efectivamente exigente. Es realista porque, por una parte, satisface las necesidades de financiación de la prestación sanitaria en España y porque, además, es posible sufragarlo en las circunstancias actuales económicas y con el esfuerzo posible desde el punto de vista fiscal; y es, obviamente, un presupuesto exigente porque esta exigencia viene dada no por determinadas dificultades presupuestarias, sino por la simple equidad del sistema y por la solidaridad con la satisfacción de otras necesidades sociales, lo que hace que, de cada peseta gastada en sanidad, debe ser nuestro objetivo obtener una mejor salud de la población, una mejor atención al enfermo y una mayor calidad de la atención sanitaria.

Señorías, quisiera pedirles disculpas por una intervención que quizás es más larga de lo esperado y excesivamente prolija. Pero he querido hacerlo así porque quiero compartir con SS. SS. el convencimiento de que la preocupación por la elaboración, asignación y gestión del presupuesto, y por los componentes de planificación y aseguramiento del Sistema Nacional de Salud, la preocupación por la gestión más eficaz de los billones de pesetas de los ciudadanos que administramos, lejos de ser una preocupación tecnocrática, economicista o espúrea, es una preocupación política en el más noble sentido, es decir, en el único sentido de la palabra política. Y por eso me honro en formar parte, como Secretario General de Planificación, del equipo del Ministro de Sanidad y Consumo.

Hay una definición clásica de la economía como la ciencia de asignar recursos escasos entre fines alternativos. El debate sobre economía y salud acaba llevándonos siempre al núcleo del problema: los recursos son siempre escasos, mientras que los fines son ilimitados. Por consiguiente, el problema acaba siendo la

elección de los fines. La economía puede enseñarnos, a veces, cómo lograr el mejor uso de los recursos, aumentando así los fines que podemos conseguir, y puede enseñarnos también parte de las consecuencias de cada elección. Pero la economía, con recursos limitados y demanda ilimitada, no puede resolver el problema fundamental, que es la elección de los fines y objetivos. Ese es un debate ético y político, porque de la elección de los fines depende quiénes de entre nuestros conciudadanos salen beneficiados o perjudicados; de la elección de los fines dependen, en definitiva, la equidad y la solidaridad. Por consiguiente, nada de lo que nosotros podamos hacer tendrá sentido alguno si no se incrementa la responsabilidad de todos aquellos que participamos de alguna manera en el Sistema.

Recetar medicamentos o solicitar análisis libremente es una condición necesaria de la práctica médica, pero no hacer buen uso de esa libertad significa un despilfarro que puede impedir dedicar más recursos a otros objetivos, como atajar las listas de espera. Aliviar los síntomas de un resfriado a un coste de 15.000 ó 30.000 pesetas por tratamiento, puede significar, sin duda, insuficiencia de recursos para acabar con la hidatidosis o no vacunar al 100 por cien de la población infantil. Ustedes saben bien que estos ejemplos podrían multiplicarse hasta el infinito. Por ello, la decisión sobre asignación de recursos económicos es inseparable de la decisión sobre los servicios o prestaciones a ofrecer y es, por tanto —estimamos—, responsabilidad conjunta del Gobierno y el Parlamento, pero también, y quizás sobre todo, de los gestores, de los médicos y del personal sanitario en su relación con el paciente, y de los propios ciudadanos en el buen uso del servicio a que tienen derecho.

El control del crecimiento del gasto sanitario en España viene exigido no sólo por el Plan de Convergencia, sino también y sobre todo por la necesidad de salvaguardar la propia equidad dentro del Sistema Nacional de Salud, e incluso el propio Sistema. Como saben SS. SS., el crecimiento del gasto sanitario público en los diez últimos años en España ha sido dos veces superior al crecimiento de la economía y sólo es inferior al crecimiento del gasto público en pensiones, en educación y en prestaciones al desempleo. Todo lo que en el gasto sanitario contribuye a satisfacer necesidades reales de los ciudadanos genera riqueza y debe ser, por consiguiente, ampliado. Pero todo lo que significa un mal uso de los recursos implica despilfarro y genera inflación y debe ser erradicado.

La necesidad de asignar correctamente el gasto sanitario público en España viene reforzada porque, como SS. SS. conocen bien, pero tiende a olvidarse, la presión fiscal en España y, por tanto, el total de recursos en manos del sector público, es aún siete puntos inferior al promedio de los países europeos con los que nos gusta compararnos. No necesito recordarles que, además, cuando esos países realizaron su gran esfuerzo en equipamiento y en servicios, tenían una carga impositiva notablemente superior a la actual. Tampoco

debería ser necesario recordar que, aunque la mayoría de nuestros conciudadanos reclaman, o reclamamos, un mayor gasto público en sanidad, son, sin embargo, una exigua minoría quienes se declaran dispuestos a pagar más impuestos para lograr ese fin.

No quiero extenderme más, pero sí dejar claro que sólo la discusión sobre los objetivos y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, en términos de equidad y de eficacia, permitirá salvar la tradicional dicotomía entre salud y economía. Desde mi punto de vista, el Sistema Nacional de Salud es un bien precioso, es uno de los elementos fundamentales del Estado de bienestar y, por consiguiente, debe ser cuidado y perfeccionado entre todos. Lograr más salud, mayor solidaridad y mejores cuidados es una tarea apasionante en la que ningún recurso debe quedar ocioso y ningún esfuerzo sin aprovechar.

Gracias, señorías.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Muchas Gracias, señor Secretario General.

¿Grupos que desean intervenir? (Pausa.)

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Hernández Mollar.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Quisiera haber empezado agradeciendo la comparecencia del Secretario General, señor Mendioroz, en esta Comisión, pero tengo que lamentar no poder hacerlo, señor Secretario General, porque, a la vista de lo que usted nos ha leído aquí, me doy cuenta de que, una de dos: o usted se ha equivocado de Cámara o nosotros, de verdad, no sabemos para qué nos ha citado usted. Tengo aquí su comparecencia en el Senado y, salvo los últimos cinco minutos de su intervención, en los que ya empieza diciendo que se siente orgulloso de estar con su Ministro —no podía ser menos, naturalmente— esta comparecencia de hoy es literalmente la misma. Con que se hubiera repartido a todos los miembros de esta Comisión esa comparecencia, nos hubiéramos evitado esta media hora. Esto es, por lo menos para mí, en mi vida parlamentaria, un hecho realmente inaudito. Comprendo que las comparecencias, tanto en el Senado como en el Congreso, de los altos cargos tengan que parecerse y tengan una similitud. No se van a decir cosas distintas en un sitio que en otro, pero leer la misma comparecencia en el Senado y en el Congreso, dicho sea con todo respeto, aparte de una falta de respeto a la Cámara, me atrevería a calificarlo como una tomadura de pelo a los miembros de esta Comisión.

Dicho esto, y como estamos aquí para algo, lo que no voy a hacer es repetir ni leer la intervención de mi compañero en el Senado, porque no me parecería normal, pero sí voy a hacerle una serie de comentarios que enriquezcan la intervención de mi compañero en el Senado y, sobre todo, que esclarezcan bastantes de los puntos oscuros que tiene hoy día la sanidad de este país, de la que yo creo que usted tiene que saber algo, y sobre los que usted tiene que responder en esta Co-

misión, que para eso estamos, aunque haya venido por voluntad propia, pero nuestra labor, al fin y al cabo, es precisamente la de preguntarle, inquirirle, controlar al Ejecutivo y, sobre todo, obtener información para que podamos saber por dónde nos andamos.

Señor Mendioroz, me sorprende de verdad que a estas alturas de la película diga que necesitan conocer la situación de la población, su distribución, sus tendencias demográficas, sus índices de morbilidad y mortalidad y que ahora tienen que hacer una nueva encuesta nacional de salud porque la del año 1987, al parecer, no ha servido para nada. Y digo al parecer porque usted mismo lo ha dicho también y porque ahora, a estas alturas, resulta que van a tener que hacer un grupo de trabajo para evaluar una encuesta cuyos resultados desconocemos. Yo le haría una pregunta que creo que casi obviaría toda mi intervención. ¿Qué han hecho ustedes hasta ahora? ¿Con qué datos han contado hasta ahora para planificar? Porque me imagino que la planificación del Ministerio no parte de la creación de esta nueva Secretaría —de la que usted se siente muy orgulloso y se encuentra como un niño con zapatos nuevos—, me imagino que, con anterioridad, ustedes habrán tenido unos objetivos (desde luego, planes, montones), y algo habrán hecho. Me gustaría que nos dijera con qué datos han estado funcionando hasta ahora.

Además, señor Secretario General, aunque en esta comparecencia haya dicho lo mismo que en el Senado, hay una contradicción entre su propia comparecencia y la que hizo con ocasión de los presupuestos. Hablando de la encuesta nacional de salud decía que en el año 1992 tendrían preparadas las preguntas y que el trabajo de campo lo harían en el primer trimestre de 1993. Y ahora resulta que en el Senado, igual que ahora en el Congreso, dice que, aunque el trimestre prácticamente está ya agotado, estima que lo van a hacer a finales de 1993. Me gustaría que me explicara esta contradicción.

Habla también del plan integrado de salud. Señor Secretario General, en esta Cámara se ha hablado mucho del plan integrado de salud. Desde la comparecencia de enero de 1990, el señor García Vargas, pasando por el señor García Valverde y el señor Griñán, todos van a traer, pero no sabemos cuándo, el plan integrado de salud. Lo cierto es que no sé si usted sabe que ya hay instrumentos legales en el Ministerio para confeccionar ese plan integrado de salud. Existe el Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, que establece el procedimiento y los plazos para la redacción del plan integrado de salud. En el capítulo primero habla del procedimiento, elaboración y seguimiento del plan integrado de salud. En el capítulo segundo, del esquema de los planes de salud, y ahí se establecen unos plazos concretos que me imagino que se debían de haber cumplido, tanto por las administraciones públicas sanitarias, como por la propia Administración central. Me gustaría que me dijera qué es lo que han hecho a partir de la publicación de este Real Decreto y si usted cree

que es serio decir ahora que hasta finales del año 1993 no vamos a tener en el Parlamento el plan integrado de salud. Es más, lo supeditan a la elaboración de la encuesta nacional que dicen que van a hacer a partir de primeros de 1993. Efectivamente, dinero sí hay para ello en el presupuesto.

Señor Secretario General, habla también del plan de inversiones, entre otros muchos planes. Sabe usted que ese plan de inversiones que proponen en este año de 1993, y lo hemos dicho también en los presupuestos, es a todas luces insuficiente porque la red de atención primaria, a pesar de lo que digan, no va a alcanzar el 70 por ciento de la cobertura. Ustedes, aquí, dicen muchas cosas y luego hacen poco y cumplen poco. Le pongo un ejemplo muy concreto: la tarjeta individual sanitaria. Recuerdo que, en las comparecencias del presupuesto de 1992, sus antecesores decían que la tarjeta individual sanitaria iba a estar en marcha en el primer trimestre de 1992 y que era requisito para poner también en funcionamiento la libertad de elección de médico. Hasta julio de este año han cubierto el 18 por ciento de la población en la remisión de las tarjetas individuales sanitarias, y usted mismo ha dicho también que prevén para 1993 el 30 por ciento. Es decir, de lo que dijeron en el año 1991 a lo que han dicho en 1993 hay una diferencia en cuanto al cumplimiento de sus objetivos. ¿Cómo quiere que nos creamos lo que dicen en los presupuestos y más concretamente en cuanto a la red de atención primaria?

La red de atención hospitalaria es cierto, porque basta darse una vuelta por algunos hospitales, que está obsoleta. No voy a decir que en todos los hospitales haya ratas por los pasillos, que en todos los hospitales estén los enfermos en los pasillos, que en todos los hospitales los historiales clínicos estén archivados de mala manera, incluso en los garajes de los propios hospitales, pero ésta es una imagen que se está dando en bastantes de nuestros centros hospitalarios y está provocando permanentes quejas, tanto de los usuarios como del personal sanitario que presta sus servicios en los mismos.

No podemos estar orgullosos de cómo están ustedes funcionando para garantizar, equipar y mantener nuestra red hospitalaria. En la construcción de hospitales nuevos es tal la racionalización que hay hospitales que se inauguran y, al poco tiempo, son claramente insuficientes para las atenciones para las que en su momento fueron creados.

También es evidente que hasta ahora ustedes han llevado una mala política de concertación; hicieron un intento de cambiar el sistema de concertación, concretamente con la Fundación Jiménez Díaz, pero me interesaría que informara a esta Cámara sobre los centros en que van a iniciar el pago por proceso.

Como siempre, en el plan de gestión usted habla de proyectos de futuro, de contratos-programa donde se van a fijar unos objetivos, lo que, junto con ese plan de gestión, constituye el ya famoso proyecto de plan de empresa, otro plan nuevo. Ya veremos cómo funcio-

na, porque en este momento son ustedes los responsables, son los que dicen que lo van a hacer, no han contado con nadie para hacerlo, y en un futuro próximo veremos a ver qué tal funciona. Pero, señor Mendioroz, ¿cómo va quedar la estructura periférica del Insalud? ¿Van a desaparecer las direcciones territoriales y las direcciones provinciales? ¿Van a introducir pautas de competitividad? Porque también llama la atención el que en los propios objetivos presupuestarios ustedes digan que van a introducir pautas de competitividad, y usted mismo, también aquí en el Congreso, en la Comisión celebrada el 13 de octubre de 1992, diga textualmente que «desde luego, no pretendemos en absoluto poner los hospitales compitiendo entre ellos, entre otras razones porque no tenemos una cobertura tal de hospitales que hiciera esto posible, cuando cada uno de los hospitales bastante tiene con la tarea de atender el área que le está encomendada». Pónganse de acuerdo en el Ministerio, no digan ustedes una cosa en el presupuesto y, luego, cuando vengan aquí, digan otra, porque nos están volviendo locos, no solamente a los parlamentarios sino por supuestos también a todos los usuarios y a todos los profesionales de la sanidad.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señor Hernández Mollar, le ruego vaya concluyendo.

Recuerdo a todos los portavoces que quedan por intervenir que los tiempos para este turno son de diez minutos y que tenemos un orden del día lo suficientemente amplio como para requerir a los que vayan a intervenir que se ajusten, en la medida de lo posible, a estos tiempos.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Señora Presidenta, yo apelo a su generosidad porque una intervención del Secretario General de tres cuartos de hora es difícil de contestar, como comprenderá, en un plazo concreto de diez minutos. Tres minutos más y termino.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Sobrepasa usted ya los diez minutos, señor Hernández Mollar.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Terminó en seguida.

Señor Secretario General, ustedes hablan ahora de la libertad de elección de médico, de la lista de espera. Por cierto, ya era hora que nos pusiéramos de acuerdo con el tema de la lista de espera. Durante bastantes años, ustedes han ocultado a esta Cámara los datos que desde la oposición pedíamos insistentemente sobre la situación en que se encontraban las listas de espera en los distintos centros sanitarios de este país, y ahora resulta que lo ponen ustedes como un objetivo en los presupuestos.

Pregunto también, señor Secretario General, si van a optar ustedes por otras modalidades públicas de menor costo en la sanidad, como son las de Muface o Is-

fas, por ejemplo, que sólo alcanzan a los funcionarios públicos. También me gustaría que informara a esta Cámara sobre la cuantía de lo recaudado por el Insalud por asistencias a terceros, que están obligados a su pago, y cuál es el porcentaje de estos cobros sobre el total de las cantidades debidas. En relación también con la gestión, me gustaría saber si van a modificar los criterios de selección y formación en relación con la gestión gerencial de los centros y hospitales de titularidad pública, porque ya me dirá usted, si reducen las plantillas y disminuyen los efectivos en la productividad del personal sanitario, ¿cómo se va a incentivar a este personal? ¿Cómo se va a motivar? ¿Cómo pretenden ustedes reducir esas listas de espera? ¿Cómo pretenden que mejore nuestro sistema sanitario?

Señor Mendioroz, la salud es algo bastante más serio que un tebeo, es algo que en estos momentos está preocupando enormemente a toda la población española, y el panorama no es muy halagüeño. Ayer mismo, creo que había una manifestación de los proveedores del sistema sanitario en relación con esa deuda que ustedes ocultan, que nos han venido ocultando en estos últimos años, y que no sé cómo la van a afrontar ni cómo la van a pagar cuando los datos que nos dan aquí, en el Parlamento, no concuerdan con la cuantía de la deuda que al parecer tienen y que, como he dicho, habitualmente nos ocultan. En definitiva, lo que nos vienen a demostrar una y otra vez, a través de sus comparencias, de sus proyectos y de sus objetivos, es que ustedes han desperdiciado diez años preciosos, diez años muy importantes para haber mejorado no solamente el sistema sanitario sino la atención y la salud de todos los españoles.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Mendioroz, realmente, su intervención en relación con los objetivos, con la forma de trabajo que se inicia, ha sido un nivel de explicación más en el avance de un proceso que esencialmente no compartimos desde Izquierda Unida, es decir, rechazamos frontalmente el Plan de Convergencia, que es el marco de política económica en el que se ubica la política sanitaria.

Por mucho que se intente hablar de otros países de nuestro entorno, la realidad española es que el gasto sanitario es muy bajo. Es verdad que ha aumentado en pesetas nominales, no tanto en pesetas constantes, pero la realidad es que se parte de una situación de un sistema sanitario raquítrico y profundamente insuficiente para las necesidades de la población. En este marco global, cualquier programa centrado en el ahorro de gasto sanitario, es fundamentalmente, aparte de, como decía, una insuficiencia para cubrir las necesidades, una fuente de ineficiencia del propio sistema sanitario.

Yo tengo que mostrar mi preocupación por la enu-

meración exigua de fuentes de información por las cuales ustedes pretenden elaborar el plan integrado de salud. No voy a repetir en este sentido las palabras de mi predecesor en el uso de la palabra, que comparto, en cuanto a los planes, en cuanto a los plazos que había previstos y que no se han cumplido.

Es probable que el señor Mendioroz no conozca mucho el sistema sanitario, pero supongo que tendrá en su grupo personas que puedan asesorarle, y la mejor fuente de información para conocer la situación de salud de la población no es ni mucho menos una encuesta. El sistema de información, de mala calidad en nuestro país, relativo a la mortalidad, a la morbilidad, a las enfermedades de declaración obligatoria, tiene que ser el suministro constante de datos, que pueden complementarse con una encuesta. Ahora bien, hablar de plan integrado de salud en función de la realización de una encuesta, cuando no ha hablado usted en absoluto de adoptar medida alguna para mejorar la calidad de un sistema de información, que otros ministros anteriores al señor Griñán han reconocido como de muy mala calidad (y que no hace falta que lo reconozca el Ministro porque la propia Organización Mundial de la Salud llama la atención acerca de la mala calidad del sistema de información sanitario español) es algo que me me preocupa, y me preocupa mucho.

Aquí, con una enmienda del Grupo Socialista, se aprobó una proposición no de ley del Grupo de Izquierda Unida, que yo defendí, en cuanto al cumplimiento del primer objetivo de la Organización Mundial de la Salud en relación con los objetivos de salud para el año 2000. La desagregación de indicadores de salud por grupos socioeconómicos, dado que el primer objetivo de la Organización Mundial de la Salud es disminuir de aquí al año 2000, al menos en un 25 por ciento, las desigualdades entre grupos sociales y entre territorios en materia de salud. Los indicadores del Ministerio de Sanidad, salvo el relativo al hábito de fumar, no tenía ningún tipo de desagregación en este sentido.

Yo pregunto, ¿es que la encuesta nacional de salud piensa utilizar información desagregada a ese nivel? ¿Han tomado alguna medida para llevar a cabo lo que desde aquí se aprobó por unanimidad en cuanto a la elaboración de indicadores desagregados por grupos socioeconómicos? Si no, el plan integrado de salud es una falacia, e incluso incumple el primer objetivo de todo plan integrado, y es reducir las desigualdades en materia de salud. De mala manera se va a poder evaluar si ese objetivo se cumple, si previamente no se tienen instrumentos de medida capaces de reflejarlos.

Por otro lado, usted se refería a realidades que hacían necesaria la reducción o el control del gasto, la inclusión de nuevas prestaciones en el sistema sanitario que difícilmente se pueden considerar enfermedad y hablaba de la ludopatía. Recuerdo que el señor Subsecretario o el anterior Secretario de Estado, hablaba de las verrugas. A mí me parece una forma de ridiculizar situaciones cuando hay prestaciones que sí tienen relación estrecha con enfermedades que no están in-

cluidas dentro del sistema sanitario o tienen relaciones estrechas con la calidad de vida y con la situación de la salud como es la salud bucodental, como es la inclusión de los anticonceptivos en la Seguridad Social, como es la salud laboral, como es la realización de programas preventivos de intervención en la prevención de las principales enfermedades, como es por ejemplo la vacuna de la hepatitis B que todavía no es obligatoria para toda la población, no por dudar de su eficacia, sino porque parece que el precio excede de las posibilidades del sistema.

Habla usted de la Agencia de Evacuación Tecnológica, cualquier evaluación del sistema sanitario incrementa el conocimiento del mismo. No tengo nada que decir, simplemente deseo que la Agencia de Evaluación Tecnológica modifique sustancialmente tendencias que se han producido en el sistema sanitario a la hora de introducir nuevas tecnologías que no han venido determinadas por la relación coste-efectividad de esas nuevas tecnologías, sino por garantizar que los beneficios de empresas privadas que contaban con dichas tecnologías, con que esas empresas hubieran amortizado sus inversiones; pero todos conocemos cuándo se han introducido nuevas tecnologías en el sistema de la Seguridad Social como el «scanner», la tomografía axial computerizada, etcétera.

Voy a dedicar el centro de mi intervención al Plan de Gestión del que ha hablado el señor Mendioroz, donde me parece que están los elementos de mayor preocupación para la población y para quien esté preocupado por la calidad del sistema sanitario. Tengo que reconocer que el equipo del señor Griñán ha aprendido del señor García Valverde. El señor García Valverde llegó aquí como un elefante en una cacharrería diciendo que esto se solucionaba como lo de Renfe con una capacidad de premonición realmente espectacular, y ustedes han aprendido en el sentido que hablan de salud, de solidaridad, de mejores cuidados. La realidad es que eso no se refleja en absoluto en las medidas de gestión que se proponen. Cuando ustedes hablan de elaboración del coste por proceso yo le pregunto, señor Mendioroz: ¿Qué elementos están utilizando a la hora de valorar? Según conozco, los elementos que ustedes están utilizando son la valoración de material, de personal de diagnóstico, tratamiento y la utilización de servicios sanitarios. Si este coste por proceso es el elemento fundamental de la elaboración del presupuesto diferenciado que se intenta conseguir que se ejecute a toda costa, si no entran en la evaluación del coste por proceso datos de resultados en cuanto a salud se refiere, en cuanto a calidad de vida, en cuanto a mortalidad, es decir, si en la valoración del coste de una intervención quirúrgica se evalúa solamente el coste ocasionado en función de la utilización de recursos sanitarios y no entre ellos, por ejemplo, el gasto ocasionado por la estancia y tampoco se valora qué ha pasado, si ha habido reingresos, si ha habido secuelas, cuál ha sido el nivel de rehabilitación de la persona que ha sufrido una intervención dentro del sis-

tema sanitario, se corre el grave riesgo ocurrido en otros países donde se han implementado mecanismos como el que usted anuncia de que el resultado en ahorro presupuestario se traslade en disminución de la calidad del servicio prestado, es decir, que se ahorre en la utilización del recursos diagnósticos, que se ahorre en la utilización de medios terapéuticos, pero que evidentemente el pago de ese ahorro presupuestario se realice en disminución de la calidad del sistema sanitario.

Le insto, señor Mendioroz, a que a esta evaluación se incorpore al mecanismo de cálculo de coste por proceso porque si no estamos pervirtiendo en lo fundamental los objetivos del propio sistema sanitario y eso es caro, señor Mendioroz. Esta Diputada decía el otro día que por parte de la Asociación Médica Británica se calculaba que mecanismos como éste introducidos en el servicio sanitario inglés, supondría un coste de 100.000 millones de pesetas, pero hay que hacerlo si se quiere evaluar realmente la calidad resultante de un proceso que como especialistas en economía de la salud han reiterado. No se conoce hacia dónde puede llevar el final del sistema sanitario a través de este tipo de mecanismos.

Por otro lado, le pregunto concretamente: ¿A través de qué mecanismo legal se va a producir la reversión de excedentes a los centros, a las unidades de gestión que ahorren presupuestos? A mí me parece un sistema muy peligroso que abunda en los criterios que he señalado de pervetir el funcionamiento de los servicios sanitarios, de introducir en la población un nivel de inseguridad altísimo y de alteración de lo fundamental de la relación médico-enfermo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señora Maestro, le ruego que vaya concluyendo.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Sí, voy concluyendo.

¿Qué garantías tiene una persona que acude al médico, que no es remitido al especialista, que no se le realiza determinada prueba diagnóstica porque realmente su proceso no lo requiere o porque el presupuesto de la unidad de gestión está a punto de agotarse o de impedir la revisión de excedentes, como ha dicho el señor Mendioroz? A mí me parece este un tema esencialmente grave, máxime cuando la mejora de la calidad de la que habla S. S. se mide en términos de demanda expresada por los pacientes y no se habla de incrementos de la realización de autopsias, de incrementos en el control de la calidad de los diagnósticos y de los tratamientos.

Finalmente, a pesar de que en los presupuestos la elevación de los gastos de administración no se corresponde con el cambio de este tipo de criterios de gestión, me parecería muy importante que se dijera qué grado de burocratización se introduce en el sistema sanitario con todo este tipo de mecanismos. En países — repito— donde se ha introducido este tipo de mecanis-

mos, se calcula que el 26 por 100 de la actividad del personal sanitario, del sistema sanitario en su conjunto, se traslada a gastos burocráticos para los cálculos de control del gasto. En definitiva, el elemento fundamental de este tipo de gestión no sé si se traducirá en ahorro presupuestario, pero sí sé que más allá de las palabras y de los objetivos a que el señor Mendioroz alude, se traslada en un funcionamiento esencialmente curativo, en una separación entre la actuación de la atención primaria y la atención hospitalaria por más que a nivel presupuestario de relaciones en cuanto al funcionamiento previsto en la Ley General de Sanidad del área de salud, en función de objetivo de salud, en función de la actuación de la atención primaria y especializada por objetivos de salud.

Para terminar, querría decir que todo este tipo de medidas probablemente incrementen los ingresos de los proveedores del sistema sanitario. En este sentido, para que no se interprete que hablo gratuitamente, hace pocos días he tenido ocasión de consultar un informe de inspección realizado en el hospital «Ramón y Cajal» donde se informaba que en dicho hospital se compraba carne a razón de un kilo por paciente y día y de esa inspección no ha habido ningún resultado posterior. Es decir, es posible que los ingresos de los proveedores aumenten, sin embargo, las medidas introducidas corren el grave riesgo de atacar el eje central al de los objetivos del sistema sanitario y alterar gravemente la calidad del sistema público con repercusión directa en este caso no en la provisión de servicios, sino en la financiación, en la medida que el deterioro de la calidad del sistema público, inevitable resultado de cualquier mecanismo de recorte presupuestario sobre un sistema ya insuficiente, determine un inevitable aumento de la prestación privada de servicios sanitarios.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): En nombre del Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Muy brevemente me voy a referir a la comparecencia del señor Secretario General, que ha tenido la atención de acudir a esta Comisión.

Hemos escuchado una intervención que tenemos que calificar de típica en los últimos tiempos y yo tengo que decir con toda sinceridad que no he encontrado nada nuevo.

Estoy seguro de que el señor Secretario General, como es lógico, no opina lo mismo que yo y estaría dispuesto a desgranar multitud de elementos, más o menos hábilmente situados a lo largo de su intervención, que apuntan cosas nuevas. Yo estoy persuadido de que en el Ministerio de Sanidad en estos momentos no se quiere jugar la partida y entonces no se puede sustituir la partida explicándonos o refiriéndonos, por muy brillante que sea, un grupo de jugadas y de jugadas también brillantes. Eso no hace la partida y el resultado es que vamos asistiendo a la incorporación

paulatina de nuevas adquisiciones que cuando a veces llegan ya lo son en la medida que se utilizan en el discurso en la presentación o en la descripción de la política que se va a hacer, pero que por sí mismas, aisladas, lo único que ponen de manifiesto es que se está uno orientando, está uno ilustrándose acerca de los problemas de la sanidad, pero no hay partida, lo que hay es una colección de jugadas que no llegan a constituir eso que al final el señor Secretario General ha dicho: preocupación política.

No puedo decir que no haya preocupación, ¡faltaría más!, lo que sí digo es que no hay política. Es decir, hay un hablar de todo para terminar no hablando de nada. Diría que más que plan integral de salud o cualquiera de todas esas definiciones que se nos dan, lo que hay es un plan fonético de salud. Nos van contando una serie de cosas que tienen su sentido y que recogen cosas que hemos venido apuntando, en ocasiones ni defendiendo, sencillamente señalando para que se fueran incluyendo ya en el debate, en el debate auténtico que tiene que producirse.

Esto es lo que digo como resumen. No me voy a referir a algunas cosas que se han dicho porque vuelvo a repetir, no estoy cansado, estoy desilusionado y convencido de que hay que esperar —no sabemos por qué— a que se produzcan respuestas que no pueden ser más que reformas, reformas auténticas defendidas con convicción y con coraje político frente al propio partido, frente a los demás partidos, frente a la sociedad, porque no se está gobernando para quedarse recostado viendo cómo las cosas pasan y hasta que algunas cosas dejan de ser válidas. Hay que tener el coraje político de incluso afrontarlas y utilizarlas cuando todavía no se sabe si son válidas del todo y esto es lo que no sucede.

Encuentro la situación devaluada. Ni siquiera el Plan de Convergencia que, como ya he dicho, es una acción digamos exógena al Ministerio de Sanidad aunque naturalmente esté concebida en el seno del Gobierno, parece que está dispuesto a movilizar al Ministerio de Sanidad para sacar las conclusiones e incluso en otros departamentos donde habría que decidir con mayor lucidez política no con mayor lucidez técnica, no han utilizado los medios.

Podría sacar de aquí un montón de vocablos y conceptos que son todos querídimos: más salud, mayor solidaridad, mejores cuidados, realista, suficiente presupuesto, equidad, solidaridad, etcétera. ¡No sé cuántas he anotado! Si todo esto refleja una preocupación, lo acepto, pero esto no constituye una acción política y es lo que me permito señalar.

Para terminar, señora Presidenta, quiero pedir que se me disculpe, porque la Ponencia de la ley de huelga está esperando. Yo he estado esperando la intervención que tenía solicitada.

Muchas gracias, señor Secretario General. Estoy a su disposición y lamento tener que ausentarme y no poder escuchar su respuesta.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Palacios.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Señor Secretario General de Planificación Sanitaria, yo creo que no debe arrepentirse de que su intervención haya sido relativamente larga, porque ha sido una intervención interesante, con mucho contenido, con muchas novedades. Es evidente que si desde un principio se tiene el apriorismo de no querer comprenderla, la intervención puede haber sido no válida. Para mí ha sido muy rica.

Agradezco además que diga lo mismo aquí que en el Senado. Yo supongo que eso forma parte de la solidez de las actuaciones. Para quienes cambian cada cuatro días de criterio posiblemente el que se digan las mismas cosas en un lado que en otro puede resultar chocante, pero es bueno que se sepa de dónde partimos, qué queremos, en qué grupo político estamos, qué gobierno es éste y qué grupo parlamentario lo apoya. Esto, evidentemente, con los altibajos que el propio dinamismo de la vida y las evoluciones económicas y sociales producen, acomodándonos a estas variabilidades implica que la línea conductora sea siempre la misma hacia un mismo fin, que es conseguir un sistema sanitario público de calidad, solidario, aunque a veces las palabras no gusten. Hay palabras que no gustan, yo lo comprendo. Nosotros machacamos sobre estas palabras porque creemos en ellas. Creemos en un sistema solidario, accesible a todos los ciudadanos, sin barreras ni dificultades, cada vez más propio de una sociedad moderna y convivente.

Creo además que la exposición que ha hecho el señor Secretario General contiene algunas novedades de interés. También es cierto que posiblemente por parte de alguien no se deseen. Aquí encontramos siempre la clásica dicotomía: hay una o dos señorías —¿cómo diría yo?— que, de alguna forma, realizan una agresión contra la Encuesta Nacional de Salud cuando han machacado aquí en estas Cortes preguntando cuándo venía esa encuesta Nacional de Salud. Han preguntado insistentemente qué pasa con la Encuesta Nacional de Salud, por qué no viene, por qué no se hace. Y ahora parece que la Encuesta Nacional de Salud no tiene excesivo interés. **(Rumores. La señora Maestro Martín: Preguntábamos por la otra. El señor Hernández Mollar: ¿Y la otra?)** Se pide que se emprendan mecanismos de gestión. Se plantean mecanismos de gestión, se incorporan a los presupuestos generales y a algunas de SS. SS. tampoco les gustan estas medidas de gestión.

El hecho es claro, señor Secretario General. Usted trae el plan, que es el plan del Gobierno y de su Ministerio y hay otras personas que tienen otros modelos de asistencia sanitaria que no son los que desde hace más de diez años se han ido instalando hasta consolidar un sistema sanitario público aceptado, muy bien aceptado por la sociedad, aun con sus problemas.

Decía aquí que se han dicho palabras bonitas. Si las palabras son bonitas y sinceras bien venidas sean, máxime cuando se acompañan de planteamientos prosai-

cos. Señor Secretario General, creo que a ustedes fundamentalmente y a su Ministerio, les cabe ahora conseguir esa calidad, que es el resultado de muchos años de reforma sanitaria; muchos años de reforma sanitaria realizada por el mismo partido y por el mismo Gobierno. **(El señor Hernández Mollar: Por poco tiempo.)** Me parece, señor Hernández Mollar, que a la vista de la intervención que ha tenido usted y alguna otra de su partido va a ser por mucho tiempo, no diga usted por lo bajinis que gobernaremos por poco tiempo. Gobernaremos por mucho tiempo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Ruego al señor Hernández Mollar que no provoque un debate al margen de esta Presidencia.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Y si no gobiernan ustedes gobernará el Grupo Catalán, al que ceden la presidencia. **(Risas.)**

En cualquier caso, gracias por su amparo, señora Presidenta; continuaré.

Decía, señor Secretario General, que ustedes tienen ahora el reto de la calidad, y la calidad exige incorporación de nuevas metodologías, la utilización de un sistema que se ha ido modernizando económicamente y que, además, se ha dotado de un marco legislativo en el cual operar. No son palabras que desde el año 1982 hasta ahora se haya cuadruplicado el presupuesto sanitario nacional; de 690.000 millones se ha pasado a 3,2 billones. No es tampoco una palabra baladí que desde el año 1986 se hayan incorporado presupuestariamente a las inversiones de la sanidad más de medio billón de pesetas. No es en absoluto poca cosa que España haya sido en los últimos seis años el tercer país del mundo que más dinero ha incorporado a la sanidad pública, después de Estados Unidos, Islandia y Noruega; a Islandia y Noruega los cuento como uno, porque se han elevado en el mismo número de aportación sanitaria. No es tampoco poca cosa que España haya superado, en lo que concierne a la asistencia primaria del Insalud, el 33 por ciento que la Organización Mundial de la Salud postula como participación presupuestaria en las atenciones primarias. España, con 400.000 millones de pesetas en las prestaciones sanitarias de acción primaria, para un presupuesto de Insalud gestión directa de un billón 360.000 millones de pesetas, aporta a la asistencia primaria el 35 por ciento; es decir, dos puntos más de lo que la Organización Mundial de la Salud considera idóneo. **(La señora Maestro Martín hace signos negativos.)** No mueva usted la cabeza, señora Maestro, porque usted ya me pidió una tregua en el Parlamento y se la cedí. Sea suficientemente cortés como para no entrar en el tema de la asistencia primaria. **(Risas.)** Usted me pidió una tregua, yo se la concedí, en fin, si quiere volvemos a la batalla. **(La señora Maestro Martín pronuncia palabras que no se perciben.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Ruego mantengan cierto orden en las intervenciones.

El señor **PALACIOS ALONSO**: La batalla de la señora Maestro es que considera que en la asistencia primaria no debe incorporarse la farmacia; dentro de poco nos pedirá que tampoco incorporemos a los médicos, y dentro de poco pedirá que tampoco haya recetas en la asistencia primaria. La señora Maestro, que con frecuencia recurre al profesor Maynard, que me parece lo conocerá de referencia más que de lectura, tiene a bien decir que nosotros deberíamos centrarnos en las peculiaridades de nuestro sistema y no recurrir a aportaciones...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señor Palacios, le ruego que su intervención se ajuste a la comparecencia del señor Secretario General.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Aceptaré su ruego, señora Vicepresidenta, con mucho placer, y yo rogaría también, en fin, que hagan lo que quieran, es decir, si quieren seguir meneando la cabeza que continúen así. **(Risas. Rumores. El señor Hernández Mollar pronuncia palabras que no se perciben.)** No se pongan así. Señor portavoz del grupo de la derecha, usted antes estaba hablando y yo me callaba o hablaba y usted cuando yo hablaba también habla. Eso es así. **(El señor Hernández Mollar: Yo puedo menear la cabeza y hablar con mi compañero.)** En cualquier caso, la asistencia sanitaria también atiende la enfermedad de Parkinson.

Vamos a seguir. No es poca cosa el hecho de que la asistencia sanitaria, el sistema sanitario nacional de salud haya sido el mayor empleador de este país. El sistema sanitario público desde 1986 ha empleado a 30.000 personas, de las cuales más de la mitad son profesionales de la salud; es decir, médicos y diplomados en sanidad o auxiliares de clínica. Esa es la realidad. No en vano se ha producido un proceso de descentralización importante que no tiene parangón en ningún otro lugar; no hay ningún país del mundo que en materia de asistencia sanitaria tenga el 57 por ciento de descentralización, cuando la descentralización administrativa real del Estado español es la tercera del mundo después de Canadá y de Australia.

Por tanto, el señor Secretario General puede hablar con absoluta satisfacción delante de esta Cámara, porque viene a continuar el trabajo realizado durante muchos años por un equipo de Gobierno que tiene una idea muy clara de lo que debe ser la asistencia sanitaria en este país. No es ninguna tomadura de pelo, señor Secretario General, que usted esté aquí. Es un hecho muy importante porque viene a poner de manifiesto la continuidad de un programa de asistencia sanitaria que poco a poco ha ido consiguiendo consolidar un sistema nacional de salud que, a lo mejor, no gusta a los dos portavoces de los grupos, pero que a la mayoría de la población sí le empieza a satisfacer muy notablemente. **(El señor Hernández Mollar: Sí, sí.)** Esto lo vemos en las cuentas, señor Hernández Mollar, ya que usted dice: sí, sí. Posiblemente a usted no le guste, pe-

ro de 14.000 ciudadanos que han sido encuestados de manera no selectiva, la mayoría de las personas que han opinado en los medios de comunicación sobre el grado de satisfacción de diez años de gobierno socialista, hay más de 5,9 sobre 7 puntos de satisfacción respecto de la asistencia primaria, y más de 5,4 sobre 7 puntos para la asistencia especializada. Usted, seguramente, que no es de los que cree...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señor Palacios, ruego que no responda a las intervenciones que por lo bajo formule el señor Hernández Mollar, porque si no la dinámica de esta Comisión es difícil de abordar. Limítese a expresar la posición del Grupo Parlamentario Socialista ante la comparecencia del señor Secretario General de Planificación, y por razones de tiempo también le ruego que vaya concluyendo.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Termino en seguida, señora Presidenta.

Hubiera esperado también que le rogara al señor Hernández Mollar que no hiciera comentarios por lo bajo; es decir, que no interrumpiera la cuestión del debate. (**Rumores.**)

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señor Palacios, en el «Diario de Sesiones» de esta Comisión constarán las llamadas de atención que esta Presidencia ha formulado al señor Hernández Mollar y de alguna forma también se podrá deducir la escasa atención que a los requerimientos de la Presidencia hace el señor Hernández Mollar.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Muchas gracias, señora Presidenta.

Señor Secretario General lo que quería decir es que cualquiera que sea el planteamiento que haga usted en esta Comisión, este planteamiento será tratado con los tópicos y los lugares comunes de siempre. Es una historia que venimos oyendo desde hace algunos años. Siempre sus planteamientos serán de caminar hacia adelante, de consolidar este sistema, de incorporar elementos de gestión positivos el contrato-programa, la contabilidad analítica, los pagos por proceso, etcétera. Cualquier plan de carácter cooperativo para capitalizar las actuaciones de los médicos o de los profesionales de la salud, cualquier actuación que vaya dirigida a crear comisiones de evaluación tecnológica o dirigida a realizar actuaciones en beneficio del sistema que, en definitiva, es en beneficio de la calidad asistencial, serán apoyadas por nuestro grupo sistemáticamente, señor Secretario General, como las de cualquier miembro de su Departamento aun luchando contra lo evidente —contra lo cual nosotros no luchamos—, van a ser rechazadas por otros grupos. En cualquier caso, sepa usted que nosotros estamos convencidos de que esta tercera fase en la cual se encuentra el proceso de desarrollo del modelo sanitario, cuenta con la voluntad y la aportación de una serie de

mecanismos de su Departamento que, sin duda, van a seguir consolidando este sistema, para satisfacción de los usuarios, aunque no lo sea —como ya es frecuente— para algunos portavoces que, seguramente, se mueven por otros intereses más oportunistas, más políticos o de la índole que sean.

Muchas gracias, señor Secretario General, por su comparecencia. (**El señor Hernández Mollar: Señora Presidenta, por alusiones muy personales del señor Palacios, pido la palabra.**)

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Las alusiones han sido mutuas, señor Hernández Mollar. Esta Presidencia ha rogado a los señores Diputados que no hicieran diálogos cruzados al margen de esta Presidencia. La verdad es que no me he sentido excesivamente atendida por parte de los señores Diputados y no es ahora el turno de entrar nuevamente en debates que no corresponden a este trámite. Por tanto, tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Perdón, señora Presidenta, yo no he debatido con el señor Palacios. He comentado con mi compañero y he movido la cabeza. Que me diga si ya no se puede mover la cabeza aquí, en la Comisión. Eso es falta de su sensibilidad democrática. (**Rumores.**) ¡Es el colmo!

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señor Hernández Mollar, en su momento, cuando el acta de esta sesión figure transcrita, SS. SS. podrán valorar cuál ha sido la conducta de cada uno individualmente, y en estos momentos ruego, por favor, que no introduzcan elementos ajenos a lo que es el trámite que estamos en estos momentos.

Tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): Trataré de contestar, al menos en la medida en que he podido recogerlas, a las preguntas que han venido formulando los representantes de los diversos grupos políticos.

Obviamente mi intervención ante esta Comisión es, en buena medida, la misma que hice ante el Senado por una razón muy evidente. La Secretaría General de Planificación es la misma; la política sanitaria del Ministerio es la misma y, por consiguiente, difícilmente puedo decir cosas direrentes de las que allí dije. Lo que entiendo es precisamente que la Cámara es diferente y por ello un mínimo deber de cortesía desde la Administración del Estado requiere presentar la misma política en ambas Cámaras; al menos esa es mi intención para poder seguir actuando en el futuro.

Pasando a algunas preguntas concretas del señor Hernández Mollar yo quisiera decirle que la preocupación por el conocimiento de la situación socio-sanitaria de la población española y la utilización de

todos los recursos para ello es continuada. Utilizamos, por supuesto, la encuesta de 1987, que fue publicada en el año 1990; utilizamos diferentes encuestas de satisfacción que hemos venido realizando; utilizamos, por supuesto, la información sobre morbi/mortalidad existente; utilizamos la información epidemiológica y eso es lo que ha venido informando sistemáticamente los presupuestos y la planificación del Ministerio en años anteriores. Lo único que ocurre es que el propio padrón de población española y la situación de morbi/mortalidad ha venido variando de forma notable a lo largo de estos años. Para citar un sólo caso, S. S. debe conocer que la encuesta del año 1987 está diseñada, realizada y extrapolada en función del censo de 1981, mientras que el censo de 1991, publicado en 1992, introduce modificaciones sustanciales que hacen difícil poder seguir extrapolando los datos de 1987 al futuro desarrollo de la Sanidad.

Por consiguiente, aunque no fuera más que por este dato se imponía la realización de una nueva encuesta. Esa nueva encuesta, como ya le he dicho, señoría, está ya elaborada. En ella se incluyen indicadores socio-sanitarios y su realización está ya encargada. La única diferencia entre mi intervención pasada y la actual es que, de alguna manera, es el centro especializado en la realización de las encuestas el que nos informa sobre cuál es el momento más idóneo para la realización de una determinada encuesta en función de sus características, por razones exclusivamente sociológicas. Entonces es posible que la encuesta se realice a lo largo del primer trimestre de 1993, como ya dije, pero también es posible —eso es lo que nos ha dicho últimamente el centro— realizarla todavía antes de que acabe este año. Si es posible realizarla antes de que acabe este año como queremos tener la información disponible tan pronto como sea posible, la haríamos obviamente antes de que acabe este año.

Yo no he dicho que la encuesta nacional de salud sea la base fundamental del plan integrado de salud pero, evidentemente, es un instrumento esencial para permitirnos integrar los diferentes planes de salud de las comunidades autónomas. Sí me ratifico en que la distribución competencial en materia de sanidad, establecida en nuestra Constitución y en los estatutos de autonomía, establece para la mayoría de las comunidades autónomas competencias en materia de salud pública y de planificación de la salud; por consiguiente, un plan integrado de salud realizado por el Ministerio y que quiera, de verdad, cumplir sus objetivos, sólo puede hacerse precisamente a partir de la integración de los diferentes planes de salud de las comunidades autónomas, porque, en otro caso, estaríamos sustituyendo la actuación de esas comunidades e invadiendo campos de su competencia. Por eso aunque nuestro compromiso es tratar de presentarlo antes de que acabe el año 1993 —espero poder presentarlo en su momento en esta Cámara— obviamente sólo podemos hacer, por lo menos, la primera parte de ese plan a partir de

instar a las comunidades autónomas a que realicen el trabajo correspondiente.

Respecto a la tarjeta individual sanitaria el objetivo de tener distribuidas las tarjetas del 30 por ciento de la población es para finales de 1992, no para finales de 1993; pero quiero señalar también dos cosas muy claras. En primer lugar, obviamente la tarjeta sanitaria no es la única forma de identificación del titular del derecho a la prestación sanitaria, sino que existen formas individualizadas para hacerlo. Lo único que estimamos es que la tarjeta sanitaria va a facilitar los procedimientos administrativos y también la individualización de la relación entre médico y paciente. La segunda precisión que quería hacer es que la tarjeta sanitaria, al menos hasta ahora, se ha venido distribuyendo exclusivamente en función de la petición de los usuarios que se realiza cuando asisten a un centro de salud y tenemos distribuido un altísimo porcentaje de las solicitudes que se han hecho. Lo único que ocurre es que afortunadamente es sólo una parte de la población española la que visita los centros de salud; otra parte importante está sana y no visita los centros y, por consiguiente, ahí tenemos un problema que, en su momento tendremos que evaluar sobre si hay que variar el sistema de distribución para pasar a un sistema de distribución más individualizada y también más centralizado.

Respecto a la estructura periférica del Insalud está en elaboración en estos momentos, y posiblemente pueda ser publicado antes de que termine el mes de diciembre, el nuevo decreto de estructura periférica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Insalud, cuyo objetivo es llevar a la estructura periférica de ambos organismos la separación que ya se ha hecho, desde el punto de vista de las instituciones centrales, entre lo que es autoridad sanitaria y lo que es gestión, de tal forma que queden definitivamente claros cuáles son los temas de autoridad sanitaria, como la incorporación de nuevos recursos al sistema, de lo que son los temas de gestión, como, por ejemplo, la utilización que se hace de esos recursos.

Puesto que también se han utilizado mis palabras en mi comparecencia anterior ante esta misma Comisión o en la de Presupuestos para hablar de una posible contradicción entre competitividad y poner a competir, quisiera explicar lo que quizás por deficiencias mías en la utilización del lenguaje a lo mejor ha podido quedar poco claro.

Creo que no es lo mismo introducir pautas de competitividad que poner a competir. Yo entiendo por poner a competir, por ejemplo, que un hospital alemán pueda hacer publicidad en Galicia sobre cómo se hacen las operaciones de corazón en Baden-Württemberg. Yo creo que eso es poner a competir. Yo creo que es poner a competir que la Clínica de la Universidad de Navarra pueda hacer publicidad en Sevilla, sobre cómo se hacen las operaciones de corazón. Yo creo que es poner a competir el que visitantes médicos se dediquen a recorrer las diferentes poblaciones cantando

las excelencias de lo bien que se hacen determinadas operaciones en un determinado centro hospitalario. Evidentemente a eso no vamos a llegar en absoluto. No nos interesa ni creemos que es el camino adecuado para la Sanidad; pero sí hay pautas de competitividad que queremos introducir. Por ejemplo, queremos tener un procedimiento que permita medir la eficacia en la asignación de los recursos en los diferentes hospitales para poder utilizarlo con los diferentes gestores de los hospitales en el momento de la discusión con ellos del contrato-programa y del presupuesto.

Por ejemplo, queremos saber —y eso es introducir pautas de competitividad— cuál es la estancia media en un hospital que tendrá que ser contrapesada, como decía muy bien S. S. representante de Izquierda Unida— con la calidad de la asistencia sanitaria en cada uno de los centros; pero, obviamente, una pauta de competitividad es poder hacer comparaciones, valga la redundancia, comparables entre los diversos centros hospitalarios.

Lo mismo se puede decir respecto al coste por proceso que es básicamente un instrumento de conocimiento de la realidad y contable, para entendernos porque, es evidente que si tomamos el mismo proceso como, por ejemplo, una operación de várices para hacerlo en el «Ramón y Cajal» o en una clínica privada que ni siquiera tenga un servicio de anestesiista en condiciones, obviamente el coste por proceso será mucho menor en esa clínica privada, pero eso es porque no tiene en cuenta que en el «Ramón y Cajal» se realizan muchísimas más actividades de formación y de investigación; tiene, además, una estructura enormemente más importante en medios diagnósticos, en medios curativos, en medios terapéuticos y, por consiguiente, el coste por proceso será fundamentalmente diferente.

Por eso el coste por proceso no puede ser una vía exclusiva para la asignación de recursos o para la asignación de determinadas enfermedades o determinados tratamientos entre centros, sino que es un instrumento, como decía antes, de comparación, que también permite introducir pautas de competitividad. Tendremos que comparar el coste por proceso de hospitales —entre comillas— semejantes; no comparar lo que ocurre en una clínica con pequeña dotación con lo que ocurre en un gran hospital. Evidentemente tendremos que utilizar los componentes de satisfacción de los usuarios al evaluar los diferentes costes por proceso; otra cosa sería utilizar una actividad economicista, en la que no estamos dispuestos a entrar. En ese sentido me ratifico en que uno de los objetivos de la política del Ministerio es poder dar la misma atención y mayor satisfacción y calidad con el mismo o menor coste. Creo que esa es una obligación reclamable a todo gestor público. En lo que quizá disiento es en la afirmación que se ha hecho de que los mismos servicios son ofrecidos a mucho menor coste por otro tipo de instituciones e incluso por otro tipo de aseguradoras privadas.

Aunque hay una pregunta parlamentaria que se ha

retirado, quisiera contestar que el coste por beneficiario de la asistencia sanitaria dada por Muface es ligeramente superior al coste sanitario por beneficiario de la asistencia dada por la Seguridad Social. Lo único que ocurre es que cuando se utiliza exclusivamente la división entre tarjetas, se están utilizando conceptos completamente diferentes. Le digo por qué. Por ejemplo, en los costes de Muface no se incluyen los costes de que antes hablaba relativos a investigación y formación del personal que sí se incluyen cuando hablamos del coste sanitario por persona de la Seguridad Social y porque el número de beneficiarios por tarjeta es diferente en ambos sistemas. Además, la distribución de población en cuanto a edad dentro de esas tarjetas es también diferente; por consiguiente eso nos lleva a que puedan existir diferencias en la comparación.

Pero es que, además, cuando digo que el sistema público —y aquí me van a perdonar SS. SS., pero me debato siempre en una contradicción— tiene una mejor gestión y, por consiguiente, un menor coste que otros sistemas aseguradores, incluidos los privados, se me puede achacar que eso se hace gracias a un ahorro íntempestivo por parte del sector público, y cuando se me dice que tiene unos gastos superiores, se me habla de ineficiencia. Voy a comparar lo que ocurre entre el Sistema Nacional de Salud y distintos sistemas aseguradores privados que funcionan en nuestro país, respecto a las prestaciones que se dan.

La asistencia sanitaria de la Seguridad Social no requiere ningún tipo de declaración previa del estado de salud; todas las aseguradoras privadas lo requieren y, además fijan la prima en función del estado de salud previo. La asistencia sanitaria de la Seguridad Social no tiene un listado de prestaciones, todas las entidades de seguro libre lo tienen. La asistencia sanitaria de la Seguridad Social no tiene ningún período carencial. Lo mismo para atender a un parto que para tratar a un enfermo de cáncer o para tratar a un enfermo de sida, desde el mismo momento que se tiene derecho a la prestación sanitaria se puede tener acceso a todas las prestaciones; todas las entidades de seguro libre tienen un período carencial, que puede ir desde nueve meses hasta dos años, por ejemplo, para el tema del parto, y le aseguro que no hay una sola compañía sanitaria privada en este país, ni en ningún otro, que haga un seguro a un enfermo de sida o a un enfermo de cáncer, si lo reconoce previamente a la emisión de la correspondiente póliza.

Cuando se trata de hospitalización no quirúrgica ni obstétrica, que en el sistema sanitario público se hace hasta el alta, en el sistema sanitario privado no se hace o es contratable mediante un suplemento. La farmacia, evidentemente, se da de forma gratuita a los pensionistas, y enfermos crónicos con el 10 por ciento en el sistema sanitario público, y no se da en absoluto en el sistema sanitario privado salvo con una percepción adicional. Las prótesis, transfusiones, piezas anatómicas, ortopedia, están incluidas dentro de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social sin coste su-

perior, y en ninguna de las pólizas de seguro libre se incluyen, salvo con un coste adicional. La ambulancia gratuita sólo se da en el sistema público; en ningún caso se da en los sistemas de aseguramiento privado. Hay una diferencia en favor de la asistencia sanitaria privada, y es el confort hostelero, estrictamente hostelero, que en la asistencia privada es bastante superior al del sistema público. Esa es una realidad que nos preocupa hasta cierto punto.

La asistencia, digamos, en casos especiales, muy importantes para el ciudadano, como pueden ser los trasplantes, la cirugía cardíaca, etcétera, que están incluidas absolutamente en la asistencia de la Seguridad Social, no están incluidas en la mayoría de las pólizas y si lo están se pueden obtener mediante unos suplementos especiales. Todo eso, señoría, descontando el gasto de farmacia, se obtiene en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a un coste de 57.000 pesetas por habitante y año, mientras que en los seguros libres las pólizas estaban en 55.000-60.000 pesetas, aproximadamente, y en el momento que hemos empezado a hablar del cobro a terceros han subido de manera significativa.

Respecto a cuál es la situación de los ingresos a terceros, que creo es un tema realmente importante para el futuro, querría señalar dos cosas. Hasta ahora el procedimiento de cobro de esos ingresos a terceros era que se partía de una facturación por parte del hospital o del centro de salud que hacía la correspondiente asistencia; esa facturación se pasaba a la Seguridad Social y la Seguridad Social en la mayoría de los casos cobraba y en otros no. Lo que ocurre es que el centro que había hecho el gasto no tenía ninguna participación posterior en el seguimiento de lo que ocurría con esa facturación ni, sobre todo, en los ingresos derivados de esa facturación. Lo evidente es que facturar supone unos costes para un hospital, porque necesita unos procedimientos administrativos que le permitan, primero, evaluar quiénes son los que tienen derecho y los que no tienen derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, cosa que además es muy difícil de hacer cuando se ingresa sistemáticamente por la vía de las urgencias —a eso es básicamente a lo que nos estamos refiriendo al hablar de los costes de terceros—, y suponiendo que se estableciera ese procedimiento administrativo, obviamente tiene unos costes para el hospital; si no recibe ningún beneficio a cambio, es difícil implementarlo. Precisamente por eso es por lo que se ha previsto en el proyecto de ley de presupuestos enviado a esta Cámara el que efectivamente puedan generarse créditos extraordinarios para el Sistema Nacional de Salud por parte del Ministro de Sanidad cuando correspondan a cobros por prestaciones realizadas a terceros. La distribución de esos ingresos se hará en función de criterios del Ministerio, porque dentro de esos ingresos hay cosas que responden a costes del hospital y que, por consiguiente, deben ser retribuidas al hospital o bien evaluadas a la hora de saber cuál es su situación presupuestaria, pero hay también

algunas cosas que se deben exclusivamente a la utilización de una renta de situación, en términos amplios, y no a una mejor gestión por parte del hospital. Es obvio que «La Paz» atenderá siempre más urgencias que el «Hospital del Camino de Santiago», nos pongamos como nos pongamos, y eso no se debe a que el «Camino de Santiago» trate de cobrar mejor a terceros o que «La Paz» trate de cobrar mejor a terceros, sino simplemente a que «La Paz» está donde está, tiene las instalaciones que tiene y la fama que tiene. Por consiguiente estimamos que no deben repercutir exclusivamente en el centro que da la atención y genera el cobro a terceros los ingresos procedentes de este tema, pero sí debe retribuirse, por lo menos, el incremento de gastos que le supone tener que hacer esta atención a terceros.

Respecto a lo que estimamos que puede suponer para el año que viene, digamos que las diferentes partidas que están dentro de los ingresos a terceros, están lo que llamaríamos ingresos de terceros, terceros, obligados al pago, por ejemplo, los referentes a Unespa, accidentes de circulación, accidentes laborales, que tienen su propia financiación específica y su propia legislación específica, como conocen, y la evaluación que tenemos para ello el año que viene es de alrededor de 20.000 millones de pesetas. A eso hay que añadir lo que son los conciertos. Lo mismo con los funcionarios de Muface que han optado por la Seguridad Social que con los funcionarios que habiendo optado por distintos sistemas de aseguramiento privado al final estas aseguradoras privadas, como Sanitas, etcétera, se dirigen al Sistema Nacional de Salud, que es el único que tiene una cobertura nacional, lo mismo en asistencia primaria que en especializada, para que el Sistema Nacional de Salud les dé las prestaciones que ellos han contratado privadamente con los funcionarios. Lo que pretendemos, entre otras cosas, y esa es una característica fundamental del tema de aseguramiento, es que estas aseguradoras privadas no hagan negocio con los funcionarios a los que prometen que van a dar una asistencia sanitaria y que luego se las da el Sistema Nacional de Salud o, lo que es lo mismo, pretendemos cobrárselo a estas aseguradoras por lo menos al mismo coste que ellos cobran a los funcionarios, es decir, al Estado.

Señoría, creo que no hay más preguntas a las que contestar, simplemente aquello que se refiere a la deuda existente antes del 31 de diciembre que, como sabe, ha sido ya evaluado y, como sabe también, hay un decreto-ley que ya ha sido aprobado por el Consejo de Ministros, publicado en el «Boletín Oficial del Estado» y que establece la cuantía total de la deuda, la forma de pago, en los tres años, y las cantidades a asignar a cada uno de los años.

No sé, Presidenta, si hay un turno de réplicas o puedo seguir contestando al resto de las preguntas de los diferentes grupos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señor Secretario General, en este trámite usted da res-

puesta a las distintas intervenciones de los portavoces de los grupos parlamentarios.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): Quisiera agradecer la preocupación de S. S., representante del Grupo de Izquierda Unida, que creo compartimos, sobre el futuro del sistema sanitario público y sobre la consolidación de este sistema público como única posibilidad de garantizar, de verdad, la equidad y la solidaridad entre los ciudadanos de este país. Creo que compartimos esa preocupación; creo que informa absolutamente la actuación, lo mismo del grupo al que representa S. S., que del Ministerio en que me honro en trabajar. Lo que sí ocurre es que, a veces, podemos disentir en cómo se hacen determinadas cosas.

Como antes le decía, yo creo que hasta ahora todos los presupuestos que se han hecho por parte del Ministerio, las diferentes asignaciones de recursos, han tenido siempre en cuenta, por supuesto, la información disponible sobre la situación de salud de la población. Lo único que ocurre es que esa situación de salud, aparte de cambiante, es necesario conocerla de la forma más adecuada posible cada año, si es posible, antes que cada año, y si es posible desarrollar una información continuada. Eso es lo que queremos hacer.

No puedo coincidir con S. S. en que el gasto sanitario en España es muy bajo, o al menos, que por esa razón exclusivamente se pueda descalificar lo que es el sistema público en España. El gasto sanitario público en España tiene más o menos el mismo nivel en relación con el PIB que tiene, por ejemplo, el gasto británico, que también es cierto son los dos únicos sistemas y que de alguna manera son comparables, puesto que están basados prácticamente en las mismas premisas, no digo después de la reforma Thatcher, sino obviamente antes de la reforma Thatcher.

A mí me preocupa mucho la posibilidad de que se identifique gasto sanitario con salud. Además S. S. es muy consciente, y así lo ha dicho, de lo que ocurre, por ejemplo, en el caso de los Estados Unidos de América, donde se están gastando en salud aproximadamente el 13 por ciento del PIB, frente al seis y pico que se gasta en España; en donde, además, en el sistema público, que también existe en Estado Unidos, se gasta más dinero del que se gasta el sistema público español, se gasta más del 4,5 por ciento y, sin embargo, los indicadores de salud, en general, en España son claramente favorables en relación con Estados Unidos. Si, además, nos vamos a una distribución, a una desagregación de la situación de salud en los mismos componentes que pedía S. S., es decir, teniendo en cuenta la situación socioeconómica, creo que la situación en los Estados Unidos puede calificarse claramente de catastrófica. **(La señora Maestro Martín: En España no se conoce.)** Mientras que en España no existe esa diferenciación hasta el punto de que, por ejemplo, como muy bien sabe S. S., ha sido precisamente la extensión del sistema

sanitario, del nuevo modelo de asistencia primaria a todos los rincones de la geografía española, la que está permitiendo una considerable mejora de la salud de toda la población, cosa que, evidentemente, no ocurre en Estados Unidos, donde las diferencias, que tampoco son tantas, como sabe muy bien S. S., en función de las características sociodemográficas, sino que son en función de características raciales, son evidentemente importantes. Señoría, en Estados Unidos la comparación es entre negros y blancos a la hora de la mortalidad infantil... **(La señora Maestro Martín: ¡Refleja situaciones socioeconómicas, no raciales!)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Por favor, señora Maestro.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): Discúlpeme por entrar en un conflicto que no quisiera entrar. Es obvio que eso, desde su punto de vista, señoría, y desde el mío, refleja una clarísima diferencia socioeconómica. Sin embargo, los indicadores están agrupados por razas, no por indicadores socioeconómicos. Esto quisiera hacérselo resaltar.

También quisiera dejar claro que, en ningún caso de mi intervención, y creo que de las intervenciones de otros responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo en este ámbito, se ha podido deducir nunca que vamos a una reducción del gasto sanitario. Siempre hemos hablado de que vamos a un control del crecimiento del gasto sanitario, que es una situación completamente diferente.

Por reducción entendería que en términos reales el presupuesto del año que viene fuera menor que el del año 1992 y usted sabe, señoría, que no es así; que hay un 12,7 de incremento de la participación del Estado, que hay un 12,7 de incremento de la financiación de la Seguridad Social y que si comparamos términos comparables, es decir, si quitamos del presupuesto del año 1992 los ingresos de terceros que estaban recogidos en el presupuesto, o si añadimos las previsiones en 1993, el crecimiento va a ser bastante superior al del índice del coste de la vida, teniendo en cuenta que, además, como también sabe S. S., el índice del coste de la vida es difícilmente utilizable en el caso de la comparación de los presupuestos sanitarios, porque respecto a los presupuestos de inversión, respecto a los presupuestos de farmacia, respecto a los presupuestos de personal su incidencia es más bien poca, y estamos hablando de prácticamente el ochenta y tantos por ciento de los gastos que componen el Sistema Nacional de Salud.

Me congratula también que S. S. comparta la preocupación porque la introducción de nuevas tecnologías se haga después de una evaluación de sus resultados, lo mismo desde el punto de vista de la salud, que desde el punto de vista del gasto y de la equidad. Ahí hay muchas cosas que nos preocupan y entendemos, ade-

más, que no sólo se deben evaluar las nuevas tecnologías, sino que también es posible y necesario evaluar procedimientos que están extendidos dentro del sistema, que están extendidos dentro de la práctica médica y que, sin embargo, a veces, se han demostrado claramente contraproducentes. Por ejemplo, el comportamiento establecido de recetar antibióticos, cuando estamos hablando de resfriados, además de que los médicos saben positivamente que es inútil, no sólo es inútil, sino que puede ser nocivo en la medida que se desarrollan nuevas razas o nuevas variedades de los correspondientes microorganismos más resistentes a los antibióticos para cuando en un momento determinado puedan ser necesarios. Obviamente, el cómo se debe tratar una enfermedad determinada, a pesar de los pesares, es algo que nosotros no podemos imponerlo a golpe de «Boletín Oficial del Estado», sino que necesitamos ser capaces de despertar cierto consenso sobre cómo se deben tratar determinadas enfermedades. En ese consenso el papel de los colegios médicos de las asociaciones profesionales, de los propios médicos individualmente considerados y obviamente de las comisiones de especialidades es fundamental. Una de las funciones de la Agencia de Evaluación de Tecnología y también de todo el Ministerio, pero específicamente de la Agencia de Evaluación de Tecnología es promover esos consensos, y esperamos poderlo hacer.

No comparto, tampoco, la preocupación de S. S. por los temas a los que me he referido al hablar del plan de gestión. Creemos que el conocimiento y la realización de experiencias que lleven a poder comparar con el mayor conocimiento posible la actuación realizada en cada uno de los hospitales o cada uno de los centros de salud, es absolutamente necesaria. Creemos también que los mecanismos diseñados son relativamente eficientes para lograr esto y, además, se están perfeccionando. Es decir, si me permite S. S., el presupuesto del año 1992 fue realizado centro por centro en función de unos índices de actividad, que no son los mismos que se han utilizado para hacer el presupuesto del año 1993. ¿Por qué? Porque tenemos más experiencia en lo que significan, por ejemplo, las urgencias dentro del total de la actuación de un hospital; porque hemos valorado de forma muy diferente las urgencias que dan lugar a un ingreso de las urgencias que no dan lugar a un ingreso; porque hemos valorado de forma diferente, por ejemplo, los trasplantes que se producen; y porque hemos valorado también de forma diferente la necesidad de determinadas operaciones.

Su señoría lleva muchísimo más tiempo que yo en la sanidad y conoce mucho más que yo de la sanidad, no me cabe la menor duda; pero sabe también por eso que hay procedimientos quirúrgicos, que no podemos incluir en estas evaluaciones, entre otras cosas porque la demostración de su eficacia, desde el punto de vista de salud, no está, ni mucho menos, hecha. El caso que se cita siempre en la literatura médica es el famoso de la operación del triple «by pass», que ha llevado a que en determinados Estados de los Estados Unidos se pue-

dan hacer en Estados vecinos hasta siete veces más intervenciones de esta naturaleza y en vez de proceder a poner al ciudadano una dieta determinada, un ejercicio, etcétera, inmediatamente que haya determinados problemas o que detecte un determinado problema se procede a la intervención. Sin embargo, el número de muertos por accidente coronario en esos dos mismos Estados es prácticamente el mismo, con lo cual tenemos multitud de casos, dentro del sistema sanitario, de técnicas quirúrgicas, de técnicas de tratamiento que se vienen realizando sin que haya una justificación absoluta de su eficacia terapéutica. Obviamente esa eficacia terapéutica va variando a lo largo del tiempo, se puede poner en cuestión y se van teniendo también más conocimientos.

Una de las cosas que hemos querido hacer, y con esto respondo a alguna pregunta que hacía el representante del Grupo Mixto, al que luego contestaré, es tener en cuenta cuál es la política de ordenación de prestaciones que se va a realizar desde el Ministerio y los diferentes efectos que pueden producir sobre los beneficiarios las diferentes técnicas que se puedan hacer.

Es obvio que una decisión que dijera que sólo se van a hacer desde el sistema sanitario las operaciones de corazón abierto, por ejemplo, significaría un clarísimo incremento de los costes —relativamente porque tenemos la estructura que tenemos—; pero no estamos, en absoluto, en esa situación. A lo que sí estamos dispuestos es a evaluar todos aquellos gastos que se producen dentro del sistema y cuya eficacia terapéutica no está determinada, cuando, además, se introducen en el sistema en beneficio de grupos o de intereses particulares legítimos pero muy determinados y particulares, y no en beneficio de todo el conjunto de población atendida. Me refiero, por ejemplo, al gasto farmacéutico. Es por ahí por donde hemos empezado en el tema de la ordenación de las prestaciones. No hemos entrado a reducir el coste de la prestación farmacéutica, porque, si se lee atentamente, por ejemplo, el anexo del proyecto de decreto de uso racional del medicamento, verá que se introducen entre los medicamentos susceptibles de financiación absoluta por el sistema para los enfermos crónicos, hasta el 90 por ciento quiero decir, muchos medicamentos que, hasta ahora, no estaban incluidos y que van a suponer, sin duda, un considerable incremento del coste de esa prestación. Lo que se hace es eliminar de la prestación todos aquellos «medicamentos», entre comillas, cuya eficacia terapéutica no está demostrada o que aun teniéndola corresponden a síndromes o a síntomas menores, o cuando existen otro tipo de alternativas de menor coste para el sistema. Por eso hemos empezado, entre otras cosas, por el gasto farmacéutico.

Comparto la preocupación de S. S. por no repetir, dentro de las mejoras de gestión que queremos introducir en el Sistema Nacional de Salud, errores que se han cometido por otros países que han tratado de avanzar en este camino. Por ejemplo, esa es la razón de la

que antes hablaba de que no queremos poner a los hospitales a competir, aunque sí queremos introducir pautas de competencia. A mí me preocupa terriblemente —creo que ya he tenido ocasión de decírselo también a su señoría— el hecho de que utilizando los criterios de efectividad que la reforma Thatcher aplica a los diferentes hospitales británicos, los cuatro grandes hospitales de Londres especializados realmente en la formación y en la investigación deberían ser cerrados; eso me parece un resultado absolutamente contrario al que se quiere perseguir con cualquier reforma. Por consiguiente, tendremos mucho cuidado en no avanzar para nada en ese camino.

Sí me preocupa también el que se pueda hablar del incremento del grado de burocratización del sistema. Como S. S. conoce, el incremento en el presupuesto de administración del Insalud del año 1993 con respecto a 1992, que es aproximadamente de 7.000 millones de pesetas, se debe exclusivamente y en su integridad a la inclusión en esa partida presupuestaria de los intereses de la deuda, correspondientes al primer importe de los doscientos ochenta y tantos mil millones, ya financiados mediante el correspondiente crédito extraordinario a raíz del Decreto-Ley. Si descontamos esos siete mil y pico millones, de hecho los gastos de administración del Insalud con respecto al año 1992 disminuyen. Lo mismo ocurre con los gastos de administración del propio Ministerio de Sanidad y Consumo. Pero, además, para que su preocupación, que es también la nuestra, quede reflejada en sus justos términos, le diré que en estos momentos los costes de administración del Insalud son de aproximadamente unos 22.000 millones de pesetas, del Insalud-gestión directa; frente a más de un billón 100.000 millones de pesetas que es el gasto, supone una participación de menos del 2 por ciento de los costes de administración y gestión en el total del coste de la asistencia sanitaria en España. Creemos que es mejorable, pero evidentemente no es en absoluto un mal resultado.

Nos preocupa también muchísimo, como decía antes, el que las mejoras que se produzcan en la asistencia sanitaria repercutan efectivamente en el bienestar de la población y no repercutan estrictamente en el bolsillo de determinados suministradores. Nos parece muy bien que determinados suministradores hagan negocio proporcionando sus servicios o sus productos al Sistema Nacional de Salud, pero queremos estar siempre en una situación de hegemonía que nos permita controlar hasta qué punto existen esos crecimientos, esos crecimientos de costes para el sistema están justificados lo mismo desde el punto de vista de los costes de los suministradores que desde la propia eficiencia del sistema.

Como creo que ya he contestado de alguna manera también, aparte de lo que me había planteado su señoría, a lo que ha indicado el representante del Grupo Mixto, y al representante del Grupo Socialista sólo le puedo decir que creo que compartimos absolutamente las preocupaciones por el futuro del Sistema Nacio-

nal de Salud y la ambición de mejorarlo, terminaría aquí mi intervención, señora Presidenta.

La señora **VICEPRESIDENTE** (Novoa Carcacia): Gracias, señor Secretario General.

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

— **SOBRE MEDIDAS PARA GARANTIZAR QUE LA INTERRUPTCION DEL EMBARAZO SEA REALMENTE UNA PRESTACION SANITARIA DE LA RED PUBLICA. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (IU-IC) (Número de expediente 181/001960)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pasamos al segundo punto del orden del día, preguntas.

Informó a sus señorías que vamos a tramitar este punto en un orden distinto al que figura en el orden del día, en razón de la persona que va a responder a las respectivas preguntas.

Tramitaremos en primer lugar la pregunta que figura como número 1 en el orden del día; las preguntas 2, 3 y 4 han sido retiradas por el señor Hernández Mollar, que es quien las ha formulado. A continuación tramitaremos las preguntas 5 y 6. En cuarto lugar, la número 15. En quinto lugar, la que figura en el orden del día con el número 7, seguida de la número 10. En séptimo lugar, la que figura con el número 9 en el orden del día. A continuación la número 11. La pregunta número 12 quedará pendiente para una sesión posterior al no haber sido comunicada debidamente al Ministerio. La pregunta número 13 será respondida en noveno lugar y la pregunta 14, en décimo lugar. Este trámite tendrá lugar hasta las dos del mediodía y en caso de que alguna pregunta sea imposible contemplarla en este acto, quedará para una sesión posterior.

Pregunta sobre medidas para garantizar que la interrupción del embarazo sea realmente una prestación sanitaria de la red pública, formulada por la señora Maestro.

Su señoría tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: En primer lugar, quiero señalar que, como SS. SS. saben por otras intervenciones, mi preocupación acerca de la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en la red sanitaria pública, se enmarca en otra preocupación más amplia en cuanto a la calidad y la accesibilidad a los métodos de planificación familiar dentro del sistema sanitario público por todas aquellas mujeres que lo deseen.

Como ustedes saben, la Ley Orgánica de despenalización del aborto se aprobó en julio de 1985 y desde entonces ha tenido una evolución desde mi punto de vista preocupante en cuanto a la realización práctica de ese ejercicio. En primer lugar, quiero señalar que

la realización de abortos sobre embarazos conocidos experimenta el mayor crecimiento en las mujeres de más riesgo, es decir, en las mujeres menores de 15 años y en el grupo de edad de 45 a 49 años; que esta actividad, en este momento, se realiza entre un 95 y un 98 por ciento en clínicas privadas y en algunas comunidades autónomas no se realiza en ningún caso, ni en el sistema público ni en el sistema privado, como ustedes conocen, que es el caso de Navarra; que la actividad realizada en los hospitales públicos con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo presenta una tendencia descendente desde el año 1988 y que la objeción de conciencia de los profesionales de la red sanitaria pública es el obstáculo que condiciona la disponibilidad de los recursos.

Las dificultades van en aumento, ya que los escasos profesionales colaboradores ven incrementarse la demanda sin que exista ningún tipo de reconocimiento profesional de su actuación e incluso con problemas dentro del propio centro de trabajo. Datos de la Dirección Provincial del Insalud de Madrid indican que en un porcentaje cada vez superior de la demanda de interrupciones voluntarias del embarazo dentro de lo previsto por la Ley, se deriva hacia clínicas privadas con el consiguiente reintegro de gastos, cuando es evidente que todos los hospitales públicos están acreditados para la realización de este tipo de intervenciones. En este caso, la disminución de interrupciones voluntarias del embarazo en la red pública, correspondiente a los años 1988 y 1989, ha sido del 12 por ciento, y a partir del año 1990 ha sido del 26 por ciento.

La preocupación de mi Grupo acerca de la realización de un derecho que ya se ve en graves dificultades en muchos lugares y que incluso se realiza en situaciones de linchamiento moral hacia los pocos profesionales que no ejercen la objeción de conciencia es el contenido fundamental de la pregunta que hago, entendiendo que la no realización de interrupciones del embarazo en la red pública supone una discriminación de hecho para aquellas mujeres que deseando interrumpir el embarazo se encuentran con dificultades económicas para hacerlo en centros privados.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Para responder a la pregunta, tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): La preocupación por el acceso de las mujeres a la formación y a la información referente no sólo a la interrupción voluntaria del embarazo sino a la contracepción y, en general, a la atención durante todo el período, lo mismo de gestación que si se decidiera a actuar de forma diferente, la compartimos absolutamente. De hecho, en los planes de colaboración y de coordinación de la asistencia sanitaria con todas aquellas comunidades autónomas dependientes del Insalud-gestión directa, con las que

compartimos o tenemos una cierta afinidad ideológica, el establecimiento de centros específicamente dedicados a la atención de la mujer en los centros de atención primaria es uno de los objetivos dominantes y alcanza ya una extensión importante. Algo diferente ocurre en determinadas comunidades en las que no tenemos competencias con respecto a la planificación de la asistencia sanitaria, pero es obvio que nosotros no podemos erigirnos en juez de lo que ocurre en esas comunidades y que es en los propios Parlamentos en donde debe desarrollarse la posible crítica sobre la actuación relacionada con la asistencia primaria.

Yo disiento de S. S., sin embargo, en que el descenso de realización de interrupciones voluntarias del embarazo, cuando es necesario por razones sanitarias, en la red pública se deba exclusivamente a la objeción de conciencia. Yo creo que hay otros muchos fenómenos que coadyuvan a la existencia de una cierta derivación hacia otro tipo de actuaciones, siempre dentro de clínicas que han sido autorizadas por parte del Ministerio para realizar este tipo de operaciones. Está claro que son cada vez más el número de centros privados autorizados a realizar este tipo de prácticas, lo cual quiere decir que tienen la correspondiente dotación de servicios y de efectivos. Por consiguiente, desde nuestro punto de vista, en los casos en los que una interrupción voluntaria del embarazo ha sido prescrita (aunque es difícil utilizar esta palabra), ha sido por lo menos recomendada por parte de un médico de la red pública, repito, en esos casos, exclusivamente en esos casos, es cuando se convierte en un servicio que la red pública debe atender; que debe atender lo mismo desde el punto de vista de que se realice la interrupción en un centro público o que se financie su interrupción en un centro privado. Lo que ocurre es que en la mayoría de los casos no son los médicos de la Seguridad Social los que diagnostican y lo que ocurre también es que no es posible obligar a un médico a que realice una determinada intervención quirúrgica, pero no sólo en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, sino en otros casos cuando no está de acuerdo con la necesidad de esa intervención quirúrgica.

Lo que sí nos preocupa muchísimo —y coincido plenamente con S. S. y es objeto además de una actuación específica por parte de la inspección sanitaria— es que exista la posibilidad de que un médico que alega objeción de conciencia para no hacer interrupciones de embarazo dentro de la red sanitaria pública las realice en una clínica privada. Ese sí que es un tema absolutamente preocupante. La inspección tiene instrucciones de verificar específicamente este tipo de actuaciones y, si se detecta alguna de ellas, no sólo actuaríamos desde el punto de vista administrativo, sino que entendemos que esa actuación es deontológica, ética, moralmente absolutamente condenable y, por consiguiente, actuaríamos en consecuencia.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Secretario General, le agradezco su intervención y confío que las actuaciones irán en la dirección que usted señala. Sin embargo, me permito insistir en que el tema de la objeción de conciencia es fundamental. En este sentido, voy a recordarle datos ofrecidos por una Dirección General de la Mujer, afín ideológicamente, como es la Dirección General de la Mujer de Madrid, las cuales, analizando el fracaso de la prestación pública de la interrupción voluntaria del embarazo, señala como causas fundamentales las siguientes, y leo el enunciado de todas, no me dejo ninguna: Bloqueo sistemático de la aplicación de la legislación vigente, bien sea por cláusula de conciencia o por mero desinterés de los profesionales médicos. Actitud negativa de muchos especialistas de ginecología y obstetricia para facilitar información sobre esa prestación asistencial, a la cual están obligados por la propia razón de ser de su profesión. No puede utilizarse como pretexto, a la hora de facilitar información, razón de conciencia, pues nada tiene que ver ésta con aquélla. Progresivo agotamiento de aquellos profesionales que han colaborado de manera ejemplar en la puesta en práctica de esta prestación sanitaria y han mantenido una actitud positiva superando grandes problemas. Tolerancia administrativa ya desde las direcciones de los propios centros, no facilitando todos los medios necesarios para hacer que la interrupción voluntaria del embarazo sea una prestación sanitaria más para la ciudadanía cuya protección de salud tiene encomendada legalmente.

Quiero decirle, insisto, que la Dirección Provincial del Insalud de Madrid ha derivado un 7 por ciento más en el año 1991 de prestaciones de interrupción voluntaria del embarazo solicitadas dentro de la legislación vigente en la red pública a clínicas privadas. Es un elemento de ineficiencia, porque esos recursos existen dentro de la red pública. Creo que sería necesario invertir la tendencia por parte de la Administración, y en eso creo que toda la responsabilidad está en el Ministerio, de manera que se diversifique la prestación sanitaria dentro de la red pública y no caiga siempre en los mismos profesionales. De alguna manera, dentro de cada área sanitaria, pienso yo que se podría establecer dentro de los concursos públicos que no haya objeción de conciencia, por ejemplo, y sobre todo hay que perseguir, como usted bien dice —y yo estoy absolutamente de acuerdo—, aquellos casos que son un fraude absoluto a la sanidad pública, por cuanto no son ni uno ni dos aquellos profesionales que alegan cláusulas de conciencia para no hacer interrupciones voluntarias del embarazo en la red pública y no tienen ningún problema para hacerlo en las clínicas privadas.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

(Mendioroz Echeverría): Quiero simplemente añadir que la preocupación que compartimos es suficientemente importante como para que en la próxima reunión del Consejo Interterritorial del 14 de diciembre queramos llevar, dentro del orden del día, un informe sobre cuál es la evaluación de las interrupciones voluntarias del embarazo de acuerdo con la legislación en España. Quisiéramos, en la medida de lo posible, hacer algún tipo de recomendación hacia las comunidades autónomas en las que esta situación es de imposible cumplimiento, con el fin de que pongan los medios oportunos para que se reconozca la posibilidad de que pueda haber interrupciones voluntarias del embarazo no penalizables.

— **SOBRE MOTIVOS POR LOS QUE HA DISMINUIDO EL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (G. P) (Número de expediente 181/002021)**

— **SOBRE TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE QUE DEBE OCURRIR EN EL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA PARA QUE EL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO TOME MEDIDAS CON EL FIN DE GARANTIZAR SU SEGURIDAD. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (G. P) (Número de expediente 181/002022)**

— **SOBRE PARECER DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DE LA SUFICIENCIA DEL NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON PARA ATENDER LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LOS CIUDADANOS DE LA MISMA. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (G. P) (Número de expediente 181/002076)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Las preguntas 2, 3 y 4, correspondientes a la ordenación que he expresado a SS. SS. anteriormente, las tramitaremos conjuntamente, una vez que hacen referencia al Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, y a hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Para formular las mismas, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Yo, de acuerdo con la Mesa, planteo estas preguntas de forma global y considero que la Presidencia tendrá benevolencia a la hora de cuantificar el tiempo en las diferentes intervenciones.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Así será, señor Villalón, pero le ruego también por su parte cierta brevedad, porque la petición de esta Presiden-

cia sobre la posibilidad de tramitar las preguntas conjuntamente se hace también buscando una economía de tiempo. Por tanto, podemos hacer compatibles ambas cosas.

El señor **VILLALON RICO**: Muy bien. Muchas gracias, señora Presidenta.

Las dos primeras preguntas, una de las cuales corresponde al Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, y la otra corresponde al Hospital Clínico de Zaragoza, se plantearon hace más de un año, pero por diferentes cuestiones se ha ido aplazando la contestación por parte del Gobierno y se han ido terminando los diferentes períodos de sesiones. Lo curioso del tema es que pasado un año siguen estando en vigencia y de actualidad, porque la situación de estos dos hospitales, desde el punto de vista de la dirección, de la gerencia y de las direcciones médicas de ambos, se caracteriza por la ineficacia y la mala gestión, en general.

Voy a formular, en principio, las dos preguntas iniciales. Respecto al Hospital Miguel Servet es sobre los motivos por los que ha disminuido el personal sanitario del servicio de cuidados intensivos del Hospital Miguel Servet, de Zaragoza. Posteriormente hago referencia, como es lógico, al Hospital Clínico en relación con todos los acontecimientos que han sucedido a lo largo de estos dos últimos años y por eso formulo el texto de esta pregunta sobre el tipo de incidente o accidente que debe ocurrir en el Hospital Clínico de Zaragoza para que el Ministro de Sanidad y Consumo tome medidas con el fin de garantizar su seguridad.

Este sería el núcleo central de las dos intervenciones, y a modo de común denominador o para globalizar la situación sanitaria en Zaragoza, es para lo que formulo la pregunta más recientemente hecha, a lo largo de los últimos meses, planteada al Ministro en concreto. Por cierto, señora Presidenta siento que no esté hoy presente el Ministro porque hay algunas cuestiones que creo que son directamente responsabilidad suya, como los nombramientos de algunos altos directivos en su Ministerio, que hoy plantearé y que seguramente el señor Mendioroz no está capacitado para responder.

La pregunta es sobre el parecer del Ministro de Sanidad y Consumo acerca de la suficiencia del número de camas hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Aragón para atender las necesidades sanitarias de los ciudadanos de esta Comunidad. Tengo que decir que como Diputado he intervenido en diferentes ocasiones, tanto en Comisión como en Pleno, para pedir justificación de algunas cuestiones que se han suscitado en estos hospitales y que nunca se me han dado respuestas concretas. Pero no es lo malo que no se hayan dado respuestas concretas, sino que no se hayan tomado determinaciones puntuales que mejoren la asistencia y la gestión de estos hospitales, en particular de Zaragoza, así como de la gestión sanitaria en general de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Yo atenderé la contestación del señor Mendioroz y, en su momento, le replicaré.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Tiene la palabra el señor Secretario General, para responder al señor Villalón.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): Me permitiré empezar a responder por la última de las cuestiones planteadas, puesto que creo que contribuye a centrar el problema, sin entrar para nada en la contestación a juicios de valor.

El gasto por habitante en la Comunidad Autónoma de Aragón es el más alto de todas aquellas comunidades en las que el Insalud mantiene la gestión directa de la asistencia sanitaria. Fue para el año 1991, en función del presupuesto liquidado, de 68.364 pesetas por habitante y por año, lo que constituye aproximadamente un 12 por ciento más que el promedio del gasto por ciudadano en España. Es, repito, la Comunidad Autónoma que tiene un mayor coste o un mayor gasto por habitante y año, de las comunidades con gestión directa por parte del Insalud. Pero no es sólo eso, tiene también el gasto más importante de los que el Estado financia en las comunidades autónomas que realizan con medios propios la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. En este caso, el gasto por habitante y año en Aragón es sólo inferior a la aportación del Estado al gasto sanitario en Navarra, y es superior a la aportación del Estado al gasto sanitario de la Seguridad Social en Cataluña, en Valencia, en el País Vasco y, por supuesto, en Andalucía y en Galicia.

En cuanto a si el número de camas es o no suficiente, creo que el concepto de suficiencia o insuficiencia, desgraciadamente, responde a criterios poco objetivos desde el punto de vista de la gestión. Lo que sí le puedo contestar es cuál es el número de camas que tiene la Comunidad Autónoma de Aragón. A 31 de diciembre de 1990, y también a 31 de diciembre de 1991, el número total de camas era de 6.454 camas en dicha Comunidad, también muy por encima de la media nacional por habitante. De estas camas, 3.314 son del Sistema Nacional de Salud, del Insalud; 1.199 son de las diputaciones y ayuntamientos; 565 de la Comunidad Autónoma; 972 de otras entidades privadas, sean con fines de lucro o sin fines de lucro, y 404 corresponden al Ministerio de Defensa. Esto nos lleva a que en lo que se refiere exclusivamente al número de camas por habitante del Sistema Nacional de Salud, del Insalud, éste sea de 2,78, del sistema público del Insalud, que sólo es inferior al que tienen las comunidades de Asturias, que tiene un 3,03; Andalucía, que tiene el 2,79, y el País Vasco, que tiene el 2,82. Sin embargo, es muy superior al resto de las comunidades, como Baleares, que tiene un 1,83; Canarias, que tiene un 1,87; o al total nacional que es de 2,17.

Lo que sí tiene Aragón es un claro déficit de camas

privadas en relación con las que tienen otras comunidades autónomas. Tiene aproximadamente un 0,81 camas privadas por habitante, frente al 1,63 que tiene Cantabria; frente al 3,16 que tiene Cataluña; frente al 1,84 que tiene Navarra, o al 2,15 que tiene el País Vasco. Pero como S. S. conoce bien, no entra dentro de nuestras competencias el obligar a la iniciativa privada a realizar inversiones en determinadas comunidades.

Por consiguiente, desde el punto de vista del Ministerio de Sanidad y Consumo, la dotación de camas del Insalud en la Comunidad Autónoma de Aragón se sitúa entre las más favorables dentro de las diferentes comunidades españolas, por lo que, sin entrar a discutir si es un número suficiente o insuficiente, en lo cual entrarían criterios de gestión, como el índice de ocupación, el índice de rotación de los pacientes, la ocupación media, etcétera, que S. S. conoce bien, sin entrar a discutir este tipo de temas, obviamente no constituye una prioridad del Ministerio de Sanidad y Consumo seguir incrementando la oferta de camas del Insalud en Aragón.

Lo que sí nos preocupa mucho es poder coordinar con la Comunidad Autónoma la actuación en este sentido, de tal forma que no se produzcan desviaciones que puedan dar lugar a que se creen nuevos recursos sin que exista efectivamente la necesidad, desde el punto de vista sanitario, de esos nuevos recursos. Es por eso por lo que hemos presentado a la Comunidad Autónoma de Aragón, a la Diputación General de Aragón, un informe sobre la planificación de camas de agudos en Aragón, que ha dado lugar a sucesivas reuniones con la Comunidad, y en estos momentos se está en un período de franca colaboración sobre la posibilidad de acordar cuál es ese diseño futuro de camas de agudos, y lógicamente será ese diseño de camas de agudos, acordado con la Comunidad Autónoma de Aragón, lo que en el futuro regirá las posibilidades de nuevas inversiones del Insalud, del Ministerio de Sanidad y Consumo en esa Comunidad Autónoma.

Con respecto a las dos preguntas concretas que hacía S. S., a la primera, la disminución del personal sanitario del servicio de cuidados intensivos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, tengo que contestarle que, en primer lugar, no hay reducción alguna de personal sanitario en el servicio de cuidados intensivos en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Lo que se ha hecho en ese servicio es proceder a una reordenación de plantillas que ha afectado únicamente a los auxiliares de enfermería, y esto se ha hecho porque se ha abierto una unidad de cuidados intermedios que estimamos es fundamental para la mejora de la asistencia sanitaria dentro del propio hospital.

Hasta esa reorganización de la que hablo, la UVI del Hospital Miguel Servet tenía 44 camas para cuidados intensivos, atendidas por 177 profesionales en su conjunto. Tras la reordenación el hospital cuenta con 52 camas para cuidados intensivos, incluidas las de pediatría en cuidados intensivos, atendidas por 188 profesio-

cionales. Además, para la reorganización de la plantilla de auxiliares de enfermería se han tenido en cuenta los criterios mantenidos por las sociedades científicas respecto al número de enfermeras y auxiliares por cama. Consideramos que la dotación actual es la adecuada y, por supuesto, estimamos que la creación de la unidad de cuidados intermedios, además de descongestionar de alguna manera la UVI, supone una clarísima mejora en la asistencia sanitaria que se realiza dentro del Hospital Miguel Servet.

Con respecto a la pregunta realizada sobre el Hospital Clínico, si me lo permite S. S., le voy a contestar con la realización por parte del Ministerio, también sin entrar en juicios de valor, de los acuerdos que constituyeron la moción aprobada por el Pleno del Congreso, el día 16 de abril de 1991.

La primera moción era la de adoptar las medidas necesarias para que el personal de los servicios de radiología reciba la formación más completa posible sobre conocimientos y riesgos de las técnicas utilizadas. A eso debo decirle que el Insalud tiene, por supuesto, un plan de formación profesional permanente para los trabajadores de las unidades de protección radiológica. Además, ese plan ha sido pionero no sólo en España, con respecto a las instituciones privadas, sino, también, en determinados aspectos, en Europa. Además, en el año 1990 se firmó un convenio con el Ciemat por el cual se realizaron 14 cursos de operadores y supervisores de rayos X y operadores de instalaciones radiactivas, formándose 360 profesionales; que en el año 1991 se realizaron 17 cursos, formándose 560 profesionales, y que en 1992 se han realizado ya 19 cursos, con lo cual se alcanzará a un total de más de 600 profesionales.

Con respecto a la segunda moción, que era disponer todas las medidas necesarias para satisfacer la evolución de los enfermos afectados como consecuencias del accidente, yo creo que ha sido contestada suficientemente por el señor Ministro en sucesivas comparecencias en esta Cámara, y tampoco me voy a extender en ello.

Con respecto a la tercera moción, elaborar el manual de protección radiológica que establezca las garantías de seguridad para los pacientes y personal sanitario que están en relación con los aparatos de radiología y radioterapia, le diré que el manual está ya elaborado. Ha sido informado favorablemente por el Consejo de Seguridad Nuclear y también por las sociedades científicas de este área. Existe ya en forma no de borrador sino de proyecto terminado que está en estos momentos siendo editado, de tal forma que estimamos que, desde luego, la edición estará hecha antes de que termine este año y remitiremos, como es preceptivo, a esta Cámara el correspondiente documento para que pueda ser evaluado por ella.

Con respecto a la culminación de la tramitación de la normativa pendiente de desarrollo para completar el marco legal aplicable a estas instalaciones y tratamientos, el reglamento sobre aprobación y homologación del Instituto de Instalaciones y Equipos, Centros

y Servicios, que desarrolla la disposición final cuarta de la Ley General de Sanidad, hay, como SS. SS. conocen, una sentencia reciente del Tribunal Constitucional relativa a la competencia de las comunidades autónomas en metrología, que ha hecho que fuera necesario revisar el borrador elaborado, adaptando su contenido a dicha sentencia. Esperamos poder remitirlo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la primera reunión que se celebre en el año 1993.

Con respecto al Reglamento sobre instalación y utilización de rayos X con fines de diagnóstico médico les diré que fue publicado por Real Decreto-Ley 1891/91, de 30 de noviembre, y publicado en el «BOE» de 3 de enero de 1992, y el Reglamento sobre protección sanitaria frente a radiaciones ionizantes fue promulgado mediante Decreto 53/92, de 24 de enero, y publicado el 12 de febrero de 1992.

Quisiera, además, señalar algunos elementos adicionales que también han sido respondidos en diversas circunstancias por el Ministro o, en otros foros, por mí mismo. El Insalud está publicando un concurso para la adquisición de un segundo acelerador para el Hospital Clínico de Zaragoza. La decisión de introducir en el hospital un segundo acelerador se ha tomado con el fin básico de no dejar, durante un período largo de tiempo (que se puede valorar de nueve meses y quizá de períodos de hasta un año), a los pacientes que acudían normalmente a ese hospital sin la atención sanitaria correspondiente.

Desde la fecha del incidente al que ha hecho referencia S. S. hasta la actualidad han sido tratados más de 900 enfermos en el hospital, con un promedio de actuaciones de más de 20 por enfermo, es decir, de unas 20.000 actuaciones, sin que se haya producido —no afortunadamente, sino porque las medidas de seguridad que allí se han tomado y porque la preparación del personal es suficiente— ningún tipo de incidente en la utilización del acelerador.

A pesar de ello, repito, porque la demanda en parte lo pide y porque fundamentalmente no queremos que cuando se desmantele el actual acelerador se quede sin servicio la Comunidad Autónoma de Aragón, estamos procediendo a la publicación de los concursos para la realización de las obras de acondicionamiento en «bunkers» del actual patio del hospital, la modificación de las estructuras necesarias dentro del hospital para que se realicen estas adaptaciones y la adquisición e instalación de un segundo acelerador.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señor Villalón, tiene usted la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Con permiso de la Presidencia voy a empezar a replicar en relación con el tema del Hospital Clínico de Zaragoza. Mire, señor Mendioroz, yo le he preguntado qué tipo de accidente o incidente tiene que suceder en el Hospital Clínico para que ustedes tomen medidas para salvaguardar la se-

guridad de los ciudadanos, tanto de los trabajadores como de los pacientes allí ingresados. Pero no me he referido en exclusiva al famoso accidente del acelerador. Tengo que decirle que en dos años ha habido cuatro cosas muy graves en ese hospital: Lo del acelerador, a lo que usted se ha referido en exclusiva; a continuación, en el verano de 1991, intoxicación alimentaria de ingresados en ese hospital; en noviembre de 1991, rotura de calderas de la calefacción, con grave peligro para los que allí estaban presentes; y ya más recientemente, en este año, la denuncia de las graves deficiencias en el servicio de cocina de este hospital por los trabajadores que prestan allí sus servicios, los cuales dicen que los pasillos son estrechos, que los carros no están incorporados a los nuevos métodos para guardar las comidas, que hay escapes de vapor, que hay fugas de agua. Es decir, que yo me he remitido a los diferentes accidentes que han aparecido en este hospital, no solamente a uno, pues a pesar de toda su gravedad y con ser un hito en la seguridad de los hospitales lo que allí pasó, hay que referirse a diferentes aspectos.

Por lo tanto, le tengo que decir que ustedes no han tomado las medidas. No han tomado las medidas porque para salvaguardar la seguridad de ese hospital hay que cambiar totalmente el equipo directivo de ese hospital, que son los peligrosos, porque no están gestionando realmente como se debe gestionar un hospital y pasan continuamente cosas que ponen los pelos de punta.

A eso es a lo que me refería yo, y es penoso que ahora usted se haya referido en exclusiva al accidente del acelerador lineal, que haya hablado del «bunker»; es penoso que cuando se han cumplido justo dos años de aquel accidente ustedes nos vengán diciendo que va a salir el concurso (concurso que ya salió en su momento y que se anuló), concurso que, por lo que yo sé, no ha salido de nuevo por el momento; es penoso que nos digan que van a hacer un «bunker» para establecer allí el acelerador lineal después de dos años y que, para colmo de males, se siga utilizando el aparato que originó aquel accidente. Esas son cosas tan graves que me parece que ustedes deberían tomar otras medidas, pero no medidas de cara a la galería, sino medidas de eficacia, fundamentalmente a la hora de establecer los criterios para seleccionar los gerentes de los hospitales, los directores médicos, los directores de enfermería.

Y mientras en el Ministerio, que es una de las pocas líneas que no han cambiado porque en otros temas han tenido ustedes muchos cambios, a la hora de estructurar los gerentes o los responsables de los diferentes hospitales, la seguridad de estos centros la mantienen en mínimos y la seguridad del Hospital Clínico de Zaragoza, como se ve casi a diario, sigue igual.

A continuación voy a pasar a intervenir sobre la pregunta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Miguel Servet. Las denuncias desde diferentes sectores sanitarios, ya sean colegios de médicos o de los profesionales que allí prestan sus servicios, son con-

tinuas también desde hace más de un año, desde el año 1991, cuando la Unidad de Cuidados Intensivos de lo que se denomina Hospital General, tenía dos subunidades, la Unidad de Coronaria y lo que se denomina Unidad Polivalente.

Desde la jefatura del Servicio de Intensivos se remitieron en diferentes ocasiones varios escritos a la gerencia del hospital para decir que los profesionales que allí había (y hablando de profesionales hay que referirse, lógicamente, a médicos, ATS, y auxiliares de enfermería) estaban sobrecargados; que habitualmente las camas estaban al cien por cien y que, en circunstancias especiales, como pudiera ser algún accidente o cualquier otra cuestión (como pasó a principios de este año, que hubo un grave incendio en Zaragoza), esa unidad estaba al cien por cien y, por tanto, no había posibilidad de atender a los ciudadanos. A pesar de todas estas indicaciones por parte de los profesionales, la gerencia no toma ninguna determinación para solucionar estos temas. Y ahora, para su información, que no sé si lo conocerá (yo me imagino que es posible que sí lo conozca, pero por si acaso), le voy a leer un par de notas establecidas entre la jefatura de estos servicios y la gerencia del hospital.

El 29 de octubre de 1991, el Servicio de Intensivos remite una nota al gerente del hospital diciendo que faltan respiradores, que son unos instrumentos necesarios para atender a los pacientes allí ingresados. A continuación, pasados unos diez días, contesta el gerente y dice que eso es responsabilidad del jefe del servicio, que es el que desarrolla los términos en que debe funcionar ese área. (El señor Presidente ocupa la Presidencia.) Vuelven a replicar desde el Servicio al gerente diciéndole que toda la unidad, con todos los médicos allí establecidos, creen que las condiciones de trabajo están en precariedad.

¿Cuál es la determinación que toma el gerente del Hospital Miguel Servet? La determinación que toma es crear lo que se denomina Cuidados Intermedios, seguramente un hito a la hora de lo que es la actividad de intensivos, no conocido hasta entonces, y lo único que hace es utilizar ocho camas en una sala adjunta y, con el mismo personal que hay en el Servicio de Cuidados Intensivos, prestar servicios en una situación que se denomina desde la gerencia como pre-alta. Se indica que para aumentar la capacidad de trabajo del servicio allí establecido se contratará un nuevo médico especialista en intensivos y que un médico de los que está en la unidad del Hospital Infantil, en el Servicio de Intensivos, se trasladará al Hospital General. Posteriormente, vuelven a remitirse diferentes notas entre el Servicio de Intensivos y la gerencia, y ahora resulta que, después de haber dicho el gerente del hospital, en relación a los respiradores, que era el jefe del servicio el que debía establecer las normas de actuación, nos sorprende con una nota de fecha 5 de diciembre de 1991, en este caso firmada por la directora médica, la doctora Revillo, donde se establecen las prioridades a la hora de actuar en esa unidad.

Me sorprende que cuando se reclaman unos respiradores para esa unidad se remita el tema al jefe del servicio y, justamente, a la hora de actuar en prioridades asistenciales, parece ser que la directora médica tiene más conocimientos que el jefe del Servicio de Intensivos, cuestiones realmente paradójicas en todos estos asuntos.

Eso ha seguido así hasta principios de este año y lo hemos visto en diferentes medios de prensa. Ha habido denuncias por parte de los médicos, por parte de los sindicatos sanitarios, por parte del Colegio de Médicos, y se ha establecido más o menos la siguiente relación: faltan camas, falta aparataje, faltan médicos y otro personal sanitario, y la rotación de médicos va en contra de la calidad asistencial, que era otra de las medidas que desde la gerencia se había establecido.

Como dato curioso, señoras y señores Diputados —por lo menos a mí me sorprendió—, hay que decir que hace poco, en una revista de temas sanitarios, uno de los hospitales que se planteaba a nivel nacional como hospital del año era el Hospital Miguel Servet. Cuando resulta que hay deficiencias de toda clase, nosotros nos preguntamos cómo puede ser el Hospital Miguel Servet uno de los candidatos a hospital del año. ¿Qué quiere decir, que los demás hospitales, exceptuando esos tres o cuatro que figuran como candidatos, están peor? Pues es para decir: Virgencita, que me quede como estoy.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Ya termino, señor Presidente.

Abreviando porque, lógicamente, dejo cosas en el tintero, en cuanto al número de camas hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Aragón, voy a contestar fundamentalmente (olvidándome de las cosas que tenía preparadas) a lo que ha dicho el señor Mendioroz. Si usted me dice que el gasto en sanidad en Aragón es de los más altos y está muy por encima de la media, quiere decir que la gestión es malísima, porque si resulta que el gasto es muy alto, que se está invirtiendo mucho dinero en recursos sanitarios y estamos al 80 y al 85 por ciento en saturación de camas hospitalarias, eso realmente es preocupante, y por ello, en relación con este tema, le decía que me hubiera gustado que viniera el Ministro de Sanidad a contestar a estas preguntas, porque me imagino que será el responsable de haber nombrado al anterior Director Territorial del Insalud de Aragón, Secretario General del Insalud. Es decir, después de toda la relación de cosas que han ocurrido en Aragón —fundamentalmente lo que hemos comentado del Hospital Clínico de Zaragoza—, de la mala gestión en el Hospital Miguel Servet, de la saturación en el Hospital San Jorge, de Huesca, de la mala situación del Hospital Obispo Polanco, de Teruel, curiosamente, a ese señor, que parece que es un irresponsable, ustedes le premian, mejor dicho, porque me

imagino que usted no tendrá nada que ver en este asunto, el Ministro le premia y le eleva de categoría. Yo creo que a partir de ahora el Insalud irá a peor, lógicamente, porque con personas con esas formas de actuar hay que decir que la gestión es mala.

Le voy a remitir además a unas declaraciones del señor Larraz, Director Territorial en su momento, que decía: La ordenación de recursos, mayor problema de la sanidad en Aragón. La ordenación de recursos, fundamentalmente, y eso me da la razón a la hora de establecer lo que usted me comentaba del gasto y utilización de las diferentes camas o de los diferentes servicios sanitarios.

Tengo que decirle, lógicamente, que cuando yo hablo de camas me refiero al servicio público sanitario, no estoy hablando del sistema privado, que es una de las cuestiones de las que, aunque debe ocuparse el Ministerio, ahora no nos ocupa a nosotros.

Pero tango que decirle que, además, sería necesario (y parece ser que usted lo ha dicho) que se entrara en relación con la comunidad autónoma a la hora de la reordenación de recursos. Y por lo que hemos visto en diferentes medios de prensa...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, no es una interpelación.

El señor **VILLALON RICO**: No me he controlado el tiempo, señor Presidente, pero ya termino.

El señor **PRESIDENTE**: Llevo ya diez minutos aquí...

El señor **VILLALON RICO**: Ya termino, para tranquilidad del señor Presidente.

Tengo que decirle que, en relación con la apertura del Hospital Royo Villanova, que es competencia de la Comunidad Autónoma (y eso lo conoce usted perfectamente, porque ha sido el que se ha desplazado a Zaragoza a debatir esos temas), ha habido dimes y diretes. Han dicho que no es necesario utilizar ese hospital, que los recursos son suficientes, que el gasto iba a saturarse. Posteriormente, nos dicen que sí, que van a establecer un concierto.

Nosotros nos preguntamos con qué carta nos quedamos, porque se ha cerrado el servicio de trasplante de médula ósea, el servicio de fecundación «in vitro»... Todos esos son servicios que lógicamente tendrían unas camas para sus prestaciones sanitarias. ¿Por qué esos servicios resulta que ahora no se utilizan en otras áreas? ¿Por qué resulta que en el Hospital Clínico se siguen demandando camas psiquiátricas, y ayer estuvo en esta Cámara el Defensor del Pueblo y planteó la necesidad de camas psiquiátricas, fundamentalmente para agudos, en la red hospitalaria del Insalud?

Todas esas cuestiones ustedes no las resuelven, y yo creo que se deben olvidar ya de las buenas palabras y empezar a gestionar. Porque, dentro del respeto que en estos momentos tenemos lógicamente a la nueva dirección del Ministerio, creemos que el problema es que

los gestores que tienen ustedes en capas intermedias del Ministerio y del Insalud, y fundamentalmente en las diferentes delegaciones provinciales, es que son personas muy ineficaces, que no conocen cómo se dan soluciones a los problemas sanitarios de nuestra sociedad.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): Para empezar mi contestación, como yo soy de la opinión de que cada palo debe aguantar su vela, le comunico para su conocimiento que la propuesta de nombramiento de Alberto Larraz, como nuevo Secretario General del Insalud, es mía.

En segundo lugar, con respecto a la calidad o no calidad de los gerentes que en estos momentos ocupan la red pública del Insalud, yo me abstendría de hacer juicios de valor. Simplemente le recordaría lo que ha ocurrido en una comunidad autónoma que, al recibir las transferencias, procedió al cambio sistemático de los gerentes o de los directores provinciales que entonces existían, y que poco a poco han venido siendo todos ellos repuestos en su sitio.

Con respecto a lo que a usted tanto le asombra de que el Hospital Miguel Servet sea considerado uno de los mejores gestionados, es obvio que lo ha seleccionado una revista que no recibe una sola peseta del Miguel Servet, que tiene además evidentes connotaciones de actividad privada, lo cual quiere decir que, por lo menos, hay dos criterios diferentes con respecto a la eficacia o ineficacia de la gestión que allí se realiza.

De todo lo que ha dicho, señoría, y no pretendo entrar a discutir sobre la calidad de la comida de un determinado hospital, lo que sí me preocupa es que podría deducirse una cierta asignación de responsabilidad en lo que ocurrió en el Hospital Clínico de Zaragoza con respecto a determinadas personas. Como S. S. conoce bien, el asunto está «sub iudice» y creo que hasta el momento en que se produzcan las correspondientes sentencias es por lo menos prematuro —perdóneme, señoría— el asignar responsabilidades.

Nosotros estamos convencidos de que la actuación general del personal del Insalud, desde las enfermeras a los físicos y desde el jefe del servicio al gerente del hospital, fue impecable en el momento y posteriormente. Así, por supuesto, es como vamos a defender a todo el personal del Hospital Clínico cuando se produzca el correspondiente juicio y esperamos poder aportar pruebas suficientes de que eso fue así. Hasta entonces, señoría, me permitirá que no siga discutiendo ese tema.

Con respecto a la asignación de camas públicas, ya le he dicho que la Comunidad de Aragón es la que tiene una mayor dotación y un mayor gasto. Yo no creo que eso se deba, en absoluto, a una peor gestión, sino simplemente a que se dan determinadas prestaciones o quizá a la estructura poblacional, pero en cualquier

caso esa es también la situación real y, como lo es, yo creo que existen amplias posibilidades de llegar a un consenso con la propia Comunidad Autónoma sobre el diseño futuro de camas de agudos en Aragón, diseño que nunca ha sido puesto en cuestión por la actuación del Insalud o del Ministerio, sino que ha podido ser puesto en cuestión, en principio, por actuaciones que determinadas otras administraciones con responsabilidad en la materia, quizá no demasiado integradas dentro de un plan general. Precisamente porque en la Comunidad de Aragón, como en otras muchas, la responsabilidad de la asistencia sanitaria es compartida, es por lo que creemos absolutamente necesario llegar a un consenso, llegar a unos acuerdos, llegar a un plan —digamos— consensuado entre las diferentes administraciones autónomas y la propia Administración central para el desarrollo del futuro sistema sanitario.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, la pregunta número 2.071, que hace referencia a la advertencia por el Instituto Nacional de Salud a los farmacéuticos de que no abonarán las recetas médicas, ¿la van a mantener o la retiran?

El señor **VILLALON RICO**: Está retirada, señor Presidente.

— **SOBRE MEDIOS MATERIALES Y HUMANOS CON QUE CUENTA EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA PONER EN PRACTICA EL NUEVO HORARIO DE LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GRUPO POPULAR) (Número de expediente 181/002023)**

El señor **PRESIDENTE**: La siguiente pregunta es sobre medios materiales y humanos con que cuenta el Ministerio de Sanidad y Consumo para poner en práctica el nuevo horario de los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), formulada por el señor Villalón, pero que tengo entendido que va a ser planteada por el señor Pizarro, quien tiene la palabra.

El señor **PIZARRO NAVARRETE**: A principios de año, cuando el actual Ministro de Sanidad, señor Griñán, acababa de tomar posesión, él mismo hacía una declaración sobre la modificación de los horarios de todos los facultativos, a fin de que la jornada laboral ordinaria de los centros asistenciales concluyera a las veinte horas y, a partir de ahí, se iniciase un turno de guardia-urgencias. Se establecen contactos con las centrales sindicales sobre dichos horarios e incentivos y se aprueba en un Consejo de Ministros esta reforma de los horarios, en mayo de este mismo año.

El Director General del Insalud reconoció antes del verano, en rueda de prensa, que dicho organismo no

tiene constancia oficial de que ningún médico se haya acogido a la nueva fórmula de esta jornada. Por eso hacemos esta pregunta sobre con qué medios materiales y humanos cuenta el Ministerio de Sanidad y Consumo para poner en práctica el nuevo horario de los hospitales del Instituto Nacional de la Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendiator Echeverría): Como S. S. conoce, el acuerdo de 22 de febrero de 1992, publicado en el «BOE», de fecha 3 de julio de 1992, introducía la posibilidad de una determinada prolongación de jornada. Por consiguiente, no hay ningún reglamento o decreto, ninguna orden o resolución que establezca una nueva jornada dentro de los hospitales del Insalud. Lo que hay es un acuerdo pactado con las organizaciones sindicales para la puesta en marcha progresiva, si es que es posible, de una modificación de la jornada. Desde el principio está claro en los acuerdos que la posibilidad de hacer ese nuevo establecimiento de jornada es voluntaria por parte de los médicos, que se realizará por cada uno de los centros de forma individualizada en función de las necesidades de la demanda y de las posibilidades de satisfacerla, y se establecen sobre todo, como carácter absolutamente fundamental de esa posible reforma, dos subapartados: uno, que debe ser voluntaria y pactada por los correspondientes servicios, y dos, que se atenderá a ese posible incremento sin que suponga ni incrementos de coste, mediante la reasignación de los complementos de productividad existentes, y sin que se produzcan tampoco incrementos de personal, porque no es ése el objetivo, sino conseguir una mayor racionalización de la utilización de las plantillas. Lo que es cierto en estos momentos es que no hemos conseguido la participación de los médicos en ese proyecto, que consideramos interesante, y que trataremos de seguir impulsando.

Lo que queda claro también es que ese proyecto, si sale adelante, exige que obviamente sean primero los médicos los que pongan en funcionamiento ese sistema y, posteriormente, iría el resto del personal sanitario, porque lo que no es posible es poner en funcionamiento un servicio por la tarde sin que existan las enfermeras o los celadores precisos, ni es posible tampoco poner en funcionamiento a un médico dentro de un determinado servicio, sin acordarlo de alguna manera dentro del propio servicio.

Por consiguiente, estimamos que sería positivo el que pudieran, en determinados hospitales, establecerse jornadas de mañana y de tarde. Sería una mejora de la asistencia sanitaria, aunque también el procedimiento tradicional de guardias y de estancias permite cubrir la asistencia sanitaria que se da en los hospitales, pero estimamos que se podría hacer mejor de la otra forma, que quizá podría llevar a una mejor utilización

de quirófanos, etcétera. Claramente, como se establece en los acuerdos, estimamos que ésa es la forma de cooperar con los propios médicos y con el propio personal sanitario y que debe hacerse previo acuerdo individualizado con quienes tendrían que realizar este tipo de jornada.

No renunciamos a que eso se pueda hacer y, a lo largo de 1993, trataremos de ir introduciendo en determinados servicios esta jornada, siempre —repito— con el previo acuerdo de los profesionales.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Pizarro, por cinco minutos.

El señor **PIZARRO NAVARRETE**: Señor Secretario, a nosotros nos llamó la atención que estos acuerdos a que llegaron con los sindicatos se rompen a partir del momento en que el CESH no es partidario de estos horarios y se siguen las conversaciones con los demás sindicatos, sin la participación de la CESIF y del CESH que están en desacuerdo con el tipo de horario que se quiere introducir.

Si bien es voluntario, efectivamente sabemos la voluntariedad que normalmente suele darse en estos casos. Primero empieza por la voluntad y después se fuerza un poco, quizá con los incrementos de salarios, para que el médico, normalmente bajo en sueldo, se introduzca en ese apartado de los nuevos horarios. Nosotros pensamos que con eso no se beneficia para nada el trabajo del personal médico en un servicio hospitalario, entendiéndolo por tal equipo de salud la integración de las funciones y tareas que desarrollen diferentes personas a través de un programa planificado que persigue objetivos concretos.

La metodología para el desarrollo de esta programación se rompe con los horarios partidos y si bien en grandes hospitales es posible que se llegase quizá a conseguir un mayor rendimiento de los quirófanos, puesto que las listas de espera normalmente se producen por enfermedades o procesos quirúrgicos y quizá la razón para ello sería que fuesen médicos quirúrgicos los que hicieran la jornada partida la mayor parte de las veces, se rompería algo que es fundamental en la medicina, una cosa que ya está bastante deteriorada y que quizá, desde nuestro punto de vista, sería aún peor: se llegaría a deshumanizar la medicina más aún de lo que está en la actualidad. El contacto médico-enfermo posiblemente se perdería todavía más, porque si bien en grandes hospitales se podrían hacer esos turnos del 50-20-30, que era más o menos el estudio que había de jornada de mañana, tarde y guardias, en los pequeños hospitales, los comarcales, aquellos sobre todo que tienen unas plantillas de servicios quirúrgicos de ocho o diez especialistas, ¿cómo íbamos a hacer los 50-20-30? ¿Qué porcentaje se podrían utilizar? Sería imposible, puesto que no habría ni para atender las urgencias ni para atender las consultas de revisiones hospitalarias. Nosotros creemos que ahí se pensó únicamente en gran-

des hospitales y se dejó, como siempre, al hospital pequeño desatendido.

Se dice que no va a haber aumento de plantillas, y nosotros lo que pensamos es que, posiblemente, lo que habría que hacer es reorganizar las existentes, porque hay grandes hospitales con exceso de plantillas y, en cambio, pequeños hospitales que no tienen especialistas y son hipofuncionantes en el aspecto quirúrgico y en el médico también.

En nuestra opinión, con esos horarios partidos se llegaría incluso a plantear el caso de que enfermos que ingresaran por urgencias los viese y los tratase por primera vez un médico especialista y, con mucha suerte, hasta después de cuatro días no volvería a verlo el mismo que lo ingresó y le hizo la historia clínica, puesto que se rompe toda la estructura. Las sesiones clínicas sólo podrían ser atendidas por una parte de esa plantilla, puesto que el resto tendría otras jornadas que no coincidirían nunca, o tendrían que llevarse a cabo sesiones distintas de mañana y tarde.

Por todo ello, nosotros pensamos que para establecer este tipo de horarios quizá con quien tendrían que haberse efectuado los contactos más importantes, o al menos para intentar llegar a acuerdos, es con la organización médica colegial, que es posible que pudiese coordinar a los médicos. Médicos que son fundamentales en este planteamiento, porque ¿de qué sirve que funcionen los quirófanos si no existen médicos? Las plantillas de ATS, de auxiliares y de celadores, y el resto de personal también, tendría que aumentarse porque a nosotros nos llama la atención que con las mismas plantillas pueda llevarse a cabo todo lo que ustedes pensaban que se podría hacer. La razón fundamental por la que vemos que esto no resulta muy viable es que estamos a finales de año y no conozco ningún hospital que haya adoptado ese tipo de plantillas.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendioroz Echeverría): Señoría, yo creo que compartimos plenamente por lo menos tres de las preocupaciones a las que ha hecho mención. Compartimos plenamente la preocupación de que determinados grandes hospitales puedan estar sobrados de personal y que en otros pequeños hospitales u hospitales comarcales ocurra lo contrario. Precisamente por ello, el criterio fundamental que se va a seguir para la salida a concurso de las 8.400 plazas durante el año 1993 va a ser el de incentivar una cierta movilidad geográfica para trasladar personal, básicamente médico y también del resto de las profesiones sanitarias, de aquellos hospitales donde están mal utilizados a aquellos otros donde puedan ser utilizados mejor.

Compartimos también la preocupación porque sea la unidad de servicio la que mantenga una unidad funcional en la actividad hospitalaria y, por consiguiente,

ésa es la razón básica por la que, como antes decía, el criterio fundamental, que no va a ser variado en absoluto para la implantación posible de esta alternativa, es que se haga con el acuerdo de los profesionales del servicio, de tal forma que se pueda proceder a una cierta autoordenación, dando una mayor responsabilidad al jefe de servicio y a los profesionales que trabajan en el mismo sobre sí, desde un punto de vista interno, tanto para la asistencia sanitaria como para su propia conveniencia, es más favorable la jornada partida o la jornada no partida. Y, desde luego, debe quedar claro que son los profesionales médicos los que van a decidir, en ese sentido, si es posible o no abrir determinados servicios. Es decir, no se van a asignar turnos de tarde para enfermería o para celadores, o no se van a abrir quirófanos si no hay profesionales que vayan a trabajar.

Decía también que nos preocupa mucho el hecho de que esta potencial reforma no haya sido entendida por los profesionales de la medicina. Quizá la forma en que se realizaron los acuerdos o cómo se llegó a la negociación de esos acuerdos pudo influir en ello, aunque nosotros estimamos que la causa de la retirada de la CESM no es sólo ésta, sino que hubo otras, y creemos que podremos alcanzar el acuerdo de que por lo menos en determinados hospitales, como muy bien decía S. S., podría ser favorable, desde el punto de vista de la gestión y de la atención sanitaria, que se abrieran determinados servicios por la tarde. Queremos seguir discutiendo con los profesionales implicados, queremos seguir discutiendo con los servicios y queremos seguir discutiendo con las organizaciones profesionales para lograr que algunas de estas modificaciones de horario puedan producirse a lo largo de 1993.

También creemos que, lógicamente, el personal estatutario, al igual que todos los funcionarios —yo lo soy— tenemos bastante reticencia a entrar en esquemas nuevos de trabajo, porque pensamos que más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer. Pensamos que si consiguiéramos romper esa inercia a lo largo del año en algún centro podríamos extenderlo más fácilmente, y también, por supuesto, nos reservamos el derecho de utilizar una parte de los complementos de productividad para poder primar lo que entendemos que debe ser una actuación favorable para los enfermos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Secretario General de Planificación. Agradecemos su presencia, puesto que las preguntas que usted iba a contestar están tramitadas correctamente.

— **SOBRE FECHA EN QUE SE CREEA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON UNA UNIDAD DE DOCENCIA PARA IMPARTIR A LOS AYUDANTES TECNICO-SANITARIOS (ATS) LA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. FORMULADA POR EL SEÑOR SENAO GOMEZ (G. P) (Número de expediente 181/002040)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, el Secretario General de Salud, don Marcos Peña, continuará la tramitación de las preguntas del orden del día. Bienvenido a la Comisión.

Pregunta sobre fecha en que se creará en la Comunidad Autónoma de Aragón una unidad de docencia para impartir a los ayudantes técnico-sanitarios (ATS) la especialidad en obstetricia y ginecología, formulada por el señor Senao Gómez, que tiene la palabra por un tiempo de diez minutos.

El señor **SENAO GOMEZ**: Señor Secretario General de Sanidad, don Marcos Peña, los estudios para la obtención de la titulación de matrona-comadrona constan de una primera etapa con una duración de tres años, donde se obtiene el título de diplomado en enfermería, y una segunda etapa de dos años más para obtener el título de obstétrico-ginecológico.

En la Comunidad Económica Europea la especialidad de matrona tiene ya unas directivas propias, la 80/154 y la 80/155. Por ello, el establecimiento de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matronas) y su total desarrollo debería estar ya a pleno rendimiento en el actual curso académico de 1992/1993.

El Ministerio acredita unidades docentes que imparten la formación de enfermería obstétrico-ginecológica en Madrid, Canarias, Albacete y Valladolid, todas ellas dependientes del Insalud, además de las que se acreditan o puedan acreditarse en el territorio transferido. Es por ello por lo que le formulo la pregunta siguiente: ¿En qué fecha exacta se creará en la Comunidad Autónoma de Aragón una unidad de docencia para impartir a los ATS la especialidad en obstetricia y ginecología?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, por diez minutos, el señor Secretario General de Salud.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Señor Senao, lamento no poder contestar con tanta precisión, porque es competencia que se me escapa. Voy a intentar sintetizar cuáles son las competencias del Ministerio en esta materia. Es el receptor de la solicitud de acreditación formulada por las entidades titulares de las unidades docentes; es decir, recibimos esa petición. Una vez recibida, el Ministerio debe convocar al Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería o, en su defecto, al Comité Asesor, para que ellos emitan el informe pertinente. Una vez recibido por nosotros este informe, lo remitimos, con la propuesta de acreditación, a la Dirección General de Enseñanza Superior del Ministerio de Educación y Ciencia. No hemos recibido todavía esa solicitud, pero ello no empece para asegurarle que en el ánimo del Ministerio está constituir esta unidad en Aragón y, si no es en este curso, haremos lo posible para promover esta solicitud y que sea en el curso siguiente.

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

El señor **SENAO GOMEZ**: Gracias, señor Secretario General. Evidentemente, debe de haber un fallo en la información, puesto que sí existe esa petición. Existe una petición desde la propia Diputación General de Aragón, que ha entendido que la consecución de esta unidad docente es un tema de suma importancia para Aragón; cuenta, además, con la aprobación de la propia Dirección Territorial de Insalud y de la Universidad de Zaragoza. Por lo tanto, estos son hechos y datos que deben de constar en su Ministerio; en cualquier caso, el propio Ministro debe conocerlos.

Nosotros lo que pedimos y queremos resaltar es que en la antigua escuela de Zaragoza hay una tradición en esta materia, y que la última promoción se desarrolló en 1976, tras una experiencia docente de más de dieciocho años.

Hemos de recordar que, además, las plazas de matronas de que dispone la Comunidad Autónoma de Aragón asciende al número de 243, de las cuales únicamente están cubiertas 126 y quedan vacantes 117 en estos momentos, resaltando la circunstancia importante de que, de estas 117 plazas vacantes, el 99 por ciento corresponde a zonas rurales, lo que viene a demostrar, una vez más, ese afán por parte del Gobierno de lavar la cara más o menos en zonas donde la representatividad o donde la propagación de la noticia puede ser más importante, como pueden ser las propias capitales de provincia, abandonando de nuevo las zonas rurales, que están tan necesitadas de la asistencia sanitaria como lo pueden estar las capitales de provincia.

Es de destacar que, en este tema como en otros muchos más, de nuevo vuelven a aparecer las zonas rurales como las más separadas o marginadas de esa posibilidad igualatoria que debemos tener todos los españoles. Las pesetas son pesetas lo mismo en el último pueblo de una provincia que en la más importante capital, y los costes son exactamente iguales para un sitio que para otro. No entendemos por qué, de estas vacantes, curiosamente —insisto— ese 99 por ciento está centrado en las zonas rurales.

También le diré, señor Secretario General, que, de estas vacantes, un 70 por ciento están cubiertas en plazas acumuladas a ATS, sin la preparación específica, y esto vuelve a indicar, de nuevo —y permítaseme la expresión, señor Presidente—, que quizás se estuviese tratando de aplicar la experiencia de los conejos de Indias en zonas normalmente deprimidas por la atención directa del Gobierno.

Agradezco mucho sus palabras, señor Secretario General, en el sentido de ese interés que usted manifiesta hoy aquí, aunque no se compromete a dar todavía una fecha exacta de cuándo podrá ponerse en marcha esta unidad de docencia en Aragón. De todas formas, tomo nota de sus palabras. Daría usted una satisfacción a la Comunidad Autónoma de Aragón adelantando

o ciñéndose a unos compromisos más claros y concretos en cuanto a la fecha exacta en que esta unidad de docencia, que es algo de vital importancia para desarrollar en Aragón una materia tan importante como pueda ser la especialidad de matronas, se va a poner en marcha, para así tener la tranquilidad de que esas previsiones que el Gobierno se plantea en estos momentos se van a cumplir en el futuro.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Insisto y admito que puede ser por ignorancia que no consta, o al menos no conozco que conste, la petición. Repito el ofrecimiento y adelanto que se le comunicará inmediatamente que este dato obre en mi poder.

— **SOBRE ELABORACION POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL CENSO DE MEDICOS ESPECIALISTAS. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GRUPO POPULAR) (Número de expediente 181/002072)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre elaboración por el Ministerio de Sanidad y Consumo del censo de médicos especialistas, formulada por el señor Villalón y que va a ser planteada y defendida por el señor Pizarro.

Tiene la palabra el señor Pizarro.

El señor **PIZARRO NAVARRETE**: El Ministro de Sanidad, antes del verano, indicó que a finales de año estaría elaborado un estudio sobre el censo de especialistas en España, lo que permitiría programar los planes de especializaciones de acuerdo con las necesidades reales de los profesionales.

Esta es la razón por la cual nosotros le preguntamos si se ha elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo el censo de médicos especialistas, dado que no hace mucho tiempo, en el mes de septiembre, usted mismo hacía unas declaraciones diciendo que la nueva Dirección General de Ordenación Profesional, entre otras cuestiones llevaría a cabo el crear un registro de profesiones y un marco estable para su desarrollo. Esta es la razón por la que preguntamos si ya se ha hecho esta lista, si está elaborada.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Le agradezco la pregunta, señor Pizarro, ya que permite que seamos conscientes de la importancia de la elaboración del censo.

Este tema combina importancia con complejidad,

con dificultad. El estudio está realizado, pero yo me permitiría ahora apuntar las dificultades y la dispersión de datos existentes en nuestro país. Puede que ayude a comprender la dificultad afirmar que solamente dos países en Europa cuentan con un registro, pero no importa, nosotros iremos a un registro. Simplemente le voy a apuntar una serie de datos para que seamos conscientes de la cantidad de registros que tenemos en nuestro país, muchos de ellos todavía no del todo depurados, aunque estamos en trámite de conseguir esta depuración y un registro único.

Tenemos el registro fundamental, el de especialistas en formación, situado en el Ministerio. Este registro recoge toda la información sobre los licenciados que han accedido a la formación médica especializada, regulada por el decreto de 1984, y contiene información de todos los profesionales que han accedido a este sistema de especialización desde 1979. Desde entonces ese plazo está bien informado.

Aparte de esto, tenemos el registro de médicos especialistas, que está situado en el Ministerio de Educación y Ciencia y que recoge información sobre los títulos de especialistas expedidos desde 1955, que está en trámite de depuración. Puede ser, y de hecho es, que varios especialistas cuenten con distintas especialidades, lo que, evidentemente, dificulta bastante la planificación de recursos y la adecuación de los mismos a las necesidades de nuestro país.

Aparte de este registro tenemos otro, el registro de licenciados en medicina, situado también en el Ministerio de Educación y Ciencia, y dos más, los registros de la Dirección General del Insalud, que son los que manejamos para adecuar nuestros recursos a las necesidades que la sociedad exige, orientados fundamentalmente hacia la gestión, como proveedor de recursos que es el Insalud. Por último, los colegios profesionales también tienen sus registros, y aquí estamos colaborando con la organización médica colegial en un registro que tiene en curso.

Toda esta información está en proceso de centralización para hacer un registro que sirva a nuestros intereses. Repito que el asunto es más complejo de lo que pudiera pensarse en principio, porque se puede decir ¿cómo esta gente no tiene un registro de los médicos que hay en España? Repito que no es tan sencillo, aunque estamos en trámite y con decidida voluntad política de hacerlo, señor Pizarro. Muchísimas gracias por su pregunta.

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

El señor **PIZARRO NAVARRETE**: Gracias por la contestación que me ha dado, pero yo quisiera ir un poco más allá de lo que me ha contestado.

La Dirección General que se crea hace poco tiempo, una de las misiones que tiene es saber cuántos profesionales se necesitan y qué tipo de especialidades son las necesarias, además de cómo incentivarlos y todas

estas cuestiones. Entre los distintos censos que existen, posiblemente ustedes por el que más se guiarán será por el que tienen del Insalud, relativo a los que están trabajando directamente con la Administración, de forma que cuando se pide un estudio sobre el número de especialistas en las distintas ramas, puede resultar que falten solamente las plazas vacantes en los hospitales, ambulatorios o centros, y la falta sea de especialistas reales. Pero si se van, por ejemplo, a los especialistas reales, que serían quizá los que están censados en los colegios o los títulos expedidos por el Ministerio de Educación, constaría que hay muchos especialistas que no tienen formación, porque, como muy bien sabe, hasta el año 1979 los colegios médicos por el mero hecho de colegiarse, ya te preguntaban qué querías ser y te daban un título. Por eso hay profesionales que tienen dos o tres títulos, uno le ha expedido el Ministerio de Educación por mediación de la Facultad de Medicina de la universidad que correspondiera, y otros no han tenido ni el interés de saberlo.

Pensamos que es difícil conocer las necesidades, el número de especialistas para cubrir todas las plazas, pero lo que sí sabemos perfectamente es que para el año 1995 todo aquel médico (no el que salga ahora, sino los que había antes también), que no sea especialista generalista no podrá trabajar. Sólo en el Inem hay unos 12.000 apuntados por no tener puestos de trabajo, y entre 15.000 y 40.000 subempleados. Aproximadamente hay una media de treinta y tantos mil a los que habría que dar alguna solución en el año 1995, porque con el libre ejercicio de la medicina, posiblemente los médicos de otros países de la Comunidad podrán ejercer aquí, mientras que nuestros licenciados no van a poder. A eso habría que buscar, repito, una solución.

Leo en una revista médica que el Estado emplea a más del 90 por ciento de los especialistas sin título. Un sindicato médico hace ese estudio, y no es que lo diga a las bravas, sino que especifica hasta el lugar donde están, y hace referencia, por ejemplo, a que en Cataluña hay casi 700 profesionales en esta situación. En traumatología, pediatría, ginecología son los casos donde más hay.

Si tenemos en cuenta todo esto y que la única vía para obtener el título actualmente es la de los MIR, habría que intentar darle una solución al menos a una mayoría de médicos que posiblemente estén bien formados, ejerciendo sin haber conseguido el título, pero con conocimiento más que suficiente y con un currículum importante, antes de que vengan de Europa médicos con menos conocimiento pero con su título, y le puedan quitar al médico español el puesto de trabajo.

Esa es nuestra preocupación y se la transmito para que, si lo tiene a bien, hagan el estudio conveniente para solucionar estos problemas.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Es una preocupación compartida. Ha citado

usted dos casos que están casi en trámite de solución. De alguna manera tenemos que incorporar en el sistema, y formalmente, a esa masa de médicos. Los pasos ya dados y discutidos con los interesados son dos. Primero será la incorporación de los ayudantes médicos quirúrgicos y los de las corporaciones locales. Después, el cumplimiento, como no podía ser menos, de la directiva comunitaria sobre generalistas, que deberá estar aplicada en 1995. ¿De qué nos vale esa directiva? Para combinar registro y acreditación de derechos de los generalistas. Estos generalistas deberán apuntarse para que sus derechos sean reconocidos, y nos van a resultar utilísimos para elaborar dicho registro. Son asuntos que evidentemente merecen un examen muy detenido.

Nosotros calculamos, aproximadamente —es absurdo aquí presumir de preciso—, que contamos con unos 20.000 médicos en situación no deseable. Ese sería el colectivo, repito, que presumimos que existe.

— **SOBRE PARECER DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO SOBRE LA REORDENACION DE LAS PROFESIONES SANITARIAS. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (G. P) (Número de expediente 181/002075)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta referente al parecer del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la ordenación de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas, formulada por el señor Villalón.

Tiene la palabra el señor Villalón Rico.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Peña, allá por el mes de abril más o menos, creo recordar, en diferentes declaraciones del Ministro, señor Griñán, y creo que también incluso por manifestaciones realizadas en esta Cámara y en el Senado, se establecía un poco lo que iba a ser el proyecto o las líneas de actuación de su Ministerio. Eso es lo que se ha denominado *decálogo Griñán*.

En este momento le voy a realizar tres preguntas en relación con los diferentes puntos de este decálogo y, lógicamente, voy a remitirme al primer punto, que hablaba de reordenación de profesiones sanitarias. Como responsable del Ministerio le pregunto a usted sobre el parecer del Ministerio en cuanto a la reordenación de las profesiones sanitarias.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, la pregunta que ha formulado usted y ha leído la Presidencia es sobre la ordenación de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas.

El señor **VILLALON RICO**: Perdón, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Sería indiferente que hiciera también la siguiente, por tanto, siga. Hable usted de las profesiones y luego de las prestaciones.

El señor **VILLALON RICO**: Gracias, señor Presidente. Perdone por este lapsus, es que he cambiado el orden de las preguntas.

Como ésta es la que tengo más a mano, si no le importa al señor Peña, le preguntaré sobre reordenación de las profesiones sanitarias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Temo ser un poco más prolijo en la contestación de esta pregunta, porque estamos hablando del factor humano, que es el capital esencial del sistema y cuya importancia se ve incrementada por dos datos: uno es obvio que es el dato cuantitativo. Estamos hablando en torno a 470.000 profesionales en el sector Sanidad en España, lo que supondría casi el 3,7 por ciento de la población ocupada, y dentro del subsector público 280.000 trabajadores. Es decir, que todo el tema de ordenación profesional para nosotros tiene una importancia esencial. Aparte de esta importancia numérica, con más de sesenta y tres profesiones funcionando en el ámbito de la Sanidad, tenemos una importancia cuantitativa que a nadie se le escapa: más del 50 por ciento del gasto es ocupado por ellos, y más quizá del 70 por ciento del gasto es determinado por ellos. Es una piedra angular del sistema, por lo que sintéticamente voy a intentar enumerarle las líneas básicas de actuación al respecto. Y señor Presidente, ofrezco a la Cámara la posibilidad de, en cualquier comparecencia, explayarme tanto yo como el Director General de Ordenación Profesional sobre el tema que ahora nos ocupa.

Nos encontramos en el sector con una excesiva segmentalización, ya que es un sector muy compartimentado. Tenemos más de sesenta profesiones relacionadas directamente con la atención de la salud. Tenemos una superespecialización del personal médico. Para hacernos una idea, tenemos cuarenta y tres especialidades más que la de los países del norte y del centro de Europa comunitaria. Y también tenemos un interlocutor muy segmentado; existen cantidad de interlocutores en el sector, lo que a veces dificulta la aproximación al problema. Pensamos que contamos con una inadecuada formación de pregrado; no mala, he dicho inadecuada. Parece sorprendente que, siendo el principal empleador el Sistema, un alumno desconozca al salir de la facultad lo que es el Sistema, qué es ese empleador que le va a ocupar y cómo funciona. Todo esto, aunado a problemas de gestión sanitaria tan importante, origina una educación de pregrado que pensamos que es mejorable. Es un esfuerzo de todos, que paulatinamente se está consiguiendo, el ajuste del número de nuevos alumnos a las necesidades profesionales que tiene el Sistema, lo que es difícil y existen descompensaciones al respecto. La formación continuada, por otra parte, necesariamente debe ser mejorada. Hay una serie de criterios que poco a poco vamos

a llevarlos a cabo, objetivos a conseguir, desarrollo concreto de los programas, evaluación de resultados, etcétera. Las nuevas especialidades no contempladas deben tener acogida dentro del Sistema, asunto en cierta manera delicado que —espero que pronto— tendrá que desembocar en una ley de ciencias de la salud que acoja a todas las profesiones sanitarias.

Yo creo que son de importancia primordial y que suponen un esfuerzo para conseguir la integración de los profesionales en el Sistema los mecanismos de incentivación que nosotros ahora identificamos con el acuerdo cooperativo, sobre el que no creo que sea posible explayarme en este momento, pero consideramos absolutamente necesario que el profesional se sienta propietario de su conocimiento y autónomo en el ejercicio del mismo. Esta autonomía indudablemente exige responsabilidad. Espero que, dentro de nada, al menos veinte unidades experimentales de acuerdo cooperativo puedan estar en marcha.

Aparte de ello, los criterios para la reordenación se derivan también de nuestra presencia en Europa. Tenemos unas trece directivas comunitarias actualmente en proceso de ejecución, una de las cuales es la que afecta a los médicos generalistas, a la que me acabo de referir. Yo creo que debe exigirse una reordenación fundamental en la formación de la Sanidad, en virtud de la cantidad de especializaciones que anteriormente decíamos que existían. Habrá que volver a los troncos y es éste un ejercicio que tiene que llevarse de acuerdo fundamentalmente con corporaciones profesionales y sociedades y asociaciones científicas. Asimismo, habría una coordinación y homologación de las políticas de personal, ampliando y manteniendo el diálogo con todos. Puede resultar un poco recalcitrante lo del diálogo en el ámbito sanitario, pero es tan segmentado que o se habla muchísimo de los asuntos o es imposible llegar a nada concreto.

Como propuestas concretas que tengo que ofrecerles, señorías, respecto a la reordenación, se encuentra la incorporación de los AMX y de los generalistas, la aplicación de matronas e incrementar la especialidad en enfermería —solamente en salud mental y pediatría—, procurando que la especialidad de enfermería sea realmente la de cuidar y elaborar el registro, y la ley de ciencias de la salud. Esos serían los objetivos inmediatos, que quedarían englobados en los mecanismos de incentivación e integración de los profesionales en el sistema.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor Peña, cuando se habla de ordenación profesional uno se encuentra ante la duda de lo que quiere decir realmente, sobre todo al referirse al término ordenación, pues entre el mismo estamento sanitario surgen dudas.

Le tengo que citar unas declaraciones que hizo a principios de este mes, en las que decía que la ordenación

profesional y el anuncio de la creación de un registro personal facultativo —lo cual hila con una de las preguntas que anteriormente se ha hecho— servirá de base para comprobar cuántos profesionales necesita nuestro país, cuál va a ser su perfil y las previsiones en cuanto a necesidades futuras. En principio parece que usted lo enfocaba desde el punto de vista de los médicos. Hoy ha sido algo más amplio y ha hablado de otro tipo de sanitarios. Al final, usted hablaba del contrato cooperativo, de la formación continuada y de la carrera profesional. Estos son términos que desde que el señor García Valverde asumió la responsabilidad como Ministro de Sanidad los hemos ido oyendo, o sea, en los dos años últimos. Considero que todas estas cosas son, si me apura, palabras huecas que realmente no sabemos qué quieren decir. Yo por lo menos me quedo en la incertidumbre, y eso les pasa a otros especialistas en sanidad e incluso al personal laboral del sistema sanitario. Uno se pregunta qué es lo que quiere decir esto. ¿Quiere decir que ustedes, por ejemplo, piensan suprimir el actual estatuto y cambiarlo por una vinculación laboral con los sectores profesionales? ¿Quiere decir que a partir de ahora sólo se va a contratar directamente al personal por el centro y nos vamos a olvidar de lo que han sido hasta hace unos años los famosos concursos de traslado, las oposiciones y simplemente van a ser, como decían ustedes, órganos de gestión, fundamentalmente en lo que se refiere a los hospitales y a los ambulatorios? ¿Lo que van a hacer esos centros es contratar a su personal con períodos de caducidad? ¿Pueden presentar de forma definitiva lo que denominan como carrera profesional?, otra de las cuestiones que aquí se han planteado, sobre la que nosotros en su momento presentamos una proposición no de ley y una proposición de ley que el Grupo mayoritario rechazó, y siguen ustedes todavía sin definir qué es la carrera profesional. ¿Piensan decirnos en qué van a consistir los criterios de incentivación?, usted que habla de que los profesionales se incorporen al sistema, que participen. ¿Los criterios de incentivación van a ser por calidad o por cantidad? ¿Van a incentivar a la persona aún a la dirección del centro hospitalario y a los que vean más enfermos, o va a ir en relación con la calidad?, difícil de establecer, lo comprendo. Creo que podríamos seguir enumerando diferentes aspectos, pero no tenemos mucho tiempo y el Presidente se pone nervioso.

Por último, tengo que preguntarle sobre la plantilla del Sistema Nacional de Salud, lo que denominábamos como profesionales sanitarios, médicos, y que me perdonen los miembros de la Comisión si me remito exclusivamente en estos momentos a los médicos. ¿Ustedes piensan hacer una amortización de las plazas? Es decir, con todos los médicos de centros de salud, de ambulatorios y de hospitales podríamos establecer en este momento dos generaciones en el Sistema Nacional de Salud, ya que hay unos más mayores y otros que rondan entre los cuarenta y tantos y cincuenta años. En el momento en que estas personas más

mayores están a punto de jubilarse y van a dejar sus plazas vacantes, quisiera saber si las van a amortizar o van a cubrirlas ustedes, como decía antes, con un contrato por el centro asistencial o por el sistema con que se hacía hasta hace un par de años, porque últimamente no ha habido concursos ni oposiciones en los centros sanitarios. Todas éstas son preguntas que se plantean los profesionales sanitarios y que nosotros trasladamos a la Administración.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, el Presidente sólo se puede poner nervioso si ve que la excesiva prolongación de los debates nos impide acabar con el orden del día. Creo que vamos adecuadamente.

Quiero hacer un recordatorio a las señoras y señores Diputados. Las preguntas en Comisión suelen tener un procedimiento a la inversa que en Pleno, y yo encuentro un vicio en la formulación. Son 10 minutos de planteamiento de la interpelación o pregunta y cinco minutos de debate. Invertimos de alguna forma el tiempo y cuando llegamos a la segunda parte, que es cuando uno quiere hablar, es cuando se tiene menos tiempo. Por tanto, señor Villalón, como tiene aún alguna pregunta pendiente, téngalo en cuenta y ya verá como la Presidencia no se pone nerviosa.

Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): No es malo asumir a veces la incertidumbre, porque la seguridad puede conducirnos, si estamos empecinados en ella, hacia la catástrofe. En todo caso, usted ha citado ahora una serie de palabras que pienso que son guía de nuestra actuación y sobre las que conviene reflexionar: suprimir el estatuto, personal laboral, carrera profesional, calidad-cantidad, amortización. Veámoslo un poco detenidamente.

El personal laboral nos sirve para basar el discurso, para ver cómo se ha empezado a desarrollar. Pero nos preguntamos ¿el médico qué es? ¿Es un funcionario normal y corriente? Parece que no, que no lo es. ¿Es un trabajador normal y corriente? Tampoco. Pocos trabajadores en el mundo determinan el 90 por ciento del gasto, que sería el gasto determinado específicamente médico por médico. Es algo más. ¿Cómo entonces vamos a estructurar, vamos a intentar hacer el lazo con ellos? Pues para que los médicos se integren en el sistema —y hablo de médicos con una cierta aproximación, me refiero preferentemente a personal sanitario— tendrán que tener un instrumento específico de integración, de motivación, de incentivación y de responsabilización. Eso lo hemos diseñado, pero evidentemente no es un diseño acabado, es un boceto, porque es un asunto complejo, y lo hemos llamado acuerdo cooperativo. ¿Cuál es el primer paso del acuerdo cooperativo? Determinar la unidad de producción, que tampoco tiene que asustarnos hablar en estos términos. Y una vez determinada la unidad de producción, el equipo se compromete con guías farmacoterapéuticas, con protocolos de actuación, con una di-

rección específica a desarrollar un trabajo. El elemento esencial del trabajo va a ser la calidad, porque aquí no se trata de producción de tornillos, esto es otra cosa. En virtud de ella tendrá que tener una amplia incentivación que, como mínimo, deberá rondar el 30 por ciento. ¿Qué va a suponer? ¿Hablamos de modificación del estatuto? Este es un tema adjetivo, porque si estas fuerzas de desarrollo en un momento determinado, de aquí a dos o a tres años, se ven constreñidas por el estatuto, el propio estatuto quebrará y será este sistema el pedido por ellos. En ningún momento es un objetivo modificar o no el estatuto. El objetivo es integrar a los profesionales y que la gente tenga una asistencia sanitaria de la mayor calidad posible.

Es cierto que se ha hablado mucho de carrera profesional. Es cierto que puede surgir ahora la duda de que esto se solape con el acuerdo cooperativo, pero la carrera profesional pretendemos que sea otra cosa. No queremos que sea un complemento retributivo. Es un mecanismo de *recertificación* que exige la promoción del conocimiento dentro de la profesión sanitaria, y paulatinamente habrá que pasar escalones. Pero es para conocer, no para ganar más dinero por el conocimiento, que da autonomía y más responsabilidad.

Por último, respecto al tema de la amortización y sin responder específicamente a un caso concreto de un centro de salud, sería descabellada toda política sanitaria que no pretendiera utilizar a todos los profesionales sanitarios existentes en este país, los que haya. ¿Cómo vamos a pretender no utilizarlos? Lo haremos al máximo posible, como podamos. ¿Que habrá que hacerlo con lentitud porque el asunto de la integración no es fácil? Por supuesto, pero habrá que contar con cuantos más mejor, sin duda. Es un capital humano que, repito, sería descabellado desinvertir.

— **SOBRE PARECER DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO SOBRE LA ORDENACION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS Y FARMACEUTICAS. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (G. P) (Número de expediente 181/002074)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre el parecer del Ministerio de sanidad y Consumo sobre la ordenación de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas.

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: En relación con la pregunta que formulo al Gobierno, el Ministerio de Sanidad en concreto, sobre su parecer respecto a la ordenación de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas, volvemos a lo de antes. ¿Qué es ordenación? ¿Qué quiere decir el Ministro de Sanidad cuando habla de ordenación de prestaciones sanitarias y farmacéuticas? Yo les sigo mucho a ustedes y tengo un texto del señor Gutiérrez Morlote, donde dice que se debe coincidir en

que se concretará un catálogo de prestaciones no concebido como limitación de las posibilidades actuales, sino, más probablemente, su explicitación. Es un párrafo que queda en una nebulosa. La ordenación de prestaciones será, sin duda, una buena ocasión para conocer el nivel de coherencia y para contemplar necesariamente la realidad de la demanda de los servicios. A pesar de todo esto, a mí me preocupa este artículo del señor Gutiérrez Morlote, porque da a entender que todavía no conocemos la demanda sanitaria de los diferentes sectores o en los diferentes territorios de nuestro país. Me preocupa a raíz de esto.

¿Qué quiere decir el Ministro cuando habla de ordenación de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas? Nosotros nos preguntamos si no estaremos entrando en ese cambio peligroso que es limitar las prestaciones, si no estaremos entrando en ese camino peligroso que es que algunas prestaciones no se van a dar por parte de la Administración pública. En esta Cámara, en Pleno, ante el Ministro, ya lo he denunciado. Las prestaciones sanitarias, en principio, no sólo quiere decir que sean servicios sanitarios propiamente, sino esos servicios que, desde hace ya mucho tiempo, se vienen prestando a los ciudadanos españoles. Ante esta situación, a uno no le queda más remedio que remitirse al famoso Decreto de financiación selectiva de medicamentos y a las declaraciones que hizo doña Regina Riviella hace un año aproximadamente, en el mes de noviembre del año 1991. Dice: La financiación selectiva de medicamentos sólo se aplicará a nuevos productos. Vemos que no es la realidad, que se ha aplicado a productos que ya estaban en el mercado y financiados por la Seguridad Social.

Nosotros pedimos explicación al Ministerio de todas estas situaciones, a ver qué es lo que entienden ustedes por ordenación de prestaciones sanitarias y farmacéuticas.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Permítame, señor Villalón, que no le dé las gracias protocolariamente, sino sentidamente, porque uno de los objetivos fundamentales era que la Sanidad como conquista social fuera irreversible y que, una vez conseguida, en nuestro caso, la universalidad y la no limitación de prestaciones, este derecho conquistado por la sociedad no pueda ser revertido. Esa defensa tan encendida de usted, y presumo que de su Grupo, respecto a esta conquista social no merece nada más que el agradecimiento de un responsable del Ministerio de Sanidad.

Como usted se ha referido al Ministro, yo me voy a permitir citar al Ministro, recordar lo que entendió por ordenación, en su comparecencia reciente del 23 de septiembre de 1992. La ordenación de las prestaciones que pretende este Departamento está presidida por el logro de los siguientes objetivos: aumentar la equidad del

sistema, optimizar la relación entre el coste de las prestaciones y su efectividad, medida en términos de mejora de la salud, priorizando las más eficaces para el diagnóstico y la autonomía del paciente, lograr la cobertura financiera de todas las prestaciones ofrecidas y satisfechas con los recursos efectivamente asignados al sistema. Esto era lo que entendía el Ministro por ordenación, a lo que se añadía una coletilla que ya está iniciada en su marcha, que es la creación de la agencia de evaluación de las tecnologías sanitarias.

Si nos limitamos sucintamente al caso de las prestaciones farmacéuticas, yo presumo —salvo error— que no ha existido ningún tipo de limitación, sino también de ordenación, que significa poner las cosas en su sitio. ¿Cómo se ha llevado a cabo esto? Recientemente en una intervención lo intenté explicar en esta Cámara. Contamos con dos instrumentos, el uso racional y, para ello, la financiación selectiva, a la que usted recientemente aludió. El uso racional se lleva a cabo con la intención de que exista una relación de causalidad entre medicamento y salud. Se parte de otra creencia, que no por tomar más medicamentos exista mejor salud, y para ello se genera un foro de reflexión, un foro de debate donde se va a informar, a asesorar, a estudiar, a formar, que se llama Comisión nacional del uso racional del medicamento, norma que ya está aprobada y cuya constitución formal se produjo el pasado 23 de noviembre, este lunes pasado, con todas las personas interesadas. Para explicitar un poco y dibujar lo que es la prepotencia de la Administración central, en una comisión de más de 40 miembros, creo que somos 44, hay seis miembros nada más de la Administración central y los 39 restantes son de corporaciones, de sindicatos, de administraciones autonómicas, etcétera. ¿Y qué es financiación selectiva? Pues es dar cumplimiento a la Ley del Medicamento aprobada por esta Cámara, al artículo 94 de la ley y a las directivas comunitarias; en definitiva, va a ser conseguir comprar lo mejor al mejor precio posible, como hace cualquier persona que funcione por ahí. ¿Qué mecanismos se van a dar? Se van a dar tres. El primero, romper el automatismo entre el registro y la financiación; el segundo, suprimir de la financiación pública aquellos medicamentos que consideramos que son medicamentos entre comillas y que no tienen una relación causal con la salud; y el tercero, que la administración sanitaria, la ocupe quien la ocupe, tenga una protección para poder incluir o excluir aquellos productos cuyo precio a menudo le es impuesto, sobe todo ante una oleada, que puede ser complicada, de productos de nueva tecnología, de biotecnología. Este Decreto fue informado el pasado lunes y le queda solamente el trámite del Consejo de Estado. Es un Decreto que en realidad no es que se venga negociando, porque éstos no son asuntos propios de la negociación, pero sí discutiendo con las partes interesadas hace poco más de un año, y si no hay consenso, tampoco puede decirse que exista respecto al mismo una confrontación desmedida. No presumo que haya limitación, ningún principio activo

queda fuera de una lista de medicamentos y creo que es una ordenación de la que, por otra parte, en el Ministerio nos sentimos bastante satisfechos porque el lunes se concluyó un trabajo detrás del cual llevaba varias horas de dedicación.

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

El señor **VILLALON RICO**: Aquí estoy leyendo que el Consejo Interterritorial de Salud se manifiesta en contra de las limitaciones en las prestaciones sanitarias. Yo considero que si este Consejo se manifiesta en contra es porque seguramente ha habido alguna iniciativa de recortar ciertas prestaciones sanitarias. Yo creo lo que usted me diga aquí, pero ya veremos con el tiempo qué es lo que pasa.

Cuando se habla de prestaciones sanitarias, también hay que referirse a un tema muy debatido en esta Cámara que es la cuestión de la deuda del Sistema Nacional de Salud. En relación con las prestaciones sanitarias y con la deuda, me tengo que referir a las prótesis a los beneficiarios de la Seguridad Social, al traslado de enfermos de su domicilio a centros hospitalarios para cuestiones terapéuticas que se puedan hacer de manera ambulatoria. Todas estas cuestiones preocupan porque se ha dado a entender en un momento que eso se podría limitar. Este es uno de los puntos a tener en cuenta.

Tengo que referirme de nuevo al Decreto de financiación selectiva porque —siento llevarle la contraria, señor Peña— resulta que sí se han delimitado ciertos principios básicos a la hora de ser subvencionados o financiados por la Seguridad Social, y donde ha repercutido más ha sido en la gente mayor, porque aunque sea una repercusión general, los pensionistas son los que están en una situación de salud peor y cuyo poder adquisitivo es más deficiente. A este respecto me gustaría saber si se van a establecer prestaciones básicas desde el punto de vista de la sanidad pública y si hay otras que, por cuestiones económicas o incluso porque se puedan hacer conciertos con entidades privadas, se van a dejar aparte, y no es bueno hacer eso. Desearíamos saber también si se va a constituir una prestación adicional o complementaria. Son planteamientos que hacemos y, además, quería hacer hincapié en que no voy a hacer ahora juicios de valor de si esto me parece bien o mal. Simplemente quiero saberlo. Creo que todos los ciudadanos y sobre todo los miembros de esta Comisión tienen derecho a saber a qué atenernos, porque una de las cuestiones que siempre ha planteado el Ministerio de Sanidad ha sido decir las cosas a medias, siempre quedar en la incertidumbre, en la duda.

En resumen, éstas son las cuestiones que planteamos y que nos gustaría que nos aclarara.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Voy a responder siguiendo el orden de las preguntas formuladas. El 14 de septiembre de 1992 se reunió el Consejo Interterritorial. Respecto a la voluntad por él expresada me ofrezco a entregarle, cuando usted lo desee, señor Villalón, las actas de dicha reunión. El consenso fue amplísimo, con una considerable mayoría.

Para evitar ese temor expuesto por usted voy a contestar con rotundidad: el único objetivo del equipo ministerial es garantizar las prestaciones existentes, no para 1993 sino para el año 2000, para que sigan existiendo. Por ejemplo, decía usted que existía una cierta limitación farmacéutica que afectaba a la gente mayor. Quizá el esfuerzo fundamental de la política farmacéutica sea mantener intacta la prestación farmacéutica para los pensionistas; repito, haciendo que el derecho se sostenga no solamente un año sino para el año 2000.

No va a haber recorte de prestaciones, y justamente el objetivo del Ministerio es mejorar la calidad de las prestaciones. Evidentemente, ni se va a recordar ni se va a entrar en una polémica que podría llegar a ser hasta nominal sobre prestaciones básicas, porque prestaciones básicas significa afirmar la inexistencia del carácter fundamental de otro tipo de prestaciones, lo que nos llevaría a una discusión bastante difícil. Tampoco en lo que a prestaciones complementarias se refiere, como si existiera una póliza baja que deba ser complementada con una póliza de iniciativa privada. No es ese el objetivo ni la ideología del Departamento de Sanidad y Consumo. Lo digo tajantemente.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Secretario General, le agradecemos su comparecencia en la Comisión.

Señor Villalón, en el fax que se ha mandado a Relaciones con las Cortes no se había incluido una de las preguntas que se ha introducido en el orden del día y, por tanto, dicha pregunta se formulará en otra ocasión.

— **SOBRE OBJETIVOS Y PRESUPUESTOS CON QUE SE HA CREADO LA AGENCIA DE EVALUACION TECNOLOGICA SANITARIA. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (G. P) (Número de expediente 181/002024)**

El señor **PRESIDENTE**: Está con nosotros la señora Subsecretaria del Ministerio de Sanidad, a quien damos la bienvenida a la Comisión, con el fin de tramitar la última pregunta del señor Villalón.

Tramitamos la pregunta sobre los objetivos y presupuestos con que se ha creado la Agencia de Evaluación Tecnológica Sanitaria.

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Presidente, para terminar esta sesión voy a preguntar a la señora Subsecretaria, doña María Angeles Amador.

En el mes de abril el Ministro de Sanidad, señor Griñán, anunció que se iba a crear la Agencia de Evaluación Tecnológica Sanitaria en España, dentro de lo que se establecía como un programa de convergencia con Europa presentado por el Gobierno. Posteriormente, usted misma, en el mes de noviembre, ha firmado un protocolo con el Presidente de "Cartuja-93" para instalar la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en el recinto de la isla de La Cartuja de Sevilla.

La pregunta que le hago como responsable de la Administración y del Ministerio de Sanidad y Consumo es sobre los objetivos y presupuestos con que se ha creado la Agencia de Evaluación Tecnológica Sanitaria.

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

La señora **SUBSECRETARIA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): En primer lugar, quiero dar las gracias por darme la ocasión de comparecer por primera vez ante esta Comisión para contestar a una pregunta.

En relación con la Agencia, quería decirles, en primer lugar, dado que ha coincidido la pregunta con la comparecencia a la que han tenido ocasión de asistir esta mañana del Secretario General de Planificación, señor Mendioroz, que él ha expuesto ya las grandes líneas de lo que representa la Agencia de Evaluación Tecnológica Sanitaria desde la perspectiva de la planificación y dentro de las actuaciones encaminadas a la ordenación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Al contestar la pregunta que me trae aquí, me gustaría añadir alguna consideración más que explique por qué hoy la Agencia constituye un incremento esencial de nuestra política sanitaria.

Pretendemos que la Agencia sea un lugar de encuentro entre la medicina y la sanidad. La sanidad tiene siempre un referente político. En nuestro caso, el referente lo constituye el Sistema Nacional de Salud, un sistema de cobertura universal financiado públicamente, orientado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, pero la determinación de qué tratamiento es beneficioso o perjudicial para la salud de los ciudadanos debe hacerse no desde la Administración, no desde la política, sino desde la medicina. Es la medicina y sus profesionales quienes deben determinar y evaluar en cada momento los efectos beneficiosos para la salud de las tecnologías sanitarias, de los procedimientos de tratamiento, y eso es lo que se va a hacer en la Agencia.

La tecnología médica se ha convertido, como ustedes saben, en la columna vertebral de los sistemas sanitarios. Los últimos descubrimientos tecnológicos en electrónica, en genética, en óptica, en informática, encuentran en la actualidad una aplicación útil inmediata en la medicina. El conocimiento del cuerpo humano y de las enfermedades que le afectan representan un campo de actuación lleno de atractivo científico y prácticamente sin límites hoy.

La facilidad de introducción y el uso de la tecnología en medicina han traído beneficios indudables, pero presenta también problemas cuando se trata de garantizar la seguridad y los derechos de los pacientes, y puede ser un escollo para garantizar desde la responsabilidad pública una relación del coste con el beneficio obtenido.

En Europa y en todos los países desarrollados se detectan en la sanidad un conjunto de factores negativos que inducen a un requerimiento creciente y sin techo de recursos financieros, y que amenazan por ello con minar la credibilidad de los propios sistemas sanitarios. Todo esto viene en gran parte condicionado por ese crecimiento desmesurado de una tecnología que muchas veces no encuentra su justificación en beneficios concretos medidos en términos de salud.

Por eso, conscientes de este problema, la Organización Mundial de la Salud ha instado a sus países miembros a establecer —y cito textualmente—: «mecanismos formales para la evaluación sistemática del uso adecuado de las tecnologías sanitarias, de su eficacia, eficiencia, seguridad y aceptabilidad, que reflejen, además, las políticas sanitarias nacionales y las limitaciones económicas». Así dice el objetivo 38 de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Nos encontramos ante un problema no exclusivamente nuestro, sino que afecta a todas las Administraciones sanitarias.

¿Qué va a ser la Agencia? Va a ser un organismo al servicio de las necesidades del Sistema Nacional de Salud. Va a ser un lugar de encuentro de los profesionales, de las sociedades científicas, de las comisiones de especialidades, para que en un debate reflexivo y con las pruebas de contraste que sean necesarias se consigan amplios consensos profesionales sobre los protocolos de actuación y el uso de las tecnologías.

La Agencia Nacional de Evaluación Tecnológica Sanitaria va a cumplir tres objetivos: Primero, informar al Sistema Nacional de Salud, a las unidades asistenciales y a los profesionales sobre los datos comparativos de la práctica clínica, sobre los procedimientos y resultados asistenciales de los diversos centros y servicios que constituyen y que integran el Sistema Nacional de Salud, y la evaluación comparativa entre el costo y el beneficio de las tecnologías utilizadas en la práctica asistencial. También puede realizar auditorías médicas y sanitarias, a demanda de la Administración o de los propios servicios, y cualquier estudio que sea considerado conveniente o útil por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Además la Agencia debe ser lugar de encuentro de profesionales de diversas ramas para el estudio del impacto de las tecnologías.

La Agencia se va a financiar con las partidas que se le apliquen de los presupuestos del Ministerio de Sanidad. En 1993, probablemente, con una partida de 100 millones de pesetas, pero aspiramos a que se autofinancie a través de la facturación de servicios regulares ofrecidos a los servicios sanitarios.

En conclusión, señoría, el objetivo final que se persigue con la Agencia es garantizar la racionalización de los procesos y procedimientos, de las máquinas y los medicamentos que se utilizan en la sanidad. Para ello, pretendemos que sean los propios profesionales los que determinen las condiciones de uso, los que evalúen y definan, en definitiva, el estado de la ciencia en cada momento.

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

El señor **VILLALON RICO**: De entrada, lo que habría que decir es que el proyecto de esa Agencia estaba proyectado, valga la redundancia, para este año. Ya llevan ustedes un año de retraso, porque a ver cuándo inicia sus actividades o sus trabajos esta Agencia. Es lo primero que habría que decir, porque estaba previsto para 1992, según las declaraciones del Ministro. Ahora nos encontramos con que vamos a ver a qué altura del año 1993 se van a iniciar los trabajos para que esta Agencia empiece a funcionar.

Se ha referido usted a los Presupuestos Generales del Estado para 1993. Me ha sorprendido cuando usted ha hablado de 100 millones, porque los datos que tengo, mirando en los Presupuestos que acabamos de debatir estos días pasados en el Congreso, en el apartado que decía Agencia de Evaluación Tecnológica Sanitaria figuraba una cantidad de 20 millones. No sé si en otras partidas estará distribuida. Una de las cosas que me gustaría saber es cómo va a ser esa distribución del dinero público para crear esa Agencia. Es decir, si va a ser fundamentalmente por personal, por creación de las instalaciones físicas donde va a situarse esa Agencia, etcétera. Son cuestiones sobre las que me gustaría preguntarle a la señora Subsecretaria.

También se me plantean ciertas dudas porque el Ministro dijo, en el mes de abril, que entre los criterios establecidos para ubicar esta Agencia se incluía a Andalucía. Luego vimos por diferentes medios de comunicación que se estableció un debate entre Málaga y Sevilla y, al final, como es habitual, se lo quedó Sevilla. Si hay aquí Diputados o Diputadas de Sevilla, quiero decir que no tengo nada contra esa bella ciudad, pero me gustaría saber cuáles son los criterios para que la Agencia se haya instalado allí. El Ministro dice aquí que obedece a criterios de terrenos —lo cual me parece lógico, porque hay que aprovechar toda la inversión que hemos hecho en 1992— y de especialistas en la materia. Yo desconocía que en Sevilla hubiera especialistas en agencias de evaluaciones tecnológicas. Si me hubieran dicho al final Barcelona, en todo caso tendría que decir que allí hay una especie de agencia, una agencia similar, que ya está funcionando, creada por la Generalidad. Cuando parece que va a ser un ente nacional, nos preguntamos cómo van a coordinar sus trabajos la Agencia nacional y esa agencia autonómica. Son cuestiones que se plantean los diferentes ciudadanos

y nosotros, lógicamente, y que transmitimos a la Administración.

No tengo nada que decir cuando se habla de evaluar los servicios tecnológicos o los servicios específicos que, desde el punto de vista sanitario, se van a prestar a los ciudadanos. Hoy hemos debatido aquí con un compañero suyo del Ministerio sobre diferentes accidentes que han ocurrido en la ciudad de Zaragoza. Bienvenida sea esta Agencia si con eso vamos a evitar todos estos accidentes y otros que han podido ocurrir en otras ciudades o en otros hospitales.

En lo que debo hacer especial hincapié es en establecer a la Agencia como el sistema que utiliza la Administración para realizar el control y balance del gasto en relación con los servicios que se prestan desde el Sistema Nacional de Salud. Le tengo que decir a usted que, allá por el año 1991 (antes también me referí a eso), cuando accede al Ministerio el señor García Valverde, se incorporan nuevos métodos para ver cuál es el coste por proceso, que hasta entonces no se sabía y creo que en este momento tampoco se sabe; se incorporan los mecanismos importados de Estados Unidos, como es habitual en estas cuestiones; se incorporan los que se llaman grupos-diagnóstico-relación: GDR. Esto ya se aplicaba en Estados Unidos en los años setenta; nosotros, con veinte años de retraso pero, bienvenidos sean. Cuando ustedes todavía no tienen conocimiento de lo que es el coste por proceso, cuando resulta que ustedes lo quieren aplicar como referencia en el Hospital de Getafe, y realmente no lo conocen, y lo único que hay es el pago por proceso que tienen ustedes con la Clínica de la Concepción, a continuación viene ustedes y nos cambian ese GDR por lo que llaman UPAS, las unidades para valorar el coste también según los diferentes aspectos que tiene. Aquí tengo: Valores en UPAS, según sea en estancia médica o estancia quirúrgica. Y previamente, en el año 1990-1991, tomaron la medida de las UVAS (dentro de poco yo no sé si irán los melocotones). Continuamente se dan iniciales para ver cuál es el coste por proceso, cuál es la relación gasto-calidad asistencial, y no se acaban de definir en ninguna de estas cuestiones.

Por ello, nosotros preguntamos si la inversión que el Estado español va a hacer en esta Agencia ya tiene criterios estrictos de cómo va a funcionar, o es un brindis a la galería para decir que nosotros estamos a la altura de Estados Unidos, Suecia y Canadá, que, como dicen ustedes, son los países que tienen estas agencias, y que estamos incluso por delante de algunos otros países miembros de la Comunidad.

Es lo que nosotros planteamos en esta situación, y me remito a la contestación de la señora subsecretaria.

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

La señora **SUBSECRETARIA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señor Villalón, le he dicho que tenemos una previsión de disponi-

bilidad para la Agencia de 100 millones, para el ejercicio de 1993.

Usted impugna el retraso en la constitución. ¡Hombre! impugna usted el retraso cuando acabamos de firmar el protocolo que pone en marcha el mecanismo de instalación de la Agencia. Por tanto, no me parece que sea el momento de reprocharnos que no se ponga en marcha la Agencia, que, por otra parte, discute usted también en cuanto a la necesidad de su existencia.

Nosotros creemos que la Agencia es necesaria, que va a ser un instrumento esencial en la política sanitaria, y hemos puesto en marcha el proceso para su creación y su funcionamiento. Los 100 millones se distribuirán a medida que se vaya consolidando la instalación física, propiamente dicha, de la Agencia.

Como usted ha citado, hemos firmado ya un protocolo de colaboración con Cartuja-93 para seleccionar un local que reúna las características adecuadas para el funcionamiento de la Agencia. ¿Por qué en Sevilla? Porque Sevilla ofrece en este momento, no me parece que desvelo ninguna novedad, unas instalaciones especialmente dotadas para un organismo de este tipo, con una infraestructura magnífica, de lo mejor que hay hoy en el país, y con unos servicios de comunicación que aconsejan aprovechar esas instalaciones y hacer de la Agencia una instalación moderna, con todos los equipamientos con que cuentan hoy las instalaciones de la Expo y que Cartuja va a organizar.

Por otra parte, sabe usted que existe un proyecto de instalaciones en Cartuja especialmente dedicadas al ámbito de la investigación y, por tanto, desde el punto de vista material de los equipamientos que existen, como desde el punto de vista conceptual por las propias actividades que se van a desarrollar allí, parece más que razonable utilizarlo. Esas son las razones que nos han decidido a proponer la sede de la agencia en Sevilla.

Por lo que se refiere al presupuesto, dependerá de lo que nos vayan a costar los locales —que todavía no están seleccionados— y de qué instalación necesitemos. Nuestra intención no es hacer una gran instalación, porque la Agencia no va a desarrollar ella misma labores de investigación, ni siquiera va a evaluar ella misma en todos los casos sino que lo que va a ser —como he tratado de explicarle— es un lugar de encuentro en el que se van a recibir todas las informaciones de las evaluaciones que ya se están haciendo. Usted sabe que hoy ya se hace evaluación de tecnologías sanitarias en todos los hospitales. Lo que va a representar la Agencia es el paso cualitativo de que confluya en un punto toda la información de la evaluación de tecnologías sanitarias que se hacen no sólo en nuestros hospitales, sino en todos los países de nuestro entorno, entre los que, por cierto, es verdad que a veces decimos que estamos por delante en algunos casos, y, desde luego, en un nivel muy digno si nos comparamos con todos los países que usted ha citado en cuanto a las prestaciones que recibimos a los medios que utilizamos, etcétera.

Decía usted que la Agencia va a ser un elemento de control y balance del gasto. De ninguna manera. La Agencia va a ser un instrumento para evaluar las tecnologías sanitarias, su beneficio en la salud, la relación que existe entre la aplicación de un procedimiento tecnológico —ahí están incluidos los medicamentos, está incluido todo— y el beneficio que reporta a la salud; y en la medida que eso racionalice la utilización de tecnologías y, por tanto, impida la utilización inútil de tecnologías o procedimientos que la ciencia médica dice que no son beneficiosos o que no reportan el beneficio suficiente, se ahorrará la utilización de esos procedimientos y, como consecuencia, se ahorrará gasto. Pero, de ninguna manera la Agencia es un instrumento para control y balance del gasto. La Agencia de Tecnologías Sanitarias es una Agencia para evaluar los procedimientos sanitarios que se aplican a los tratamientos.

Ha hecho usted una enumeración del coste por proceso, de las UPAS, de las GDR. Yo le agradezco esa enumeración porque demuestra lo que estamos trabajando en sanidad. Es verdad. Es nuestra obligación aquilatar procedimientos de control, estar permanentemente tratando de aplicar métodos al control de la gestión y a la mejora de la calidad asistencial. En el procedimiento experimentado en la Jiménez Díaz ha dado buen resultado el coste por proceso. Las UPAS nos facilitan unos elementos de evaluación de indudable interés, y a mí no me parece que sea contradictorio utilizar unos y otros.

Desde luego, tenemos obligación de explorar, de implantar y de trabajar; reconozca S. S. que su enumeración demuestra que sí estamos trabajando.

Por último, la referencia al dramático accidente de Zaragoza. Tampoco creo que tenga relación con la Agencia. La Agencia va a evaluar los procedimientos sanitarios. El fallo del acelerador lineal ha constituido un gravísimo accidente, con unas consecuencias muy trágicas. ¡Ojalá se pudieran evitar ese tipo de cosas con una Agencia, porque lo hubiéramos evitado! No parece que haya una relación entre la evaluación de lo que constituye un procedimiento aplicado al tratamiento de una enfermedad y el fallo, por distintas razones, de un aparato, como ha sido el acelerador, que ha producido las consecuencias dramáticas que todos lamentamos.

No sé si me dejó algo, señor Villalón, pero he tratado de contestarle a todo lo que me ha preguntado. **(El señor Villalón Rico pide la palabra).**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene S. S. la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Simplemente quiero hacer una precisión a la señora Subsecretaria. Dice usted que esta Agencia no va a ser para controlar el gasto, pero es que usted ha hecho una relación de las funciones y uno de los puntos mencionados es el control del gasto y la racionalización del gasto en el proceso. Usted misma lo ha dicho. Ahora, en cambio, dice que no. Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Subsecretaria, si procede, cierre el debate.

La señora **SUBSECRETARIA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Racionalizar no es controlar. Además, en la contestación le he dicho que una consecuencia final, si se racionaliza la utilización, será ahorro de utilización, pero también, a veces, ahorro de salud.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Subsecretaria por su presencia aquí. Ha venido S. S. otra vez a la Comisión con la discusión de los presupuestos, pero no ha comparecido con motivo del control de la gestión de gobierno.

Agotado el orden del día, levantamos la sesión.

Eran las dos y veinticinco minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961