



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1993

IV Legislatura

Núm. 631

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 67

celebrada el miércoles, 10 de marzo de 1993

Página

ORDEN DEL DIA:

Comparecencias:

- Del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Griñán Martínez), para informar acerca de supuestas irregularidades observadas en el hospital Ramón y Cajal de Madrid. A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 213/000510) 18986
- Del señor Secretario General de Planificación (Mendioroz Echeverría), para informar acerca del Plan de Gestión del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Contrato-Programa marco suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el citado Instituto. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista (número de expediente 212/002322) 18995

Proposiciones no de ley:

- Por la que se insta al Gobierno a modificar el Real Decreto 1955/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social, incluyendo la fibrosis pulmonar (neumopatía intersticial difusa) producida en algunos trabajadores del sector de la aerografía textil. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (BOCG, serie D, número 346. Número de expediente 161/000438) 19013

	Página
— Por la que se insta al Gobierno a extender a todo el colectivo de enfermos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) la gratuidad de la prestación farmacéutica, en su consideración de enfermos crónicos. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (BOCG, serie D, número 356. Número de expediente 161/000449)	19018
— Por la que se insta al Gobierno a adaptar con urgencia a las directivas Comunitarias la normativa vigente en relación con los derechos del consumidor a una información veraz y directa sobre los precios de mercancías y servicios, especialmente de los ofertados al público en los establecimientos comerciales. Presentada por el Grupo Parlamentario del CDS (BOCG, serie D, número 361. Número de expediente 161/000460)	19022
— Relativa a la comercialización en España del fármaco RU-486. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (BOCG, serie D, número 363. Número de expediente 161/000466)	19024

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

El señor **PRESIDENTE**: Se inicia la sesión.

La Mesa ha tenido conocimiento de la muerte del esposo de la Vicepresidenta segunda de esta Comisión, doña Pilar Izquierdo, y creo interpretar el sentimiento de todos los miembros de la Comisión al manifestar nuestra condolencia y la del Gobierno, según me indica el señor Ministro, y hacerle llegar nuestro pesar por esa pérdida irreparable.

CELEBRACION DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS:

— **DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA INFORMAR ACERCA DE SUPUESTAS IRREGULARIDADES OBSERVADAS EN EL HOSPITAL RAMON Y CAJAL DE MADRID. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC (número de expediente 213/000510).**

El señor **PRESIDENTE**: Entramos en el orden del día, celebración de las siguientes comparencias: la primera, del Ministro de Sanidad y Consumo, para informar acerca de supuestas irregularidades observadas en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, planteada por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): En la comparencia que solicita el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya se incluyen distintos asuntos sobre los que pretendo informar por separado para una mejor comprensión de cada uno de ellos.

El primer punto se refiere a las medidas adoptadas para determinar responsabilidades y posibles delitos a

los que se hace referencia en el informe de la Inspección de Servicios del Insalud, realizado el 25 de abril de 1990 al Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Tal y como indica la Diputada interpelante, la Inspección de Servicios del Instituto Nacional de la Salud realizó un informe de inspección en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, el 25 de abril de 1990, relacionado con presuntas irregularidades en la adquisición de víveres en este hospital y de modo específico en el suministro de carne derivado de la adjudicación del concurso público 55/1988. En el informe los inspectores actuantes elevaron una serie de propuestas, entre las que cabe destacar por su trascendencia la correspondiente a que se diera traslado del resultado de su inspección al Grupo de Investigación de la Seguridad Social para su intervención en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. También se recomendaba que si, como consecuencia de la actuación del GISS se determinaba la culpabilidad de personas de la Unidad Administrativa de compras y suministros del hospital, la investigación por ellos iniciada debería ampliarse a todos los grupos de compras del hospital. La Dirección General del Insalud tomó en consideración estas recomendaciones y cursó instrucciones concretas al Grupo de Investigación de la Seguridad Social para que se iniciaran las actuaciones oportunas en la exigencia de responsabilidades que en cada caso se pudieran producir. Como resultado de las mismas se presentó una denuncia en el Juzgado 44 de la plaza de Castilla, con el número de diligencia 5825; actuaciones que fueron posteriormente trasladadas al Juzgado número 27, con el número de diligencia 2018/1990. Con fecha 29 de mayo de 1992 prestaron declaración en este juzgado los inspectores firmantes del informe al que venimos haciendo referencia y en este momento no existe mayor información en relación con las actuaciones del juzgado, siendo, por tanto, una cuestión pendiente de decisión judicial.

El segundo punto es el relativo a irregularidades de la asistencia sanitaria en salud mental a pacientes del Cuerpo Nacional de Policía, desde junio de 1989 a octubre de 1991 en el mencionado hospital, así como desde junio de

1989 a noviembre de 1991 en el Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro. Durante este período que se señala, la Dirección General de la Policía constituyó un consejo asesor para analizar las situaciones particulares de ciertos funcionarios que manifestaban trastornos de conducta que, en algunos casos, podrían incluso llegar, previo el correspondiente dictamen médico, a la suspensión temporal de su actividad profesional por incapacidad. De dicho consejo asesor formaban parte, de forma desinteresada, los jefes de los servicios de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal, doctor López Ibor, y de la Clínica Puerta de Hierro, doctor Vaca. En determinados casos se hizo necesario desarrollar ciertas pruebas en los respectivos servicios de psiquiatría, para lo cual ambos jefes de servicio manifestaron siempre su colaboración decidida. En ningún caso hubo remuneración alguna a ningún profesional de los respectivos servicios, puesto que siempre primó la idea de colaboración, el interés científico en el análisis de determinadas patologías poco frecuentes entre la población general, pero de enorme relevancia en este colectivo. Durante este período de tiempo, es decir, desde junio de 1989 a octubre de 1991, fueron atendidos 172 funcionarios pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía, 92 en el Hospital Ramón y Cajal y 80 en la Clínica Puerta de Hierro. La asistencia sanitaria a este colectivo significó, en el caso del Hospital Ramón y Cajal, aproximadamente un 0,15 por ciento de la asistencia que presta el Servicio de Psiquiatría y en la Clínica Puerta de Hierro el 0,5 por ciento de su carga asistencial anual. Por otra parte, se realizó un estudio sobre la incidencia de trastornos asociados a estrés postraumáticos dirigidos a personas que habían estado sometidas a situaciones de angustia y de violencia, fundamentalmente funcionarios que habían sido objeto de atentados. En este momento se está realizando una tesis en este centro sobre este mismo tema. Terminados los estudios a los que hemos hecho referencia, concluyeron dichas actividades. Por tanto, no se alcanza a comprender cuáles son las irregularidades que se señalan por la Diputada.

En tercer lugar, se habla de dar cuenta del resultado del expediente sobre irregularidades en la gerencia del hospital citado, que se comprometió iniciar ante la citada comisión el 5 de mayo de 1992, irregularidades en la adjudicación del servicio de lavandería. El informe de la Inspección de servicios señala que la tramitación y resolución del concurso 10/92 es -cito literalmente- formalmente irreproachable en todos los aspectos. Sin embargo, en la documentación aportada por la denuncia aparece un escrito de dos folios, sin firma, sin membrete, que contiene en sustancia una serie de acusaciones vertidas con posterioridad ante el propio Insalud. Estas son acusaciones vertidas por el titular de una de las empresas concurrentes, que no resultó adjudicataria, que no habiendo sido suscritas, avaladas y probadas podrían constituir incluso actuación delictiva por imputación de delitos perseguibles de oficio a instituciones conocidas. Una investigación complementaria, realizada a raíz de una solicitud del responsable de la mencionada empresa para tratar de demostrar hasta qué punto podrían resultar ve-

rosímiles dichas imputaciones, llevó al inspector actuante a concluir -cito textualmente- que la denuncia carecía en absoluto de fundamento para iniciar ninguna clase de actuación, contenía juicios de valor y apreciaciones que podrían ser calificadas de injurias si no son demostradas y, en cuanto a los términos del concurso público, que la mesa de contratación está perfectamente capacitada para valorar unas condiciones técnicas por encima de otras y no tener en consideración una oferta económica que, por sus características, pudiera parecer una rebaja temeraria insostenible por la empresa ofertante.

Se habla también de irregularidades relativas a la revista del Hospital Ramón y Cajal «Fundación Amigos del Ramón y Cajal», que presumiblemente dan lugar a situaciones de tráfico de influencia. El informe de la Inspección señala textualmente que no ha sabido hallar ninguna irregularidad que afecte a la existencia de la revista, que la fundación se encuentra reconocida, clasificada e inscrita en el registro de fundaciones y que la revista se configuró como una publicación de carácter no lucrativo, distribución gratuita, que ofrece en sus páginas anuncios de publicidad a fin de financiar los costes de edición, sin que se le alcance a entender cómo tal cosa puede ser catalogada de tráfico de influencias, ya que a dichas inserciones publicitarias tienen acceso todos los proveedores del hospital y desde el número 2 de la revista la gestión de captación de anunciantes y cobro se contrata con una empresa tercera. Hay que añadir que el presidente del primer patronato de la fundación, el doctor Caparrós, dimitió del cargo apenas iniciada la actividad de la misma.

Respecto a irregularidades en la nómina correspondiente al mes de agosto de 1991 de un jefe de servicio del hospital, analizada la nómina de referencia y el expediente personal del citado jefe de servicio, no existe irregularidad, por cuanto las diferencias que se encuentran son producto de una regularización del mes de julio. Sí se observó, por el contrario, un error en la confección de esa nómina en la cuantía de 39.456 pesetas, menos descuentos, en concepto de antigüedad, percibida en julio, desde servicios centrales, situación que fue puesta en conocimiento de la administración del centro para proceder a su regularización, como así se hizo.

Respecto a la incompatibilidad en que incurre un funcionario en activo del Ministerio de Sanidad y Consumo y proveedor de la empresa Cosuclisa en el Hospital Ramón y Cajal, el funcionario a que se refiere la denuncia lo es del Insalud y no del Ministerio de Sanidad y Consumo. En el momento de hacerse la investigación, la firma mencionada carece de actividad. El total de pedidos realizado a dicha empresa por el hospital se concentró en el período de septiembre de 1988 a abril de 1989, más un pedido correspondiente a diciembre de 1989, todos ellos, por tanto, anteriores a la vinulación del citado funcionario al hospital, que se produjo el 1 de abril de 1991. Por otra parte, la Inspección de servicios recomendaba la iniciación de un expediente disciplinario por posible incompatibilidad, actuación que fue ordenada por la Dirección General del Insalud, dando como resultado la instruc-

ción del expediente que el citado funcionario había cometido una falta tipificada como grave. Sin embargo, dado que el asunto por el que se había instruido el expediente había sucedido tres años antes y en ese momento el mencionado funcionario ya no pertenecía a la empresa proveedora, no pudo serle aplicada sanción por haber prescrito.

Otro hecho denunciado: irregularidades relativas a viajes de directivos del Hospital Ramón y Cajal. En este caso, los viajes de los directivos del Ramón y Cajal fueron todos ellos fiscalizados por la Intervención en su momento.

Otro hecho denunciado: irregularidades de la situación administrativa de la Subdirectora de Gestión. El informe de la Inspección señala que no hay motivo para albergar dudas acerca de la aclaración de la situación administrativa de la Subdirectora de Gestión.

Y otro hecho denunciado: irregularidades en el cobro del concepto 20, atención continuada noches. El informe de la Inspección detectó, efectivamente, diversas irregularidades que afectaban a tres de los siete jefes de personal subalterno, a un jefe de sección del servicio de admisión, a dos personas del servicio de relaciones públicas, a dos subdirectores de enfermería y a varios adjuntos de enfermería. La Inspección señalaba que lo correcto hubiera sido la imputación de dichas cuantías al concepto de productividad variable, por lo que se cursaron las oportunas instrucciones para que dichas personas cesaran con carácter inmediato en la percepción del concepto de atención continuada, cosa que surtió efecto a partir del 3 de agosto. Sin embargo, no se sustanció irregularidad en el caso del director médico del centro en aquel momento. En todo caso, la Inspección hace constar que los documentos que se aportaban demuestran que en el centro se ha producido una filtración a gran escala de documentación, en algún caso espigada, con objetivo claro de crear confusión, que afecta a información confidencial obrante en expedientes personales, y recomendó una investigación para determinar la responsabilidad en que hayan podido incurrir determinadas personas por infidelidad en el poder de custodia. Esto es todo.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Querría empezar la intervención con un aspecto que no sé si se ha escapado a la atención del señor Ministro debido a los variados temas que ha tratado. Tiene que ver con el Hospital Ramón y Cajal y, como sabe el señor Ministro y los miembros de la Comisión, preocupa especialmente a Izquierda Unida. Se trata del incumplimiento flagrante de la Ley de Incompatibilidades en numerosos casos de hospitales de la Seguridad Social. Evidentemente, Izquierda Unida carece de medios para realizar una investigación que dé cuenta de estos incumplimientos. Sin embargo, en el caso del Ramón y Cajal se daban circunstancias que permitían evidenciar las dimensiones de estos incumplimientos por dos jefes de servicio que forman parte del

cuadro directivo del hospital: el doctor Botello Gil, Subdirector de Servicios Centrales y el doctor Fresneda Moreno, Subdirector Quirúrgico, en la época de la gerencia del doctor Caparrós. Ignoro si estas personas han sido cesadas en sus cargos. En cualquier caso me estoy refiriendo a épocas anteriores. La primera de las personas citadas, aparte de tener dedicación exclusiva en el Hospital Ramón y Cajal, forma parte del cuadro médico de las siguientes sociedades aseguradoras privadas: Adeslas, Caja Salud, Asisa y Previa. Y el Subdirector Quirúrgico, doctor Fresneda Moreno, forma parte del cuadro médico de Sanitas, Caja Salud y Previa. Quiero insistir en que evidentemente no está en el ánimo de Izquierda Unida perseguir en concreto las actividades en estas dos personas. Sin embargo, es evidente que su cargo de dirección en el hospital les hace especialmente señalados a la hora de ejemplificar un caso que a Izquierda Unida le preocupa como uno de los elementos fundamentales que están obstaculizando la eficacia plena de los servicios sanitarios públicos..

En lo que se refiere a la actividad de la Dirección General de la Policía en relación con los servicios de salud mental del Hospital Puerta de Hierro y del Hospital Ramón y Cajal, el asunto es el siguiente. Por supuesto, Izquierda Unida entiende que los servicios sanitarios públicos están a disposición de toda la población y en especial de personas que por el desempeño de su cargo, como es el caso de los policías que requirieron atención, se encuentran en circunstancias especiales que incluso puedan ser objeto de un trato especial. Las irregularidades a las que hago mención son las siguientes. Los servicios prestados por los servicios de salud mental, a los que hago mención, fueron cobrados a la Dirección General de la Policía como servicios prestados a terceros por la Seguridad Social. Las cantidades que se remitieron a la Dirección General de la Policía son discordantes en cantidades muy importantes de la factura que por error el señor Caparrós -debe ser un error de facturación del gerente señor Caparrós, muy dado a pasar facturas- mandó a una de estas personas que habían sido atendidas en el servicio de salud mental. Las cantidades que se requerían en dicha factura -evidentemente se le comunicó que era un error y no fue pagada por esta persona- eran menos de la mitad de las que la Dirección General de la Policía había remitido como pago por los servicios prestados a terceros en el propio hospital. No me refiero de ninguna manera a que yo considere irregular -insisto- que miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado sean atendidos con preferencia incluso al resto de la población en determinados servicios, sin tener en cuenta listas de espera, etcétera. La pregunta -y entiendo que quizá el señor Ministro no esté en condiciones de responderla en estos momentos- la formulo en los términos en que lo hago y en el caso de que el señor Ministro no esté en condiciones de dar una respuesta rogaría que lo hiciera por escrito.

La Fundación Amigos del Ramón y Cajal, señor Ministro, presenta una serie de irregularidades que usted conoce y que no voy a repetir porque son exactamente las

mismas que se denunciaron en el mes de mayo de 1992. Esta es una fundación no lucrativa. Sin embargo, en el artículo 22 de sus estatutos se dice lo siguiente: Cuando las sociedades emisoras de títulos valores, que forman parte de la cartera de la fundación, aumenten su capital atribuyendo a sus accionistas derechos de suscripción preferente, la Fundación podrá suscribir las acciones representativas del aumento o proceder a la venta de los derechos de suscripción; en cualquier caso, podrá concurrir a los aumentos de capital aun cuando por la sociedad emisora pudiera exigirse excepcionalmente alguna aportación profesional suplementaria. Parece evidente, incluso para una persona como yo que no conoce el funcionamiento del mercado de valores en detalle, que este artículo en los estatutos de una fundación no lucrativa, que se sustenta con donaciones de pacientes del propio hospital, no es compatible con sus fines no lucrativos. En cualquier caso, parece evidente -y es uno de los documentos que obra en mi poder- que la percepción de cantidades destinadas a la financiación de la revista del hospital puede ser objeto de tráfico de influencias. En concreto tengo un talón de la lavandería «La Paloma», que paga 200.000 pesetas en concepto de inserción publicitaria aparecida en el número 1 de la revista del Ramón y Cajal correspondiente al mes de noviembre de 1991. Esta cantidad se paga en un talón al portador, hecho no habitual y pienso que irregular en el funcionamiento de los servicios públicos.

Cuando el señor Ministro da cuenta de las irregularidades en relación con personas que ocupan...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, le quedan dos minutos de su tiempo.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias.

Responder a las irregularidades correspondientes a la nómina del señor Aguado Verguizas, las circunstancias se acumulan. Este señor es funcionario del Insalud hasta el año 1988. Desde este año hasta el 31 de julio de 1991 presta servicios en la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo como jefe de negociado tipo 1 con complemento específico. Esta persona durante el período 1988-89, es decir, durante la época en la que presta sus servicios en la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo, es proveedor de la empresa Cosuclisa, con domicilio social en la Gran Vía a través de la cual este señor provee al hospital Ramón y Cajal de material de farmacia y lencería por valor de 772.000 pesetas. Es decir, que las circunstancias se acumulan.

Las facturas intervenidas, según usted, corresponden a facturas falsas por viajes no realizados, como ha podido comprobar esta Diputada. Las facturas que se remiten aparecen sin IVA, no corresponden a viajes realmente realizados por estas personas y da la casualidad de que José Aguado Verguizas es consejero delegado de la empresa de viajes Vimantour, que es la que emite las facturas.

Acepto y agradezco las explicaciones en relación con la aplicación de los conceptos de atención continuada.

En cuanto a la actuación judicial en relación con el informe de la Inspección de servicios, quiero decir que responde en parte a las propuestas realizadas por dicha Inspección de servicios en función de la dimensión de las irregularidades detectadas. Estas irregularidades se refieren a la no extensión de certificación de la existencia real del crédito; a que no se hizo uso equitativo de la prerrogativa que confiere el artículo 101 del Reglamento general de contratación; a que no existe ninguna documentación que recoja las ofertas de las dos únicas firmas aceptadas como licitadoras; a que en los concursos de víveres que viene celebrando el hospital existen una serie de carencias en los pliegos de condiciones generales que imposibilitan la celebración de concursos de suministros continuados; a que en el análisis de compras y consumo se constata un exceso abusivo en ambos conceptos; a que en artículos concretos como filetes, codillos, carne y huesos para cocido, etcétera, se llega a demostrar estos excesos fehaciente; a que no existe concordancia entre las cantidades condimentadas y las estancias producidas, ya que, por una parte, no existe control eficiente y, por otra, no se complementan las plantillas alimenticias; a que se adquieren alimentos que no están incluidos en los menús. En fin, son una serie de irregularidades llamativas, incluso en cuanto a las comisiones económicas, constatadas en los siguientes extremos: ofrecimiento de comisiones económicas por la firma comercial Manuel Jaqueto Bueno; solicitud de comisiones económicas a la firma comercial Julián Sanz, petición de comisiones económicas a don Saturnino Ramos Fernández. Es decir, datos comprobados por la Inspección de servicios, que recomienda...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, vaya estructurando su intervención porque ha superado su tiempo.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Presidente. Terminó.

Como consecuencia de lo anterior, debería realizarse la comprobación, análisis e inspección del suministro de víveres, en general, al detectarse que cuanto ocurre con la carne y derivados podría afectar a otros víveres. Es la propuesta segunda de la Inspección de servicios. Por otro lado, aparte de los delitos, que lógicamente son objeto de la actuación de los juzgados correspondientes, la Inspección recomienda que por la autoridad competente se determinen, y en su caso se exijan, las responsabilidades a que hubiere lugar a todas y cada una de las personas implicadas en las mismas y de acuerdo con su grado de implicación.

Insisto, señor Ministro (y con esto termino, señor Presidente), en que el objeto de las denuncias documentadas a las que Izquierda Unida ha tenido acceso no es la persecución de personas en concreto (que desde luego está absolutamente lejos de nuestro ánimo), sino ejemplificar la eficiencia de un hospital, las irregularidades en el funcionamiento administrativo y el incumplimiento de la Ley de Incompatibilidades, que ofrecen suficientes razo-

nes de intervención a la Administración, según la legislación vigente, y el resultado positivo de la misma debería traducirse en una mejora, en un ahorro real de gasto por parte de la sanidad pública, sin que fuera en detrimento de la calidad ni de la cantidad de los servicios ofrecidos en instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos parlamentarios que quieran hacer uso de la palabra?

Por el Grupo Popular tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor Ministro de Sanidad y Consumo, comparece nuevamente usted ante esta Comisión para explicar o, por lo menos, para dar cuenta detallada de aquello a lo que se comprometió en su momento, aproximadamente hacia el mes de mayo (hace más de diez meses), cuando una iniciativa de Izquierda Unida le planteaba las posibles irregularidades cometidas en el Hospital Ramón y Cajal. Desde entonces mucho tiempo ha pasado, señor Ministro, y el hecho concreto, que pueda remitirnos a la verdad, ha sido la destitución del gerente de dicho centro, que originó una pregunta de este Diputado, a finales del año pasado, que todavía no ha tenido contestación, sobre los motivos por los que se le destituyó.

A modo de introducción de esta intervención del Grupo Popular, lógicamente me tengo que remitir a su comparecencia, allá por el mes de mayo, en la que por parte de Izquierda Unida, se planteaban cuestiones que, parece ser, usted desconocía en su momento y sobre las que se comprometió a investigar, aclarar e informar a esta Cámara, en concreto a esta Comisión. Ha pasado mucho tiempo, realmente la explicación que nos ha dado usted nos parece totalmente insuficiente y habría que pensar o que realmente no se habían cometido muchas de las irregularidades que en su momento se denunciaron, o que la investigación no había llegado a ninguna conclusión.

Para estructurar un poco mi intervención, le tengo que decir al señor Ministro que en algunas de las cosas coincidiré, lógicamente, con la intervención de la portavoz de Izquierda Unida y con algunas de las cuestiones planteadas por el señor Ministro, pero a modo de resumen me voy a remitir a seis o siete apartados en relación con estas irregularidades del Ramón y Cajal. El primer apartado sería la inspección realizada por el Cuerpo de Inspectores del Ministerio de Sanidad; el segundo, la lavandería, siguiendo con los temas de la fundación, la revista, las incompatibilidades, las facturas falsas y los ingresos irregulares.

Ha hablado usted, señor Ministro, de la inspección que se realizó en el Ramón y Cajal. Hay que decir que esto viene desde el año 1989, a raíz de una denuncia del sindicato de ATS en la que se manifiesta que hay posibles irregularidades de diverso tipo en el Hospital Ramón y Cajal. Con este motivo, unos inspectores del Ministerio se trasladan a él, hacen una investigación que se inicia en el mes de febrero, continúa en marzo y concluye en el mes de abril del año 1990 y, a pesar de todo, por lo que usted nos ha manifestado, se han remitido al aspecto

jurídico en el año 1992. Yo creo que sería muy largo establecer las conclusiones a las que llegan los inspectores sobre las posibles irregularidades que detectaron en el Ramón y Cajal, pero lógicamente hay que ver, entre otras cosas, la conclusión número 4, que dice que se han detectado irregularidades en la tramitación y resolución del concurso público. En la conclusión 6.^a se dice que en el análisis de compra y consumo se constata un exceso abusivo de ambos conceptos, qué artículos concretos no se utilizan a pesar de estar comprados, y que no existe concordancia entre las cantidades condimentadas y los apartados adquiridos por el hospital. La conclusión 8.^a dice que se adquieren alimentos que no están incluidos en el menú. En la conclusión 9.^a se habla de excesiva compra de víveres; en la conclusión 11.^a del ofrecimiento de comisiones económicas, solicitud de comisiones económicas a una firma comercial y petición de comisiones económicas a otra firma comercial que son proveedoras de ese hospital.

Las propuestas de los inspectores son: 1.^a Remitir al grupo de investigación de la Seguridad Social. 2.^a Como consecuencia de la anterior, realizar la comprobación, análisis e inspección del suministro de víveres, en general al detectarse que cuanto ocurre con la carne y derivados podría afectar a otros viveres. 3.^a Que se emplee la investigación a otros grupos de compra del hospital. Y 4.^a Que se determinarán, en su caso, si se siguieran, las responsabilidades. Que nosotros tengamos noticia, nada de lo que en el informe se decía se ha llevado a la práctica. Teniendo en cuenta que estamos hablando del año 1990, han pasado exactamente tres años y todavía estamos en esta situación.

El segundo apartado se refiere a la lavandería, donde es manifiesto que hay un tráfico de influencias. Parece ser que a partir de agosto del año 1991 gran parte de la ropa del hospital se remite a la empresa Induylava. Hay que remontarse previamente a los años 1989 y 1990, en los que la ropa del Hospital Ramón y Cajal era lavada por la empresa pública de Mejorada del Campo, pero por motivos laborales y de sobrecarga el hospital hace un contrato con la empresa «La Paloma» el 21 de junio de 1990, que lo va renovando progresivamente hasta el año 1991. Sin ningún motivo concreto que pueda aducirse para cortar ese contrato, la gerencia del hospital, a partir de agosto del año 1991, se lo transmite a la empresa Induylava, y es a partir de septiembre de 1991 cuando se realizan prórrogas del contrato con «La Paloma», que era una de las empresas privadas que licitaba por el contrato de lavandería de este hospital. Son irregularidades desde el punto de vista de la mesa de contratación del hospital, ya que en una reunión celebrada el 31 de julio de 1991 se acuerda dirigirse a «La Paloma» para que modifique las condiciones económicas y de servicio del contrato anterior. Parece ser que se decide al final convocar un concurso público y parece ser también que no se encuentran las actas de las diferentes reuniones de la mesa de contratación. El siguiente aspecto que nosotros creemos que es grave irregularidad en la gestión del Hospital Ramón y Cajal, y al que usted ha aludido de pasada, es el de la Fundación de

Amigos del Hospital Ramón y Cajal y la constitución de la revista. Hay que decir que se constituye como fundación privada, con bienes públicos, presidida por el gerente del hospital, lo que entra de lleno en el campo de la ilegalidad formal y establecida en las normas de la Administración del Estado. Según el propio gerente, el mantenimiento de la fundación y de la revista del hospital se realizaba a través de donaciones de proveedores de dicho hospital, cuestión que ya ha manifestado el señor Ministro, y de pacientes agradecidos por su estancia en el centro sanitario.

Respecto a la revista hay que hacer dos anotaciones. En el número cero de esta revista, de agosto de 1991, figura como director don José Aguado y como editor la Fundación Ramón y Cajal en colaboración con el Servicio de política de personal, pero curiosamente en el número uno, que es de septiembre de 1991, cambia el editor, que es el Servicio de política de personal y relaciones públicas de dicho hospital. Según afirmaciones del director de gestión no se había aprobado ningún presupuesto ni propuesta de gasto relativos a la revista del hospital, siendo su dirección y gestión ajenas a la dirección y gestión del hospital; pero, curiosamente, el director de esta revista, como decía antes, es el jefe de relaciones públicas de este centro.

Respecto a las incompatibilidades, tema que ya ha sido puesto de manifiesto por la portavoz de Izquierda Unida, se establecen diferentes incompatibilidades desde el punto de vista asistencial y administrativo del hospital. El subdirector quirúrgico, como se ha dicho antes, compatibiliza su labor en el centro sanitario Ramón y Cajal con otros puestos sanitarios. El subdirector de servicios centrales vulnera la Ley Orgánica 25/1983, sobre Incompatibilidades de Altos Cargos en la Administración del Estado. Y, para finalizar, el jefe de relaciones públicas del Ramón y Cajal es proveedor de material del hospital donde trabaja. Me parece que tengo que corregir al señor Ministro porque, según los datos que nosotros tenemos, este señor, el señor Aguado, se incorporó al Hospital Ramón y Cajal el 1 de agosto de 1991 y la relación de proveedores de dicho hospital tiene fecha de 14 de noviembre de 1991; es decir, tres meses después.

El señor **PRESIDENTE**: Le quedan dos minutos, señor Villalón.

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

Y como representante de una de las empresas proveedoras figura el señor Aguado Verguizas. Por tanto, manifiesta incompatibilidad y corrupción al canto, señor Ministro. (**Rumores.**)

Respecto a las facturas falsas, tenemos documentación de admisión por la dirección del hospital, en concreto la subdirección de gestión, de facturas falsas, según las cuales se han abonado importantes cantidades económicas en concepto de viajes que no se han realizado por personas de la dirección de este centro sanitario. Me ha parecido entender al señor Ministro que se habían investigado

los posibles fraudes en viajes y en facturas emitidas desde la dirección del hospital y que no se había encontrado irregularidad alguna. Aquí tengo varias facturas, de agosto del año 1991, de una agencia de viajes. Como dato curioso, hay una factura simple, sin ningún tipo de IVA ni nada, que dice: Madrid a 9 de agosto de 1991, factura número 8.417 por un total de 24.000 pesetas; y otra factura del 15 de agosto de 1991, es decir, una semana después, con el número 8.253. ¿Cómo es posible que una factura posterior tenga un número anterior a la del día 9 de agosto? Dejo que el Ministro me conteste a esto.

Irregularidades en los ingresos, otra de las cuestiones.

El señor **PRESIDENTE**: Termine, por favor.

El señor **VILLALON RICO**: Un minuto, señor Presidente, ya termino.

Otra de las materias con graves irregularidades, repito, son los ingresos anómalos que se producen en el hospital en relación con la Fundación Amigos del Ramón y Cajal y su revista. Seguramente el señor Ministro sabe mucho mejor que yo cómo se estipulan los ingresos recaudatorios del Estado, desde los presupuestos Generales del Estado hasta lo que se denomina unidad de caja en la Seguridad Social. Por tanto, en este tema no tengo que explayarme más; pero sí le tengo que decir que nosotros tenemos constancia de diferentes talones nominativos a personas de la dirección del hospital, y esto no es legal, según la normativa vigente. Habría que hablar de malversación de fondos, apropiación indebida o cohecho. No tenemos constancia de que estos casos se hayan investigado.

Señor Presidente, concluyo con lo que nosotros creemos que es el caso del Hospital Ramón y Cajal. Pensamos que hay gravísimas irregularidades de gestión por parte del equipo directivo del Ramón y Cajal, que se han utilizado bienes del patrimonio público en beneficio de particulares, que ha habido fraude y corrupción en materia económica y que ha habido tráfico de influencias en diferentes aspectos de la dirección del hospital en relación con sus proveedores. No descartamos, por otra parte, que desde este hospital se haya realizado financiación irregular e ilegal de algún partido político. (**Rumores.**) Por todo ello creemos que se deben deputar responsabilidades. Señor Ministro, responsabilidades penales a través de la vía judicial, como parece ser que se ha hecho y ha manifestado anteriormente, pero también tenemos que hablar de responsabilidades administrativas -me remito al principio de mi intervención-, pues lo único que se ha acordado desde la Dirección General del Insalud ha sido la destitución del gerente en fecha reciente, pero sin que sepamos el motivo. Como le decía hace unos días, después de destituir al gerente del Ramón y Cajal se le nombró director del gabinete del Director General del Insalud y a los pocos días fue cesado. Dice usted que no, pero esas son las informaciones que nosotros tenemos. (**El señor Ministro de Sanidad y Consumo, Griñán Martínez: Malas, como todas.**) También hay responsabilidades políticas, señor Ministro, por sucesos tan irregulares en

un hospital de la Administración pública, responsabilidades políticas que dependen del gerente, por ser un cargo de designación directa, del Director Territorial del Insalud, del Director General del Insalud y del Ministro de Sanidad y Consumo, teniendo en cuenta, además, que todas estas irregularidades han afectado a tres ministros en su pase por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Usted, seguramente, es el que menos tiene que ver de todos los que han pasado por ese Ministerio.

Termino, de verdad, señor Presidente. Nosotros planteamos que se debe seguir investigando, por lo que presentaremos las iniciativas parlamentarias oportunas para que se constituya en la Cámara una comisión de investigación, a fin de depurar las responsabilidades políticas en este caso que es muy irregular y que, además, repercute en la salud de todos los españoles.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora García Manzanares.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Gracias, señor Ministro, por acudir una vez más a esta Comisión, a la que da un tratamiento exquisito a pesar de que, lejos de discutir sobre temas de política sanitaria general interesantes en los que poder debatir a fondo, desde distintas opciones políticas, sobre los grandes problemas del país, nos encontramos, cada día, con un nuevo capítulo de un supuesto CULEBRÓN y, en opinión de mi Grupo, cuando se traen los temas con poco rigor, con poca información y con clara intencionalidad de utilización partidista, no se hace sino desprestigiar el propio trabajo parlamentario de esta Comisión.

Señor Ministro, desde su última comparecencia para estos mismos temas, tal como usted anunció, se inició una investigación de todos y cada uno de aquellos puntos y de otros nuevos que se plantearon sobre las supuestas irregularidades del Ramón y Cajal. Mi Grupo considera suficientemente aclaratoria la explicación que el señor Ministro ha dado sobre aquellas supuestas irregularidades que, curiosamente, no han pasado de ser eso, supuestas, una vez más. Aun sin salir de mi asombro, insisto en manifestar, en nombre de mi Grupo, lo incomprensible que nos resulta la utilización del trámite de comparecencia para este tipo de cuestiones. Es bien cierto que cada grupo puede utilizarlo como lo estime más oportuno, pero hay otros canales como solicitud de informes, posibilidad de preguntas, capacidad de investigación. Bien es verdad que eso no interesa al Grupo proponente, evidentemente, ni a algún otro que bien le viene la iniciativa del Grupo proponente para tocar a temas que están absolutamente fuera del verdadero interés por la buena gestión del hospital, en interés puramente partidista. Nos preocupan las imputaciones que se hacen permanentemente dando nombres de profesionales, de ciudadanos. Nos preocupa que se introduzcan dudas y sospechas porque consideramos que, en tanto no se aclaren, se pueden producir y de hecho se producen graves daños en las carreras profesionales de las personas supuestamente acusadas de irregularidades, de cobros de comisiones yo diría que ni

siquiera se ha acusado supuestamente; aquí se han hecho acusaciones e imputaciones directas, concretamente acusaciones de corrupción. Si existen esos graves datos, tan claros, de sospechas de corrupción, pediría a los señores Diputados que nos dejemos de decir que existe corrupción, que existen supuestos, que tienen la seguridad de que hay datos. Presenten los datos, por favor, presenten las acusaciones en los órganos correspondientes.

Estamos por la claridad de la gestión. Mi Grupo Parlamentario es el más interesado porque le va en ello el prestigio de defender el sistema público desde la transparencia y desde la buena gestión, pero parece ser que somos los únicos preocupados por respetar el derecho de todo ciudadano, también de las instituciones, a ser, en principio, no sospechoso de irregularidades sino sospechoso de buena gestión, respetando, en primer lugar, el derecho de inocencia de todo ciudadano ante cualquier supuesta duda, ante cualquier supuesta acusación. Somos los primeros que vamos a pedirle, señor Ministro, tal como dijo la vez anterior, que continúe en los trámites de investigar absolutamente todas las supuestas irregularidades que tengan un fundamento real en cuanto a desviación de materiales y de productos, desviación en la gestión, etcétera. Pedimos a todos los grupos parlamentarios que, por favor, en bien de los profesionales no utilicemos, porque es una grave irresponsabilidad, insisto, la sospecha sobre buenos profesionales para defender intereses partidistas o no, pero, en todo caso, irresponsablemente legítimos a mi juicio.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Agradezco a la señora Maestro el tono de su intervención y el espíritu de colaboración que, sin duda, ha inspirado la propuesta de comparecencia, la petición de investigación y, en definitiva, su intervención de hoy.

Empiezo por el principio de su intervención, porque me parece que coincide la Diputada de Izquierda Unida con el Ministro en que precisamente una de las instrucciones que he dado a la Inspección de servicios es que se investigue, por los datos que usted da, a todas aquellas personas que trabajando en el sistema público se ofrecen en el catálogo de compañías aseguradoras privadas. Es algo que forma parte inexcusable de la política de aseguramiento que pretende hacer el Ministro y que determina que los aseguradores, sean públicos o privados, convivan en términos pacíficos y no parasitando los unos a los otros o haciendo que un aseguramiento público se vea menoscabado por aseguramientos privados que utilizan fraudulentamente recursos que no les corresponden o que corresponden al sector público, que es el que ejerce la titularidad de esos recursos. Por tanto, aunque sin mencionar nombres, como usted dice, si esas personas están compatibilizando sus actividades en estos anuncios se va a ver. En todo caso, todas aquellas personas que trabajan para el sector público y tienen la incompatibilidad es

evidente que, si figuran en las listas de aseguradoras privadas, van a ser convenientemente investigadas y expedientadas, si llega el caso.

Estoy en condiciones de contestar a lo que dice de la Dirección General de la Policía y las presumibles irregularidades. Las contraprestaciones por servicios que se prestan por el asegurador público Insalud, en un caso determinado, a otras partes de la Administración pública se cobran según los convenios o acuerdos que en ellos se puedan establecer. De hecho, nosotros también asumimos la prestación de funcionarios por conciertos con aseguradoras como Muface, Munpal o con cualquiera de las entidades del mutualismo administrativo, y les cobramos unos precios determinados en función del uso de los servicios sanitarios que realicen estas personas. En este caso me imagino que será exactamente igual en cuanto que hay una factura —que desconozco— si hay una identidad material en la prestación del servicio y si son distintas por esta identidad material o no. En todo caso, lo que sí le puedo asegurar es que si hay algo que se hizo de forma escrupulosamente correcta es el convenio con la Dirección General de la Policía por el que se llevó a cabo una prestación, como usted ha dicho muy bien y estoy de acuerdo, de asistencia psiquiátrica y sanitaria a colectivos y personas que estaban necesitados de ella y que obtenían a través del sistema público de salud, a través del Insalud, la mejor atención posible.

Tampoco parece incompatible el artículo 22 con que una fundación sea lucrativa o no. Todas las fundaciones contienen artículos de este tiempo. Lucrativa significa que tengan fines de lucro en el tráfico habitual de la entidad, pero no el que puedan utilizar los recursos para conseguir, a partir de esos recursos, unos mayores recursos. Esto lo hacen todas las fundaciones y no es incompatible con los fines no lucrativos de la propia entidad.

Respecto a los viajes no realizados, lo único que le puedo decir es que en el informe de la Inspección se dice textualmente que no se albergan dudas por el inspector de servicios de que los viajes objeto de denuncia fueran realizados por las personas denunciadas. El inspector concretamente no alberga ninguna duda de que el viaje en sí fuera o no realizado. Lo que le he dicho, y es algo cierto, es que todas las facturas de viajes fueron fiscalizadas por la Intervención, lo cual significa simplemente que el órgano encargado de la fiscalización fiscalizó las facturas.

Efectivamente hay un expediente judicial que, como usted conoce bien, suspende, paraliza las actuaciones administrativas; no las anula, las suspende hasta la resolución judicial del problema. Una vez producida la resolución judicial, por el principio «NON BIS IN IDEM», en aquello que haya sido condenado penalmente no tiene por qué entrar la Administración y aquello que no haya sido sustanciado en el procedimiento judicial sí puede ser objeto de continuación administrativa; pero siempre, y en todo caso, porque así lo dice la normativa vigente, cuando hay un procedimiento penal se paraliza el procedimiento administrativo a resultas de lo que se obtenga en ese procedimiento penal. Nosotros estamos en ese trance en estos

momentos y, en la medida en que eso se produzca, daremos la respuesta adecuada al expediente administrativo, bien de continuidad, bien de suspensión.

El señor Villalón me dice una serie de cosas que no son ciertas muchas de ellas y que se podían haber subsanado si el interés en el conocimiento de la verdad del señor Villalón fuera el que mueve su intervención, porque bastaría con que hubiera pedido datos al Ministerio y éste con mucho gusto se los habría entregado. Pero no lo hace así, no se dirige al Ministerio en ningún momento y entonces trata de convertir lo que él quiere que sea la verdad en la verdad, en vez de hablar de la verdad. A partir de ahí hace unas imputaciones que, en todo caso, no tendría que hacerlas en esta Cámara sino en otro sitio, donde le invito a que las haga.

Da la sensación de que no escucha al Ministro cuando habla de que no le he dado explicación de un procedimiento que se sustanció por la Inspección en un año determinado y que se dijo que interviniera el Grupo de Investigación de la Seguridad Social. Debía estar usted pensando en otra cosa cuando yo hablaba, no debía estar escuchando, pero le he dicho todo lo que ha ocurrido y he terminado diciendo que está en un procedimiento judicial. Por tanto, no es que no se hiciera lo que decía el inspector; es que se ha llevado a sus últimas consecuencias. Está en un juzgado. Señoría, si usted escuchara, probablemente diría cosas algo más razonables de las que dice. Lo que pasa es que su capacidad de escuchar está anulada por su intención de comprometer, de insultar e injuriar a instituciones.

Le diría también, como muestra vale un botón (utilizar parcialmente datos es la forma más repugnante de la mentira), dos utilizaciones parciales de datos que usted ha hecho. La primera: habla usted de lavandería, y me voy a remitir al expediente de lavandería, porque incluso ha llegado a decir —y seguramente no me equivoco— que no se encuentran actas de las mesas de contratación. Será porque usted no las ha pedido, pero las actas están. Fíjese lo que dice el inspector. Al inspector de servicios actuante le llama la atención (al inspector de servicios, no a este Ministro, que también se la llama, pero menos, porque ya conoce muchas cosas de S. S.) el hecho de que entre la documentación que se aporta en la denuncia no figure precisamente el informe técnico que recababa la Mesa con fecha 23 de abril de 1992, tras el acto de apertura de los sobres con la documentación técnica. Informe que emite el responsable de lencería el 27 de abril y sobre el que la Mesa fundamenta su decisión.

Este informe, dice, esencial para juzgar la corrección de la decisión adoptada por la mesa de contratación, ha sido escamoteado en la denuncia, también por S. S., y contiene la siguiente propuesta a la mesa de contratación, que dice textualmente: En base a la valoración de los servicios prestados por ambas lavanderías —se refiere a La Paloma e Induilava, ya que previamente ha descartado a la tercera firma concursante, Indusal— durante los últimos siete meses, al estudio de las documentaciones técnicas aportadas y a la reciente visita efectuada a sus

respectivas instalaciones, se eleva propuesta a favor de Induilava.

Además, la propuesta aparece fundamentada en cinco argumentos centrados en aspectos de calidad del servicio: empaquetado de la ropa, servicio en domingos y festivos, doble rotación diaria de recogida y entrega, etcétera, que no se aporta en ningún caso, no por la denuncia sino tampoco por S. S., que resuelve el tema diciendo que no se encuentran las actas. ¿Dónde no se encuentran las actas, señoría? En su poder, será, pero usted las puede pedir y se le remitirán. Por lo menos sería una forma más prudente, más correcta, más honesta de actuar que tirar la piedra sin preguntar siquiera si existen esas actas. Y añade el inspector -porque es importante que se sepa esto-: por el contrario, en la documentación que se aporta en la denuncia tan sólo aparece el informe que emite el encargado de los celadores adscritos a lavandería, don Florencio Camacho, respecto a la visita efectuada el día 8 de enero de 1992 a las instalaciones de La Paloma y el informe personal y matizaciones del mismo firmante, sin fecha, comprensivo de la visita realizada por éste y el responsable de lencería, señor Collado, a ambas instalaciones pero no el informe del mismo señor Camacho sobre la visita a Induilava el 10 de enero de 1992 ni el informe del responsable de lencería, del 22 de enero sobre las mismas visitas.

Ahí hay una serie de datos que obran en el expediente, que se pueden conocer, que así se dice en la inspección y que están a su disposición para que S. S. los conozca y a partir de ellos pueda establecer juicios, si es que quiere establecerlos.

También dice -segundo dato- que el señor Caparrós fue nombrado Jefe del Gabinete del Director del Insalud. Eso lo dice usted pero también le digo que es mentira. Fíjese que no le digo que no es verdad, le digo que es mentira. No fue nombrado Jefe del Gabinete, es que es funcionario. El doctor Caparrós es funcionario y fue designado para un puesto que él eligió en un momento determinado. Y le añado otra cosa, señoría, porque habla mucho de la destitución del doctor Caparrós. En su momento, el Director del Insalud, en una política que yo encontré razonable cuando me fue despachada, que es la de rotación de gerentes de hospitales, ofreció al doctor Caparrós cambiar de hospital, del hospital en que estaba llevando la dirección, que era el Ramón y Cajal, por otro hospital, y él no aceptó.

Es decir, el propio Director General del Insalud lo que ha establecido ha sido una rotación de gerentes, en el entendimiento, que yo comparto, de que, en muchas ocasiones, conviene sustituir a gerentes de un hospital y pasarles a otro, porque el tiempo puede crear determinados hábitos que se mejoran notablemente cuando una persona pasa a otro servicio.

Habla de otra serie de datos, que también son inexatos. Y le digo lo mismo de las facturas falsas de los viajes. La inspección dice una serie de cosas respecto a los viajes. Por cierto, imagino que concederá la misma validez a la inspección cuando dice una cosa que le gusta que cuando dice una cosa que le disgusta; no sólo valorará los

informes de la inspección cuando a usted le apoyan en un argumento que ya tenía preconcebido y que pretendía establecer en esta Cámara. Yo lo único que le digo es que la inspección dice una serie de cosas pero hay que leerlas todas y aceptarlas. Porque usted decía: Es explicación insuficiente. La explicación es tan suficiente como lo que dice la inspección. Es insuficiente porque a usted no le lleva a las conclusiones que a usted le hubiera gustado obtener, que ya tenía previamente establecidas y que ha establecido sin haber escuchado al Ministro, sin haber conocido lo que decía la inspección y, en definitiva, sobre la base del prejuicio.

Hablando de la Fundación, le voy a leer lo que dice concretamente el informe de la inspección. Dice: Si bien la documentación que se dice se adjunta a la denuncia no ha llegado a manos de este inspector -parece referirse a una nota del Director de Gestión del Hospital Ramón y Cajal-, en primer término, no hay otra vinculación entre Fundación y revista que la que la propia publicación establece en su número cero, donde aparece que la edición es de la Fundación, en colaboración con el servicio de política de personal y relaciones públicas del hospital.

Según los responsables, ello fue fruto de un error que resultó subsanado en los números posteriores donde ya no se hace alusión a este hecho. La revista se configura como una publicación de carácter no lucrativo y distribución gratuita, que ofrece en sus páginas espacios de publicidad a fin de financiar los costes de edición. En un principio, la gestión de captación de anunciantes y de cobros fue desarrollada por el servicio de política de personal y relaciones públicas, hasta que el 17 de diciembre de 1991, a partir del número 2 de la revista, se contrata con la empresa Ediciones Gráficas Españolas la exclusiva para la definición, diseño e impresión, así como la gestión y cobro de publicidad. En esta fecha se encarga a Edigrafis el balance contable que arroja un saldo acreedor de 2.370.000 pesetas.

La anteriormente citada nota del Director de Gestión sobre inexistencia de crédito para la revista avala el hecho de que ésta se ha realizado sin que ello haya representado coste alguno para el hospital y en los términos del actual contrato con Edigrafis se establece que de los eventuales beneficios generados por la publicidad de la revista al Hospital Ramón y Cajal, después de los gastos y los costes imputables, un 30 por ciento revertirá al Hospital Ramón y Cajal. El destino del mismo será enviado, vía Junta de personal, al grupo cultural y recreativo del Hospital.

Respecto a la alusión al tráfico de influencias, dice el informe de la inspección: Sólo una interpretación muy sesgada de los hechos podría calificar como tal las inserciones publicitarias a las que tienen acceso los centenares de proveedores del hospital, máxime cuando se ha dado la gestión de la misma a una empresa tercera, por lo que, salvo prueba en contrario, no habrá de ser tomada en consideración. En cuanto al resguardo del ingreso, antes debiera ser tenido por una garantía para el anunciante y prueba de la escrupulosidad con que se han hecho las operaciones, constando este apunte en los resúmenes que

de las mismas se han entregado a la Inspección de Servicios del Insalud por el Servicio de Política de Personal y Relaciones Públicas.

Podrá discutirse la necesidad o conveniencia de un órgano concebido entre la línea política de imagen y marketing para el hospital y sus gestores, pero, desde el punto de vista normativo, este inspector no ha sabido hallar ninguna irregularidad que afecte a la existencia de la revista, si se exceptúa el hecho de que se otorgó su realización a una firma entonces de recentísima constitución, sin experiencia, por tanto, en el sector de las artes gráficas.

En cuanto a la Fundación, tan sólo hay que reflejar que se encuentra reconocida, clasificada e inscrita en el registro de fundaciones por orden del Ministerio de Educación y Ciencia y que el Presidente del primer patronato, doctor Caparrós, dimitió del cargo el 7 de octubre de 1991, apenas iniciada la actividad de la fundación.

Este es el informe de la inspección y, lo mismo que la inspección actúa correctamente, en su opinión, cuando deduce incluso implicaciones que pudieran ser criminales y solicita que se remitan al Juzgado, como así se hace, por el Insalud. Me gustaría que también cuando la inspección dice estas cosas usted las tuviera en el mismo grado de estima o aprecio que cuando dice lo contrario. **(El señor Villalón Rico pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para qué pide la palabra, señor Villalón?

El señor **VILLALON RICO**: Señor Presidente, pido la palabra para aclarar al señor Ministro dos de las cuestiones...

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, señor Villalón, sólo se puede pedir la palabra para preguntas o aclaraciones que haga el señor Ministro, no que haga usted.

El señor **VILLALON RICO**: Es para el buen conocimiento del señor Ministro...

El señor **PRESIDENTE**: Perdone un momento, señor Villalón.

Quiero reclamar la atención de los grupos parlamentarios sobre que se está produciendo un uso yo creo que un poco viciado de lo que es el reglamento en las iniciativas parlamentarias.

Cuando queramos una iniciativa parlamentaria en la que haya derecho a réplica no hay que recurrir al mecanismo de la comparecencia, sino al de la pregunta oral en Comisión, donde tienen turno de réplica y de dúplica. Lo que no puede ser es estar forzando permanentemente el reglamento y haciendo que esta Mesa permanentemente esté aplicando el Reglamento de una forma tajante, porque se está utilizando mal por parte de los grupos parlamentarios.

Como esto es así y yo estoy en la obligación de aplicar el Reglamento, voy a mantener lo que indica en sus artículos y en este caso no hay aclaraciones, no hay pregun-

tas supletorias, se cierra el trámite con la intervención del señor Ministro. Su intervención es exactamente en el mismo sentido que la de la señora Maestro, de modo que acabemos este debate, señor Villalón ¿Qué más quería añadir?

El señor **VILLALON RICO**: Aparte de las aclaraciones, que parece que el señor Presidente no me deja realizar, también voy a solicitar, lógicamente, el amparo de la Presidencia en relación con el señor Ministro, porque considero que carece el señor Ministro de lo que se denomina cortesía parlamentaria.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, no estoy en absoluto de acuerdo y no le va a amparar la Presidencia.

El señor **VILLALON RICO**: Es habitual por parte del señor Ministro, cuando replica a mis intervenciones, acudir a los insultos.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, le advierto la primera vez.

El señor **VILLALON RICO**: Acude a los insultos y descalificaciones personales.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón, la segunda vez. **(El señor Amate Rodríguez: ¡Es un mal educado!)**

Señor Amate, por favor.

Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Es para solicitar al señor Ministro dos cuestiones concretas. Una, la remisión...

El señor **PRESIDENTE**: Hágalo usted fuera del trámite de la comparecencia, por favor; no me obligue, señora Maestro, a que le ceda a usted la palabra en contra de lo que acaba de sentar como criterio la Presidencia.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Tardo dos segundos, señor Presidente. Quiero que conste en el «Diario de Sesiones».

El señor **PRESIDENTE**: Si usted quiere alguna ampliación de datos, el señor Ministro se ha ofrecido a dar todo tipo de datos, hable con él ahora, cuando acabe su comparecencia, y tengo la completa seguridad de que le dará todos los datos que usted necesite. Si no, sigue teniendo todas las iniciativas parlamentarias para hacerlo. No me fuerce otra vez, como me ha forzado el señor Villalón, a producir tensión en el ambiente de esta Comisión.

Muchas gracias, señor Ministro, por su comparecencia.

- **DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION, PARA INFORMAR ACERCA DEL PLAN DE GESTION DEL INSTITUTO NACIO-**

NAL DE LA SALUD (INSALUD) Y EL CONTRATO-PROGRAMA MARCO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y EL CITADO INSTITUTO. A SOLICITUD DEL G/P. SOCIALISTA (número de expediente 212/002322).

El señor **PRESIDENTE**: Comparecencia del Secretario General de Planificación, para informar acerca del Plan de Gestión del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) y el contrato-programa marco suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el citado Instituto, solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación, señor Mendioroz.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL INSALUD** (Mendioroz Echeverría): En primer lugar, quisiera empezar pidiendo disculpas a SS. SS., puesto que los servicios dependientes de la Secretaría General hicieron llegar a los servicios de la Cámara ejemplares tanto del contrato-programa como del Plan de Gestión el lunes pasado, quizá con poco tiempo para su estudio por sus señorías.

Además, por segunda vez, quisiera pedir disculpas porque cuando estábamos preparando la comparecencia se nos informó de la posibilidad de realizar alguna proyección de filminas, que podía ayudar a la comprensión de lo que íbamos diciendo. Sin embargo, ayer por la noche se nos informó que los proyectores no estaban disponibles y que, por consiguiente, no podían ser utilizados.

En esas circunstancias y aunque sea contrario a las normas habituales de esta Comisión, yo me permitiría preguntar al señor Presidente si es posible distribuir entre SS. SS. fotocopias de las filminas que tenía previsto proyectar en su momento con el fin de poder seguir de manera más adecuada la explicación.

El señor **PRESIDENTE**: Aprovecho también la ocasión para indicar a SS. SS. que tienen documentos sobre los temas de la comparecencia en esas cajas. Y encima de la mesa situamos las fotocopias de las filminas para que puedan recogerlas, si son de su interés.

Puede seguir el señor Mendioroz.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL INSALUD** (Mendioroz Echeverría): El pasado 25 de noviembre comparecía ante esta Cámara, después de haberlo hecho ante el Senado, para informar a SS. SS. del trabajo que esperaba desarrollar al frente de la Secretaría General de Planificación.

Al presentar ahora el Plan de gestión y el contrato-programa, que fueron expuestos ante el Consejo General del Insalud el pasado 17 de febrero, cumplo una parte del compromiso entonces aceptado.

Me van a permitir SS. SS. que trate de integrar lo que es el Plan de gestión y el contrato-programa dentro de las coordenadas de la política general del Ministerio. Sólo desde una continuada presencia en la mente de cuál es esta política sanitaria tiene sentido hablar de un Plan de

gestión del Insalud y de un contrato-programa con el Insalud y con los centros de responsabilidad y de gestión de la atención sanitaria que lo integran.

Por ello permítanme recordales cómo el artículo 43 de la Constitución española configura el derecho a la protección de la salud como un derecho subjetivo de todos los ciudadanos y cómo a partir de ahí la Ley General de Sanidad de 1986 determina las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud: cobertura universal, garantía de equidad en el acceso, financiación solidaria y pública y orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Si algo define a nuestro Sistema Nacional de Salud es que el acceso a las prestaciones sanitarias, por muy costosas que sean, y saben SS. SS. que hay múltiples tratamientos que cuestan cuatro o cinco millones de pesetas al año, está garantizado para todo aquel que las necesite, independientemente de su nivel de renta.

Pues bien, si el objetivo de la política sanitaria del Departamento es obtener más salud, mayor solidaridad y mejores cuidados y conseguir así la consolidación del Sistema Nacional de Salud, el objetivo del Plan de gestión y del contrato-programa es obtener el máximo rendimiento en términos de salud y de cuidados a los ciudadanos de la ingente suma de recursos humanos, técnicos, materiales y económicos que componen el Insalud.

El Plan de gestión, elaborado por la Secretaría General de Planificación, dentro de la política sanitaria del Departamento, articula los objetivos, recursos y los procesos a desarrollar por el Insalud o el propio Departamento, en su caso.

La formalización anual de ese Plan de gestión se realiza en el contrato-programa que vincula los objetivos del Insalud con los del Ministerio y que adiciona, como anexos, con una metodología común, los contratos-programa del Insalud con cada uno de los centros asistenciales. Estos contratos-programa vinculan —repito que para cada centro— los objetivos de calidad, de actividad y de cobertura con los presupuestarios.

De esta manera, la preocupación por la gestión, lejos de ser un referente economicista, se convierte en la piedra angular del Sistema Nacional de Salud, al proponerse como objetivo el logro del máximo rendimiento en salud de cada peseta invertida.

Por ello y antes de continuar con la explicación técnica del Plan de gestión y del contrato-programa quiero también recordar lo que es y lo que hace el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema es un conjunto de personas y de medios que realizan cada día más de 700.000 consultas en asistencia primaria, más de 140.000 consultas hospitalarias, que atienden 25.000 urgencias y que intervienen quirúrgicamente cada día a 4.000 personas o, lo que es lo mismo y en total, prácticamente un millón de ciudadanos son atendidos cada día por el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema tiene la suficiente calidad médica y la solidaridad necesaria para que nuestro país sea, por ejemplo, el primero del mundo en el índice de donaciones de órganos por millón de habitantes, lo que permite realizar

1.492 trasplantes de riñón al año, 468 de hígado y 259 de corazón, al mismo tiempo que se mantiene más de 6.000 enfermos en diálisis o se realizan 25.000 operaciones de cataratas al año.

La existencia del Sistema Nacional de Salud significa, además, que los índices de salud de la población española en esperanza de vida, mortalidad perinatal, prevalencia de enfermedades vacunables, etcétera, se encuentran entre los mejores de los países desarrollados. Todo esto se consigue con un gasto que, aunque muy cuantioso considerado globalmente y mucho más teniendo en cuenta el origen de los fondos, es decir, las aportaciones de los ciudadanos, representó, tan sólo en el año 1992, 190 pesetas por ciudadano protegido y por día.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, lo que conocemos como Insalud-gestión directa atiende aproximadamente al 43 por ciento de la población española, con 87 hospitales, 35.000 camas, 812 equipos de atención primaria y unos 40.000 médicos. La relación entre la calidad dada por el sistema, los medios de que dispone y los pacientes a los que atiende cada año es tal que de prácticamente esos 430.000 personas que le corresponderían al Insalud-gestión directa atendidos cada año, en el año 1992 sólo 91 casos de reclamaciones fueron discutidos fuera del ámbito estricto de la reclamación resuelta dentro del propio hospital o del propio centro de salud. Repito, sólo 91 actuaciones dieron lugar a reclamaciones. El presupuesto global del que disponemos en el Insalud-gestión directa, incluyendo inversión, amortizaciones, investigación, formación MIR y postgraduada y, por supuesto, asistencia primaria y especializada, es, como bien saben SS. SS., un billón 196.286 millones de pesetas. Obtener el máximo rendimiento en salud y en cuidados de esos recursos humanos, técnicas, materiales y financieros es el desafío del Plan de gestión y de los contratos-programa que, dentro del contrato-programa marco, está firmando en estos días el Director General del Insalud con cada uno de los 87 centros hospitalarios propios o administrados y con cada una de sus 58 gerencias de atención primaria.

Aunque luego tendré ocasión de referirme al carácter dinámico del proceso en el que estamos inmersos, quisiera decir a SS. SS. que se ha iniciado ya la definición de los objetivos del Insalud en salud para 1994; que se ha pedido a las fuerzas sociales que forman parte del Consejo del propio Insalud que aporten sus sugerencias sobre esta definición de objetivos; que se ha iniciado también, obviamente con el Ministerio de Economía y Hacienda, las negociaciones preliminares para la definición del presupuesto del año 1994 y que se sigue trabajando, dentro de los servicios de la Secretaría General de Planificación, en la definición de un plan o sistema de incentivos para el año 1994.

Estas negociaciones a las que me he referido constituyen los preliminares obligados para iniciar, en un plazo de aproximadamente dos meses, la discusión de los nuevos contratos-programa para 1994. Al final de este proceso, esperamos contar, además, con dos elementos importantísimos, aunque no absolutamente necesarios, para

evaluar las necesidades y para planificar los recursos: la encuesta nacional de salud 1993 y el Plan integrado de salud que debemos realizar a partir de los planes que presenten las diferentes comunidades autónomas.

Con respecto a estos dos temas, quiero comunicar a SS. SS. que el trabajo de campo de la encuesta nacional de salud 1993, que supone la realización de aproximadamente 20.000 entrevistas, está ya realizado y esperamos tener la primera explotación de los datos, previa, lógicamente, a su definitiva explotación, a finales de mayo de este año.

Con respecto al Plan integrado de salud, se ha hecho ya la evaluación preliminar de los diferentes planes de salud presentados por diferentes comunidades autónomas y se ha puesto en conocimiento de aquéllas que todavía no lo han hecho o de aquéllas cuyos planes no cumplen los requisitos establecidos en la normativa correspondiente a la necesidad de adecuar sus planes precisamente a lo que la normativa señala.

El hecho de no haber contado ni con la encuesta nacional de salud ni con el Plan integrado de salud para este año 1993 no quiere decir que no hayamos podido contar con los elementos necesarios para evaluar las necesidades de salud de la población. Para este año 1993, hemos partido -lo pueden ver en algunas de las fotocopias que se han repartido- de la definición de los objetivos de salud hecha por el propio Ministerio, de la cartera de recursos y servicios existentes, de la encuesta nacional de salud de 1987, de las encuestas de morbilidad y mortalidad realizadas, del ingente trabajo realizado desde 1986 con el Plan integral de calidad, y, desde 1989, con la definición de las medidas diferentes de actividad hospitalaria para la medición de actividad. Finalmente, con la existencia de los programas de contabilidad analítica, como el signo, establecidos ya en un conjunto importante de hospitales de la red, y del seguimiento de la facturación de farmacia, lo mismo a través del Prosereme que de Farmaventa y de los programas de calidad implantados.

Esto nos ha permitido estimar las necesidades de salud, ver las posibilidades de desarrollo de la política sanitaria y priorizar los servicios y prestaciones necesarios para todo el Sistema Nacional de Salud, dentro del plan de consolidación de dicho sistema, con el fin, repito, de utilizarlos como orientación necesaria a la hora de la elaboración del Plan de gestión y del contrato-programa. A la hora de elaborar estos dos documentos hemos contado, sobre todo, con la colaboración entusiasta de los equipos directivos de los hospitales y áreas de salud en más de 400 reuniones, que han acabado configurando el Plan de gestión y el contrato-programa como un proceso abierto, en mejora constante y determinante por sí mismo de un cierto cambio de cultura en nuestra institución, la participación en la definición de los objetivos del sistema, la vinculación personal de los gerentes a los mismos y la consideración de la gestión como un proyecto integral para la mejora de la atención prestada a cada ciudadano.

Los objetivos que se establecen en el contrato-programa son, obviamente, los mismos que los de la política

general del Ministerio: más salud, mejores servicios y mayor solidaridad. Dentro de esos apartados incluimos los diferentes subapartados del desarrollo de la reforma de la atención primaria para alcanzar los compromisos aceptados presupuestariamente, el incremento de la actividad hospitalaria, el desarrollo de programas de salud, la definición de la cartera de servicios para cada centro de salud y para cada centro hospitalario y, obviamente, la política de uso racional del medicamento.

Para el logro del mejor servicio hemos incluido los objetivos de calidad centro por centro, el establecimiento de programas específicos para el desarrollo y mayor implantación de la cirugía mayor ambulatoria, el establecimiento del llamado Programa Mostrador en atención primaria, que permite la realización en nuestros centros de salud de todos los trámites necesarios para las diferentes prestaciones de la Seguridad Social y, obviamente, el Plan de gestión del Insalud.

Dentro del apartado de la mayor solidaridad, a la hora de planificar las inversiones hemos tratado, como ya tuve ocasión de hablar con SS. SS. y también de hacer la distribución para cada provincia, de corregir los desequilibrios existentes entre comunidades autónomas y provincias, de ponderar la distribución de recursos entre las diferentes comunidades en función precisamente de la situación sociosanitaria y básicamente de la situación de edad de la población de cada una de estas provincias, desarrollar la atención sociosanitaria a personas mayores y la atención a patologías específicas derivadas bien de la marginación, como puede ser el caso de los drogodependientes y de las enfermedades conexas, o bien de determinadas patologías de desarrollo específico en las sociedades avanzadas, como puede ser el sida o el cáncer.

Como creo que he tenido ya ocasión de explicar en algún caso a SS. SS., la principal dificultad para desarrollar un Plan de gestión consiste precisamente en definir y consensuar una unidad que permita medir, hacer comparables las diferentes actividades sanitarias que se realizan en los centros hospitalarios y de atención primaria.

Como SS. SS. no ignoran, esta es precisamente una de las claves de las diferentes políticas seguidas en los distintos sistemas nacionales de salud y es precisamente una sobre la que existe una mayor polémica sobre cuál es el sistema adecuado de mediación de la actividad entre las diferentes escuelas.

Nosotros somos conscientes de que sólo después de haber logrado ese patrón de medida se podrán comparar entre sí los diferentes centros hospitalarios, los servicios homólogos en centros diferentes o los distintos servicios del mismo hospital.

Esta unidad o vara de medir, como quieran llamarla, además ha de revisarse anualmente para introducir tanto los nuevos objetivos de calidad que se marquen por el Departamento como las posibles correcciones que la puesta en práctica de este sistema de medición hayan podido hacer necesarias, o la necesidad de hacer frente a nuevas patologías o a nuevos servicios que hayan venido produciéndose durante el año.

En nuestro sistema para 1993, la unidad de medida

que hemos desarrollado como fruto de la experiencia de los últimos años, puesto que es una gestación que viene desde el año 1989, es la UPA, Unidad Ponderada Asistencial, que mide en términos de recursos necesarios por comparación con la unidad básica, que es la estancia hospitalaria, los diferentes procesos que se dan en un hospital. Es decir, lo que hace es asignar a cada uno de los procesos más comunes -los seis o siete procesos más comunes en el hospital- una determinada cantidad de recursos, salida, obviamente, de la experiencia práctica, y que nos permite entonces, a partir de lo que es la estancia básica, asignar determinados valores a las otras actividades que se realizan dentro del hospital.

Se determina de esta manera que una estancia equivale, en las especialidades médicas, a lo que hemos llamado una UPA, a una y media UPA en las especialidades quirúrgicas, a prácticamente cinco en las estancias en UCI o a 0,3 unidades UPA en las urgencias no ingresadas.

Contamos ya, por tanto, como parte del Plan de gestión, con un proceso que nos permite medir la actividad hospitalaria en términos homogéneos.

Para la actividad en asistencia primaria hemos usado en este año un procedimiento mucho más sencillo, procediendo simplemente a tener en cuenta la distribución poblacional en cada una de las provincias, ponderada por la edad y por otros componentes socio-sanitarios y poniendo en marcha un proceso que nos permitirá para 1994 evaluar los recursos, como medios diagnósticos, intervenciones, etcétera, que la primaria reclama de la asistencia especializada. A partir de esta consideración, es también posible, obviamente, asignar los recursos sobre una base inicialmente «per cápita» corregida por las aportaciones de las que antes hablaba: distribución poblacional, condiciones socio-sanitarias, distribución dentro del territorio, etcétera.

Las medidas contempladas en el Plan de gestión se agrupan en cinco directrices estratégicas y, para cada medida individual, se ha pretendido señalar, además, el ámbito de aplicación y la fecha de realización.

Las cinco directrices estratégicas son: la primera, la que ya me he referido, el establecimiento de los objetivos del Insalud para 1993 y el proceso de establecimiento para 1994, la vinculación de los objetivos asistenciales, poblacionales y de calidad y de servicio al presupuesto, el desarrollo de un sistema de seguimiento presupuestario y de gestión y la mejora de la estructura de gestión y del funcionamiento operativo de los servicios, para terminar en el plan de mejora de la calidad.

Sus señorías disponen lo mismo del plan de gestión y del contrato-programa que de las fotocopias de las filmillas explicativas. Voy a referirme, por consiguiente, a ellas, tratando de agruparlas dentro de las tres grandes directrices, además de la definición de objetivos y del plan de calidad, a las que antes me refería.

Para vincular la gestión al presupuesto, la primera necesidad es obviamente la fijación de objetivos por centro de gestión. En este primer año, los centros de gestión son obviamente los hospitales y las áreas de salud, pero para el año que viene se pretende en muchos casos poder llegar

hasta los centros de responsabilidad definida dentro de cada uno de los hospitales, es decir, ir incluso más allá de los servicios.

Esto se ha hecho ya para todo el Insalud; es decir, entre 87 y 90 hospitales, según que consideremos o no los añadidos, para los 58 sectores y para cinco sustitutos, y se está tratando de hacer la definición de objetivos para 1994 antes de mayo de 1993.

La determinación de las unidades de medida es la UPA —ya me he referido a ella y pretendemos, además, el desarrollo de sistemas de gestión, a través de la implantación de la tarjeta individual sanitaria, esperando llegar a distribuir esta tarjeta al 66 por ciento de la población, es decir, a 10,8 millones dependientes del Insalud para el 31 de diciembre de 1993, a realizar también la implantación en el conjunto de los hospitales, es decir, en el cien por cien de nuestros hospitales del CMBD, del conjunto mínimo básico de datos, para el 31 de diciembre de 1993 y establecer los procedimientos de gestión y de contabilidad analítica contenidos en el proyecto Signo para 41 hospitales, antes de mayo de 1993; es decir, el 46 por ciento de los hospitales.

Queremos también implantar la dirección participativa por objetivos, que tiene dos partes. La primera será la vinculación de los gerentes a la gestión por medio de los incentivos correspondientes y la segunda parte, la adicional y complementaria, será obviamente el acuerdo cooperativo.

En ambos casos estamos en los estudios de aplicación previos, que deben estar terminados antes de que acabe el mes de junio de 1993 y en el caso del acuerdo cooperativo pretendemos utilizarlo como un criterio de excelencia y proceder a su implantación dentro de una o dos áreas de salud en primaria y de uno o dos hospitales también antes de que acabe este año y con un proceso cuidadosamente vigilado, que requiere de la cooperación de todos los profesionales, para tratar de vincular en el futuro efectivamente los objetivos a los incentivos de cada uno de los trabajadores del sistema.

Dentro de la directriz del desarrollo del seguimiento presupuestario de gestión, es obvio que la mayor importancia está en el propio seguimiento presupuestario —luego podremos hablar de las condiciones que se establecen en los contratos-programa— y en la realización del estudio y la aplicación para 1994, que debe estar terminado antes de que finalice este mes.

También hay que tender a la información de la estructura, que ya es operativa; al establecimiento de indicadores de actividad, en el cuadro de mando y en el CMBD, que ya estaba operativo en 1992, y al seguimiento del consumo farmacéutico en la asistencia hospitalaria, por medio del Farmaventa y su posterior implantación en el cien por cien de los sectores de primaria.

En la directriz que hemos denominado mejora de las estructuras y funcionamiento, hemos hablado de dos caracteres fundamentales, que son la flexibilidad y autonomía, por una parte, y, por otra, el establecimiento de sistemas de competencia interna dentro de los propios centros de actividad.

En el primer caso, entre los incrementos de flexibilidad y autonomía, se incluye de manera determinante el control de eficacia que, autorizado ya en la Ley de Presupuestos del Estado para 1993, ha sido, mediante un acuerdo del Consejo de Ministros, desarrollado y pretendemos implantar en seis hospitales y cuyo objetivo fundamental es la sustitución de la intervención previa por el control de la eficacia «a posteriori» de los gastos realizados.

Como decía antes, el acuerdo para el desarrollo en seis hospitales ha sido ya tomado en Consejo de Ministros y trataremos de implantarlo a lo largo de este año y recabar las experiencias necesarias para su extensión al resto de la red.

Existe también una cierta necesidad de flexibilidad en la gestión presupuestaria, realizada con este control de eficacia y por ello se ha establecido ya para todos los centros de gestión, exactamente igual que se establece la posibilidad de la existencia de una caja diferenciada y de la facturación de los servicios a terceros para todos los centros de gestión, con el fin de dar también en este caso cumplimiento a lo que permite la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 1993, con el fin de incentivar precisamente la gestión de cobro de estos servicios prestados a terceros.

En lo que hemos llamado incremento de la competencia interna incluimos programas como el de la libre elección de médico en atención primaria para asistencia pediátrica dentro de cada sector, cuyo decreto ya está preparado y se publicará en este año 1993; el establecimiento de sistemas de facturación entre primaria y especializada para las pruebas diagnósticas, intervenciones, etcétera, cuyo único objetivo es obviamente llegar a determinar dónde se produce el gasto realmente dentro del Sistema, que esperamos implantar en tres sectores de asistencia primaria a lo largo de este año 1993 y que extenderíamos al resto del sistema para el año 1994; la solución de un grave problema existente de ingenuidad territorial con el establecimiento de procedimientos de facturación entre comunidades autónomas y entre provincias que den lugar, en su caso, cuando se trate de comunidades con gestión transferida, a las correspondientes compensaciones de saldo por asistencia prestada a ciudadanos residentes en otras comunidades autónomas y cuando se trate de provincias dentro de una misma comunidad autónoma que nos permita medir de manera eficiente si efectivamente las diferencias en gasto «per capita» que existen dentro del presupuesto están o no están justificadas por el hecho de que, además, determinadas provincias hacen un mayor uso de recursos que no tienen disponibles por razones de planificaciones en su propia provincia y que tienen que enviar sus ciudadanos a otra de las provincias.

A partir de estos estudios realizados a lo largo de este año sobre todos estos temas y del posible acuerdo a alcanzar con las comunidades autónomas con gestión transferida, pretendemos su implantación en 1994, para lo cual obviamente todos estos trabajos hay que realizarlos antes de que termine el primer semestre de este año.

Finalmente, esperamos desarrollar un sistema, como ya les decía, que permita, además de medir la actividad de cada uno de los centros hospitalarios y comparar entre sí la eficacia y la calidad de las prestaciones dadas, medir efectivamente la eficiencia de cada uno de los gerentes, de cada uno de los directivos a través de la asignación de incentivos específicos para todos los centros de gestión.

Independientemente de esta explicación somera, yo destacaría, dentro del Plan de gestión, otras dos cosas adicionales: el carácter instrumental, es decir, no lo configuramos como un objetivo, sino como un instrumento, como antes decía, para conseguir mejor salud, mayor solidaridad, mejores cuidados, que es además abierto y participativo, puesto que permite informar a toda la organización y especialmente dentro de ella a sus directivos y a la profesión médica sobre el análisis de situación, los objetivos que se persiguen, los medios disponibles para alcanzar esos objetivos y las medidas de mejora que se desean introducir para ser más eficaces en su consecución. Esto lo hacemos porque consideramos que la participación activa de directivos y profesionales es necesaria no sólo para alcanzar una identificación de estos con los objetivos perseguidos, sino que es imprescindible para reformular las estrategias en una continua mejora en la prestación del servicio sanitario público.

Dentro de este programa de la mejora del servicio sanitario público incluimos también obviamente la referencia continuada a la opinión de los usuarios del sistema. Esto lo hacemos por diferentes procedimientos: el establecimiento en cada uno de nuestros centros hospitalarios y centros de salud de las correspondientes oficinas de reclamaciones y de seguimiento del paciente, que han permitido —como decía antes— prácticamente eliminar cualquier tipo de reclamación que se resuelva por fuera de estos sistemas, hasta el punto de que, como antes decía, sólo han necesitado ser discutidas 91 reclamaciones en 1992 con las entidades aseguradoras; el establecimiento, además, de un procedimiento que nos permita realizar encuestas sistemáticas en determinados centros sobre cuál es la impresión que tienen los ciudadanos de la atención recibida, lo mismo al dejar el centro después de la intervención o actuación que con posterioridad, con el fin de eliminar —digamos— la componente agradecimiento que pueda haber en las primeras respuestas y, finalmente, el establecimiento del conjunto de encuestas elaboradas por el Ministerio y que hemos denominado «el barómetro sanitario», que cada dos meses analizará la evolución de lo que la población opina de la sanidad pública en términos de valoración y utilización de los servicios sanitarios, con particular referencia obviamente al conocimiento de las distintas ofertas, a las actitudes ante la posibilidad de cambio de médico, la valoración de los diferentes elementos del servicio y, además, el análisis sistemático, a través de los servicios de los que antes hablaba de atención al paciente, de las quejas, sugerencias y reclamaciones en los distintos hospitales.

En general, los resultados que hemos venido obteniendo con estas encuestas nos llevan a una conclusión de alcance: el sistema sanitario público y concretamente los

centros de salud son realmente bien valorados por quienes los usan; pero, como es lógico, a pesar de esta situación de satisfacción, no podemos darnos por satisfechos y por ello los contrato-programa que el Director General del Insalud está suscribiendo en estos días con los gerentes de atención especializada especifican que cada hospital (definido como un centro sanitario asistencial que atiende, además, tareas de promoción de la salud y medidas preventivas, de investigación, de docencia), debe mantener unos sistemas de información centralizados y fiables para la toma de decisiones, un marco estable de oferta anual de prestaciones incluidas en la cartera de servicios, tanto en términos de estructura como de actividad, y debe aceptar un número de entre dos y cinco objetivos de calidad, dos de los cuales al menos deben ser de satisfacción del usuario y quedan reflejados en el anexo del contrato-programa.

Estos objetivos, que se escogen entre un abanico fijo de opciones, incluyen, por ejemplo, la atención personalizada, el cuidado de las relaciones madre-hijo en pediatría, la mejora de los indicadores de profilaxis, de antibióticos en pacientes quirúrgicos, la mejora de la calidad de las historias clínicas, la disminución de las infecciones nosocomiales, etcétera.

Quiero destacar, finalmente, el hecho de que el Plan de gestión establece unos compromisos básicos por programas y por centro y que, además, entre los objetivos de calidad, aparte de los que se establecen en el propio contrato-programa, hemos incluido la revisión en 1993 de la Carta de Derechos de los Usuarios y la garantía en todos los hospitales y centros de salud de su cumplimiento; llevar al 100 por cien de nuestros pacientes el consentimiento informado; la promoción de la reducción de las infecciones hospitalarias a través, primero, de su conocimiento y valoración con los programas Epine y Epihos y, además, la coordinación de la gestión de las comisiones centrales de garantía de calidad; la codificación del 100 por ciento del conjunto mínimo de base de datos en las altas hospitalarias y el informe de alta a realizar en todos los casos, lo mismo si el paciente entra por urgencias que si viene a una cirugía programada; el establecimiento de comisiones sociosanitarias para la atención integrada a los mayores; el establecimiento de programas específicos contra patologías producto de la marginación o de nuevas enfermedades, como puede ser la atención a drogodependientes, el sida, diálisis, lesiones medulares, etcétera, para los cuales están previstos más de 60.000 millones de pesetas dentro de los programas y del presupuesto del Insalud y, finalmente, el mismo compromiso que aceptamos en la presentación presupuestaria, es decir, el de la mejora de la gestión de las listas de espera y la reducción del 100 por cien en las de más de seis meses.

Dentro de los programas, para pasar ahora a la explicación de lo que es el contrato-programa, tienen en las fotocopias que se han distribuido cuál es el proceso de elaboración. A partir del plan de actividades, inversiones y financiación de cada centro de gestión y de los escenarios presupuestarios con la ordenación de las prestaciones y especificación de los servicios que provienen del

plan de salud se realiza el contrato programa cuyo seguimiento, por demás, determinan la posibilidad de establecer una evaluación de la provisión de servicios y de seguir estimando las necesidades de la salud y las propias demandas de servicios para los planes de salud de años sucesivos.

Con este mecanismo se procede, primero, a una distribución provincial de lo que son los presupuestos. Del presupuesto inicial del Insalud se sacan las inversiones que pueden ir a reposición, a la aminoración de desequilibrios regionales y al incremento de la capacidad productiva para establecer lo que son los gastos corrientes del Insalud.

Estos gastos corrientes se distribuyen entre lo que van a ser gastos centralizados (farmacia, investigación, servicios administrativos) y los gastos que se establecen en cada uno de los centros de gestión (la asistencia primaria, incluida la farmacia, y la asistencia especializada, incluidos, en su caso, los conciertos). Eso nos lleva, después de una ponderación en función de la situación de la población de cada una de las comunidades autónomas, al establecimiento de un presupuesto capitativo por comunidad autónoma que, a su vez, condicionado y modificado, en su caso, por la existencia de un determinado gasto histórico, nos lleva, efectivamente, al presupuesto de cada una de las comunidades autónomas.

Este proceso, hasta ahora, se realiza estrictamente dentro de lo que es el ámbito de gestión centralizada del Insalud y del Ministerio. A partir de aquí, el presupuesto de la comunidad autónoma se distribuye entre el presupuesto de los hospitales, los presupuestos para atención primaria, las prestaciones complementarias, los conciertos complementarios y los conciertos sustitutivos.

Para el establecimiento del presupuesto por hospital, lo que establece el nuevo sistema que hemos creado es que, efectivamente, el presupuesto no está ligado al gasto histórico, al presupuesto tradicional, sino que lo está a la definición y negociación con el correspondiente gerente de objetivos de calidad asistencial, de servicios, de prestaciones y de población cubierta. Esta actividad de cada uno de los centros hospitalarios, medida en términos de UPA, es la que se discute con cada uno de los gerentes; se discute, se negocia y se intenta, obviamente, su elaboración conjunta, y se termina, obviamente también, con la firma del acuerdo sobre estos temas. Y a partir de este acuerdo sobre la actividad a realizar es cuando se asigna el coste correspondiente por UPA, dependiendo de lo que es el nivel hospitalario, y se obtiene el presupuesto para el año, ya en este caso 1993, y obviamente para el año 1994, en su momento.

Este presupuesto, por otra parte, es comparado con lo que ha venido siendo el gasto histórico del mismo hospital con el fin de, en su caso, introducir las mejoras de gestión que sean necesarias y, sobre todo, de considerar determinados elementos que es imposible considerar dentro del sistema que hemos hablado de medición vía UPA, por ejemplo, la actividad docente que pueda realizar un determinado hospital. Y eso da lugar al establecimiento para determinados centros hospitalarios (trece,

en el conjunto del Insalud) de lo que hemos venido llamando subvenciones a la explotación (y perdón por utilizar una terminología puramente economicista) que determinan, por encima de lo que es el presupuesto que se obtendría en relación con la actividad del propio centro, las aportaciones, digamos, adicionales que hay que hacer para mantener en funcionamiento ese hospital, y obviamente también los compromisos adicionales de gestión que hay que establecer para que, en su caso, esas asignaciones complementarias vayan decreciendo.

Como decía antes, esto se hace por negociación centralizada en el Insalud con los gerentes de los hospitales y con la participación de los correspondientes directores provinciales.

El presupuesto de atención primaria, como ya he tenido también ocasión de explicar, parte básicamente de lo que es el presupuesto capitativo de la correspondiente provincia, modificado por las condiciones de las que antes hablaba y, en su caso, también por el correspondiente gasto histórico por provincia, puesto que incluso en el caso de que haya una distribución en estos momentos no equitativa de recursos entre las diferentes provincias, el establecimiento de la equidad sólo puede hacerse de forma paulatina. Esto da lugar, como decía, al presupuesto de atención primaria.

Las prestaciones complementarias, que no se pueden dar por el Insalud dentro de la propia provincia, y las negociaciones sobre los conciertos complementarios, se establecen con los gerentes de los sectores y con los directores provinciales por parte también de la propia dirección del Insalud. Y en el caso de que exista, además, la necesidad de conciertos sustitutivos, es decir, que un hospital no propiedad del Insalud se haga cargo de toda la atención especializada de un determinado sector, se elabora también el mismo proceso de discusión que hemos elaborado para los contratos-programa de nuestros hospitales; es decir, primero recabamos los datos necesarios para poder evaluar efectivamente su actividad, se hace el presupuesto en base a las UPA, se compara con el gasto histórico y, en su caso, se llega o no se llega a un acuerdo sobre estos conciertos sustitutivos. Elaborados estos presupuestos e incluyendo ya el gasto territorializado de farmacia, de investigación y de servicios administrativos, más las inversiones territorializadas, se llega, como corresponde, al presupuesto por cada centro de gasto.

Señalaría, por consiguiente, y ya para terminar, que disponen de la información sobre cuáles son los objetivos del contrato-programa, lo mismo en cobertura que en creación de equipos de atención primaria por comunidades autónomas, en distribución de la tarjeta individual sanitaria y objetivos del contrato-programa marco en atención hospitalaria, que incluyen una atención obvia a los procesos que ya habíamos identificado, en el caso de Madrid y en el Plan de disminución de listas de espera, y que estamos extendiendo al conjunto de los centros de la red para el año 1993.

Finalmente, sólo quisiera señalar, como antes decía, que éste es un proceso en el que ya estamos inmersos

desde hace unos años y ya para 1994. La aplicación parcial de todos estos procesos a lo largo del año 1992 nos ha permitido una mejora de la actuación, que consideramos importante; una mejora de la actividad en, aproximadamente, un 0,5 por cien, que, en términos del número de actuaciones que realizamos cada día, es claramente significativa; una ruptura clara de lo que había venido siendo la tendencia de incremento del gasto en los años anteriores, puesto que del 14 por ciento hemos pasado, aproximadamente, en presupuestos finalmente liquidados, al 9,5, teniendo en cuenta que este 9,5 lleva un componente adicional de prácticamente punto y medio, determinado por el incremento de los gastos de farmacia, que se sitúa en el 15, con lo cual el incremento del resto de los capítulos que componen el presupuesto del Insalud es de aproximadamente el 8, que además nos ha permitido también comparar la eficacia en el manejo del sistema con el de comunidades autónomas con gestiones transferidas. Así hemos podido comprobar de manera fehaciente la mayor eficacia de la actuación de control del gasto cuando se mantiene la hegemonía del sector público como proveedor y su universalidad como asegurador.

Con respecto al futuro nos planteamos tres actuaciones básicas. Primera: la mejora de la UPA, como antes decía, estableciendo en este caso, además de los criterios de actividad, criterios de cumplimiento de actuaciones concretas por cada uno de los hospitales, entre las cuales incluimos, por ejemplo, la reducción de infecciones nosocomiales. Segunda: lo que hemos llamado la determinación de la matriz o función de valor de cada uno de nuestros centros hospitalarios, que consiste en asignar prioridades a cada uno de los objetivos definidos por el centro y asignar también valoración a cada uno de los intervalos de cumplimiento de esos objetivos. Por último, la extensión, primero, hacia los gerentes y, posteriormente, hacia los servicios de un procedimiento que permita asignar la bolsa de la productividad variable en base a estos compromisos gerenciales, estableciendo una competencia entre gerentes, por la asignación de esta bolsa, en función del cumplimiento de los objetivos, repito, de actuación y de calidad marcados.

Este es, pues, el presente del Plan de gestión y del contrato-programa para 1993, son también las cosas en las que ya estamos trabajando para el futuro y de las que esperamos, como hasta ahora hemos hecho, seguir rindiendo cuentas a SS. SS. sobre el cumplimiento de los objetivos pactados.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Secretario General.

Por el Grupo proponente, tiene la palabra el señor Palacios.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Gracias, señor Secretario General de Planificación por su atención a nuestra solicitud de comparecencia, en relación con dos cuestiones que, en función de su operatividad para la buena marcha del Sistema Nacional de Salud, consideramos muy importantes.

Por supuesto, no voy a entrar en ninguna de las cuestiones que el señor Secretario General ha puesto de manifiesto con gran amplitud de datos y de detalles, que, por otra parte, figuran en los documentos a nuestra disposición y que son absolutamente clarificadores sobre cuáles son los planes y objetivos señalados tanto en el Plan de gestión como en el contrato-programa establecido entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud.

Hechas estas aclaraciones, señor Secretario General, me cabe, en nombre de mi Grupo, poner de manifiesto la intención de consolidación del Sistema Nacional de Salud, que puede considerarse, sin ambages —y creo que ningún Grupo esté en contra de ello—, como uno de los grandes logros de la democracia.

El Sistema Nacional de Salud ha permitido alcanzar cotas de equidad muy importantes, cotas altas de distribución territorial de los recursos en este país, tanto humanos como estructurales, si bien en ambos apartados queda camino por recorrer, fundamentalmente en la universalización de la asistencia sanitaria a la población.

Por supuesto que el Sistema Nacional de Salud atiende a una política sanitaria del Gobierno Socialista en la cual se han intentado buscar en todos estos tiempos, tanto en el plano legislativo como en el operativo, los mayores consensos con los demás grupos. Yo creo que el Sistema Nacional de Salud es un hecho de toda la población, en alguna medida de todos los grupos políticos, y funciona en márgenes legales que la propia Ley General de Sanidad establece y que complementa en algunos elementos la Ley del Medicamento.

Creo que es muy importante, señor Secretario General de Planificación, el que se hayan puesto de manifiesto con claridad aquellas actuaciones que están en marcha, aquellas actuaciones que son previsibles para su puesta en funcionamiento, como puede ser el conocimiento de la encuesta nacional de salud o la configuración de los planes integrales de salud a comienzos del año 1994 o a finales de 1993, así como también todos aquellos mecanismos de evaluación del Sistema que nos permitan tener un adecuado conocimiento del funcionamiento del mismo, con la finalidad de ubicar los problemas en su propio contexto y darles la salida adecuada.

En los objetivos del contrato-programa hay algunos hechos, a nuestro modo de ver, fundamentales. En primer lugar, la búsqueda permanente de la calidad de la prestación sanitaria, en la cual concurren una serie de factores a los cuales, por supuesto, el proceso planificador y la eficacia de la gestión no son ajenos. En segundo lugar, el énfasis que en el contrato programa, como en el plan de gestión, se pone en la asistencia primaria a la salud en nuestra nación, que creo que poco a poco ha ido llevando a los rincones más apartados, por así decirlo, a los que en principio podían estar más desfavorecidos, un esquema de actuación sanitaria en cuanto a la atención primaria que se concilia perfectamente con lo que es el mandato de la Organización Mundial de la Salud y que, día a día, se está avalando como un procedimiento de asistencia muy eficaz a tenor tanto de los resultados obte-

nidos como del grado de satisfacción que los usuarios suelen manifestar en ese sentido.

Es evidente que el Gobierno, el Ministerio de Sanidad, con sus propuestas presupuestarias, ha dejado claro y evidente su interés por la cuestión sanitaria en el país y porque este Sistema Nacional de Salud se consolide. No en vano los presupuestos sanitarios han sido en los últimos años muy estables e incluso muy por encima de la media de otros presupuestos en momentos económicos difíciles -este año se acercó al 10,6 por ciento de incremento-, y ha ido potenciando aquellos sectores, por contra de lo que en algunas ocasiones se oye, como son la asistencia primaria, para dar aportación presupuestaria en márgenes que ya superan los solicitados por la Organización Mundial de la Salud en relación con el gasto sanitario total, puesto que si se solicita el 33 por ciento, nosotros nos hallamos ya en ese nivel.

Todo este tipo de planteamientos en la línea del saneamiento de la insuficiencia financiera, que se pudo haber acumulado en algún tiempo; de continuar con esta potenciación de la asistencia primaria; de acercar al ciudadano las prestaciones sin dificultades burocráticas; de tutelarlos con un marco de derechos que implican también obligaciones para el usuario; de renovar, modernizar y amortizar las propias estructuras del sistema; de facilitar en la asistencia primaria la libertad de elección de los profesionales de medicina de familia y comunitaria o de pediatría; de uso racional del medicamento en términos que nos sitúen, digamos, en un plano de complicidad con el ciudadano para entender cuál es verdaderamente el mejor mecanismo de tratar o de proteger la salud, que no es necesariamente el de tener la casa atiborrada de medicación, sino tener ni más ni menos que la medicación disponible en cada caso y utilizable según está indicado...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Palacios, vaya terminando.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Sí, señor Presidente, termino.

Y además de todo lo que acabo de citar, en un plano de complementariedad recurrir a la empresa o al sector privado como elemento que, en los términos solicitados por el propio Sistema Nacional de Salud, pueda aportar su contribución, que es deseable; todo esto, decía, está perfectamente contemplado no sólo en nuestra Constitución desde la perspectiva de la libertad de empresa, sino también en las propias leyes.

No hago referencia -y termino, señor Presidente- a actuaciones conocidas, ya que hemos tenido recientemente el debate presupuestario, de carácter especial, grupos de riesgo, sida, ancianos, mujeres embarazadas, etcétera, que realmente están contempladas también en este programa; o al hecho ya citado por el señor Secretario General del esfuerzo que se está realizando, hasta el momento en términos positivos, para los pacientes que se encuentran con más de seis meses en las listas de espera, que pienso que realmente puede ser muy operativo a finales de año, como se nos ha puesto de manifiesto.

Es muy gratificante, señor Secretario General -y sin duda está haciendo referencia al artículo 10 de la Ley General de Sanidad-, oír lo relativo a la exigencia en los contratos-programa del consentimiento informal. Me parece -y vuelvo a decir esta palabra en términos cariñosos- que es una complicidad con el usuario que nos permitirá, evidentemente, ahondar en la necesidad de la corresponsabilidad en cada actuación de las que se realicen dentro del propio Sistema.

Para finalizar, señor Secretario General, le animo a que continúen haciendo eficaz el planteamiento que se ha hecho tanto con el plan de gestión como con el contrato-programa. Pero no quiero dejar de plantearle una pequeña duda, que seguramente surge del desconocimiento de este Diputado de los mecanismos que se van a seguir. Habida cuenta de que nos movemos en un marco legal que tiene sus condicionantes, quisiera que nos explicara a todos cómo se va a producir, desde una perspectiva de presupuesto fijo a principios de año, el proceso de subvención a centros cuando se produzcan desviaciones determinadas que escapen a lo acordado previamente.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos Parlamentarios que quieren intervenir? (**Pausa.**)

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

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Señor Mendioroz, mi Grupo acepta las disculpas que ha presentado por la forma en que se nos ha entregado a los miembros de esta Comisión la documentación, pero sí quiero recordarle que hace ya quince días que presentó usted el plan de gestión y el contrato-programa a la prensa, que la semana pasada lo hizo usted en el Senado y, señor Presidente, mi Grupo reclama una prioridad en esa información, para que por lo menos tengamos los elementos de juicio suficientes con bastante antelación y no con la premura con que se ha hecho.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Hernández Mollar, debería de tener en su poder un SALUDA de esta Presidencia diciéndole que estaba a su disposición la documentación en la Comisión.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: De ayer, señor Presidente, pero hace quince días que se presentó a la prensa, y creo que por lo menos el decoro de esta Cámara exigiría que los parlamentarios pudiéramos tener una información prioritaria y no nos ocurriera, como en bastantes ocasiones nos ocurre, que tengamos que acudir precisamente a los medios de comunicación para poder obtener una información con la que deberíamos contar con prioridad aquí en el Parlamento.

El señor **PRESIDENTE**: Procuraremos ser más rápidos que los medios de comunicación la próxima vez.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Señor Mendioroz, el plan de gestión que ha expuesto aquí ha sido profusa-

mente anunciado y expuesto ya en distintas comparencias del Ministro y en las suyas propias de noviembre de 1992, donde usted lo presentó también tanto en el Senado como en el Congreso y donde tuvimos la facilidad de debatir sobre el mismo. La lección teórica, pues, la tenemos bastante bien aprendida.

Resulta un poco más novedoso, sin embargo, el contrato-programa, que yo lo calificaría, señor Mendioroz, de pirueta jurídico-política, que encierra unos deseos de presentar una futura reforma sobre la ficción de una estructura organizativa que el propio Presidente del Gobierno, don Felipe González, en el Plan de Convergencia reconoce que hace aguas. Me temo que esto es como ponerse un traje nuevo con unos zapatos sucios o cambiar de traje de luces para lidiar el mismo toro.

No está mal, por otra parte, señor Secretario General, que ustedes traigan a la Cámara planes y proyectos para mejorar nuestro sistema público de salud, pero esto no les exime a ustedes ni al Grupo Socialista, a pesar de la lírica representación que siempre nos hace el señor Palacios de nuestro sistema sanitario, no les exime, decía, de responsabilidad. Los graves defectos de los que hoy adolece la gestión del sistema público no se han producido por generación espontánea ni se deben sólo y exclusivamente a circunstancias externas al propio sistema. Ustedes se empeñaron en aplicar, en sus primeros años de gestión, una política sanitaria desde una concepción rígida, burocrática, centralista y fuertemente politizada. La escasez de especialistas, las listas de espera, el descontrol del gasto, el desencanto del personal sanitario y otros muchos males de nuestro sistema tienen mucho de fundamento en su falta de previsión y en su falta de capacidad de gestión. Esa es su responsabilidad directa, esa es la responsabilidad directa de los distintos ministros y del propio Grupo mayoritario Socialista, y de eso no deben ni pueden evadirse. Por eso nos sorprende que hayan tardado diez años en darse cuenta que el sistema, que tiene indudablemente bondades, hace aguas en la gestión. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

¿Qué ocurre con esto, señor Mendioroz? Pues que en el plan de gestión que ustedes nos presentan sus planteamientos teóricos están repletos de obviedades. Por citarles una, ¿no es una obviedad, señor Secretario General, decir textualmente que hay que vincular los objetivos de gestión a la política de salud a través del presupuesto? Lo que ocurre es que después de diez años ni los objetivos de gestión que debían llevarse a cabo a través de la organización del sistema se han venido cumpliendo, ni los planes de salud han sido capaces de llevarlos a cabo, ni los presupuestos han sido un instrumento serio de priorización del gasto, del control del mismo ni de su formulación realista. Mi Grupo, señor Mendioroz, echa en falta su capacidad de autocrítica en el propio plan. Si ustedes consideran que ese plan es un varapalo a su propia gestión, eso al menos podría honrarles.

Me temo también que el punto de partida presupuestario, lo que usted llama presupuesto histórico, nace ya con graves defectos. Señor Secretario General, los presupues-

tos de 1992 se inician con una deuda de 561.000 millones, que les han llevado a lo que ustedes han llamado el plan de saneamiento. Mi pregunta, señor Mendioroz, es muy concreta: ¿qué ha pasado en el año 1992? ¿Hay deuda generada en asistencia sanitaria en el ejercicio de 1992? Y si la hay, ¿a cuánto asciende esa deuda? ¿En cuánto se desglosa esa deuda? Yo creo que como punto de partida es importante conocer esos datos.

Como ha dicho ya en diversas ocasiones, considera la encuesta nacional de salud como elemento base para la evaluación de las necesidades. Dice usted que se utilizará ya en este primer trimestre, es decir, a finales de marzo. No sé si está terminado el trabajo, pero yo, señor Secretario General, no tengo razones, salvo que después la realidad nos venga a demostrar otra cosa, para pensar que esta encuesta vaya a tener más utilidad que la de 1987. No parece que para ustedes la capacidad de opción del ciudadano sea un indicativo mejor que el de las encuestas. Por cierto, señor Secretario General, dijo usted en el Senado que en Muface había un importante descenso en la opción por las entidades privadas. ¿Podría usted cuantificarme este descenso? Porque según nuestros datos el 88 por ciento de los funcionarios que están en Muface escogen la atención sanitaria por las entidades privadas en lugar del sistema público.

Otro de los objetivos más repetidos también es el de la separación entre la autoridad y provisión de servicios. Nosotros también estamos de acuerdo en ese planteamiento. Sin embargo, en esto nos surge una serie de dudas que me gustaría que usted las aclarara.

¿No cree usted que esta separación se hace bastante difícil en la medida en que existe una dependencia jerárquica, orgánica y presupuestaria del Insalud respecto al Ministerio? ¿Piensan ustedes modificar la personalidad jurídica del Insalud? Otra pregunta concreta es ¿cómo van a coordinar ustedes el plan de gestión con la nueva organización periférica del Insalud? ¿Qué va a ocurrir con los funcionarios de esa organización periférica? Recordemos que ya, cuando la reforma de la Seguridad Social -y yo lo viví muy directamente, puesto que como usted sabe soy funcionario de la Seguridad Social-, se produjo un auténtico desconcierto en aquellos organismos que desaparecieron, como sucedió con el mutualismo y el Instituto Nacional de Previsión, y una absoluta angustia en los funcionarios que no conocían ni cuál era su status actual ni a dónde iban a parar. Y me temo muy mucho que estos anuncios de reforma también puedan crear cierta inquietud entre los funcionarios de la organización.

En el plan parece que ustedes aceptan, aunque de un modo retórico, la importancia de los profesionales, pero me da también la impresión de que se busca más su participación en las responsabilidades que en la fijación de criterios y objetivos. ¿Usted cree de verdad, señor Secretario General, que los profesionales se sienten vinculados, identificados con este plan de gestión? ¿Han participado, de verdad, en la fijación de estos objetivos? ¿Cree usted también que es eficaz hacer pivotar la capacidad de decisión y de compromiso especialmente en los

gerentes de los centros de gasto? ¿Qué opinión tienen las organizaciones sindicales y las organizaciones colegiales sobre este plan de gestión? Señor Secretario General, ¿nos podemos creer de verdad, después de tantas promesas incumplidas, la implantación definitiva de la tarjeta individual sanitaria? ¿Cómo podemos creernos eso cuando ya los datos que ustedes ofrecen en el plan de gestión y en el contrato-programa son contradictorios? Le recuerdo que en el plan de gestión aparece que la tarjeta individual sanitaria está repartida en el 29 por ciento de la población protegida por el Insalud gestión directa y en el contrato-programa aparece el 40 por ciento; me estoy refiriendo al año 1992. ¿Cómo puede usted explicar esa contradicción?

Lo mismo le digo, señor Mendioroz, respecto a la libertad de elección de médico. Llevamos ya muchos años hablando de esto. ¿Tienen ustedes alguna fecha concreta para, de verdad, poner en marcha y dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley General de Sanidad?

A pesar de todas estas dudas, señor Secretario General, nos satisface oírles hablar del pago por proceso, de cierta responsabilización de los centros, de criterios «capitativos» en la presupuestación, de atisbos de cierta competitividad, que tampoco llegan a concretarla, y de reconocimiento y reducción de la lista de espera. No es mucho, pero al menos, señor Secretario General, parece que las reflexiones que forman parte de nuestros tradicionales planteamientos en política sanitaria algo les han hecho pensar. Si este plan sirve para rectificar sus anteriores errores, bienvenido sea.

En cuanto al contrato-programa, yo lo calificaba de pirueta jurídico-política. Los contratos que se firman entre las partes tienen por finalidad el cumplimiento de las obligaciones que se especifican en sus cláusulas. Me extraña que no se hable, en este contrato-marco entre el Insalud y el Ministerio -no sé si lo harán después en los contratos que están firmando con los distintos centros de gasto-, de responsabilidad en caso de su incumplimiento. Por tanto, ¿puede usted decirme, señor Mendioroz, qué consecuencias puede tener para los directivos del Insalud, de los centros y para los profesionales el incumplimiento de los comportamientos del contrato-programa? ¿Cómo se va, por otra parte, a vigilar el cumplimiento de esos objetivos? ¿Qué papel puede tener asignado la Inspección de los servicios sanitarios en el contrato-programa?

Ha dicho también que las negociaciones se van a llevar por centros con los gerentes de los hospitales. ¿No cree usted que sería mejor crear algún órgano con participación de los profesionales para intervenir en la negociación del contrato de cada centro? ¿Cuándo puede conocer esta Cámara los contratos que se están firmando con estos centros? ¿Cuáles van a ser sus asignaciones presupuestarias?

Tengo muchas preguntas en el bolsillo, señor Mendioroz. (Un señor Diputado del Grupo Socialista: En el bolsillo, pues sácalas.) Sí, en el bolsillo, en los papeles, y aquí, en el Parlamento, que es donde hay que hablar.

Tengo muchas preguntas, decía, algunas de las cuales se las voy a hacer por escrito, pero para terminar, y como soy Diputado por la ciudad de Melilla, me interesaría también saber, señor Mendioroz, por qué han excluido ustedes a esta Comunidad Autónoma -y así lo citan en los papeles, en la tabla primera- de los objetivos del contrato-programa. Nos llama la atención que esté incluida Ceuta, pero no Melilla.

Finalmente, señor Secretario General, le quiero plantear dos dudas muy concretas también. ¿Cuál es la razón por la que, al parecer, no proyectan aplicar la técnica o el contrato-programa a centros especializados concertados, al menos a todos los del concierto singular? ¿Con qué entidad se van a negociar los acuerdos cooperativos: directamente con los afectados o con sus representantes sindicales o profesionales?

Como le digo, aparte de toda esta serie de dudas, hay muchas más. No ha habido tiempo tampoco para estudiar en profundidad, por las razones que he expuesto inicialmente, estos documentos, y a lo largo de esta escena o casi fenecida legislatura espero que podamos debatirlo con un poquito más de profundidad.

Nada más.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Garcacia): Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Gracias, señor Secretario General, por la información que nos ha traído.

Honestamente yo no he leído la documentación que usted ha facilitado a esta Comisión porque la he cogido de la mesa hace aproximadamente una hora. Por tanto, yo pienso que lo prudente es que base mi intervención en lo que le he oído a usted y le he entendido, y acabaré haciéndole una pregunta. Después de que estudie los documentos que hoy he recogido aquí, probablemente me surjan algunas preguntas que haré por escrito para que usted me pueda contestar.

Lo cierto es que la música de su discurso no me ha sonado extraña, porque la venimos oyendo desde hace tiempo. Desde la época del ministro, señor García Vargas, ya venimos hablando de estos objetivos globales, y no es una crítica, ya que parece lógico que haya unos objetivos permanentes en cuanto a la sanidad y hasta que no se logren se deben seguir teniendo los programas que se van realizando en los distintos ministerios.

Usted nos ha hablado, concretamente, de la tarjeta sanitaria, de la efectividad de la elección del médico, de la posibilidad de mejorar las listas de espera, y de esto ya venimos hablando hace la intemerata de tiempo.

En cuanto a los objetivos que marcan -eso sí que lo he leído aquí por encima- el contrato-programa y el plan de gestión, no podemos nada más que estar de acuerdo. Lo único que hay que decir es que se vayan cumpliendo estos objetivos de la mejor manera posible.

No obstante, me surgen dos preguntas que probablemente son fruto de no haber leído la documentación, pero usted ya me lo aclarará. Una es cómo interviene el

Insalud transferido respecto a estos dos documentos, es decir, respecto al plan y al contrato-programa. La otra es de qué manera afecta el plan de gestión y el contrato-programa a los centros concertados. He oído que había una incidencia, pero no he entendido bien hasta qué punto compromete a los centros concertados la confección de este programa.

Nada más, señor Secretario General. Atendiendo la petición del señor Peralta, que ha dicho que fuera breve, y de la Presidencia, que tiene que recuperar tiempo, acabo aquí mi intervención.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Garcacia): Tiene la palabra, por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Secretario General, por su comparecencia a petición del Grupo Socialista, que en función de la intervención del señor Palacios parece necesitar analizar detenidamente la información que ha recibido, ya que, al menos en mi opinión, los objetivos que él persigue de equidad, de participación, de distribución igualitaria desde el punto de vista territorial y socioeconómico, desgraciadamente no se van a conseguir con los planes de gestión que el señor Mendioroz ha expuesto. El señor Mendioroz conoce el planteamiento radicalmente contrario de Izquierda Unida a este tipo de propuestas por lo que voy a decir a continuación.

En primer lugar, se sitúa el plan de gestión y el contrato programa en un marco general de disminución del gasto sanitario y de necesidades sanitarias no cubiertas. Es decir, un plan de gestión, cuando hay un nivel aceptable de recursos sanitarios, cuando hay un nivel aceptable de necesidades sanitarias cubiertas, puede entenderse, pero los máximos niveles de ineficacia, como los especialistas en salud pública se han encargado de demostrar, se producen cuando hay una insuficiencia de servicios sanitarios.

Recuerde, señor Mendioroz, que la salud mental sigue sin estar cubierta por la Seguridad Social, ni la salud bucodental, ni existen hospitales de enfermos crónicos. Hay unas deficiencias importantísimas de servicios sociales que se expresan como demanda de servicios sanitarios, resultado de recortes brutales, por ejemplo, en la dotación económica del Plan Gerontológico, que de una cantidad inicial de 100.000 millones de pesetas apenas supera los 4.000. Se ha congelado la reforma de la atención primaria, de tal forma que desde hace ocho años en que se promulgó el Real Decreto de estructuras básicas de salud apenas cubre al 50 por ciento de la población. La planificación familiar no es atendida mayoritariamente por la Seguridad Social. La salud laboral no tiene incidencia en las actividades de la sanidad pública, y la geriatría es más una anécdota que una realidad cuando a la hora de los análisis sobre la situación social y sanitaria el envejecimiento de la población constituye uno de los elementos básicos a tener en cuenta.

Por otro lado, señor Mendioroz, la máxima debilidad teórica de su planteamiento es que en este dibujito de

círculos concéntricos, en el cual los círculos interiores son el plan de gestión y el contrato programa, se imbrican en uno más amplio, que es el plan de salud, el cual define necesidades y permita decidir sobre prioridades, pero ése todavía no existe. Es decir, no es un problema de debilidad teórica y programática y de planificación, es que los objetivos del plan de gestión y del contrato programa no tienen nada que ver con la satisfacción de las necesidades de salud y sí con el ahorro de gasto sanitario, que es el principal objetivo de las medidas y, ¡cómo no!, cuando el ahorro de gasto sanitario se sitúa sobre unas necesidades de salud no cubiertas y sobre unos servicios de salud insuficientes, evidentemente, desde planteamientos de progreso, de justicia social, de equidad y de calidad en la atención sanitaria no es posible hacer otra cosa más que rechazar los criterios y las medidas que se definen, tanto en el plan de gestión como en el contrato programa.

Usted sabe, señor Mendioroz, que los criterios que definen el conjunto mínimo básico de datos y la cartera de servicios, como no están basados en la identificación de necesidades de salud, no identifican ningún tipo de actividad, ni a nivel de atención primaria ni de atención especializada, que tengan que ver con la prevención y la promoción de la salud; nada que ver con la identificación de programas de salud para la población en riesgo. Eso quiere decir que la actividad sanitaria es profundamente burocratizada, por lo que se justifica en función de actividades anteriores y no incide sobre los principales problemas de salud de la población.

¿Es eficiente, señor Mendioroz, un sistema sanitario que permite que las mujeres sigan muriendo en un 40 por ciento por cáncer de mama porque no hay ninguna actividad preventiva seria que se esté realizando? ¿Es eficiente un sistema que permite que la mayor parte de los accidentes cardiovasculares ingresen en unidades de vigilancia intensiva en ausencia de programas de detección precoz de la hipertensión arterial o de algún tipo de factores de riesgo que tienen que ver con las enfermedades cardiovasculares? ¿Es que la gestión, señor Mendioroz, debe inscribirse en un marco general de planificación que no se legitima ni se justifica, ni desde el punto de vista sanitario ni desde el punto de vista estrictamente económico, entendiendo la economía como un instrumento que sirve para las necesidades de salud y que se valora en función de su capacidad de disminuir dolor, enfermedad y muerte, no en función de disminuir presupuestos según criterios absolutamente burocráticos, como son los que definen el contrato programa y el plan de gestión?

Dice usted que el contrato-programa no tiene que ver con un gasto histórico. Entonces, ¿con qué tiene que ver, señor Mendioroz, si el plan de salud no existe, si no han identificado los perfiles epidemiológicos de las diferentes zonas? ¿Cómo puede garantizar la equidad cuando la identificación de los contratos-programa, es decir, de los presupuestos, se realiza en función de actividades asistenciales y de criterios que hay que tener en cuenta, ¡cómo no!, como el de la disminución de la estancia media, pero en un marco más amplio, que es en el que, insisto, se justifican y se legitiman? ¿Cómo va a garantizar, señor

Mendioroz, que un hospital o un servicio quirúrgico ni priorice la asistencia precisamente sobre aquellos enfermos que garantizan, por su estado de salud general o por su edad, menores estancias medias que otros con padecimientos más complicados? ¿Cómo prioriza la disminución de gasto sanitario y de vitalidad humana que supone la actuación en programas de educación para la salud, o de promoción de la salud, o de actuaciones preventivas? Es que con criterios fundamentalmente economicistas, como estoy demostrando con mi intervención, al final, señor Mendioroz, sale el tiro por la culata y aumenta el gasto sanitario.

El control del gasto farmacéutico, al que usted ha hecho mención, la eliminación de la financiación de la Seguridad Social de medicamentos baratos, tiene como efecto perverso el aumento de gasto farmacéutico por la derivación de la prescripción hacia medicamentos más caros. Y como ha señalado recientemente la señora Directora General de Farmacia, para compensar las posibles pérdidas de los laboratorios afectados por los medicamentos exclusivos se van a estudiar revisiones de precios al alza de otros productos de los mismos laboratorios de los cuales se excluyen medicamentos baratos. Al final sale el tiro por la culata, señor Mendioroz: se disminuye la calidad de la atención y aumenta el gasto sanitario.

Es el mismo criterio que se sigue al medir el presupuesto en función exclusivamente de actividades asistenciales. Cuando ustedes están incentivando, a través de medidas económicas, la actuación de actividades quirúrgicas, por ejemplo, en la reducción de la listas de espera que son las más espectaculares, cuando los que van a percibir las cantidades asignadas por las peonadas son los mismos que crean la demanda de las listas de espera, éstas no terminan nunca. Usted sabe, señor Mendioroz, que en Madrid las listas de especialidades quirúrgicas concretas están alargándose por la demanda artificial establecida por los propios cirujanos, que, en caso de no hacerlo, van a verse privados de incentivos económicos muy sustanciales, que llegan hasta las 600.000 pesetas mensuales. Si en lugar del control administrativo y sanitario que le corresponde a la Administración el único criterio de incentivación es el económico, la perversión que se introduce sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios puede hacer que, al final, el gasto o la inseguridad de la población aumente.

Por cierto, señor Mendioroz, se anunciaba la aplicación del acuerdo cooperativo en 20 centros de salud para el año 1993. El otro día habló usted de dos o tres y ahora habla de uno o dos. ¿Cuáles son exactamente los centros en los cuales se va a aplicar el acuerdo cooperativo y en qué condiciones se piensa aplicar?

Por otro lado, el incentivo económico, que se mide en función de la actividad, premia los centros y los equipos despilfarradores. Hay servicios y equipos de atención primaria que están trabajando en criterios muy cercanos a los óptimos, porque los hay. Sabe usted que la defensa de la sanidad pública, que lleva a veces a criticar el mal funcionamiento, no me hace ignorar que hay profesionales honestos y equipos de atención primaria que están

funcionando muy cerca de los niveles óptimos, tanto de calidad de la atención como de utilización de los recursos. En estos casos, ¿dónde va a estar el incentivo económico, si, insisto, el umbral de calidad está muy cercano al umbral considerado como óptimo?

Además, el contrato-programa y el acuerdo cooperativo consagran la fragmentación del sistema sanitario, consagran la absoluta desconexión entre la atención primaria y la atención especializada que, como usted sabe, o al menos en mi opinión, es un elemento tanto de ineficacia como de disminución de la calidad de la atención.

Señor Mendioroz, ¿con qué participación social ha contado con el Ministerio de Sanidad a la hora de establecer el contrato-programa y el acuerdo cooperativo? **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)** ¿Dónde están los consejos de salud y los consejos de participación hospitalaria a la hora de identificar esa cartera de servicios, esas actividades que constituyen la base para la identificación del contrato-programa? No olvide que la atención sanitaria se legitima en función de su actuación, y lo hace la población. La población, con la que ustedes se limitan a conectar a través de encuestas individuales, es la gran marginada de un contrato-programa, de un plan de gestión y de unos acuerdos cooperativos que, en definitiva, tienen el objetivo de satisfacer sus necesidades. Este es un incumplimiento flagrante de uno de los principios básicos de la Ley General de Sanidad, que por sí mismo serviría para descalificar el contrato-programa y el plan de gestión.

Para terminar, querría decir, señor Mendioroz, que los criterios socioeconómicos, a la hora de identificar carteras de servicios, a la hora de identificar acuerdos cooperativos, no aparecen por ningún sitio entre los criterios, por otra parte lógicos, de edad y de dispersión territorial a los que se alude tanto en el contrato-programa como el acuerdo cooperativo.

Usted conoce tan bien como yo que los perfiles epidemiológicos tienen mucho que ver con la situación socioeconómica de las poblaciones; que éstas no son, ni mucho menos, homogéneas; que, como decía anteriormente, demandas sociales y demandas económicas se expresan muchas veces como dificultades sanitarias, y que los servicios sanitarios son la barrera que atiende a otras necesidades no cubiertas por otras áreas sociales.

Finalmente, señor Mendioroz, espero que las dificultades concretas en la implementación de las medidas más negativas del contrato-programa y del acuerdo cooperativo lleven al Ministerio de Sanidad a reflexionar sobre la ineficacia y los criterios de no equidad en la atención sanitaria sobre los que se asientan y puedan ser reestudiadas y reconvertidas antes de su puesta en funcionamiento.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Gracias al señor Mendioroz por su comparecencia.

No hemos dispuesto, al igual que los demás miembros

de la Comisión, de los textos en relación con esta presentación, y naturalmente nos reservamos para después de su estudio el emitir opiniones más pormenorizadas y detalladas.

Voy a intervenir muy brevemente para felicitar no sólo al señor Mendioroz, sino para felicitarnos todos de que un trabajo técnico de esta prestancia y categoría sea posible dentro del equipo del Ministerio. Lo digo porque yo siempre he dado una importancia excepcional al tema de la gestión, y no sólo como se hacía habitualmente, como ámbito en el cual se podía reducir el gasto y, por tanto, una depuración del funcionamiento podía dar algún tipo de ahorro y compensar de ese modo la dificultad de incrementar los recursos para la Sanidad, sino sencillamente porque es fundamental en la calidad en Sanidad -y no sólo en Sanidad pero estamos hablando de ella-, donde tiene tres componentes fundamentales: la calidad del producto, que parece que es obvio; la calidad de la gestión, y la capacidad de reducir los costes de la mala calidad, cuestión de la que el señor Mendioroz no nos ha hablado y que yo no sé si en el texto que nos queda por estudiar hay algo sobre esto. Además, me permito señalar que en la prestación sanitaria es de una importancia enorme, entre otras razones porque, dada la rapidez de los avances en los tratamientos tanto de tipo técnico como farmacéutico, etcétera, la mala calidad se produce continuamente, y en medicina no se sustituye de forma rápida esa mala calidad, más bien se tiende a mantenerla. De modo que durante mucho tiempo se superponen la buena calidad, que es la que significa y representa el último avance, con la mala calidad, que es la que representa las cosas que van quedando obsoletas, y éste es un tema fundamental.

Pero voy a que parece que sobre uno de estos tres componentes (no sobre la calidad del producto, ni sobre los costes de la mala calidad) por fin se hace un intento. Debo señalar que no me ha parecido que este esfuerzo se haga dentro de una reforma. El propio Secretario General no ha iniciado la presentación de esta propuesta dando las líneas de lo que podría ser una reforma. Se trata, más bien, de insertar en la situación actual unos criterios y procedimientos para mejorar la gestión.

Por tanto, debo decir, con toda sinceridad, que me da la impresión de que se trata de cubrir el expediente, es decir, se trata de cubrir el año 1993. Además, creo, también con toda sinceridad, que cualquiera que sea el Gobierno próximo, tanto si está el Partido Socialista como si no, las cosas en sanidad cambiarán profundamente, y ojalá que el señor Mendioroz formara parte de ese equipo futuro porque, por lo menos, ya estamos acercándonos, con sensibilidad y con criterios técnicos de calidad, a la solución de problemas que están ahí esperando. Para decirlo en términos políticos, me da la impresión de que con este programa o contrato-programa no se van a ganar elecciones, pero probablemente tampoco se van a perder. Quiero decir que se trata de no agitar demasiado el cotarro para no producir preocupaciones o movimientos que puedan generar... (Rumores.)

El señor **PRESIDENTE**: Perdona, señor Revilla. Yo rogaría a sus señorías que mantuvieran silencio y que las tertulias las hicieran fuera. Puede continuar su intervención, señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, con esto me ha cortado usted y se lo agradezco, porque abandono el tema por el que me estaba deslizando y voy a hablar de algunas de las cosas que usted ha dicho.

En primer lugar, me preocupa, y creo que ésta es una buena muestra, el hecho de no haberse ido más allá en la transferencia a otras comunidades autónomas, lo que nos coloca en la tentación de promover programas de este tipo que, en el fondo, mantienen un centralismo que no nos gusta, primero, porque lo practican en el ámbito de la gestión directa, y, segundo, porque, de algún modo, termina presionando, en términos centralistas, sobre las comunidades autónomas que ya tienen las transferencias, y éste es un asunto enormemente delicado que siempre hay que tener en cuenta; es una apreciación que matizaré en su día.

En segundo lugar, no veo en qué medida todo esto se proyecta en el funcionamiento de los centros. En 1983 ya propuse que se estudiara la incorporación del presupuesto global, que de algún modo, en las cosas que usted ha dicho, señor Mendioroz, está relacionado, pero le falta dar al centro, con el cual se establece este contrato-programa, la plena autonomía para que se proyecte en el funcionamiento, y no sólo para que lo democratice, sino para que, además, se produzca una definición mejor de objetivos y, por tanto, la posibilidad de alcanzar esos puntos diana que serían los objetivos.

Otra cuestión es la asistencia primaria, de la que usted ha hablado. Yo tengo que decir otra vez lo mismo: mientras no se cambie y se reforme la asistencia primaria, todo lo que se haga -y valdría también para otros campos- puede ser como aquellos PER que se hacían antes, hace muchos años. Todo el mundo presentaba un PER, y en cuanto había un consejo de administración nuevo lo que pedía era que todos sus miembros le elaboraran unos PER, y de algún modo lo he recordado al ver esto. Con ello no quiero devaluarlo, porque entonces aquello tenía su sentido y sirvió para que muchas empresas funcionaran de un modo moderno. ¡Ojalá aquí también suceda lo mismo!

Por último, querría señalar que lo más importante -vuelvo a repetir- es que nos aproxima al tratamiento de unos temas de los que hasta ahora veníamos todos hablando, unos desde una obligada postura de oposición y de constructiva recomendación, y otros desde una recalcitrante tendencia a no incluirlos de modo definitivo en el funcionamiento de la sanidad española.

Celebremos que se haya roto el hielo. Descubramos en ello, por lo menos, nuevas intenciones y formas, con la salvedad que ya antes hice de que me da la impresión de que va a quedar un poco en agua de borrajas, pero ojalá que los que vengan detrás lo sepan recoger ya como un acicate, como un estímulo y sirva para algo.

El señor **PRESIDENTE**: No sé si la Presidencia acierta con el tema de pedir café para SS. SS., ya que se produce una situación de poco orden en la sala que me parece que no lo aconseja. Es difícil mantener la atención sobre quien interviene con ese permanente rumor y esas permanentes tertulias.

Tiene la palabra el señor Secretario General de Planificación.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION** (Mendioroz Echeverría): Creo que hay algo común en todas las intervenciones de SS. SS., que obviamente me congratula, y es que han colocado el debate sobre este plan de gestión y sobre el contrato-programa en el marco mucho más amplio de la política sanitaria y de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Digo que me congratula porque, efectivamente, ha existido históricamente una cierta tendencia —como señalaba muy bien el Diputado señor Revilla— a considerar todos los elementos de gestión como puramente economicistas, tendencia que sigue, por lo visto, existiendo en algunas de las intervenciones que he oído.

Permítame que le cite, señor Revilla, que yo creo, exactamente igual que usted, que la gestión es un elemento esencial de la acción sanitaria, y coincido plenamente en que es absurdo limitar esa gestión al tema puramente económico. Gestión es preocupación por la calidad del servicio; gestión es preocupación por los mayores costos derivados de la falta de calidad.

Dentro del contrato-programa y del plan de gestión nos planteamos, resultado del trabajo de muchos años, como esencial la definición de una unidad de medida, y es por ahí por donde vamos. Cuando digo que esa unidad de medida ha venido perfeccionándose a lo largo de los últimos años y que la vamos a seguir perfeccionando en el futuro, es obviamente por ahí por donde vamos, porque no es lo mismo que de una primera consulta hospitalaria se deriven tres consultas sucesivas, que se deriven cinco, que se deriven diecisiete. Está claro que si se derivan diecisiete, normalmente ahí hay un problema de mala calidad de la atención inicial.

Por eso, cuando eliminamos de los procedimientos anteriores, de eliminación de las UPA, las visitas posteriores a la segunda, o cuando establecemos como un objetivo el que la relación en todo el sistema hospitalario entre primeras visitas y visitas sucesivas sea de 2,1, estamos diciendo que todo lo demás es obviamente mala gestión, y que, por consiguiente, debe ser eliminado.

Pero lo más importante, sobre todo, es la referencia a la calidad y la referencia al servicio prestado.

El señor **PRESIDENTE**: Mantengan silencio, por favor. Es muy difícil entender al interviniente. Los taquígrafos tienen dificultad y algunos portavoces indican que no entienden bien a quien está hablando. Le ruego al señor Barrionuevo que emplee un tono de voz un poco más bajo. (Risas.)

El señor **BARRIONUEVO PEÑA**: Estoy un poco griposo y no me escucho a mí mismo.

El señor **PRESIDENTE**: Pues le aseguro que le oímos todos. (Risas.)

Tiene la palabra el señor Mendioroz.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION** (Mendioroz Echeverría): Coincido con el señor Revilla en que el plan de gestión y el contrato-programa no se hacen dentro de un programa de reforma del sistema público de asistencia sanitaria. Obviamente no. Se configuran, por el contrario, como un elemento esencial para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, tal y como está ahora definido, es decir, con la financiación pública, el aseguramiento universal y el acceso equitativo. No pretendemos ninguna reforma de esos principios, y, por consiguiente, ninguna reforma en profundidad del sistema que pudiera poner en peligro cualquiera de esos objetivos fundamentales.

Es obvio también que, puesto que ésa es mi competencia, me debo referir exclusivamente a lo que son las comunidades autónomas en donde en estos momentos la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se presta por parte del Insalud. Creo que, además, después de los acuerdos y de las leyes aprobadas en esta Cámara, parece obvio que es en el horizonte temporal en el que se debe establecer este tipo de gestión. Y lo que pretendemos, entre otras cosas, con el plan de gestión, es preoísamente, en vez de trasladar ineficiencias hacia las comunidades que tienen ya la gestión transferida, trasladar eficiencias.

Si el Insalud se ha venido desviando un 15 o un 14 por ciento de los presupuestos iniciales, eso, como ustedes saben, suponía automáticamente incrementos de crédito para las comunidades a las que se han hecho las transferencias, independientemente de que lo necesitaran o no, independientemente de que su asignación, sobre todo inicial, fuera mayor o menor. Por consiguiente, es un procedimiento que, aunque está establecido así en la Ley General de Sanidad, su perpetuación en el tiempo tiene evidentes connotaciones de equidad que se deben resolver. Desde ese punto de vista nos parece enormemente positivo que en las mejoras de gestión que nosotros introduzcamos se establezca también ese mismo incentivo para que las demás comunidades autónomas tengan que hacerlo.

En este último año 1992, como antes le decía, ha habido incrementos de los costes del sistema sanitario que van desde el 9 al 20 por ciento en las diferentes comunidades con gestión directa o gestión transferida. Es difícil aceptar que eso se ha traducido en una mejor situación de las que más se han desviado. Yo creo que es importante, por consiguiente, que todas las medidas de gestión que podamos introducir para, repito, mejorar la calidad de la prestación y, además, mejorar sus costes, obviamente deben ser también transferidas desde ese punto de vista, o deben de ejercer su influencia sobre el resto de las comunidades.

No existe tampoco ningún proyecto de dar a los centros la plena autonomía en su liberación o en su manejo del presupuesto, entre otras cosas por dos razones muy sencillas: porque el presupuesto global del sistema es

aceptado por esta Cámara y por el Senado, y porque, además, nuestros centros, lógicamente, como centros públicos están sometidos a toda la legislación presupuestaria del Estado. Por consiguiente, no puede haber autonomía en ningún caso. Lo que sí hay, y también he tratado de explicarlo, es una sustitución de algunos elementos, quizás excesivamente rígidos del pasado, cuando no existían los procedimientos informáticos que ahora existen, como la intervención previa y su progresiva sustitución por el control permanente de cuál es la situación de gasto presupuestario dentro de un determinado centro.

Finalmente, nos planteamos el continuar con la extensión del actual sistema, es decir, la reforma de la asistencia primaria, ya que, como saben SS. SS., el planteamiento es llegar prácticamente al 73 por ciento de la población efectivamente cubierta a finales de este año, y dentro de eso sí que tenemos previsto, en el contrato-programa, sistemas que van a permitir mejorar la integración entre asistencia primaria y asistencia especializada. Cuando estamos hablando, por ejemplo, de sistemas de evaluación de los costes, que para la asistencia especializada supone la primaria tanto por reclamación de intervenciones como por reclamación de procedimientos diagnósticos, estamos hablando, obviamente, de un procedimiento claro de interrelación, que, por otra parte —y con esto contesto a alguna otra pregunta—, es una de las responsabilidades específicas de los directores provinciales: la coordinación entre la asistencia primaria y la asistencia especializada.

Puesto que las intervenciones han sido muy largas, me van a disculpar si me dejo alguna de las cosas en el tintero. Yo no creo que el plan de gestión sea una pirueta jurídico-política. Sí que es, como le decía al Diputado señor Revilla, un elemento esencial para la consolidación del sistema, y un elemento esencial para conseguir la mejora de la atención prestada a los ciudadanos. Lo que sí es cierto —y también es evidente— es que este plan de gestión y este contrato-programa deben moverse dentro de los límites de la legislación actualmente vigente, independientemente de que pueda plantearse o no en el futuro la modificación de esa legislación. Hasta entonces, la legislación es la que es y, obviamente, no podemos aceptar otra situación.

Está claro que la preparación de este plan de gestión y del contrato-programa no nos exime de ninguna responsabilidad, más bien todo lo contrario, somos corresponsables de todo lo que ha venido ocurriendo hasta ahora en la sanidad pública, y yo diría orgullosamente corresponsables, señor Diputado. Y además de serlo orgullosamente, lo que hemos hecho con todo este procedimiento de establecimiento de un plan de gestión y de un contrato-programa es precisamente establecer —y eso ha sido el eje de mi intervención— una vara de medir que permita comparar no sólo la efectividad de nuestros gerentes, no sólo la efectividad de nuestros servicios hospitalarios en el futuro, sino también, obviamente, la gestión de los responsables políticos de todo este conjunto. Por consiguiente, ustedes y nosotros vamos a disponer de un sistema que nos permite seguir, día a día, mes a mes o trimes-

tre a trimestre, la situación y la evolución en cada uno de los centros, y también la de los responsables de la gestión final. Es un clarísimo intento para, efectivamente, aumentar la transparencia y hacer mucho más factible que hasta ahora la exigencia de las correspondientes responsabilidades.

No he pasado a explicar, porque el tiempo apremiaba, cuáles son los procedimientos de control del contrato-programa, pero lo que se establece dentro de él son precisamente los procedimientos de relación entre cada uno de los centros, la Dirección General del Insalud y el propio Ministerio, con el fin de poder verificar —como decía, mes a mes y trimestre a trimestre— que efectivamente se están cumpliendo los objetivos de calidad, de actividad y presupuestarios marcados para cada uno de los centros en el contrato-programa.

Asimismo, se establecen unos determinados intervalos de cumplimiento que simplemente desencadenan procedimientos de mayor control de lo que está ocurriendo en un determinado centro. Ahora bien, de lo que estamos prácticamente convencidos es de que, puesto que efectivamente, como antes decía, los contratos-programa se consiguen mediante el acuerdo de las estructuras de gestión, que no de los gerentes —si he utilizado esa palabra me disculpo— de cada uno de los centros, al haberse establecido como acuerdo y después de una discusión seria y rigurosa sobre temas de actividad, no va a haber ningún tipo de incumplimiento y que, si se van detectando posibles incumplimientos a lo largo del procedimiento continuado de seguimiento de lo que está ocurriendo, obviamente implementaremos las medidas necesarias para que deje de producirse ese incumplimiento; medidas que en la mayoría de los casos, yo diría que en la práctica totalidad, lo que van a requerir es un mayor apoyo de las estructuras centrales y no otro tipo de medidas.

Como S. S. conoce, en el año 1992 se aprobó un Decreto-ley precisamente para resolver el problema de la deuda existente hasta entonces en el sistema sanitario. Eso permitió la liberación de 280.000 millones a lo largo del año 1992, de 140.000 millones a principios de este año 1993, según la Ley de Presupuestos (140.000 millones que ya están siendo o que ya han sido transferidos a las comunidades autónomas y que, en su caso, el Insalud está ya también utilizando para el pago de deudas), y de otros 140.000 millones en el año 1994. Lo que también establecía el compromiso de financiación era la posibilidad de que, si se producía algún tipo de desviaciones o de derivaciones a lo largo de los años 1992 y 1993, se financiaría con cargo al presupuesto del año 1995. Esa es la posibilidad que en estos momentos tenemos abierta. Como antes le decía, lo que hemos podido hacer a lo largo de todo este año 1992, ha sido la disminución de los ritmos de crecimiento, que no del crecimiento del gasto, del 14 o el 15 por ciento al 8 por ciento, salvo por el gasto en farmacia.

Con respecto a la capacidad de opción he dicho muy claramente, y también está establecido en los objetivos del presupuesto, que lo que nos planteamos es la capacidad de elección de médico pediatra en primaria, exclusi-

vamente ésa, y dentro del sector; ningún otro caso de elección de médico. Entre otras cosas porque entendemos que, dada la ausencia absoluta de información que existe dentro del sistema sanitario (y al decir absoluta ausencia de información me refiero a la publicación, por ejemplo, por los colegios médicos de un RANKING de excelencia de los médicos del sistema) dada la absoluta incapacidad de hacer una información que permita evaluar a todos los ciudadanos cuál es, en un momento determinado, el mejor profesional en un área determinada, la libertad de elección nos llevaría, repito, a un aumento de la inequidad. Por consiguiente, nos limitamos a lo que es la elección del médico pediatra y dentro de un determinado sector, porque, además, la única forma de seguir manteniendo una estructura basada en hospitales y en centros de salud es la asignación de áreas y de sectores a los mismos; si no sería absolutamente imposible planificar los servicios. Lo otro llevaría a algunas conclusiones, como las más desagradables, por ejemplo, de la reforma británica, que también hemos tenido ocasión de ver en esta Cámara, y es que simplemente al hablar de la autonomía y al obligar a los hospitales a facturar a primaria todo lo que hacen y, por consiguiente, competir en precios, ello ha llevado a que precisamente los hospitales más tradicionales, los que atienden a una población más marginada y más anciana y, por consiguiente, con mayores costes, los que hacen más investigación y mayor formación del personal tienen unos costes muy superiores a los demás y, en la medida en que se les obliga a competir en un mercado inexistente, porque no existe, y en un mercado cautivo, se les está forzando al cierre de esos hospitales. Hemos cometido muchos errores, es obvio, pero ése es un error que no estamos dispuestos, en absoluto, a cometer.

Yo no dije en el Senado, creo recordar, que se había producido un descenso en la opción Muface. Lo que sí dije es que, cada año, desde los sistemas de aseguramiento privado de los funcionarios nos vienen al sistema público unos centenares, unos miles de funcionarios que, fuera del plazo establecido, pasan del sistema privado al sistema público. Lo que dije es que curiosamente todos y cada uno de esos funcionarios que nos vienen del sistema privado al sistema público lo hacen —perdonen por la expresión pero es la misma que dije en el Senado— con una mano delante y otra detrás en lo que se refiere a ingresos, pero con los mayores costos del sistema; todos con patologías graves cuyo coste anual puede ser dos, tres, cuatro o cinco millones de pesetas, obviamente muy superior a las primas que pagan para estar en los sistemas privados, y después de haberse pasado 20 años en un sistema privado con las primas que han ido pagando a lo largo de su historia, y cuando vienen al sistema público lo hacen no con el capital correspondiente, sino con una mano delante y otra detrás pero con la patología. Curiosamente no tenemos registrado ningún caso de transferencia de patologías graves, de aquellos que han elegido la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, hacia la asistencia sanitaria privada. Con lo cual tenemos que concluir que si el 85 por ciento de los funcionarios está en

asistencia privada, y el 15 por ciento en asistencia pública, será porque sólo el 15 por ciento de los funcionarios está o ha estado gravemente enfermo.

Respecto al tema de Melilla, obviamente es un defecto y un defecto grave de la documentación que hemos presentado. Donde se dice 29 debería decirse 39 y entonces la diferencia entre el 39 y el 40 es perfectamente explicable. Nos planteamos los objetivos que aquí hemos marcado, que son llegar a una cobertura del 72,92 por ciento y también a la tarjeta individual sanitaria. Quisiera que SS. SS., en la medida en que tengan posibilidad de hacer algún tipo no de presión, sino de recomendación a las respectivas estructuras territoriales en las que puedan tener alguna responsabilidad de gobierno, colaboraran para que las comunidades que han decidido, desde hace tiempo, no prestar su colaboración en lo que se refiere, por ejemplo, a disposición de solares para edificar centros de salud, o al incumplimiento de los acuerdos alcanzados con el Insalud para la realización de sus propios centros de salud, desarrollarán más sus propios sistemas de atención primaria, porque en algunas de las comunidades en las que está menos extendido el nuevo sistema no tenemos una responsabilidad de gestión desde el Partido Socialista.

Respecto a la intervención de los profesionales, que es otro de los temas a los que se ha aludido sistemáticamente, lo que hemos pretendido decir es que en este año, que es el primero en el que funcionan los contrato-programas así, aunque ya lo hicimos sobre el presupuesto del año 1992 en parte, la discusión ha sido mayoritariamente con las estructuras de gestión, pero en ellas incluimos, por ejemplo, las juntas técnico-asistenciales que existen en los diferentes hospitales y que han permitido que los profesionales que forman parte de las mismas sean conscientes de los objetivos de actividades y de los objetivos presupuestarios que se han marcado en el contrato-programa. Como entendemos que no es suficiente, en la medida en que vamos desarrollando los procedimientos contables, de contabilidad y de gestión analítica, pretendemos complementar la discusión con las estructuras gerenciales, con el fin de que esta operación continúe la cascada necesaria en toda dirección participativa por objetivos, para lo cual esperamos contar con la colaboración de la mayoría de los profesionales. Pero como medidas inmediatas lo que nos estamos planteando es que la explicación de este plan de gestión y de este contrato-programa no es sólo responsabilidad de las diferentes estructuras de gestión de los hospitales, sino que es también responsabilidad de las estructuras de gestión del Ministerio y del propio Insalud. Por consiguiente, lo que queremos hacer para los próximos meses, además de estas intervenciones ante el Senado y el Congreso y de responder a las preguntas que SS. SS. tengan a bien hacernos, es continuar con un proceso de explicación de los contratos-programa, del plan de gestión y de la política sanitaria del departamento en cada uno de los hospitales de la red, al menos de los hospitales cabecera de provincia, y en las propias provincias. Espero que en los próximos meses, es decir, en lo

que queda de marzo, abril y mayo, tendrán ocasión de oírnos repetidamente en los diferentes sitios.

Me dejo muchas cosas en el tintero. Quisiera contestar a las preguntas del Grupo Catalán. Como antes decía, el plan de gestión y el contrato-programa afectan sólo a lo que nosotros llamamos Insalud gestión directa y no Insalud gestión transferida. Afectarán a los demás en la medida en que nuestras mejoras de gestión significarán un espejo en el que verse o una vara con la que medirse y, por consiguiente, les obligará en unos casos a tomar medidas adicionales a las que están tomando, o supondrá un plus añadido a aquellos que han conseguido una mejora de gestión respecto a nosotros.

Por lo que se refiere a los conciertos, hemos dividido las peticiones de asistencia sanitaria que se hacen desde el sistema a otras instituciones concertadas en lo que hemos llamado conciertos complementarios y conciertos sustitutorios. Para entendernos claramente, un concierto complementario es, por ejemplo, el que se refiere al transporte sanitario, el que se refiere a la realización de resonancias magnéticas o el que se refiere a la utilización de un determinado número de camas. Ese es un concierto complementario en el que entendemos que es el director provincial el que debe hacer lo necesario. En el caso de que en una determinada institución hospitalaria o, en su caso, de primaria, aunque no se da esa situación, todo un sector depende para todas las prestaciones de un determinado centro, como puede ser el caso de la Clínica de La Concepción en Madrid o el caso del Hospital Gregorio Marañón, los procedimientos que queremos establecer son exactamente los mismos que con el resto de la red, es decir, el contrato-programa con los mismos sistemas de determinación de la actividad, de medición de la misma y de asignación de costes. Obviamente con una dificultad añadida, que es que la gestión de estos centros no nos corresponde y, por consiguiente, tenemos sistemas menos claros para conseguir que se pongan en marcha los programas que hemos acordado. Yo creo que dado que ninguna de las comunidades autónomas que puedan ser responsables de estos centros está interesada en mantener asistencia sanitaria no justificada por esas razones sanitarias, sino por costes derivados de una mala gestión, obviamente también ellas están interesadas en que lo podamos hacer.

Respecto a las preguntas de Izquierda Unida quiero decir que cuando he hablado, y coincidía con el Diputado señor Revilla, de la importancia del plan de gestión, también estaba contestando a la intervención de Izquierda Unida. Creo que es absolutamente falso —y no hay más que mirar los presupuestos y sobre todo los presupuestos liquidados desde el año 1983 hasta la fecha— que se hayan reducido los presupuestos sanitarios; al contrario, se han venido incrementando, pero no sólo en términos globales, sino también en su asignación per cápita en términos reales y en su participación en el total del gasto social del Estado, que a su vez es, como ustedes saben muy bien, infinitamente superior a lo que era la participación del gasto social en el total de los gastos del Estado hace diez años. Por consiguiente no hay ningún tipo de preocupa-

ción economicista; lo que sí hay es una obligación, derivada de nuestra responsabilidad política y también de nuestra responsabilidad legal, de obtener el máximo rendimiento posible en salud por cada peseta invertida, entre otras cosas porque estimamos muy claramente que, en tanto en cuanto no seamos capaces de hacer eso, difícilmente podemos reclamar de los españoles un esfuerzo fiscal adicional para sufragar incompetencias dentro del sistema de salud pública.

Había algún error en la intervención, como era considerar el CMBD base de la cartera de servicios. No tiene nada que ver con eso; es el conjunto mínimo básico de datos que se hace después del alta hospitalaria o después del alta en primaria, con el fin precisamente de tener una historia de lo que está ocurriendo. No es cierto que no se hayan utilizado, y eso es lo que he tratado de decir al principio de mi intervención, independientemente de que en estos momentos no tengamos un plan integrado de salud, cuya responsabilidad de inexistencia compartimos con las comunidades autónomas que todavía no han desarrollado sus propios planes. Independientemente de eso, es posible definir unos objetivos de salud teniendo en cuenta la encuesta nacional de salud, las encuestas de morbilidad y mortalidad que se realizan adecuadamente, la propia situación sanitaria, también perfectamente definida por nuestros profesionales, etcétera. Por consiguiente, no hay una identificación burocrática de las necesidades de salud, sino que hay, a lo largo de los últimos diez años, una mejora constante de los índices sanitarios de la población española sobre la que algo, aunque sea difícil medir su efecto, tendrá que hacer el sistema público de salud.

Las preocupaciones que se exponían por parte de la Diputada de Izquierda Unida sobre la inclusión de ineficiencias en el gasto histórico son las mismas que tenemos. Precisamente por eso no queremos, como se hacía en el pasado, discutir un presupuesto con cada centro, sino discutir una actividad, y al discutir la actividad, como antes decía, estábamos incluyendo criterios de calidad de la actividad realizada y criterios de no calidad de actividades que hay que repetir porque la primera no estaba realizada. Precisamente por eso es imposible, dentro del esquema del contrato-programa, que un determinado centro se dedique a hacer aquellas actividades que priorizan un menor gasto, independientemente de que eso pueda significar un mayor aplazamiento de las patologías graves. Eso es justo lo contrario de lo que se puede hacer con el contrato-programa; eso, a lo mejor, se podía hacer en el pasado, pero no se puede hacer, en ningún caso, ahora. Lo mismo ocurre con la actuación de los profesionales. En la medida en que antes de hablar de cualquier sistema de gestión adicional de las listas de espera estamos obligando a aceptar compromisos de actividad, es absolutamente imposible que un profesional, que por otra parte son los menos dentro del sistema, pueda decir no actuar de acuerdo a su conocimiento y a su capacidad en las horas que da al sistema público para luego cobrar peonadas. Independientemente de que estamos convencidos de que esos comportamientos, si exis-

ten, son completamente minoritarios, el propio esquema del contrato-programa hace prácticamente imposible que se pueda hacer.

Respecto al tema de las listas de espera, creo que el procedimiento que hemos seguido en Madrid es perfectamente extendible al conjunto de los hospitales de la red, al conjunto del sistema sanitario, y figura en los diferentes contratos-programa de cada uno de los centros. Lo que hemos hecho ha sido, primero, pasar de un sistema en el que no existía un control de la realidad de las listas de espera -puesto que cada servicio o incluso cada médico tenía su propia lista y no la compartía con ninguno y no había posibilidad alguna de comprobar la necesidad real de esa lista de espera- a un procedimiento centralizado de gestión, en el cual los criterios para estar o no en esa lista de espera han sido consensuados con los profesionales, a través de innumerables reuniones. Y una vez consensuados es posible determinar cuál es efectivamente el número de pacientes en lista de espera por cada una de las comunidades o por cada una de las provincias, las patologías y la estancia en ellas.

Con respecto a las patologías, observen ustedes las siete patologías que han sido el objetivo básico de la acción en Madrid. Salvo las cataratas, que son obviamente incapaces (cualquiera de ustedes que sea cirujano sabe muy bien que una catarata puede ser operada en muy diferentes estadios de su evolución y que incluso en estos momentos determinados profesionales americanos empiezan a cuestionarse, basándose en el pago por acto, la conveniencia de operar cataratas antes de que sea estrictamente necesario para la inmovilización del paciente) si ustedes ven las patologías que entran en ese programa específico creo que llegarán al mismo acuerdo que nosotros tenemos, que es el de decir que la gravedad de estas patologías -salvo, repito, por el tema de las cataratas, al que estamos dedicando una especial atención- realmente no es significativa, aunque para cada uno de los ciudadanos que están en esa lista de espera sí sea grave. Por eso nos planteamos no reducir las listas de espera, que es una consecuencia general de la actividad, sino reducir los tiempos de espera y el sistema de acceso a la operación dentro de las listas de espera, porque esos sí son compromisos de equidad que nos importan muchísimo. Mientras es el propio médico el que decide quién está en lista de espera y quién no y quién se opera de esta lista de espera, es posible que haya sistemas de inequidad para saltarse la lista. En el mismo momento en que existe una gestión, primero, consensuada con los profesionales y, después, centralizada, esa situación es muchísimo más difícil que se dé.

Con esto termino, señorías, porque aunque quedan todavía muchas preguntas en el tintero creo que vamos a seguir viéndonos en el futuro, por unos cuantos años. (El señor Hernández Mollar: yo espero que no. Risas.) Y podré seguir contestando a las preguntas correspondientes.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Secretario General por su comparecencia en la Comisión.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A MODIFICAR EL REAL DECRETO 1955/1978, DE 12 DE MAYO, POR EL QUE SE APRUEBA EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYENDO LA FIBROSIS PULMONAR (NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA) PRODUCIDA EN ALGUNOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE LA AEROGRAFÍA TEXTIL. PRESENTADA POR EL G. P. IU-IC (número de expediente 161/000438).**

El señor PRESIDENTE: Pasamos al segundo punto del orden del día: proposiciones no de ley.

Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a modificar el Real Decreto 1955/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, incluyendo la fibrosis pulmonar (neumopatía intersticial difusa) producida en algunos trabajadores del sector de la aerografía textil. La proposición no de ley está planteada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Para su defensa tiene la palabra el señor Vázquez. (Rumores.)

Señorías, vuelvo a reclamar discreción en la forma de hablar.

El señor VAZQUEZ ROMERO: Una vez más tratamos en esta Comisión un tema que supongo conocen sobradamente todas SS. SS. Es un tema grave, dramático, que ha significado una convulsión importante en unas comarcas de la Comunidad valenciana, en el Alcoia-Comtat y el Vall d'Albaida.

Todas las iniciativas que mi Grupo ha presentado en esta Comisión o en el Congreso -una pregunta oral en el Pleno, la comparecencia del Director General de la Inspección de Trabajo, la comparecencia, pendiente todavía, de la Directora General de Higiene y Seguridad, una pregunta escrita y esta proposición no de ley que hoy nos ocupa- han tenido dos objetivos. Primero, intentar solucionar el problema de los trabajadores afectados y, segundo, impedir o al menos evitar que estos hechos lamentables se puedan volver a repetir. Este síndrome, conocido como síndrome Ardystil en función del nombre de una de las empresas en la que más número de afectados ha habido y que desde nuestro punto de vista es consecuencia, desgraciadamente lógica, de una situación de precariedad en el mercado de trabajo, de desregulación y de clandestinidad de buena parte de estas empresas, así como de una notable descoordinación entre las diferentes administraciones públicas, en el terreno sanitario, se caracteriza fundamentalmente por producir una fibrosis pulmonar, una neumopatía intersticial difusa, muy similar a otras, pero con características algo específicas respecto a las demás, y tiene unos síntomas de comienzo bastante comunes -sequedad de mucosas, tos seca y hemorragias nasales- que se generan en centenares de tra-

bajadores por cantidad de productos y mezclas químicas que no obligatoriamente llevan a esa fibrosis pulmonar, punto final del cuadro.

Teniendo en cuenta principios básicos y elementales de toxicología industrial, se considera que cualquier compuesto químico extraño en determinadas condiciones, fundamentalmente su concentración y su tipo de exposición, puede llegar a producir efectos tóxicos en el organismo. Más aún, hay que tener en cuenta la reconocida ignorancia que existe frente a los comportamientos de las innumerables mezclas, como en el caso concreto de la aerografía textil, en el que, junto con esas circunstancias de mercado de trabajo a las que antes me refería, la segunda condición que llevaba a esta desgraciada consecuencia es la existencia de unas personas -yo creo que indebidamente llamadas empresarios- que han tenido como único objetivo de preocupación conseguir ganancias sin tener en cuenta, para nada, las condiciones de salud en que los trabajadores en estas empresas desarrollaban su trabajo, cuya ignorancia del manejo de estos productos les incapacitaba para poder transmitir algún tipo de información a los trabajadores en un sector en el que, por esas condiciones de trabajo a las que antes me refería, es muy escasa la actividad sindical, actividad sindical que, de haber existido, hubiera imposibilitado prácticamente estos hechos que ahora todos lamentamos, precisamente por la situación de clandestinidad y de precariedad a la que antes me refería. Creo que no hay la menor duda de que se trata de una enfermedad relacionada con el trabajo. Es constatable que se trata de personas que han compartido iguales condiciones de trabajo e iguales exposiciones a innumerables sustancias y compuestos químicos. Por tanto, la relación directa causa-efecto entre su enfermedad y el sitio de trabajo parece más que evidente.

Nuestra proposición no de ley, que, como decía al principio, tiene interés en resolver el problema de los afectados e intentar que estos hechos se puedan volver a repetir, propone, yo creo que en concordancia con lo que dicen instituciones internacionales como la propia Organización Internacional del Trabajo -la OIT-, un sistema mixto de lista de enfermedades profesionales (es decir, un sistema en el que se deja abierta la posibilidad de incluir casos no contemplados en la lista inicial, pero sobre los que sea posible aportar evidencias químicas, biológicas, radiológicas y etiológicas más favorable para combatir este tipo de hecho en el mundo del trabajo de nuestro país).

Al mismo tiempo que se van produciendo en aquellas comarcas varias muertes, y después de unas cuantas iniciativas en este Congreso de los Diputados y en las Cortes Valencianas por parte fundamentalmente de mi Grupo, de Esquerra Unida del País Valenciano en las Cortes Valencianas y de Izquierda Unida en el Congreso de los Diputados, se toman unas resoluciones en el Parlamento valenciano por las que se acuerda trasladar al Gobierno central la necesidad de modificar el cuadro de enfermedades profesionales para conseguir la tipificación de este llamado síndrome Ardystil como enfermedad profesio-

nal, lo que sin duda generaría un nivel de protección social mayor y de la mejor calidad para los trabajadores afectados, así como que en el ínterin hasta que se pueda conocer el tóxico final causante, se considere como accidente de trabajo.

Respecto a la investigación, que fue también motivo de una de nuestras iniciativas, hace veinticuatro horas he recibido una respuesta del Gobierno absolutamente decepcionante. A la pregunta que hacíamos respecto al estado en que se encontraban las investigaciones tendentes a identificar el o los agentes tóxicos finales productores de cuadros clínicos respiratorios graves en los trabajadores del sector de aerografía textil, después de mostrar en el texto previo a la pregunta nuestra confianza en que el Instituto Nacional de Toxicología sería capaz de llegar a conocer este tóxico final y haciendo votos para que ello se produjera, la respuesta del Gobierno no puede ser más lamentable. Nos recuerda cosas, por otra parte sabidas, como la transferencia a la Comunidad Autónoma valenciana de competencias en sanidad, en asistencia sanitaria de Seguridad Social, en relaciones laborales y la creación de una serie de comisiones que han estado estudiando, más cerca o más lejos, el tema que nos ocupa, pero en ningún momento se nos dice en qué punto están las investigaciones. Repito que nos parece grave y decepcionante porque si importante es conseguir la protección social de estos trabajadores, a través de la calificación de su enfermedad como profesional, si ello es importante, no es menos importante que por parte de la Administración se dediquen los esfuerzos necesarios para conocer cuál es el tóxico final, fundamentalmente de cara a la profilaxis de situaciones posteriores que se pueden producir, bien en la Comunidad valenciana o en cualquier otra parte del Estado. Hace unos días hemos conocido todos que en un país vecino, Argelia, se han producido cuadros similares a éste. Si no son nuestras administraciones, la autonómica y la estatal, capaces de coordinarse y de dedicar todos los medios necesarios para, en la investigación de lo que produjo el síndrome llamado Ardystil, esta fibrosis pulmonar, encontrar cuál es el tóxico final, es probable que estemos resolviendo el problema de los trabajadores ya afectados, pero estamos cerrándolo en falso y abriendo la posibilidad de que esta situación se vuelva a repetir, cosa que espero que no desee ninguna de SS. SS.

Nuestra proposición no de ley insta al Gobierno a modificar el Real Decreto 1995/78, incluyendo en el cuadro de enfermedades profesionales la fibrosis pulmonar (neumopatía intersticial difusa) producida en algunos trabajadores en el sector de la aerografía textil, una vez haya sido identificado el agente químico causal de dicha enfermedad. Mientras esta modificación se produce, todos los trabajadores actualmente afectados deberán recibir la protección social que proporciona la calificación de su enfermedad como accidente laboral, según el artículo 84-e de la Ley General de Seguridad Social. Yo creo que hay la evidencia, total y absoluta, de una relación causa-efecto entre la exposición a los tóxicos no conocidos en su punto final todavía y el desarrollo de la enfermedad en

este colectivo de trabajadores. Repito que nos parece importante que solucionemos su problema y no deberíamos cejar en instar a la Administración a que obtenga los medios necesarios para que, a través de la investigación pertinente, se llegue a conocer el agente tóxico final, a fin de poder actuar de forma profiláctica ante situaciones parecidas que se puedan producir en otros subsectores del sector textil, como éste de la aerografía.

Espero de la sensibilidad de todas sus señorías el voto positivo a la proposición. Me consta que hay una enmienda presentada por el Grupo Socialista que, después de la exposición que haga de la misma el representante de dicho Grupo, pasará a considerarse.

El señor **PRESIDENTE**: Efectivamente hay una enmienda de sustitución presentada por el Grupo Socialista. Para su defensa tiene la palabra el señor Arnau.

El señor **ARNAU NAVARRO**: No por repetida resultará innecesaria una primera declaración de sentimiento y de solidaridad con los trabajadores y las trabajadoras afectados en su salud a consecuencia de un trabajo realizado con dificultades, con deficiencias, en malas condiciones, en centros de trabajo situados en Cocentaina y en Alcoy, en las comarcas del Alcoia y el Comtat de la Comunidad valenciana. Especialmente, señorías, sentimiento de solidaridad con los familiares de seis trabajadores fallecidos, cinco trabajadoras de Ardystil y un trabajador de Aeroman. Ellas y ellos han sido unas víctimas a añadir a una larga lista de trabajadores y trabajadoras que a lo largo de la historia dejaron su salud en un camino, en centros de trabajo que en principio no tenían por qué resultar peligrosos, no existe motivo alguno para que lo fueran.

Existen en España, en nuestro ordenamiento jurídico, en nuestros sistemas de control administrativo, judicial, laboral y sindical, medios de todo orden para que ningún trabajador o trabajadora pague tan alto precio: el alto precio del deterioro de su salud, incluso el de pérdida de su vida. Otra cosa es que estos medios puedan ser perfectibles. Indudablemente, como todo, pueden serlo.

No voy a entrar en el detalle de los hechos ni de las actuaciones ni tampoco de las condiciones en que se desarrollaba el trabajo de aerografía textil. Todos los detalles fueron expuestos minuciosamente en esta Comisión en la comparecencia del señor Director General de la Inspección de Trabajo, celebrada el día 23 de septiembre de 1992. En dicha comparecencia se expusieron las condiciones de clandestinidad, de economía sumergida en que se desarrolló inicialmente el trabajo, la denuncia inicial formulada contra Ardystil que, por cierto, es el nombre comercial de la empresa Juana Llácer Soriano, motivada no en razones de seguridad e higiene, sino de competencia desleal y formulada por otra empresa del sector.

Conocemos también a través de esta comparecencia todas las actuaciones administrativas llevadas a cabo por las administraciones, tanto por la Generalidad Valenciana como por la Administración central. Por lo demás, asombra en esta comparecencia comprobar la desfacha-

tez con que se obstruye la actuación inspectora por parte de algunas empresas, pero, sobre todo, sorprende dolorosamente la forma en que se desarrollaba el trabajo en Ardystil, principalmente por mujeres jóvenes con salarios bajos, con jornadas agotadoras en condiciones lamentables de seguridad e higiene.

Todos sabemos que este tipo de centros de trabajo existe en todas partes, también en países con mayores niveles de desarrollo que el nuestro o con mayores índices de afiliación y sensibilidad sindicales -recientemente se le oía decir a un representante de la CES, de la Confederación Europea de Sindicatos-, porque en el fondo son fruto de la codicia por el beneficio que provoca la deshumanización de las condiciones de trabajo. Para evitar esta deshumanización estamos todos y para corregirla cuando se produzca. De ahí la enmienda del Grupo Socialista que, pese a su formulación parlamentaria como enmienda, no ha surgido con la intención de enmendar la plana a nadie, en concreto al proponente de la iniciativa. Se ha presentado con el más sincero de los propósitos de otorgar toda la protección social a los trabajadores del sector de aerografía textil. Por lo demás, es coherente con las medidas y resoluciones adoptadas por las Cortes Valencianas en relación con el caso, a las cuales se ha referido el señor Vázquez. Va incluso más allá de las peticiones e instancias formuladas al Gobierno hasta ahora, incluso más allá de las peticiones que se hacen en la proposición no de ley de Izquierda Unida.

Estamos realmente ante una enfermedad contraída en determinados centros de trabajo. Podría tener la calificación de accidente en una acepción amplia de la definición del artículo 84 de la Ley General de la Seguridad Social, pero estimamos que, con mayor propiedad, se trata de una enfermedad profesional. Sin embargo, no está catalogada como tal. Se trata de una enfermedad, como ya se ha dicho, nueva, que puede derivar en fibrosis pulmonar, de un síndrome de neumonía organizada tras exposición en aerografía textil. Desconocemos el agente causante, aunque parece que es seguro que procede de la inhalación de vapores y tóxicos emanados de determinados productos químicos utilizados en la estampación de telas.

Ante esta circunstancia, instamos al Gobierno, en primer lugar, como lo hace Izquierda Unida, aunque lo hacemos en otros términos, a modificar el cuadro de enfermedades profesionales contenido en el Real Decreto 1.995/1978, incluyendo la enfermedad contraída por los trabajadores de la empresa Ardystil, de Cocentaina, y otras empresas de aerografía textil, una vez que sea identificado el agente o agentes causantes de dicha enfermedad. Ya sabemos que a efectos económicos no hay diferencia entre las prestaciones por enfermedad profesional y accidente de trabajo, pero sí existen diferencias en lo relativo principalmente a vigilancia médica, a protección del trabajador y a entidad que carga con las prestaciones, el INS, siempre en caso de invalidez permanente o muerte.

Además, dadas las dificultades existentes para conocer el origen de la enfermedad y para no prolongar excesiva-

mente la inclusión que pedimos en el cuadro de enfermedades profesionales, en el punto 2 de nuestra enmienda se insta también al Gobierno a incluir provisionalmente tal enfermedad en el referido cuadro conocida como síndrome de Ardystil, ése sería incluso el nombre que le otorgamos, a resultas de determinar su agente causal, si, transcurridos seis meses, siguiera sin ser conocida científicamente su etiología.

Evidentemente, a estos efectos, sin conocer la causa, habría que definir la enfermedad y lo dice así nuestra enmienda: La enfermedad será descrita por la concurrencia de circunstancias de trabajo, utilización de productos químicos, presencia de síntomas y efectos en trabajadores de empresas o centros dedicados a la aerografía textil.

Nos hacemos cargo de las dificultades técnicas que el cumplimiento de este segundo apartado conlleva, pero lo estimamos socialmente necesario. Por lo demás, la ortodoxia técnica no debe obstaculizar nuestro papel de legisladores y de representantes de la soberanía popular, en especial cuando tratamos de cumplir con fines eminentemente sociales, sin dejar por ello de ajustarnos a lo que requiere el Estado de Derecho.

Con dicho segundo párrafo, en primer lugar, se salva el «impasse» que podría producirse si no llegáramos a conocer pronto el origen o el agente causante de las enfermedades; en segundo lugar, se eliminan inseguridades o dudas en la protección y, en tercer lugar, se pretende también tranquilizar a los afectados.

Por último, en el punto tercero, de carácter esencialmente protector, habida cuenta la diversidad de situaciones que existen actualmente, ya que hay trabajadores que están percibiendo la incapacidad laboral transitoria de enfermedad común, otros que perciben la prestación económica de incapacidad laboral transitoria derivada de accidente de trabajo, otros que están percibiendo las prestaciones por desempleo y otros, en fin, que están percibiendo una ayuda social de la Generalidad valenciana a través de un convenio concertado con los Ayuntamientos de Cocentaina y de Alcoy.

Por eso, en el punto 3 nuestra enmienda dice que instamos al Gobierno a realizar todos los esfuerzos para la cobertura económica y social de los afectados, así como que el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el INSS, de acuerdo con la legalidad vigente, anticipe las cuantías correspondientes en caso de invalidez permanente o muerte.

Es sabido por todas SS. SS. que el aseguramiento por enfermedad profesional en los casos de invalidez permanente o muerte, está a cargo siempre del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Por último, el punto 4, que es de índole esencialmente sanitaria. Y quiero señalar aquí, por lo que se ha dicho, que no se han regateado medios, ni de curación ni de investigación, por parte de la Generalidad Valenciana ni por parte de la Administración del Estado. No se han regateado medios y el señor Vázquez lo conoce también a través de esa respuesta del Gobierno, aunque él se ha referido a ella de una manera sucinta; en dicha respuesta se habla de las actuaciones llevadas a cabo por un grupo

de asesores clínicos, por el Instituto Nacional de Toxicología, por un grupo de asesores externos, etcétera. Conoce perfectamente el señor Diputado que hasta la fecha no se han regateado medios ni esfuerzos de curación y de investigación. No obstante, el punto 4 de nuestra enmienda insta al Gobierno a proseguir por todos los medios a su alcance las investigaciones dirigidas a conocer la causa de la enfermedad y proporcionar cuantos medios sanitarios sean necesarios para la eficaz curación de las personas afectadas.

Honestamente, creemos, señorías, que el texto que propone el Grupo Socialista es completo en la previsión de eventualidades, es justo en su contenido y protege en todo lo humanamente posible a los trabajadores y trabajadoras afectados.

Por todo ello, pedimos el apoyo de todos los comisionados para su aceptación en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos parlamentarios que desean fijar su posición? (**Pausa.**)

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

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Sin duda alguna, es algo que advierte la más burda de las sensibilidades observar cuál ha sido la evolución del llamado caso Ardystil y la aparición de esta neumopatía intersticial difusa.

Probablemente pocas novedades se van a poder aportar aquí respecto a las características de las medidas que se han tomado y que se pueden tomar. Parece claro que entra perfectamente dentro de lo contemplado en la Ley General de Seguridad Social, en su artículo 84, como un accidente laboral, nadie discute esto, y, desde luego, todos los grupos parlamentarios, todos los grupos políticos han defendido que cuanto antes transite a la cualificación de enfermedad profesional por la modificación del Real Decreto-ley de 1978.

Por supuesto, queremos mostrar la solidaridad ante este tipo de sucesos con los afectados y con las familias de los afectados y el entorno que les rodea, pero no es menos cierto que ese entorno tiene también sus corresponsables, tiene también otros protagonistas, que, en este caso, deben ser aludidos. Y, como se ha dicho, es cierto que este síndrome Ardystil ha aparecido en un determinado ambiente, un ambiente caracterizado por un flagrante incumplimiento de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, por un déficit manifiesto de la actividad inspectora por parte de la Administración responsable, por una situación de precariedad de empleo y, desde luego, en el contexto general de la economía sumergida, fenómeno que está dominando de manera importante; en algunos estudios empieza a aparecer hasta el 15 por ciento de los trabajadores de la provincia de Alicante incluido en esto que se ha dado en llamar la economía sumergida. Esto tiene otros corresponsables de la Administración, de los distintos gobiernos, etcétera, y no sería bueno que pasáramos de puntillas sobre la situación; dicho de otra manera, muy difícilmente se podría haber produci-

do el síndrome Ardystil si cada uno hubiera cumplido con su responsabilidad, desde luego el empresario, ya mencionado aquí, Juana Llácer, pero también si hubiera habido las decisivas inspecciones a la hora de las autorizaciones, de la concesión de las licencias o las inspecciones a las que antes me refería.

La enmienda que plantea el Grupo Socialista y que empieza hablando de la solidaridad con los afectados creo que también tendría que hacer mención a estas otras responsabilidades y exigir no sólo su depuración, sino también la regularización de estas situaciones en el amplio ámbito de esa economía sumergida, cada día de mayor arraigo y difusión en la provincia de Alicante.

Es cierto que hay que modificar el Real Decreto y estamos absolutamente de acuerdo en la inclusión provisional del llamado síndrome Ardystil; a pesar de que nosotros también creemos que plantea dificultades técnicas de cierta importancia, creo que en términos políticos hay que intentar superarlas sin ningún tipo de duda. Y yo no quisiera que esto, como el punto tercero, referido a la cobertura económica y social de los afectados, sólo fuera a efectos de tranquilizar la situación ya que, efectivamente, en la provincia de Alicante ha generado una sensibilización muy importante.

Por tanto, queremos estar a la expectativa de que tales opciones, que la enmienda plantea y que complementa de alguna manera la ponencia de Izquierda Unida, se plasmen en realidades palpables. Se han tomado medidas parciales, pero no queríamos dejar pasar la ocasión para llamar la atención sobre esas otras administraciones que actúan en relación con este caso y que no sólo deben poner las medidas paliativas para que esto no suceda, sino atender al fenómeno imperante de la sumersión en el sector de las manufactureras alicantinas en actitudes preventivas, de las que también son responsables, y que, lógicamente, tenderán a anular el manejo o el riesgo por el manejo de los numerosos productos tóxicos que, tanto en la aerografía textil, como en el calzado o en la inyección de polímeros o en el juguete, se están manejando de manera progresiva y presuntamente descontrolada, por lo menos.

Hechas estas observaciones, nosotros damos nuestro apoyo al texto original de Izquierda Unida y entendemos que la enmienda del Grupo Socialista abre una expectativa interesante. Lo que de alguna manera nos planteamos es la duda de si esto se va a producir en el plazo necesario en cuanto a brevedad.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Entiendo que hay un problema con dos vertientes. Una se refiere a las condiciones de trabajo en que estaban estas personas, más propias del siglo XIX que del siglo XX, la cual está resuelta o en vías de resolución, porque ése sí que es un tema para resolver de inmediato, vía inspección de traba-

jo o por cualquier otra acción del Gobierno, de las administraciones.

La otra, consecuencia de éste, es que nos encontramos una vez más ante una enfermedad de origen desconocido, producida, parece ser, por esas condiciones de trabajo, pero no tenemos la certeza de que eso sea así. Ante esta situación lo inmediato es atender a estas personas. Por tanto, mi Grupo dará soporte a cualquiera de las dos iniciativas que se han planteado, la de Izquierda Unida, si acepta la enmienda de sustitución del Grupo Socialista y, en cualquier caso, si no la aceptase, daríamos soporte a Izquierda Unida, aunque creamos que sería poco eficaz. Lo eficaz aquí sería poder llegar al consenso de que se aceptase, para que se pudiese actuar de inmediato.

Lo que quiero decir es que no solamente hay dificultades técnicas, como se ha dicho. Hay otras dificultades. Este es un colectivo que hay que proteger y mi Grupo da sin ninguna reserva su apoyo. Pero hay otros colectivos que pueden sentir desgraciadamente un cierto agravio comparativo, porque no se les ha atendido con esta unanimidad con que parece que hoy podemos atender a este colectivo. Por tanto, no insisto en ello, no sea que levantemos la liebre y no resolvamos ni siquiera este problema. Vamos a resolver éste y ya iremos trabajando para que los otros también se resuelvan. Sí quiero decir que ante un accidente o una actividad nueva que nos sorprende a todos dramáticamente está bien decir que hay que resolverlo, pero hay que volcarse en todos, no solamente en una. De momento mi Grupo se vuelca en ésta, apoyando cualquiera de las iniciativas que hay sobre la mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo del CDS, tiene la palabra el señor Martínez-Campillo.

El señor **MARTINEZ-CAMPILLO GARCIA**: Voy a hacer unos comentarios breves para mostrar nuestro apoyo a la proposición no de ley en su integridad y también, en el caso de que sea aceptada, a la enmienda propuesta por el Grupo Socialista.

Si las relaciones laborales fueran libres, evidentemente estaríamos ante un supuesto -éste y otros, pero éste en especial- que entraría de lleno exclusivamente en el Código Penal. Aquí algo tienen que decir los poderes públicos, porque las relaciones laborales están, además, sujetas a tutela; por eso es importante que el Parlamento se pronuncie en esta cuestión. Esta tutela no solamente puede ser represiva sino también preventiva.

Ahora mismo estamos ante un problema médico y un problema social, para el que se propone en esta proposición no de ley una solución de una amplia cobertura por el hecho de incluirla dentro de las enfermedades profesionales. Pero yo no me quedaría tranquilo si no dijera, al mismo tiempo, que el síndrome Ardystil puede repetirse en otras actividades si no atajamos las causas que lo han producido.

Las causas del síndrome Ardystil, a nuestro juicio, son tres fundamentalmente. El síndrome Ardystil es hijo de la clandestinidad, de una clandestinidad consentida, donde el 10 por ciento esté en que no demos con las

normas o la flexibilidad suficiente para la reconversión de determinadas industrias, pero el 90 por ciento es por la impresionante falta de escrúpulos de una serie no digo de empresarios sino de montadores de negocios sin escrúpulos que quieren rentabilizar de forma inmediata lo que han invertido haciendo competencia desleal con todos aquellos empresarios que sí cumplen todas las normas legales y que, además, luego transfieren a la sociedad las consecuencias de su falta de escrúpulos y de su falta de vergüenza absoluta.

¿Por qué existen montadores de negocios clandestinos? Se podría hacer un mapa de la provincia de Alicante y de otras -en Levante existen mucho- y lo podríamos recorrer casi como una ruta turística, turística sangrienta. Existen porque realmente tenemos una administración débil y consentidora y no sólo la que está encargada de vigilar las relaciones laborales. También los ayuntamientos tienen mucho que ver, porque permiten la instalación clandestina de industrias en sus términos municipales. No les exigen licencia y, con la palabra paro por delante y diciendo: voy a crear empleo, hoy, en España, la mayoría de los ayuntamientos está haciendo la vista gorda ante todas las instalaciones que se están poniendo en sus términos municipales y luego allí se está consintiendo actividades laborales en las que se manejan productos tóxicos, como es el caso del síndrome de Ardystil, y se está encima de un barril de pólvora que, en cualquier momento, como ahora, ha podido estallar.

Por tanto, no nos llamemos a engaño. La clandestinidad es la causa fundamental de esta situación y si queremos cerrar los ojos ante ella pues, muy bien, seguiremos padeciendo síndromes de Ardystil, daremos muchos pesames, tendremos que tomar muchas medidas, pero aquí cuatro sinvergüenzas se están aprovechando de toda la sociedad española.

Finalmente, tengo que decir también que tanto en el síndrome de Ardystil como en otras actividades hay un escaso control de las multinacionales que fabrican productos tóxicos, y esto tiene especial incidencia en la agricultura. Y casi siempre aparece una marca, que no quiero citar en esta Comisión por prudencia y por no tener los datos suficientes, vinculada a este tipo de factores de riesgo para los trabajadores y para quienes lo manipulan. Ya ha llegado el momento en que la Administración investigue a fondo los productos tóxicos que se utilizan en las industrias españolas y en la agricultura, porque yo creo que en el ánimo de todos está evitar que esto vuelva a ocurrir.

En resumen, nos parece muy bien la proposición no de ley, alabo la propuesta de Izquierda Unida, acepte o no acepte la enmienda presentada por el Grupo Socialista, y pido, por favor, que entre todos se atajen las causas, porque tienen nombres y apellidos ahora mismo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Vázquez, a efectos de manifestar la aceptación o no de la enmienda presentada por el Grupo Socialista.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Señor Presidente, quiero empezar diciendo que no me siento enmendada la

plana; al contrario, mi Grupo y yo personalmente me encuentro satisfecho de la reacción positiva que el Grupo Socialista ha tenido a esta proposición no de ley de Izquierda Unida.

Nosotros, desde el mismo sincero propósito de cumplir los objetivos a los que antes me refería, resolver el presente e intentar evitar repeticiones en el futuro, y sin ningún afán de protagonismo ni de búsqueda de rentabilidad política fácil en un caso que podría resultar repugnante, vamos a aceptar la enmienda del Grupo Socialista, estando de acuerdo en la apreciación que se ha hecho de que por encima de la ortodoxia técnica hay que proporcionar la necesaria reparación de la injusticia social causada, aunque lógicamente en el caso de las personas fallecidas esta injusticia es francamente irreversible.

Insisto en un criterio que me parece esencial y es que mi Grupo, y espera que todos los demás, desea que se mantenga la necesaria presión democrática sobre la Administración para que se realice la investigación, absolutamente necesaria, aunque sea, me consta que es así, muy difícil poder llegar a obtener resultados positivos. Es absolutamente necesario que todos nos autoimpongamos la obligación de estimular a la Administración, si ella hiciera dejación de sus funciones, para que esa investigación se produzca.

Comparto todas las palabras que ha dicho el señor Martínez-Campillo respecto a la economía sumergida, que es motivo de ocupación de este Grupo Parlamentario con relativa frecuencia.

Acabo, señor Presidente, aceptando la enmienda que plantea el Grupo Socialista. Me parece que es complementaria al texto que nosotros hemos presentado, y me felicito de la unanimidad que se genera en la Cámara respecto a un tema de esta naturaleza.

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

Efectuada la votación, fue aprobada por unanimidad.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

- POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A EXTENDER A TODO EL COLECTIVO DE ENFERMOS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) LA GRATUIDAD DE LA PRESTACION FARMACEUTICA, EN SU CONSIDERACION DE ENFERMOS CRONICOS. PRESENTADA POR EL G. P. IU-IC (número de expediente 161/000449).

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a extender a todo el colectivo de enfermos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) la gratuidad de la prestación farmacéutica, en su consideración de enfermos crónicos, presentada por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor Vázquez, para su defensa.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Señor Presidente, señorías, todos los ciudadanos portadores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida, como todos ustedes saben, durante su hospitalización en centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud, reciben las prestaciones sanitarias gratuitas necesarias para el diagnóstico y el tratamiento de sus afecciones. En los períodos de remisión de sus patologías asociadas al sida, una de las circunstancias más específicas de este cuadro clínico, durante su control extrahospitalario, la mayoría de estos ciudadanos se encuentran con graves y, a veces, insalvables problemas para seguir los tratamientos farmacológicos indicados, al tener que abonar el porcentaje del precio de los fármacos necesarios para el mismo. Los antivirales básicos para el tratamiento de esta enfermedad son administrados gratuitamente por parte de los centros hospitalarios aun en el caso de los controles ambulatorios, pero en una enfermedad de estas características hay otras medicaciones que son absolutamente necesarias para este colectivo de afectados.

Ustedes saben también que un colectivo de ciudadanos afectados de hemofilia A o B, que a lo largo del tiempo han adquirido este mismo síndrome de inmunodeficiencia adquirida a través del tratamiento de su enfermedad de origen con hemoderivados, reciben de forma gratuita, como enfermos crónicos, los tratamientos completos que precisan para sus enfermedades, lo cual nos parece muy bien. Como también nos parece muy bien la noticia aparecida hoy en los medios de comunicación de que la Administración se hace cargo de su responsabilidad en la indemnización a este importante colectivo de enfermos —me refiero a los hemofílicos— que han adquirido su enfermedad añadida, el sida, a través de la recepción de sustancias hemoderivadas contagiadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, en la práctica totalidad de los casos, en los centros hospitalarios públicos.

El hecho de que los ciudadanos con hemofilia y sida reciban gratuitamente la prestación farmacéutica —que, repito, apoyamos y aplaudimos— nos plantea la situación de injusticia que se genera con el resto de los ciudadanos afectados por sida, que no ven, digamos, satisfechas sus necesidades de prestación farmacéutica gratuita de la misma forma que el otro colectivo, teniendo en cuenta, además, que con frecuencia se trata de un colectivo que en no pocos casos, no digo todos, son ciudadanos con un cierto grado de marginación y de escasas condiciones económicas —y eso tiene consecuencias sanitarias importantes—, que impiden seguir los tratamientos necesarios para la profilaxis de enfermedades asociadas.

Sin ánimo de cansar a SS. SS., quiero señalar que la profilaxis de la tuberculosis, una de las infecciones oportunistas más frecuentes en los enfermos de sida y que, además, está de mucha actualidad, a pesar de que la cantidad que paga un enfermo de sida por el tratamiento de tuberculosis durante un año es menor de ese 40 por ciento, viene a significar 3.200 pesetas/año. La profilaxis de otra enfermedad con frecuencia asociada al sida, la

neumonía por «neumocistis Carini», otro germen oportunista, significa el coste de 15.330 pesetas/año para este colectivo de ciudadanos con sida que no tienen la gratuidad de la totalidad de la prestación farmacéutica. La profilaxis de la candidiasis, esofágica fundamentalmente, otra de las más importantes infecciones sobreañadidas al sida y más frecuentes, significa más dinero todavía, ya que tiene un coste de 47.136 pesetas/año, y estoy hablando con precios de productos farmacéuticos del año 1991.

En definitiva, esto significa que no solamente se plantea una situación de agravio comparativo de un colectivo con otro, sino que, además, la imposibilidad obvia de una buena parte de este colectivo de ciudadanos con sida de disponer de recursos económicos para tratar estas enfermedades no sólo está acortando sus períodos de vida sino que, por otra parte, está generando un mayor gasto sanitario en función de que están necesitando mayor número de ingresos hospitalarios. En consecuencia, estamos haciendo un flaco favor a la debida atención sanitaria de un colectivo importante de nuestro país, actualmente alrededor de 17.000 —parece que somos el país con más portadores de sida de Europa— y es previsible, ojalá no se produjera, una explosión importante de este tipo de enfermos en los próximos años. La cantidad de dinero que puede significar para la Administración pública prestar la gratuidad total de esta prestación farmacéutica para el colectivo de enfermos de sida no es una cantidad importante. Yo no quiero entrar en otro tipo de consideraciones que algunas personas podrían hacer, que parecen linealmente claras y que podrían dar lugar a que alguien pensara que la única razón de esta evidente discriminación pueda estar en razones de tipo moral, que yo creo que no serán compartidas por ningún Grupo político de esta Cámara.

Por tanto, nos parece que nuestra proposición no de ley hace justicia a una prestación sanitaria de un colectivo importante de ciudadanos españoles, que indirectamente puede significar un ahorro económico para el propio Sistema Nacional de Salud y que, en definitiva, puede ayudar más a configurar un sistema sanitario público selectivo, que presta ayuda a quien más lo necesita. Creo que este colectivo de personas afectadas por sida se encuentra entre estos que más ayuda necesitan.

Espero de la sensibilidad de SS. SS. el voto positivo a esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de preguntar los grupos que van a participar, les indicaré a todos que sería bueno, dado que se ha extendido ya a los medios de comunicación, poder agotar el orden del día y, por tanto, que hiciéramos intervenciones un poco más breves, con el fin de poder llegar a conseguirlo.

¿Grupos parlamentarios que quieran intervenir? (Pausa.)

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

El señor **ROBLES OROZCO**: Muy brevemente, porque, aparte de lo avanzado de la hora, creo que sobre este tema ya hemos tenido ocasión de hablar y, en concreto,

muy recientemente, en relación precisamente con una pregunta oral que hizo nuestro Grupo en el Pleno de la Cámara, que es donde nosotros fijamos la posición y le requerimos al Ministro de Sanidad que adoptara, entre otras muchas medidas, ésta precisamente, que es la extensión de la gratuidad en las prestaciones farmacéuticas a los enfermos que padecen el sida, tanto en su aspecto de desarrollo como en aquellos que son portadores asintomáticos, pero que necesitan una serie de tratamientos farmacéuticos.

Por tanto, quiero empezar reafirmando que, en coherencia con nuestra propia postura, ya que hace solamente quince días, en el Pleno de la Cámara hicimos esta misma propuesta al Ministro de Sanidad, vamos a apoyar la proposición no de ley que hoy trae Izquierda Unida a la Cámara y que nos parece extraordinariamente oportuna.

Por tanto, para no alargar y empezar a debatir sobre números y casos que en este momento, desgraciadamente, están muy de actualidad por el reciente Congreso del Sida y por otras muchas razones que tendremos ocasión de debatir la próxima semana con motivo de una interpe-lación de nuestro Grupo, quiero decir que, en ocasiones, esta Cámara, y especialmente el Grupo mayoritario, que es el que soporta al Gobierno, hemos sido cicateros en las medidas a adoptar con estos enfermos. No se han tomado siempre las decisiones más oportunas y eso ha traído, en algunos casos, una negación de la realidad. Desgraciadamente, los datos que estos días estamos manejando nos empujan a ver que, si se hubieran tomado otras medidas o se hubieran adoptado otras decisiones, probablemente la evolución en vez de ser la que ha sido habría seguido las mismas pautas que han seguido otros países de la Comunidad Europea, conteniendo determinados grupos de comportamiento de riesgo y acertando en los mecanismos de prevención de una forma más eficaz. Ahora tenemos la realidad del problema. Ahora tenemos el problema, tal como es. Lo que tenemos que intentar entre todos es ser solidarios, eficaces y acotar los límites y la dimensión del problema a las posibilidades reales de la situación.

Esto significa, por tanto, que tenemos una obligación de un plus de solidaridad con los enfermos de sida, tanto asintomáticos, como sintomáticos.

Creo que por parte de todos los grupos sería conveniente apoyar esta iniciativa que permitiera coherentemente con lo antes expuesto dar unas soluciones, tanto desde el punto de vista farmacéutico, como también desde el punto de vista social. Ya hemos demandado en repetidas ocasiones que este colectivo, que ya de por sí tiene un problema dramático en lo personal, en lo familiar y en lo social, tenga una solución sanitaria lo antes posible.

Por tanto, por todo lo dicho, y en el deseo de ser breve, vamos a apoyar esta proposición no de ley de Izquierda Unida, que es coherente con la propuesta que hicimos hace 15 días en el Pleno de la Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Catalán de Convergencia i Unió, el señor Hinojosa tiene la palabra.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Presidente, asumo y hago mías las palabras del proponente y del último interviniente respecto a las personas enfermas de sida en general, pero quisiera referirme a un colectivo de los enfermos de sida, que son los hemofílicos, que han sido contagiados por transfusiones de sangre en distintos hospitales del Estado. Estos están haciendo en estos días unas llamadas a todas las puertas de los grupos parlamentarios y del Gobierno para resolver definitivamente su problema. Ellos aceptan que su problema está resuelto en el aspecto sanitario, pero no así en otras cuestiones colindantes, como el tema escolar de los hijos de estas personas, cuestiones profesionales de los jóvenes afectados, problemas económicos, etcétera, reivindicaciones que han ido planteando a lo largo del tiempo con una cierta discreción y a las que las administraciones han ido atendiendo, pero de manera muy renuente y muy lentamente.

Admitiendo que en el presupuesto de este año se hizo la concesión de pasar de 100 a 500 millones de pesetas para ayuda a este determinado colectivo, admitiendo que se han hecho cosas a favor, es cierto que no se acaban de resolver estos problemas y que están en este momento pidiendo la intervención directa del Gobierno y de su Presidente. Alguna solución hay que dar a este colectivo que sabe que tiene su vida tasada y, de alguna manera, sin aceptar responsabilidades jurídicas ni de otra índole por parte de las administraciones, sí parecería lógico que se atendiese definitivamente a estas personas.

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

El señor **ARGANY FAJARDO**: Señor Presidente, efectivamente se ha traído aquí una proposición no de ley que manifiesta la sensibilidad que tienen no solamente todos los grupos políticos, sino todos los grupos sociales y todas las personas con respecto a esta enfermedad. Hay una iniciativa voluntarista con la que, en principio, creo que estamos absolutamente todos de acuerdo y que incluso nos gustaría extenderla a otros colectivos. Lo único que ocurre es que cuando se toma cualquier tipo de medida hay que mirar sus consecuencias, hay que mirar cuál es el marco legal en el cual se hace y además hay que tener en cuenta qué medidas se propone realizar el Gobierno, o las administraciones responsables, en un momento determinado.

Hay aquí un pequeño problema, que es precisamente el concepto de enfermo crónico del señor que padece sida. Un paciente afectado por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es crónico fundamentalmente en lo que afecta al agente causal de la patología básica, es decir, al virus de la inmunodeficiencia. Estos en este momento están tratados gratuitamente por el Gobierno. El problema que se plantea aquí es si además también hay que tratar gratuitamente aquellas patologías añadidas como consecuencia de la claudicación del sistema inmunitario por esta infección.

En principio, creo que absolutamente todos estamos un poco de acuerdo en que así debería de ser. Pero ¿cuál

es la realidad? La realidad es que hay una serie de normativas legales, desde el año 1966 y con la Ley General de Seguridad, Reales Decretos, el 3157 de 1986, y el 945 de 1978, pero para no seguir con muchas cifras, dado lo avanzado de la hora, en los que se dice que los enfermos crónicos tienen derecho a un cierto número de prestaciones reducidas, nunca gratuitas, y que afectan fundamentalmente a aquella patología base. Aquí se ha hablado de los enfermos hemofílicos, por ejemplo. Los enfermos hemofílicos tienen tratamiento gratuito en tanto en cuanto son carentes de un factor determinado de la coagulación, pero si esos señores se cogen una gripe lo tienen que pagar. Es decir, no es gratuita la medicación por el proceso añadido. Si cogen una anemia, también lo tienen que pagar. Esto es lo que la ley considera en estos momentos.

Ha habido también una serie de decretos-leyes y de leyes que decían cuál era la aportación que en un momento determinado tienen que hacer los beneficiarios en el uso de los medicamentos. Esto ha sido absolutamente cambiado con la Ley del Medicamento de 1990, en el artículo 94, que se está desarrollando con la ley del medicamento selectivo, donde se dice qué medicamentos se incluyen y cuáles se excluyen. Después hay un artículo 95, también de la Ley del Medicamento, que dice en qué supuestos serán gratuitos o la forma de pago para determinados colectivos. Forma de pago, por circunstancias especiales, como puede ser la capacidad económica del individuo, las repercusiones sociales que tenga, la utilidad terapéutica, etcétera, es decir, la regulación reglamentaria que aún, efectivamente, no se ha llevado a cabo.

¿Cuál es el problema de fondo en estos momentos? Que se está diciendo que los medicamentos gratuitos se lleven a todas las enfermedades de afectados por el sida. Hay algo en estos folletitos que nos han suministrado hoy y en las declaraciones realizadas por el Secretario de Estado del Ministerio de Sanidad, en la Conferencia Nacional sobre el Sida, donde habla de los proyectos del Gobierno con respecto al sida. Dicen que uno de los proyectos es, precisamente, que en determinados colectivos que por causas de la evolución social –la modernidad– han sido especialmente afectados, se pueda tener un tratamiento especial para ellos. Y esto ha de hacerse a través de la Conferencia Interterritorial de Salud. Esto afecta también a los colectivos con afecciones medulares, como consecuencia de los accidentes de circulación, a los drogadictos, a los del sida, etcétera. Si nosotros en estos momentos, por encima de la ley, y sin esperar a que se tome esta iniciativa legal y reglamentaria, intentásemos aplicar a un colectivo –que nos afecta a todos en las fibras más sensibles que ustedes quieran, estamos de acuerdo– estas medidas, el colectivo de afectados medulares también diría que tienen derecho, y los hemofílicos que no tienen el sida también dirían que tienen derecho, y los drogadictos, y todos aquellos individuos que tienen una artritis reumatoide y no pueden ser tratados, también tendrían que tener derecho. Luego ¿cuál es el marco normal? Y entiéndame bien, no estamos en ningún momento descalificando la ley, pero si nosotros, en un momento

determinado, aceptásemos la ley tal cual está, se podría crear en estos momentos un agravio comparativo, como se ha dicho anteriormente, un sentimiento de discriminación que podría afectar al principio de igualdad. Creo que en el Consejo Interterritorial, como ha sido anunciado ya, habría primero que definir en cada caso qué procesos colaterales se consideran crónicos y cuáles no, porque podríamos empezar a hablar de una manera muy extensiva sobre las patologías que puede adquirir un señor afectado del sida y que, sin embargo, no va a ser esencial en su proceso...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Argany, por favor.

El señor **ARGANY FAJARDO**: Voy a acabar rápidamente, pero entienda que el tema es un poco interesante. Cualquier enmienda iría en el sentido de hacer precisamente lo que se va a hacer, y por eso no procede, incluso, formular enmiendas. Tenga usted la garantía que nuestro Grupo va a apoyar, en un cierto sentido, que el Gobierno apoye en la próxima reunión que haya, anunciada ya, para el desarrollo del artículo 95 de la Ley del Medicamento, estas medidas, pero definiendo cada caso y que no pueda afectar a otros colectivos. Pero aceptar la ley en los términos exactos, voluntariosos, que usted plantea, quizá sería un inconveniente más que una causa positiva de desarrollo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Argany, entendemos que cuando habla usted de ley se refiere a proposición no de ley. (**Asentimiento.**) (**El señor Vázquez Romero pide la palabra.**)

Señor Vázquez, me va a reabrir usted el debate.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: No le abro el debate.

El señor **PRESIDENTE**: Si llega una hora razonable lo único que va a conseguir es que no se vea la última proposición no de ley y a lo mejor su compañera de Grupo se enfada.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Sin un síndrome de inmunodeficiencia adquirida no habría infecciones sobreañadidas por procesos como tuberculosis, candidas, etcétera.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Vázquez, por favor. Eso, aparte de que es una discusión bastante técnica, no hace variar los razonamientos ni las posiciones que se han planteado.

Pasamos a la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 11; abstenciones, 18.

El señor **Presidente**: Queda aprobada la proposición no de ley.

- POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A ADAPTAR CON URGENCIA A LAS DIRECTIVAS COMUNITARIAS LA NORMATIVA VIGENTE EN RELACION CON LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR A UNA INFORMACION VERAZ Y DIRECTA SOBRE LOS PRECIOS DE MERCANCIAS Y SERVICIOS, ESPECIALMENTE DE LOS OFERTADOS AL PUBLICO EN LOS ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES. PRESENTADA POR EL G. P. CDS (número de expediente 161/000460).

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a adaptar con urgencia a las directivas comunitarias la normativa vigente en relación con los derechos del consumidor a una información veraz y directa sobre los precios... (**Rumores.**) ¡Señorías!... sobre los precios de las mercancías y servicios, especialmente de los ofertados al público en los establecimientos comerciales. Planteada por el Grupo del CDS. Para su defensa, tiene la palabra el señor Martínez-Campillo.

El señor **MARTINEZ-CAMPILLO GARCIA**: Se trata de articular los mecanismos necesarios para poner en marcha el cumplimiento de algunas de las disposiciones que con carácter más genérico se contemplan en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, de 19 de julio de 1984.

Esta Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, que supuso un avance importante en la consideración de una dimensión... (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, por su silencio, señor Martínez-Campillo.

Señorías, por favor. Nos queda muy poco para acabar el orden del día de la Comisión y creo que si conservamos el orden lo conseguiremos con eficacia.

Continúe, señor Martínez-Campillo.

El señor **MARTINEZ-CAMPILLO GARCIA**: Gracias, señor Presidente.

Señalaba que esta Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios supuso en su momento, sin lugar a dudas, la puesta en marcha del reconocimiento de una de las dimensiones más interesantes que puede tener un ciudadano dentro de un Estado de Derecho, que es su condición de consumidor y/o usuario. El problema viene luego, el problema viene en cómo hacer que en la práctica esto se cumpla y no quede en buenos propósitos, y voy a hacer un brevísimo paréntesis que justifica esta proposición no de ley.

A nuestro juicio, la mayor frustración que puede tener un político, que puede tener un responsable de un poder público es, sin lugar a dudas, el abismo que existe entre lo que se legisla y la realidad. Y la verdad es que por muchísimas circunstancias, una de ellas probablemente porque la maquinaria administrativa no está adaptada a los finales del siglo XX, lo cierto es que constantemente nos encontramos ante la situación de que decisiones que pueden ser calificadas de muy buenas, programas de gobier-

no, sean de carácter central, autonómico o local, quedan exclusivamente en la tinta del papel pero nunca llegan a la práctica. Este es el caso de la obligatoriedad que exige esta Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios en la exposición de precios y horarios.

Huelga decir a todos los comisionados que bastaría con que diéramos una vuelta entre los comercios situados en 500 metros a la redonda en torno al Congreso de los Diputados para encontrarnos con que no se exhiben públicamente ni los precios ni los horarios en los establecimientos comerciales.

Y no solamente está la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios que obliga a ello sino que también hay un precedente en un decreto de septiembre de 1972 y, además hay unas directivas comunitarias del año 1988, las números 314 y 315. ¿Por qué se incumple, por qué no exhiben los precios y los horarios los comercios? Unica y exclusivamente porque, parece ser, según manifiestan ellos mismos, se vende más sin precios, y solamente utilizan el precio en aquellos productos que ellos denominan productos gancho, que pueden atraer al consumidor. Pero esto choca frontalmente con el derecho a la información que tenemos todos los consumidores y usuarios y especialmente con el artículo 13 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios que ya he citado, que manifiesta que deberá exhibirse el precio completo o el presupuesto y las condiciones jurídicas y económicas de adquisición o utilización, indicando con claridad y de manera diferenciada el precio de producto o servicio y el importe de los incrementos o descuentos, en su caso, y de los costes adicionales por servicios accesorios, financiación, aplazamiento o similares. Nos quedamos simplemente con el precio completo, es decir, lo que sería el PVP -el precio de venta al público.

Por tanto, ante una infracción manifiesta, constante, permanente, a nuestros ojos, pública y notoria, parece normal que busquemos si existen mecanismos para recordarle al mundo del comercio que está ante una obligación, o si tenemos también mecanismos legales para traducir en la práctica alguna normativa más específica que, desarrollando la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, haga efectivo este principio. Esto nos llevaría inmediatamente a los artículos 39 y 40 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios que estableciendo nítidamente cuáles son las competencias del Estado para hacer efectiva esta Ley y estableciendo el artículo 40 cuáles son las competencias de las comunidades autónomas para desarrollar reglamentariamente aquellas normas y directrices que establezca el Estado para el cumplimiento de esta Ley, nos indican rápidamente, tomando como puntos de referencia las directivas 88/314 y 88/315 de la Comunidad Europea, que se hagan obligatorios y se pongan en marcha los mecanismos reglamentarios estatales y de las comunidades autónomas para que, de una vez por todas, se haga útil para el ciudadano la exposición obligatoria de precios y horarios como una de las garantías de su derecho a la información.

Indudablemente se puede decir que ésta es una peque-

ña cosa, pero de pequeñas cosas creo que están llenas las satisfacciones o las insatisfacciones de los ciudadanos. Si conseguimos poner en marcha los mecanismos reglamentarios para que, a partir de ahora, los precios se exhiban al público de una forma clara y manifiesta y se vaya dando cumplimiento a esta pequeñísima pero importantísima Ley para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, sin lugar a dudas estaremos haciendo posible que se ponga al ciudadano a la altura que le corresponde en un Estado de Derecho.

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

Por el Grupo Popular tiene la palabra el señor Cartagena.

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Decía el señor Martínez-Campillo que podía aparentar que ésta era un tema menor. Ciertamente que no lo es, no sólo porque el precepto legal se establece en la Ley referida para la Defensa de Consumidores y Usuarios de 1984, en su artículo 13, sino porque hay un elemento de convicción que los grupos políticos debemos manifestar en esta Comisión y ante la proposición no de ley del Grupo del CDS.

Sin duda alguna, el derecho a la información veraz viene recogido en la legislación, pero también sin duda alguna no está siendo puesto en práctica por los distintos implicados en el proceso del consumo, sea la Administración central o la autonómica -yo creo que es ocioso discutir si la estatal por su responsabilidad en la legislación básica o las comunidades autónomas por el desarrollo, o los ayuntamientos-, lo cierto es que no está funcionando. Hay que señalar, a efectos de que la filosofía política, la idea de cada grupo, quede plasmada, que el fenómeno de la información es prioritario y básico ante la protección de los consumidores y usuarios. No es algo que decimos nosotros, sino también especialistas de toda índole, y podíamos citar uno de ellos como Gómez Segar. Ellos y nosotros afirmamos que el derecho a la protección a la salud, a la seguridad, a la defensa legítima de los intereses económicos y a la reparación de los perjuicios causados, todos ellos reconocidos en nuestra legislación, pueden ser absolutamente inefectivos si no se articula un minucioso derecho de los consumidores a la información.

Esto no es nuevo. Ya la Federal Trade Commission norteamericana estableció la precisión de una información útil para resolver los problemas de consumo y muy importante para contribuir mejor al funcionamiento del mercado, de una información utilizable, accesible por tanto al consumidor, tal como lo definió Richer, una información que necesariamente ha de ser usada, potenciando -y esto lo hemos de hacer de las administraciones también- la emisión y la recepción por parte del consumidor de la información veraz.

Es, por tanto, que nuestra posición como Grupo es de apoyo a la iniciativa en el sentido de llamar la atención de la Administración para definir un desarrollo reglamentario. Cabría aludir a la disposición final cuarta de la Ley General de 1984 que, en definitiva, y ésta es la idea,

garantice un plano de igualdad de los consumidores españoles en el marco del Mercado Unico ante nuestros socios de la Comunidad Económica Europea.

Por tanto, anuncio nuestro apoyo refiriendo que no es un tema menor, sino que, tanto a efectos de regular el mercado como de proteger los otros derechos que nuestra legislación básica reconoce al consumidor, radica en la información un pilar fundamental del proceso de consumo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Simplemente para mostrar el apoyo de Izquierda Unida a la proposición no de ley del CDS por compartir básicamente los criterios que han llevado a dicho Grupo a presentarla.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Frías.

La señora **FRIAS NAVARRETE**: Mi Grupo también va a apoyar esta proposición no de ley, primero, porque consideramos que con la transposición a nuestro ordenamiento jurídico de estas directivas 88/315 y 88/314 sobre indicación de precios en productos alimenticios y no alimenticios se garantiza mejor el derecho de los consumidores a una información cierta, eficaz, veraz y objetiva, tal y como mandata el artículo 13 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

En segundo lugar porque, aunque la obligatoriedad de indicación de precios de servicios no está incluida en las citadas directivas, compartimos el sentido de esta proposición no de ley de incluirla en la misma norma. Es decir, consideramos que se debe ampliar el ámbito de aplicación de la norma en beneficio del consumidor haciendo igualmente obligatorio el que en el lugar donde se vende un producto o se preste un servicio haya indicaciones bien visibles de los precios. Este criterio ya se ha seguido además en la Comunidad Autónoma de Cataluña, en la Ley 23/1991, de Comercio Interior. Esta Ley al establecer en su artículo 7.º los requisitos administrativos de los precios incluye la obligación de informar, tanto de los precios de los productos como de los servicios. Esta medida ha sido considerada correcta por el Consejo de Estado y consideró además que se debía de complementar con la matización de que se singularizara de alguna forma la exigencia de esta obligación a las profesiones liberales, matiz que ha sido ya introducido mediante la exigencia de un presupuesto.

Por otra parte, la medida es congruente con el proyecto de ley de modificación de la Ley Reguladora de los Colegios Profesionales, Ley 2/1974, de 13 de febrero, que adecua el ejercicio de las profesiones colegiales con la legislación en materia de competencia, toda vez que el conocimiento previo de los precios de los servicios de los profesionales ofrece un parámetro importante en la opción a tomar en el juego de la libre competencia.

En tercer lugar, vamos a apoyar esta proposición no de ley porque el Gobierno, consciente de la importancia del derecho a la información de los consumidores y usuarios, ha puesto ya en marcha los mecanismos reglamentarios para que se haga efectivo este derecho. Se ha elaborado un proyecto de Real Decreto por el que se regularía la indicación de precios de productos y servicios que ya ha sido sometido al dictamen del Consejo de Consumidores y Usuarios.

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

Efectuada la votación, fue aprobada por unanimidad.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

- RELATIVA A LA COMERCIALIZACION EN ESPAÑA DEL FÁRMACO RU-486. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC (número de expediente 161/000466).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última proposición no de ley relativa a la comercialización en España del fármaco RU-486, presentada por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: El Grupo Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya presenta esta proposición no de ley, agradeciendo a la Mesa la oportunidad de haber presentado a debate en esta Comisión la proposición en relación con una píldora que, a nuestro juicio, es positiva para la salud de las mujeres en las cercanías del 8 de marzo y de cuya aprobación mi Grupo entiende que se derivaría un incremento en las posibilidades de decisión de las mujeres sobre su propia vida y sobre su propia fertilidad, así como un instrumento para la salud de las mismas.

Como en otras ocasiones se ha señalado, no es el objetivo de Izquierda Unida el modificar con esta proposición no de ley los supuestos en los cuales está permitida la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en España. Todos los Grupos conocen la opinión de Izquierda Unida de que solamente una ley de plazos permitiría la libre opción de las mujeres. Sin embargo, estamos hablando de un instrumento para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las condiciones legales existentes.

Como SS. SS. saben, la píldora conocida como RU-486 ha demostrado su eficacia en el 96 por ciento de los casos cuando se utiliza asociada a prostaglandinas para producir el aborto. Sin embargo, esta píldora está relacionada con la salud de las mujeres, no solamente con la interrupción voluntaria del embarazo, ya que se utiliza y tiene indicaciones en el tratamiento del cáncer de mama, en el tratamiento de la endometriosis y en el tratamiento de partos complicados, por cuanto facilita la dilatación del cuello uterino.

Como SS. SS. recordarán, hace dos años se discutía en esta misma Comisión una proposición semejante que, desgraciadamente, no fue aprobada por los votos en contra del Grupo Socialista, que entonces aducía la insuficiencia de... (**Rumores.**)

Pediría el amparo del señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, por favor, les ruego silencio.

Rogaría también a los informadores que guardaran silencio. Hagan sus trabajos en la sala de Prensa y no aquí. Tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Presidente.

Decía que entonces los argumentos del Grupo Socialista se resumían en la insuficiencia de los ensayos clínicos realizados, que en esa fecha ya habían tenido resultados satisfactorios en hospitales públicos de Barcelona, Valencia y Madrid.

Si bien es verdad que no tengo conocimiento de la existencia de ensayos clínicos posteriores, en este lapso de tiempo se ha emitido una Directiva de la Comunidad Europea que impide que un país que desee la comercialización de un fármaco que ya ha sido registrado en otro país de la Comunidad exija ensayos clínicos adicionales a los ya requeridos por el otro país en el que ya ha sido inscrito. Por lo tanto, estos motivos no tendrían virtualidad en este momento.

La proposición no de ley que presenta Izquierda Unida se centra en un punto fundamental. Este fármaco, en los países en los que ha sido comercializado lo ha sido con la intervención de la Administración sanitaria. A ninguna de SS. SS. se le oculta que estamos en uno de los temas emblemáticos de la capacidad de decisión de las mujeres sobre su propia vida y sobre su fertilidad; hecho que, sorprendentemente, a las puertas del siglo XXI desata las iras de las fuerzas más conservadoras, tanto desde el punto de vista religioso como social o económico, que se traduce en presiones concretas sobre el laboratorio Roussel-Uclaf, único en el mundo que posee la patente para la comercialización de esta píldora.

Esta situación ha llevado a que el laboratorio no solicite la comercialización de este fármaco en ningún país si no hay una actuación previa de la Administración, protegiendo los intereses del laboratorio, que se ven menoscabados por las amenazas de boicot de los sectores conservadores ya mencionados.

Así, la comercialización de la píldora en Inglaterra ha sido precedida por una intervención del Gobierno conservador de John Major, instando a los laboratorios y garantizándoles la protección de sus intereses tras la comercialización de la misma Inglaterra. En el mismo sentido se ha pronunciado el recién elegido Presidente de los Estados Unidos, Bill Clinton. En Francia, país de origen de estos laboratorios, al mes de su comercialización, el propio laboratorio solicitó su retirada del registro, hecho que fue impedido por el propio ministro socialista, en este caso de Sanidad, en Francia, que entendió que los

intereses comerciales del laboratorio debían subordinarse a los intereses de salud y a la libertad de las mujeres, por cuanto se consideraba que esta píldora era ya patrimonio moral de las mujeres.

Por lo tanto, el objetivo de la proposición no de ley es la intervención decidida del Ministerio de Sanidad en orden a remover los obstáculos que existen sobre su comercialización. No es de recibo decir que si el laboratorio no solicita la comercialización, el Ministerio de Sanidad no tiene nada que decir. Yo recordaba por ejemplo, que qué pasaría con un medicamento de primera necesidad como la penicilina si al laboratorio, de repente, ya no le interesara comercializarlo. Evidentemente, la responsabilidad del Ministerio de Sanidad tiene que ir dirigida a garantizar la existencia en el mercado español de los medicamentos eficaces y necesarios para la salud de las personas, en este caso muy específico de la salud de las mujeres.

La propuesta es que la comercialización de esta píldora suponga su dispensación en centros sanitarios y de alguna manera se garantice la protección de los intereses de los laboratorios a través de su inclusión entre los productos financiados por la Seguridad Social.

Quiero insistir en que la utilización de esta píldora en centros sanitarios supondría no solamente eliminación de riesgos para la salud de las mujeres, como he indicado anteriormente, sino un ahorro muy considerable de recursos sanitarios para la Seguridad Social, además de la posibilidad concreta de realizar la interrupción voluntaria del embarazo dentro de la red pública.

Saben SS. SS. que el ejercicio más o menos fraudulento -todo hay que decirlo- del derecho a la objeción de conciencia por parte de la inmensa mayoría de los profesionales, hace que el aborto en la red sanitaria pública sea poco más que una anécdota, recayendo en muy pocos profesionales que no objetan el ejercicio práctico de las interrupciones voluntarias del embarazo, hecho que tiene como consecuencia una limitación real de los contenidos concretos del ejercicio profesional y una cantidad creciente de objetores dentro de la red sanitaria pública. Sólo queda la sanidad privada para la inmensa mayoría de las mujeres, lo que tiene graves repercusiones sobre la desigualdad del acceso de las mujeres al ejercicio de su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, por cuanto las cantidades que se exigen en la sanidad privada para ello son disuasorias para muchas mujeres con dificultades económicas o en el medio rural.

La legalización, la comercialización de esta píldora supondría la posibilidad, como digo, de un mayor porcentaje de abortos en la red sanitaria pública que tendría consecuencias inmediatas y favorables, tanto en la salud de las mujeres como en la equidad en el ejercicio de un derecho en los estrechos márgenes reconocidos por la Ley.

Espero, a pesar de las horas en las que se produce el debate de esta proposición no de ley, haber sido lo suficientemente clara y convincente como para que SS. SS. -mayoritariamente masculinas en esta Comisión- entiendan que estamos ante un hecho muy concreto, muy

parcial, pero ante un hecho que, de aprobarse, supondría una buena noticia para las mujeres españolas, entre tantas malas noticias que las estadísticas y la Administración ha puesto en conocimiento de todas las mujeres y de toda la población con respecto a la situación de las mujeres españolas en este 8 de marzo pasado.

Insisto en que creo que la responsabilidad de la Administración sanitaria, en este caso del Ministerio de Sanidad, debería llevar a que las mujeres españolas no se vieran privadas de la utilización de un instrumento que mejora sus condiciones de salud y que otras mujeres europeas están en condiciones de utilizar precisamente por la intervención decidida de sus Gobiernos.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Maestro. Le indico que, de cualquier forma, ésta es la Comisión en donde hay más presencia femenina de todas las Comisiones de la Cámara.

Hay presentada una enmienda de sustitución por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra la señora Frías.

La señora **FRIAS NAVARRETE**: Mi Grupo ha presentado al grupo proponente una enmienda y paso a defenderla.

Consideramos y estamos de acuerdo con el grupo proponente en que este fármaco, la RU-486, es beneficioso para la salud de las mujeres no sólo por sus aplicaciones en la interrupción voluntaria del embarazo, sino también por sus otras indicaciones terapéuticas, tan importantes como las que ya se han citado: tratamiento de cáncer de mama, tratamiento de la endometriosis, etcétera.

En el marco de la legislación vigente de la interrupción voluntaria del embarazo, la RU-486 constituye otro método, un método alternativo al procedimiento quirúrgico que las mujeres podrían elegir, tal y como sucede en los países de nuestro entorno donde está comercializada: Francia, Reino Unido y Suecia; un método que, efectivamente, ofrece ventajas sanitarias, y así lo reconoce y lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, la Internacional Socialista de Mujeres; un método menos doloroso, menos traumático, tanto psíquica como físicamente, para las mujeres, que supone, además, una posible atenuación de la objeción de conciencia; un método que, además, reduce los costes de la interrupción voluntaria del embarazo, ya que simplifica bastante el proceso, pero un método que aún no ha concluido sus ensayos clínicos, ensayos clínicos que demuestren la eficacia y la seguridad de todas las usuarias de este fármaco. En Francia continúan los ensayos clínicos respecto a los efectos secundarios que la utilización de esta RU-486, unida a prostaglandinas, produce en algunas mujeres. De hecho ya se respetan algunas condiciones de administración, como son prohibirla a aquellas mujeres fumadoras habituales de más de dos años o a aquellas mujeres que tengan más de 35 años. Por ello, estos laboratorios Roussel-Uclaf, en Francia, están llevando a cabo actualmente ensayos clínicos encaminados a evaluar la eficacia y seguridad de este fármaco asociado en esta ocasión a una

nueva prostaglandina oral hasta los 63 días de amenoreo.

Respecto a la posible inclusión en su caso de la RU-486 como prestación farmacéutica de la Seguridad Social, quiero recordarle a su señoría que la actuación de la Administración sanitaria en este sentido no es discrecional; su actividad se encuentra perfectamente reglada y, en función de las normas que la determinan en cada caso en concreto, se determina la inclusión como prestación farmacéutica de la Seguridad Social de los medicamentos. Tales normas están contenidas en el artículo 94 de la Ley del Medicamento y en el Real Decreto 83/1993, de 19 de febrero, por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el sistema nacional de salud.

Por otra parte, la Administración española está sometida al criterio de órganos independientes como la Comisión Nacional para el uso racional de los medicamentos. Este fármaco, en todo caso, se clasificaría, como en Francia, de uso hospitalario, es decir, sólo estaría a disposición en los hospitales, y las normas que regulan la comercialización de este fármaco en Francia son rígidas, y así debían serlo también en España. La venta de este fármaco está estrictamente limitada a las instituciones autorizadas para practicar abortos. Es indispensable la receta de un hospital especializado y sólo se puede pedir cada vez el suministro para una semana. Su venta está rigurosamente sujeta a las mismas restricciones que rigen para los fármacos tóxicos y, además, sólo se puede administrar en presencia del médico.

¿Por qué este producto no está comercializado en España? En nuestro país ya se efectuaron los ensayos clínicos en tres hospitales con resultados coincidentes con los obtenidos a nivel internacional. En España, además, está autorizada la comercialización de la prostaglandina oral, a la que se asocia la RU-486, aunque con indicaciones diferentes. En cualquier caso, los laboratorios Roussel-Uclaf no realizan actualmente ningún proyecto de investigación clínica para esta indicación ni han solicitado el registro de este fármaco. Y éste, señorías, es el principal obstáculo para la comercialización en nuestro país, ya que, según la legislación vigente, para que este fármaco se comercialice hace falta que los laboratorios soliciten su inscripción en el registro de fármacos en el Ministerio de Sanidad y Consumo, cosa que no han hecho y a lo que el Gobierno no puede legalmente obligarles.

Por coherencia, además, S. S. no puede estar exigiendo una actuación del Gobierno que S. S. sabe perfectamente que es contraria a la ley respecto a estos laboratorios, a la vez que está acusando constantemente al Gobierno de mantener determinados fármacos en el Decreto de financiación selectiva del medicamento para favorecer supuestos intereses económicos de determinados laboratorios.

Los laboratorios Roussel-Uclaf tienen la patente europea de este fármaco y el Gobierno no puede legalmente exigirles que soliciten el registro de él. La decisión les incumbe a ellos y son los únicos que pueden hacerlo.

Respecto a que puede haber un posible boicot de sectores conservadores en España, quiero recordar...

El señor **PRESIDENTE**: Termine, por favor.

La señora **FRIAS NAVARRETE**: Quiero recordar, digo, a SS. SS. que el Decreto de financiación selectiva del medicamento concede al Ministerio la autoridad de financiar el mejor medicamento y al mejor precio y si los de la firma Roussel-Uclaf reúnen estos requisitos, son financiados. En consecuencia, no cabe la posibilidad de boicot, gracias precisamente al Decreto de financiación selectiva del medicamento.

Por todas estas razones, señor Presidente, presento la siguiente enmienda de sustitución:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, en el supuesto de que la firma Roussel-Uclaf realice la solicitud de autorización en España de la píldora RU-486, el Ministerio de Sanidad y Consumo lleve a cabo las actuaciones oportunas en orden a la autorización, comercialización, dispensación y control de dicha píldora, de acuerdo con la normativa vigente.»

El señor **PRESIDENTE**: ¿Qué Grupos quieren fijar posición?

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

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Hay un dato capital en este asunto. El laboratorio Roussel-Uclaf, de patente francesa, no ha presentado ante el Registro de Especialidades Farmacéuticas del Ministerio la solicitud de registro de la especialidad farmacéutica RU-486. Por tanto, estamos en una situación de debate cuando menos forzado. Estamos discutiendo sobre algo que, en mi opinión, condiciona claramente los contenidos de la proposición no de ley, habida cuenta de que este fenómeno angular, cual es la presentación ante el Registro, daría paso a todo lo demás. En cualquier caso, haremos algún comentario a título de ilustración sobre lo que es nuestra posición respecto a este problema.

Primera cuestión, como ha definido la portavoz del Grupo Socialista: ¡jojo con las características farmacoterapéuticas de la RU-486! Me parece que el Grupo proponente ha hecho un análisis idílico de una droga que no tiene las características que se han querido mostrar ni aquí ni en la opinión pública. Es mucho más cierto que, reitero, como ha dicho la portavoz socialista, es un fármaco sujeto a unas condiciones farmacodinámicas y, por tanto, terapéuticas muy estrictas y a unas condiciones administrativas allí donde se utiliza tremendamente controladas.

Eso nos da idea de que no estamos hablando, por tanto, de algo que pudiera encajarse de manera inminente, fácil, sencillamente a partir de que apareciera la solicitud de registro ante el Ministerio, porque, por sus propias características farmacoterapéuticas y otras, probablemente encajaría en nuestro ordenamiento jurídico de una manera que habría que estudiar respecto a la interrup-

ción voluntaria del embarazo. La aceptación de éste y otros elementos en torno a la interrupción voluntaria en cuanto a sus condiciones y procedimientos, creemos que sería objeto cierto de debate en otras ponencias ya abiertas en esta Cámara donde se establece cómo, cuándo y por qué se interrumpe el embarazo. Por tanto, no tan sólo el problema del registro farmacéutico y su disponibilidad de uso en el Sistema Nacional de Salud sería el tema fundamental o los matices fundamentales a comentar.

La utilización de la RU-486 en países de nuestro entorno se hace con sistemas jurídicos o con garantías y condiciones distintas a las que nuestra legislación establece para la interrupción voluntaria del embarazo. Tampoco en eso son iguales ni Francia, ni Inglaterra ni otros países.

Estamos, por tanto, no, como se ha pretendido plantear, ante la eventualidad de discutir aquí una ley de plazos que, insisto, es objeto de otra Ponencia abierta en la Cámara. No creo que debemos estar ante la discusión masculinista o feminista sobre la libertad de la mujer, puesto que, como en toda cabeza debe entrar de inmediato, tras esta discusión, la prescripción del tal fármaco siempre es fundamental y nunca está sujeta a la libertad directa de la mujer, sino que sería una de las opciones que tendría, ¡jojo!, no la mujer, sino quienes prescribieran el tratamiento en las condiciones que la legislación establece. Poco tendría que ver con la objeción el que aumentara o disminuyera. Elementos como la objeción de conciencia van a ser difícilmente retirados del contexto de este problema. La prescripción, lógicamente, puede entrar en las posibilidades de los clínicos, pero nadie podrá pensar que se pueda llegar a un punto en el que el usuario es quien decide el sistema científico por el que se ha de intervenir.

Hoy estamos, por tanto, ante un arsenal terapéutico y unas condiciones jurídicas que establecen el marco de este problema. No creemos que el debate deba trascender ante la proposición de ley que hoy se nos plantea y debemos mantener la serenidad y la sensatez en la cuestión, abierta, como está, la Ponencia de reforma del Código Penal. Y, desde luego, reiteramos algo que nos importa mucho. Si algo está claro y algo debemos definir que está claro es que los ensayos clínicos no se han terminado. Es verdad que la indicación es tremendamente estricta, y se han dado unos datos, y podríamos dar numerosos datos científicos sobre cómo se administra esta droga en otros países, y, desde luego, esta droga no es superior, en modo alguno, a cualquier otra de las que se usa en el tratamiento de la endometriosis o del cáncer de mama. Hay otros muchos procedimientos, y tampoco hay que revestir a la RU-486 de unas características milagrosas en estos otros dos procesos.

La enmienda del PSOE -y termino, señor Presidente- dice: «... en el supuesto de que se presente...» Estamos hablando de una ficción. Mi Grupo, manteniendo, insisto, la serenidad y la sensatez y trasladando al otro foro de debate la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo, se plantea, en principio, la opción de no apoyar la proposición no de ley, entendiendo que la enmienda del Partido Socialista no supone nada, sino la genera-

ción de una expectativa con la consideración de ficción que ya he mencionado.

Nada más, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestra. **(El señor Hinojosa i Lucena pide la palabra.)** Perdón. Tiene la palabra el señor Hinojosa, en nombre del Grupo Catalán.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Presidente, tendré que hacer mis discursos más largos para que S. S. no pase mi turno. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE**: Es la hora, no sus discursos, señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Tengo que decirle, señor Presidente, que, como SS. SS. saben, mi Grupo está formado por una coalición y en temas de aborto tenemos libertad de conciencia. Por tanto, no puedo hablar en nombre de todo mi Grupo o de mis compañeros de coalición, sino que hablaré específicamente a título casi personal o de quienes coincidan conmigo de mi Partido.

Dicho esto, a medida que se ha ido iniciando el debate, me parecía que había motivaciones suficientes para votar favorablemente la proposición no de ley, si se admitía la enmienda, porque no se trata de un supuesto nuevo, sino de un acto terapéutico que, con todas las garantías sanitarias habidas y por haber, permitiría a la mujer utilizar su libertad para interrumpir el embarazo en esos supuestos ya legales y con el menor trauma posible.

En esa línea, personalmente estoy dispuesto a votar que sí. Si no se aceptase la enmienda del Grupo Socialista, me abstendría.

Ahora ya me abstengo de utilizar la palabra. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestra, a efectos de aceptar o no la enmienda.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, me es imposible aceptar la enmienda del Grupo Socialista. Quiero decir que mi actitud hubiera sido aceptar cualquiera que supusiera algún pequeño avance en la situación, es decir, si se hubiera planteado la posibilidad de intervención de la Administración para su comercialización exclusivamente en el ámbito hospitalario. No hay ninguna actitud receptiva, y simplemente creo que la enmienda socialista, en los términos en los que está redactada, deja la situación tal cual, porque el problema no es si se solicita o no la comercialización, sino si la Administración interviene o no para favorecerla.

Por tanto, creo que sería un elemento de confusión para la opinión pública aceptar que la pelota está en el tejado del laboratorio cuando, en mi opinión, está en el de la Administración y de su responsabilidad sobre la disponibilidad de fármacos que pueden mejorar la salud de la población.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a la votación de la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, uno; en contra, 22; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.
Se levanta la sesión.

Eran las tres 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