



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1993

IV Legislatura

Núm. 650

---

## POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 69

celebrada el miércoles, 24 de marzo de 1993

---

Página

---

### ORDEN DEL DIA:

#### Preguntas:

- Del señor Soriano Benítez de Lugo (Grupo Parlamentario Popular), sobre opinión del Gobierno acerca de las garantías de funcionamiento del Servicio de Cardiología del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife (BOCG, serie D, número 381. Número de expediente 181/002298) ..... 19595
- Del mismo señor Diputado, sobre ejecución del plan director del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife (BOCG, serie D, número 381. Número de expediente 181/002302) ..... 19598
- Del mismo señor Diputado, sobre la opinión del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de la atención psiquiátrica en Canarias por parte del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (BOCG, serie D, número 385. Número de expediente 181/002310) ..... 19601

	Página
— Del mismo señor Diputado, sobre la opinión del Gobierno acerca del funcionamiento del Hospital Nuestra Señora de los Reyes, de la Isla de El Hierro (BOCG, serie D, número 385. Número de expediente 181/002313) .....	19604
— Del señor Alegre Galilea (Grupo Parlamentario Popular), sobre los motivos por los que no se dota al Hospital San Millán, de Logroño, de un servicio de neurocirugía (BOCG, serie D, número 385. Número de expediente 181/002321) .....	19605
— Del señor Díaz Aguilar (Grupo Parlamentario del CDS), sobre medidas para remediar el desbordamiento del servicio de urgencias del Hospital «12 de Octubre», de Madrid (BOCG, serie D, número 387. Número de expediente 181/002347) .....	19607
— Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre opinión del Ministro de Sanidad y Consumo acerca del significado de la expresión «Recertificación de los médicos» que pertenecen al Sistema Nacional de Salud (BOCG, serie D, número 387. Número de expediente 181/002378) .....	19609
— Del mismo señor Diputado, sobre opinión del Ministro de Sanidad y Consumo acerca de la expresión «Indicadores Indirectos de Calidad Sanitaria Asistencial» (BOCG, serie D, número 387. Número de expediente 181/002379) .....	19611
— Del señor García Fonseca (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre convenios con instituciones sociales sin ánimo de lucro que prestan atención hospitalaria coordinadamente con el Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (BOCG, serie D, número 387. Número de expediente 181/002388) .....	19613
— De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre previsiones de futuro para el centro de salud «Princesa Cristina» de la localidad de Alfaro (La Rioja) (número de expediente 181/002400) .....	19616
— De la misma señora Diputada, sobre supresión de las especialidades de ginecología y cirugía del centro de salud «Princesa Cristina» de Alfaro, La Rioja (número de expediente 181/002401) .....	19616
— De la misma señora Diputada, sobre puesta en funcionamiento del Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgico en el hospital Hermanos Laguna, de Alcorcón, Madrid (BOCG, serie D, número 363. Número de expediente 181/002204) .....	19617
— De la misma señora Diputada, sobre medidas para garantizar la elaboración de indicadores de morbimortalidad y otros desagregados por grupos socioeconómicos (BOCG, serie D, número 363. Número de expediente 181/002203) .....	19619
— Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre la organización de un Plan Nacional contra el Cáncer (BOCG, serie D, número 385. Número de expediente 181/002341) .....	19620
— Del señor Hinojosa i Lucena (Grupo Parlamentario Catalán, Convergència i Unió), sobre inicio de ejecución de la partida presupuestaria 26.06 413-G 186, destinada a transferir recursos a las asociaciones de hemofílicos con el objeto de colaborar en su lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA (número de expediente 181/002405) .....	19623
<b>Proposiciones no de ley:</b>	
— Por la que se insta al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para la trasposición, en el plazo de dos meses, del artículo 8 de la Directiva del Consejo 82/76/CEE, de acuerdo con el objetivo general de facilitar de forma efectiva la libre circulación de trabajadores. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (BOCG, serie D, número 368. Número de expediente 161/000471) .....	19624
— Por la que se insta al Gobierno para que actualice el importe de las dietas de enfermos desplazados y sus familiares residentes en la Comunidad Canaria, Ceuta y Melilla que han de trasladarse a la Península o entre las Islas. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (BOCG, serie D, números 275 y 371. Número de expediente 161/000474) .....	19624
— Sobre valores límites de intensidad y exposición a los campos electromagnéticos creados artificialmente. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (BOCG, serie D, número 372. Número de expediente 161/000481) .....	19627

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

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

El orden del día que han recibido SS. SS. lo vamos a agrupar en función de los comparecientes que van a responder a las preguntas. Voy a comunicarles cuál va a ser el orden de las preguntas, por si tienen alguna otra obligación en otra Comisión.

Comenzaremos por las preguntas números 2.298, 2.302, 2.310, 2.313 y 2.321. Señora Maestro, ¿prefiere hacer todas las preguntas juntas?

La señora **MAESTRO MARTIN**: Le iba a proponer incluso fundir mis dos últimas preguntas en una sola, las que se refieren al centro de salud de Alfaro, en La Rioja.

El señor **PRESIDENTE**: Aunque sea en trámites distintos, hacemos las números 2.204, 2.347, 2.378, 2.379, 2.380, 2.388 y las de la señora Maestro de que hablábamos, las números 2.400, 2.401 y 2.204, que es la primera que aparecía.

La señora **MAESTRO MARTIN**: La primera que aparecía en el orden del día era la número 2.203.

El señor **PRESIDENTE**: Esa la responderá el señor Marcos Peña, por eso la ponemos al final.

La señora **MAESTRO MARTIN**: ¿Entonces las mías serán contestadas al final?

El señor **PRESIDENTE**: Al final del bloque del señor Mendióroz.

Luego, vendrán las números 2.203, 2.341 y 2.405, a las que responderá el señor Marcos Peña.

Aclaradas las cosas, pasamos a realizar las preguntas.

#### **PREGUNTAS:**

**- SOBRE OPINION DEL GOBIERNO ACERCA DE LAS GARANTIAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA, EN SANTA CRUZ DE TENERIFE. FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENITEZ DE LUGO (G. POPULAR) (número de expediente 181/002298).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre la opinión del Gobierno acerca de las garantías de funcionamiento del Servicio de Cardiología del Hospital de Nuestra Señora de La Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife, formulada por el señor Soriano Benítez de Lugo.

Tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: En primer lugar, quiero agradecer el que tanto el señor Presidente

como la señora Maestro hayan tenido la amabilidad de colocar mis cuatro preguntas las primeras, en razón a que tengo que comparecer en otra Comisión.

En el pasado mes de enero, que fue cuando se formuló esta pregunta, saltaron a los medios de comunicación de Tenerife diversas anomalías en la atención de los pacientes cardiológicos en Santa Cruz de Tenerife.

En las reuniones mantenidas por la Comisión para la no duplicación de tecnologías en los hospitales existentes en las dos provincias canarias, se ha estado batallando durante bastante tiempo con el problema de los estudios hemodinámicos y la cirugía cardiaca extracorpórea que necesita, según el volumen de población, la provincia de Tenerife.

Según la media nacional y los datos que poseemos, los habitantes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife necesitan unos 1.200 cateterismos y unas 200 intervenciones cardiológicas con circulación extracorpórea por año. Sin embargo, sólo se dispone de un laboratorio de hemodinámica en el Hospital Universitario, que realiza unas 400 exploraciones, y un Servicio de Cirugía Cardíaca cuya actividad apenas alcanza las 25 intervenciones por año.

La provincia de Las Palmas, con una población similar, dispone de dos laboratorios de hemodinámica que realizan unos 1.500 cateterismos por año, y tiene en proyecto un nuevo laboratorio para su área sur. Cuenta también con un equipo quirúrgico de cardiología suficiente para su demanda asistencial.

Las necesidades de la población de Santa Cruz de Tenerife y las trabas burocráticas, cada vez más frecuentes, que los hospitales de otras provincias ponen para el traslado de estos enfermos, hace que sea urgente la creación de un nuevo laboratorio de hemodinámica en Tenerife, así como que se potencie el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario.

Nuestras autoridades sanitarias han perdido un tiempo precioso al haber aceptado, año tras año, las resoluciones emanadas de la Comisión para la no duplicación de tecnologías. Así, al haber realizado un número de estudios hemodinámicos inferiores a la mitad de los necesarios en nuestra provincia, la lista de espera de estos pacientes se ha alargado de una manera muy peligrosa y muchos de los enfermos han perdido el tren, digamos, de la cirugía cardiaca, o el retraso de la misma ha dado lugar a que los resultados no sean lo satisfactorios que cabría esperar. Todo esto sin olvidar los mayores gastos sanitarios y bajas laborales que esta situación está ocasionando. Preocupación agravada por el hecho de que el Insalud no prevé la solución de este problema a corto o medio plazo. En el programa de prioridades de la atención especializada para el próximo año ni siquiera se hace mención del tema, y todas las iniciativas se centran en el traslado de enfermos hacia otras provincias.

El sindicato profesional médico de Tenerife, ante esta actitud de pasividad por parte de las autoridades del Insalud, se ha visto obligado en varias ocasiones a salir a la luz pública y pedir a nuestros políticos que tomen medidas para resolver esta situación de desequilibrio y

falta de atención sanitaria para la población de nuestra provincia.

Me hago eco aquí, en consecuencia, de esta inquietud que viene solicitando desde hace largo tiempo la creación de un laboratorio de hemodinámica en el Hospital de La Candelaria y la potenciación del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario (sabemos que en Tenerife se da esta duplicidad de los dos hospitales, que es necesario que se complementen uno con el otro), y entendemos que éstas son necesidades urgentes que deberían contemplarse en el plan de prioridades del Insalud, a desarrollar en Tenerife en el año 1993.

En resumen, se puede decir que en la actualidad no funciona en las debidas condiciones el Servicio de Cardiología del Hospital de La Candelaria, a pesar de tener un competentísimo equipo médico, y los pacientes con gran frecuencia tienen que irse a operar fuera de la isla, con todos los trastornos que esto comporta.

Yo le agradecería que nos diera el parecer del Insalud sobre este particular.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Gracias, señoría, por una intervención que demuestra el interés de su Grupo por potenciar la asistencia sanitaria pública en Tenerife.

Sin embargo, creo mi obligación decirle, señoría, que quizás el destinatario de una parte importante de la crítica que de sus palabras se deduce no sea precisamente la Administración central, sino otras administraciones.

Santa Cruz de Tenerife, como S. S. conoce mucho mejor que yo, tiene una población de hecho, al 1 de marzo de 1992, de 784.013 habitantes. Además, tiene una numerosa población flotante, que hace que la atención especializada en esta isla se preste mediante dos hospitales, uno del Insalud, Nuestra Señora de la Candelaria, que conoce bien, y el Hospital Universitario de Canarias, perteneciente y dependiente del Cabildo insular, con el que se mantiene un convenio de utilización; convenio de utilización que incluye, entre otras cosas, la división de las especialidades a desarrollar entre ambos hospitales, correspondiendo al Hospital de Nuestra Señora de La Candelaria un Servicio de Cardiología básico, y correspondiendo al Hospital Universitario de Canarias el Servicio de Intervenciones y de Cirugía Cardíaca.

En múltiples ocasiones se ha planteado la posibilidad de dividir el área de Tenerife en dos áreas para la atención hospitalaria y elevar el Hospital Clínico Universitario a la categoría de hospital de área. Esto debería ser posible en la misma medida que se produzca una de dos cosas: o la firma del contrato-programa con el Cabildo de Tenerife, en su momento, con respecto a la utilización del Hospital Universitario de Canarias, o bien la integración en el Servicio Canario de Salud, cuando se constituya, de ambos hospitales y cuando se produzcan las transferencias. Mientras tanto, el Hospital de Nuestra Señora

de La Candelaria dispone de un total de 750 camas y cuenta con un Servicio de Cardiología básico dotado de 17 camas, que dispone de los medios técnicos adecuados para su nivel de actividad, además de la dotación de espléndidos profesionales necesarios para realizar esta actividad. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

Por ello, el Servicio de Cirugía Cardíaca no forma parte de los servicios de Nuestra Señora de La Candelaria, sino que forma parte, insisto, de los servicios que debe prestar, según el convenio con el Insalud, el HUC.

El Hospital de Nuestra Señora de La Candelaria tiene un jefe de sección en Cardiología, cinco facultativas especialistas, siete facultativos de cupo, once ATS y once auxiliares de clínica. En el año 1992 se atendieron a 657 pacientes ingresados, se realizaron 1.400 consultas en el hospital y 12.000 en los centros de especialidades dependientes del mismo. Se implantaron 124 marcapasos, se realizaron 25.039 controles, se realizaron 703 holter y 644 pruebas de esfuerzo.

Por consiguiente, el trabajo realizado por los profesionales y el equipo de Nuestra Señora de La Candelaria, tanto en cantidad como en calidad, puede calificarse de impecable.

El Hospital La Candelaria dispone además de una UCI, que está dotada con 15 camas generales y con 6 camas de coronarias. Precisamente por la existencia del convenio con el Cabildo para la utilización del HUC, no existe, dentro del Hospital de La Candelaria, ni está previsto (y así se ha venido diciendo en las reuniones de las comisiones) ningún tipo de dotación para hemodinámica en el hospital. Por consiguiente, tampoco se realizan intervenciones.

Las cifras que nosotros manejamos, en cuanto a las necesidades de la población, varían ligeramente de las que S. S. ha expresado. Para la población citada, los 780.000 habitantes de hecho que tiene la isla, la frecuentación prevista de hemodinámica oscilaría entre un mínimo de 440 y un máximo de 780 al año, con un promedio de 600. La hemodinámica diagnóstica debería generar, además, un 20 o un 25 por ciento de intervenciones terapéuticas de los casos, por lo que la frecuentación total de hemodinámica previsible se situaría en torno a las 720 exploraciones de cateterismo al año.

Al mismo tiempo, desde los criterios de planificación, con el fin de garantizar la eficacia mínima necesaria de un equipo hemodinámico, se considera que debe realizar, al menos, 500 cateterismos diagnósticos al año y unos 100 terapéuticos. De hecho, la media de exploraciones en los hospitales del Insalud está bastante por encima de estos mínimos. Se encuentra en 840 cateterismos diagnósticos al año y en 150 terapéuticos.

Con los datos de la Isla de Tenerife la cirugía cardíaca esperable, la frecuentación esperable, sería de entre 350 y 470 pacientes. Aquí sí coincido con S. S. en que las intervenciones quirúrgicas estrictamente extracorpóreas serían, aproximadamente, el 50 por ciento, lo que puede suponer unas 200 intervenciones extracorpóreas al año.

En los criterios aceptados, para garantizar la eficacia

de un equipo que realice este tipo de intervenciones, dentro del territorio del Insalud y los criterios aceptados internacionalmente, se habla de un mínimo de 250 intervenciones extracorpóreas, con un óptimo de aproximadamente 400. Es decir, la cirugía esperable en la Isla de Tenerife estaría ligeramente por debajo del mínimo que se consideraría óptimo. Lo cual quiere decir que avalaría, dadas las condiciones de insularidad de la isla, la existencia de un equipo que pudiera hacer este tipo de intervenciones, pero nunca la existencia de dos. El problema es que ya existe uno.

El Hospital Universitario de Canarias debería, dentro del convenio existente, actuar como centro de referencia cardiovascular para la zona. Tiene la dotación para ello, pero su Servicio de Cirugía Cardiovascular cuenta con un único cirujano cardíaco. De enero a octubre de 1992, en este Servicio se implantaron, según nuestros datos, siete válvulas cardíacas y se realizaron 17 intervenciones extracorpóreas. Cifras obviamente muy inferiores, por supuesto, a las estimadas como óptimas para garantizar el buen funcionamiento, pero también muy inferiores a las consideradas como normales en una actuación pura y simplemente normal. No se realizaron más intervenciones en el citado Servicio del Hospital porque ha rechazado todos los demás pacientes que le ha enviado el Insalud a través del Hospital de La Candelaria.

Como consecuencia, y siendo responsabilidad del Insalud el garantizar la asistencia sanitaria a toda la población, el Hospital de La Candelaria sigue enviando pacientes a centros de la Península, con el correspondiente gasto adicional, y a los centros de Las Palmas, lo cual contribuye a aparentemente incrementar la diferencia de asignación presupuestaria «per cápita» entre la población de Las Palmas y la población de Tenerife.

Como consecuencia de toda la situación anterior, creemos que lo que es absolutamente necesario es la potenciación del actual Servicio de Cardiocirugía existente en el Hospital Universitario de Canarias. Alternativamente, en tanto en cuanto no se produce esa potenciación, el Insalud está atendiendo con sus medios y con su propio coste a los pacientes por dos caminos: por la derivación de pacientes hacia hospitales de la Península o hacia el Hospital de Las Palmas; y también ha iniciado negociaciones con representantes de las clínicas y hospitales privados de la Isla de Tenerife, por si alguno de ellos y de manera temporal pudiera llegar a implantar, con las garantías necesarias dentro de sus instalaciones, un servicio de cardiocirugía. En el caso de que eso se produjera, dispondríamos de una oferta adicional de este servicio en la isla, que podríamos utilizar en tanto en cuanto el Servicio de Cardiocirugía del Hospital Universitario de Canarias no cumple las funciones que debería cumplir.

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

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Muy brevemente, quiero agradecer la amplia información que nos ha dado.

Aquí se ha puesto de manifiesto, una vez más, una falta de coordinación entre los servicios del Insalud y los servicios del Hospital Universitario de Canarias, en cuanto a los problemas relativos al convenio, que está pendiente todavía de resolución, lo que sigue comportando que haya un número de pacientes elevados en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Hay que tener en cuenta que también se atiende en este hospital a los enfermos que vienen de las islas menores, lo cual es un problema importante en Canarias.

Me gustaría saber —aunque supongo que no tendrá S. S. los datos en este momento— el número de pacientes que han sido derivados a otros hospitales, a Las Palmas o a la Península, ya que esto, indudablemente, está comportando un coste adicional y que, como bien nos ha explicado, está en el ánimo del Insalud pretenderlo resolver. Yo sigo insistiendo en que no todas las culpas son del Insalud, sino que aquí también hay una responsabilidad por parte del Cabildo de quien depende ese hospital.

Por eso, una vez más, se pone aquí de manifiesto la conveniencia de que esas negociaciones para la celebración del nuevo convenio se celebren cuanto antes y que en el marco del nuevo convenio se pueda encontrar un cauce de resolución. Insisto, como puse de manifiesto al formular mi pregunta, en la constancia que tengo de la plena capacidad y profesionalidad del Servicio de Cardiología del Hospital de La Candelaria.

Confiado en que los problemas que se han apuntado encuentren una solución rápidamente, reitero mi agradecimiento, por la cumplida información que se nos ha dado.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): No tengo, efectivamente, en este momento los datos del número de pacientes que han venido al **RAMÓN Y CAJAL** o que han ido a Las Palmas, pero se los puedo hacer llegar rápidamente porque es un dato que consta en nuestros archivos.

Insisto que nos gustaría potenciar la posibilidad de que haya una oferta alternativa a la pública que pueda ser utilizada, en su caso, con plenas garantías por la oferta pública, porque la situación de Tenerife es, en buena medida, similar a la que se produce en la Isla de Mallorca, y de Baleares, que, además de la población de derecho y de hecho, beneficiaria de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, tiene una importante población flotante que puede dar lugar a un mercado privado —si se puede hablar en estos términos hablando de sanidad— importante. Precisamente en Baleares, en donde el número de personas que necesitarían de este tipo de intervención extracorpórea no hace aconsejable, desde el punto de vista médico, la instalación de un servicio correspondiente en el Hospital de **SON DURETA** (hasta hace unos meses utilizábamos los servicios lo mismo del **VALLE DE HEBRÓN** que del propio **RAMÓN Y CAJAL**, con el consi-

guiente coste adicional), desde hace unos meses la existencia de una clínica, que ha podido instalar un servicio de cardiología suficientemente contrastado con profesionales que en un momento determinado vienen de fuera o que están dos o tres días en la isla, etcétera, nos ha permitido avanzar en la firma de un convenio para resolver, en tanto en cuanto no se hace aconsejable por el número de pacientes que hay que tratar, la instalación de un servicio propio para utilizar estos servicios. Probablemente este camino sería también más adecuado en Tenerife en tanto en cuanto no se resuelve la plena integración de ambos hospitales. Lo que sí quisiera decirle, señorita, es que, efectivamente, en el convenio en este momento en vigor con el Hospital Clínico, aunque haya sido denunciado, se incluye la prestación de este tipo de servicios por el hospital y por consiguiente en el pago total está contemplado ese supuesto.

**- SOBRE EJECUCION DEL PLAN DIRECTOR DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA, EN SANTA CRUZ DE TENERIFE. FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENITEZ DE LUGO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (número de expediente 181/002302).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunta sobre ejecución del plan director del Hospital NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA, en Santa Cruz de Tenerife, formulada por el señor Soriano, que tiene la palabra.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Como es sabido, en el año 1986 se aprobó el plan director del Hospital NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA, de Santa Cruz de Tenerife, para ejecutarse en los años 1987 a 1989 en tres fases: la fase cero, la fase 1 y la fase 2. Este plan director se aprobó en contra de la opinión de numerosos facultativos, que siempre consideraron que era más rentable la construcción de un nuevo hospital para enfermos agudos, dejando el hospital actual para otras atenciones. La realidad es que, a pesar de que el Ministro de Sanidad ha dicho en esta Cámara en fecha reciente que la fase cero está finalizada y que las consultas externas están terminadas y funcionando, las cocinas están finalizadas pero no funcionan por falta de un pasadizo que las una con el complejo, que está aún sin hacer y que cuesta bastantes millones de pesetas. Esta es la fecha en que las cocinas siguen sin funcionar. Además, y según tenemos entendido, existe un contencioso pendiente entre la empresa constructora Ocisa y el Insalud, que es lo que está impidiendo la entrada en funcionamiento de las cocinas, al igual que ocurre con las lavanderías, que continúan sin ser entregadas.

Hay que tener en cuenta que para empezar la fase 1 es preciso que esté en pleno funcionamiento la lavandería, la central térmica y la cocina, que, como digo, siguen sin funcionar. Pensemos que la fase cero tenía que haber entrado en funcionamiento en los años 1987-88.

Nos dijo el Ministro que la fase 1 empezaría este año, y la realidad es que no sabemos cómo, porque estamos ya a finales del mes de marzo y aún no ha salido a concurso. Consiste en dos torres de hospitalización y ya se están preguntando los servicios técnicos del hospital qué ocurrirá con los enfermos cuando empiecen las obras, puesto que no es fácil acondicionar un hospital al tiempo que los enfermos siguen internados. Por otro lado, yo me he leído el presupuesto de inversiones para el año 1993 y, salvo error u omisión, no veo presupuestados sino 20 millones en inversiones para el HOSPITAL DE LA CANDELARIA para el año 1993, y se nos dice que la primera fase va a ser ejecutada en el año 1993. A mí no me salen las cuentas pero estoy seguro que tendrá que salir por algún sitio ese dinero.

La fase 2 consiste en los servicios centrales de quirófanos, que no está ni previsto. Los técnicos dicen que las obras no obedecen a las necesidades actuales y que los servicios, cuando estén terminadas estas fases, van a estar mal ubicados.

A mí me gustaría conocer, con datos más concretos, cuándo va a estar finalizada la fase cero, cuándo se pretende que empiece la fase 1 y con qué presupuesto de inversión, y cuándo empezará la fase 2. Yo supongo que en la misma situación estarán los restantes planes directores de los hospitales de la red del Insalud en todo el territorio nacional, porque si están con el mismo retraso que el plan director de LA CANDELARIA que, como digo, fue previsto para el año 1987-89 en tres fases y nos encontramos en 1993 y ni siquiera la fase cero está realmente finalizada, excuso decirle lo que será la demora a la que nos tiene abocados el funcionamiento de este hospital.

En estos días se ha puesto de manifiesto en todos los medios de comunicación con grandes titulares el problema de las urgencias en el HOSPITAL DE LA CANDELARIA, que es un problema pendiente. Tengo aquí varios recortes de prensa donde se sigue insistiendo en que el tema de las urgencias es un asunto sin resolver y que se siguen planteando gravísimos problemas sobre el particular.

En consecuencia, me gustaría que se nos contestara con cierta precisión sobre la situación actual del plan director y cómo prevé el Insalud dar cumplimiento a las distintas fases en los años sucesivos.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): En primer lugar, quisiera contestar a dos afirmaciones que ha hecho S. S. en su intervención. La primera es la de que algunos médicos del hospital, encuadrados al parecer en un sindicato, han mostrado su opinión acerca de que sería mucho más rentable construir un segundo hospital que reformar el HOSPITAL DE LA CANDELARIA. Yo respeto enormemente los criterios médicos de los médicos, pero tengo que afirmar que tienen muy poca idea de lo que significa obtener la máxima rentabilidad posible de los equipos existentes

y de los que están por crear. En ese sentido, puedo afirmar tajantemente que es mucho más rentable, desde el punto de vista de obtener el máximo rendimiento de cada peseta que los ciudadanos dedican a la asistencia sanitaria, reformar el HOSPITAL DE LA CANDELARIA que construir uno nuevo, al menos en el horizonte previsible. Por consiguiente, los criterios de rentabilidad, entre otros, son los que hacen que sea mucho más favorable la reforma del actual hospital que la construcción de uno nuevo.

Por otra parte, disiento de que haya opiniones de técnicos en cuanto a que lo que se está haciendo no obedece a las necesidades actuales. Obedece hasta tal punto que forma parte, efectivamente, del plan director; plan director que ha sido elaborado por médicos, que ha sido elaborado por la gerencia del hospital, que ha sido elaborado por técnicos y que ha sido revisado una y otra vez hasta su aprobación definitiva.

Hay un tercer tema respecto al plan director del HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. Como saben SS. SS., no es posible iniciar la realización de ningún tipo de gasto por parte del Insalud sin un correspondiente aval presupuestario. Como S. S. conoce, el inicio de la fase cero está presupuestado y se comienza en el año 1990, no en 1996.

Independientemente de la elaboración del plan director, la realización se inicia en el año 1990. Y eso es así porque, independientemente de lo que desde un hospital o desde el grupo que planifica la reforma de un hospital se pueda pensar en un momento determinado, corresponde a las estructuras centrales del Insalud en su momento, al Ministerio después y, obviamente, al Parlamento, la fijación de las prioridades dentro de las diferentes necesidades existentes en el ámbito nacional.

Aparte de las precisiones que ya hizo el Ministro en sus comparecencias de los días 10 y 17 de febrero de este mismo año, quisiera resaltar lo siguiente. La fase cero, como usted sabe, se inicia en el cuarto trimestre de 1990 y consistía en la construcción e instalación del Servicio de Anatomía Patológica, las consultas externas de un ala del hospital, la cocina, la lavandería y el almacén. El presupuesto original de esta fase era de 798 millones de pesetas en el momento de su contratación. Durante la realización se emprendieron, además, una serie de acciones adicionales que la continua supervisión de la obra y de la situación del hospital consideró adecuadas, que consistieron, básicamente, en la adquisición e instalación de un nuevo equipo de alta tecnología, en concreto una gammacámara y un angiógrafo digital y su correspondiente instalación, y también en algo que fue necesario, que consistió en la reparación de los ascensores. Todo este conjunto de acciones incrementaron el coste de la fase cero hasta un total de 887 millones de pesetas. Las obras correspondientes a esta fase se terminaron y fueron recibidas en noviembre de 1992.

La fase 1 —de la que el proyecto, como sabe, también está aprobado— consiste en la renovación de toda la hospitalización general, de la unidad de lesionados medulares y la instalación de una nueva central térmica, finali-

zando al mismo tiempo el área de consultas externas en el área en que no lo estaban. No consiste en la construcción de dos nuevas torres, sino en reforma del ala izquierda del Hospital General, la reforma del área de hospitalización del Hospital materno-infantil y la realización de las fachadas de ambos edificios, en algunos casos.

Evidentemente, siempre es complicada la realización de obras mientras se sigue prestando la asistencia sanitaria, pero no es la primera vez que se hace en España ni en ningún otro país, sino que tenemos ya una larga experiencia de la realización de este tipo de cosas, causando el menor perjuicio posible a los pacientes.

Las empresas que lo realizan son empresas especializadas, y entre las condiciones por las que en su momento, mediante concurso, se da el contrato figura la seguridad de que no se van a causar perjuicios innecesarios a los pacientes mientras la obra se está realizando, aunque en algún momento eso pueda llevar a un mayor coste del que sería posible si se evacuara todo el edificio, cosa que no es viable.

El presupuesto de esta fase 1 es de 2.343 millones de pesetas y el plazo de ejecución inicialmente previsto es de 30 meses, con lo cual está prevista la terminación de esta fase 1 a finales de 1995 o en los primeros meses de 1996.

Como S. S. ha podido comprobar, en los presupuestos aprobados por el Parlamento se incluye como previsión de inversión para esta fase la cantidad de 20 millones de pesetas, lo que quiere decir que la construcción se iniciará en el último trimestre del año, estando prevista antes la realización del correspondiente concurso y la asignación del mismo.

Estimamos que el concurso podrá publicarse en el BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO a finales de abril o en el mes de mayo. Esto nos llevaría a que la asignación definitiva del concurso, valorando todos los parámetros que antes mencionaba y entre los cuales el más importante es el de la experiencia de la empresa en realizar este tipo de operaciones para causar el menor perjuicio posible, se hará hacia el mes de octubre.

De eso es lo que puedo informar a S. S.

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

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Lo que aquí se pone de manifiesto es que el retraso en las previsiones del plan director es francamente excesivo. Si tenemos en cuenta que el plan se aprobó en 1986, para ejecutarse entre los años 1987-1989 —y no me ha contestado a la razón por la cual las cocinas están terminadas y siguen sin funcionar—, nos encontramos con que la fase cero aún no está plenamente en ejecución. Se nos dice ahora que la primera fase empezará a finales de este año, pero aún no está anunciado el concurso y, a la vista del retraso, me atrevería a aventurar —estoy casi seguro— que no se van a cumplir esos plazos. Y se añade que la fase 1 estará finalizada para el año 1995 ó 1996, con lo cual resulta que para la fase 2 ya nos situamos en el siglo próximo.

En definitiva, aquí existe un retraso muy considerable,

que se encuentra agravado porque este año en el presupuesto de gastos del HOSPITAL DE LA CANDELARIA, comparado con el año 1992, hay una diferencia de menos 500 millones de pesetas y se sigue arrastrando un problema ya clásico en Canarias.

Permítame que le diga que la comparación entre las dos provincias canarias es siempre odiosa, pero está ahí. Hay una diferencia de los costos por UPA, porque mientras en el HOSPITAL DE LA CANDELARIA es de 32.000 pesetas, en el HOSPITAL DEL PINO es de 38.000. Y se sigue manteniendo esta diferencia que viene presionando constantemente sobre el Insalud en Tenerife. Sin que ello implique crítica alguna a las inversiones a realizar en Las Palmas, consideramos que en años sucesivos esta diferencia se irá agrandando, puesto que en el conjunto del presupuesto de inversiones del Insalud para 1993, para el HOSPITAL DE LA CANDELARIA se destinan 20 millones, mientras que al HOSPITAL DE LAS NIEVES y a otros centros de salud se otorgan 645 millones, y en Las Palmas está en construcción el nuevo HOSPITAL DEL PINO, al que se adjudican 100 millones, con lo que nos situamos en cerca de 2.000 millones de pesetas. Esto es algo que es preciso corregir porque tan enfermo es el enfermo de una provincia como el de la otra, y si hay una peor gestión en una que en otra no parece conveniente que pague estos defectos de gestión la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Después de agradecerle, como es lógico, las explicaciones que nos ha dado y la sinceridad que ha demostrado, llego a la conclusión de que el retraso en el plan director es abismal y dudo mucho que se pueda cumplir, si no se han cumplido con anterioridad las distintas fases, el calendario que se nos ha explicado.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Señoría, creo que vuelven a existir dos confusiones. Primera, no hay retraso alguno en la fase cero del plan director. La fase cero del plan director comienza cuando existe la decisión del Insalud, primero; del Ministerio, después; del Consejo de Ministros, más tarde, y obviamente basada en la existencia de un presupuesto aprobado por este Parlamento para poder realizar las obras. Por consiguiente, no hay retraso alguno porque las obras se inician en tiempo y forma. Otra cosa es que el plan director esté hecho desde el año 1986, lo cual no quiere decir que la situación de necesidad del hospital haga aconsejable su comienzo en 1986, sino que se inicia en 1990, cuando todos esos organismos deciden que es el momento adecuado.

El segundo error es el de confundir un mayor gasto, incluido un mayor gasto por persona, con una mejor asistencia sanitaria. El ejemplo repetidamente citado en esta Cámara sobre lo que ocurre en los Estados Unidos de América, que más que duplicar el presupuesto que cualquier otro país dedica a la asistencia sanitaria, pero

al mismo tiempo deja treinta y tantos millones de habitantes sin ningún tipo de cobertura, es bastante significativo de que un mayor gasto no conlleva, en absoluto, una mejor asistencia sanitaria.

Aparte de eso, señoría, como antes he tenido ocasión de decirle, una parte importante de los gastos «per cápita» que se atribuyen en estos momentos, dentro de la Comunidad canaria, a la isla de Las Palmas de Gran Canaria, corresponden efectivamente a enfermos tratados procedentes de la isla de Tenerife. Para saber cuál es la situación real en cuanto a gasto «per cápita» habrá que tener en cuenta ese tipo de situación.

También es importante decir que, si bien el gasto «per cápita» en la Comunidad canaria por parte del Insalud está exactamente en la media nacional, al mismo tiempo, desde el año 1982 a 1992, se ha más que duplicado el número de camas propiedad del Insalud en las islas, mientras que el resto de camas públicas y privadas no benéficas ha decrecido de manera sustancial. Es decir, si en 1982 hemos pasado de 5.900 camas, en su conjunto, a 6.800, esto se ha hecho pasando el Insalud de aproximadamente 1.100 a 2.200, mientras que las camas públicas no propiedad del Insalud bajaban de 2.000 a aproximadamente 1.200, y las camas privadas también pasaban de 2.000 a 1.200. Es decir, de todas las administraciones y de todas las posibles participaciones en la asistencia sanitaria que se pueden dar en una comunidad, la única administración que ha aumentado de manera considerable sus inversiones y ha hecho un esfuerzo financiero importante es, precisamente, la Administración central.

Eso es tan claro, señoría, como que hasta 1990, mientras las cifras del Insalud en gasto «per cápita» en la Comunidad canaria estaban exactamente en la media española, sin embargo, las cifras que a la misma asistencia sanitaria dedicaba, en el uso de sus competencias, la Administración autónoma eran de menos de la mitad que la menor cantidad dedicada por cualquier otra comunidad con sus propios recursos a la asistencia sanitaria. Creo que es un dato a tener en cuenta.

Finalmente, por lo que se refiere al costo de la UPA, es absolutamente erróneo, señoría, comparar simplemente el coste por UPA de uno y otro hospital, entre otras cosas porque, en primer lugar, existen determinadas connotaciones y consideraciones estructurales que pueden variar ese coste por UPA y, en segundo lugar, porque dicho coste es una medida de la eficacia y de la eficiencia en la asignación de recursos. Lo que quiero decir es que a veces el mayor coste por UPA lleva consigo una mayor ineficiencia, no una mayor eficiencia y que a nosotros, como Administración, lo que nos interesa es garantizar el máximo de eficiencia y eso lo tenemos que hacer para todos los ciudadanos. Lo que no es posible es atender mejor, dar más servicios —aparte de que los damos todos— a unos ciudadanos que a otros, incluso si se hace de manera más eficiente. Nuestro compromiso es que los hospitales menos eficientes sean gestionados de manera cada vez más eficiente y sus costes se vayan acercando cada vez más a la media del propio Insalud, no que los hospitales eficientes pasen a generarse de manera ineficiente.

**- SOBRE LA OPINION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DE LA ATENCION PSIQUIATRICA EN CANARIAS POR PARTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENITEZ DE LUGO (GP) (número de expediente 181/002310).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pasamos la pregunta sobre la opinión del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de la atención psiquiátrica en Canarias por parte del Instituto Nacional de la Salud, formulada por el señor Soriano Benítez de Lugo.

Tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Supongo que la asistencia psiquiátrica que se presta en Tenerife no diferirá mucho de la de otros hospitales de la red del Insalud en el territorio nacional.

Sabido es que la Ley General Sanitaria, del año 1986, establece en su artículo 3.º que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, que se extenderá a toda la población española y que se realizará en condiciones de igualdad efectiva, y la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

También se sabe que el artículo 20 de la propia Ley establece que la atención a los problemas de salud mental se realizarán en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio. La hospitalización de los pacientes se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, cuidando los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañen a la pérdida de la salud en general, sobre la base -dice el propio artículo 20- de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que tengan recursos asistenciales a nivel ambulatorio.

En fecha reciente también se ha puesto de manifiesto en los medios de comunicación canarios diversos problemas existentes en la asistencia psiquiátrica a los habitantes de Canarias. Un reciente informe en un medio de comunicación de Canarias decía que la asistencia sanitaria para la salud mental en Canarias no cumple la Ley General de Sanidad, porque el acceso a estas prestaciones no se realiza en condiciones de igualdad al concentrarse el 90 por ciento de los recursos en los centros hospitalarios, que a su vez están ubicados en las capitales de ambas provincias y que mantienen arraigado un sistema caduco basado en la marginación de estos pacientes. Además, ponía de manifiesto la necesidad de poner en marcha una reforma del modelo asistencial que, entre otras cosas, establezca una reordenación de los recursos y

una coordinación entre las distintas administraciones con competencias en esta materia.

A mí me gustaría saber cuál es la opinión del Insalud en relación con la asistencia psiquiátrica en las provincias de Tenerife y de Las Palmas de Gran Canaria, teniendo en cuenta que tradicionalmente la atención a estos enfermos ha estado realmente descuidada y que la técnica moderna ha avanzado sobre este particular quizá más que en otras ramas de la medicina. Debemos recordar asimismo los múltiples informes del Defensor del Pueblo -que no será preciso mencionar aquí porque seguro que se conocen-, que han puesto de manifiesto diversas irregularidades que ha venido detectando a lo largo de los años.

A mí me gustaría preguntarle al representante del Insalud cuál es su opinión sobre el tratamiento de la asistencia psiquiátrica en las Islas Canarias.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Señoría, me parece un poco excesivo acusar de incumplimiento de la Ley, que en definitiva constituye un delito, en esta Cámara a partir de la información recogida en un periódico, que vierte su determinado juicio de opinión y que no tiene probablemente nada que ver con un informe técnico. Desde luego, si hubiera incumplimientos de la Ley General de Sanidad por parte del Insalud en lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica, las formas de recurrir contra ello son evidentes. Por consiguiente, lo primero que tengo que decir es que no existe incumplimiento alguno de la Ley General de Sanidad.

Lo segundo que tengo que decir, señoría, es que el propio artículo 20 de la Ley General de Sanidad, que S. S. cita, dice textualmente que corresponde a los poderes públicos disponer los medios necesarios para dar esta asistencia. Los poderes públicos, señoría, no es sólo la Administración central del Estado, no es sólo la administración de la Seguridad Social, el Insalud. Los poderes públicos son, por supuesto, las comunidades autónomas, también.

Como sabe muy bien S. S., en el conjunto del territorio nacional -no sin roces, obviamente, porque cada una de las asministraciones en presencia trata de asignar su presupuesto de la forma que considera más adecuada y más acorde con sus propias responsabilidades- existe una clara división de lo que es la asistencia psiquiátrica. Lo que se refiere a la asistencia de agudos, es decir, la asistencia hospitalaria a la que hace referencia la propia Ley General de Sanidad, es responsabilidad del Insalud, así lo viene aceptando y así lo viene haciendo. Otra cosa es el internamiento de personas de las que no se sabe si son o no recuperables. Precisamente una rama importante de la psiquiatría o de la ciencia moderna en estos temas tiende a considerar que no son enfermos, sino que lo que

están haciendo es, de alguna manera, llamar la atención de la sociedad sobre sus propios problemas. Hay una rama importantísima en la psiquiatría actual que a los que tradicionalmente se llamaba locos -y perdón por utilizar en esta Cámara la expresión LOCOS- no los considera enfermos, sino que los considera como ciudadanos incluso en el pleno uso de sus facultades mentales y que lo que les ocurre es otra cosa completamente diferente o, lo que es lo mismo, se está hablando de un problema social mucho más que de un problema sanitario.

Acorde con eso es como en la mayoría del territorio nacional funciona la asistencia psiquiátrica. El Insalud se reserva -por decirlo de alguna manera- la obligación de atender los casos agudos, los casos que requieren hospitalización, y las comunidades autónomas o los propios ayuntamientos suelen dedicarse al resto de los casos. Eso es así, entre otras cosas, por lo que le digo de que los criterios científicos para la necesidad de esa asistencia sanitaria no están perfectamente establecidos.

Como sabe muy bien S. S., el Insalud está embarcado, a partir del Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, en una reforma de la atención de la salud mental, que se inicia en el año 1990 mediante un plan general de objetivos y que se continúa desde entonces. Dentro de ese plan general de objetivos figura el elaborar y ejecutar convenios de colaboración entre las comunidades autónomas (en su caso, los cabildos), el Ministerio y las instituciones con recursos en el campo de la asistencia psiquiátrica, bien públicas (propiedad de los ayuntamientos o de los cabildos) o incluso privadas, para la correcta integración de todos estos recursos y la distribución de las responsabilidades económicas para facilitar el acceso de los enfermos psíquicos a las prestaciones sanitarias existentes.

La segunda parte del plan consiste en crear o, en su caso, completar la red de atención extrahospitalaria a la salud mental, bien mediante la puesta en marcha de unidades o centros de salud mental, o bien mediante la integración de este tipo de asistencia en las unidades de atención primaria, que en muchos casos se ha hecho. Finalmente, crear o completar las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.

Este plan de objetivos es perfectamente concordante con las recomendaciones recogidas en los sucesivos informes del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España.

En concreto y por lo que se refiere a la Comunidad Autónoma de Canarias, el Ministerio, a través de la Comisión Permanente de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica, concretó el plan de actuaciones en salud mental para el bienio 1990/91, en el que se comprendía las siguientes recomendaciones a la comunidad autónoma: La elaboración de un plan bianual de acciones en salud mental, en el que se contemplara la creación de un servicio de salud mental en los servicios centrales de la Consejería de Sanidad; el establecimiento de convenios con el Insalud y los cabildos canarios; la apertura de una unidad de hospitalización de agudos en el complejo hospitalario Sabinal Pino de 20 camas; el establecimiento de progra-

mas de actuación para el hospital psiquiátrico insular y el hospital psiquiátrico de Tenerife.

Como quiera que aunque hay dos convenios en fase de aprobación que todavía no se han firmado, el Ministerio, fuera de esos posibles convenios y de esas recomendaciones, ha procedido, en el ámbito de la atención primaria, a la creación de 15 unidades de salud mental, que se distribuyen en siete unidades en Gran Canaria y ocho unidades en Tenerife. De estas quince unidades, el grueso de la implantación se ha producido en el período 1990-92, puesto que en el año 1990 el número de unidades en asistencia primaria era sólo de cuatro.

Además de este esfuerzo hecho en unidades de salud mental en asistencia primaria en la hospitalización psiquiátrica, el Insalud dispone en la Comunidad de los siguientes recursos: Una unidad de hospitalización psiquiátrica, de 19 camas, en el Clínico de Santa Cruz de Tenerife, en el HUC concertado; la hospitalización psiquiátrica en el Hospital de Las Nieves, en La Palma, en la unidad de medicina interna, dotada con 26 camas; y la unidad de hospitalización psiquiátrica en el hospital de Lanzarote, dotada de ocho camas de agudos.

El número de camas de hospitalización breve por 100.000 habitantes es de 8,1 en Canarias -me refiero en este caso al tema de la asistencia psiquiátrica- en el resto de comunidades autónomas oscila entre cinco, en el País Valenciano, y 22, en Baleares, siendo la media de 10,2. La actividad de los hospitales, de los centros de asistencia psiquiátrica en hospitales, la estancia media y el índice de ocupación de estas unidades son muy similares a la media nacional.

En el transcurso del presente año está prevista la apertura de una unidad de hospitalización psiquiátrica de 25 camas en el complejo sur de Las Palmas y la apertura de una unidad de hospitalización psiquiátrica en el Hospital del Pino-2, una vez que se llegue a la construcción definitiva, con lo cual, en el área de Canarias la distribución de camas de agudos en asistencia psiquiátrica, la que corresponde al Insalud por 1.000 habitantes, sería prácticamente la misma que existe en el resto del territorio nacional, a lo que hay que añadir, como antes decía, los recursos que se han puesto en marcha en los quince centros de salud en que se presta este tipo de atención.

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

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: En la contestación del representante del Insalud se pone de manifiesto, una vez más, que lo que no funciona es posiblemente la coordinación entre el Insalud y los organismos de la Comunidad Autónoma responsables en materia sanitaria. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Es sabido que las unidades de hospitalización en Canarias están en los hospitales generales, en el Hospital Universitario de Canarias las camas que ha señalado, y en el Hospital General de Lanzarote y en hospitales psiquiátricos. Hay un hospital psiquiátrico en Tenerife, de 50 camas, que es el del Cabildo de Tenerife, pero que se factu-

ran como si fueran del Hospital, porque aunque es del Cabildo en realidad funciona como una unidad más del Hospital Universitario. En definitiva, lo que falla es la coordinación entre las instituciones llamadas a desempeñar un papel preponderante en la organización de la Sanidad en Canarias.

Supongo que conoce, aunque no son tan optimistas como S. S. manifiesta, las conclusiones de las jornadas técnicas para la integración de recursos públicos de la salud mental, celebradas en Santa Cruz de Tenerife el 29 y el 30 de noviembre de 1990, con participación del Cabildo Insular de Gran Canaria, del Insalud de Las Palmas, del Cabildo Insular de Tenerife, del Insalud de Tenerife, de la Universidad de La Laguna y de la Consejería de Trabajo y Servicios Sociales.

Se establecen como conclusiones que se asume el desarrollo del modelo asistencial para la salud mental contenido en el informe de la Comisión Interministerial para la reforma psiquiátrica y en la Ley General de Sanidad. Que se precisa un plan regional que garantice la integración funcional en los desarrollos futuros de las instituciones con recursos en salud mental. Que la planificación en temas de salud es competencia del gobierno autónomo, y que las instituciones reunidas deberán apoyar y cooperarán en la elaboración del citado plan. Que se considera necesario, mientras se elabora ese plan regional para la atención de la salud mental, llegar a acuerdos institucionales y profundizar entre los ya existentes entre el Cabildo-Insalud-Universidad-Consejería. Que es preciso acordar la creación de una comisión técnica con representación interinstitucional para llevar a efecto lo expresado en los apartados anteriores. Que las instituciones presentes consideran que el plan a elaborar debe contar con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados en el campo de la salud mental, así como de otros agentes sociales y de la comunidad. Y que las instituciones se comprometen a que dicho plan garantizará la estabilidad de los puestos de trabajo.

Me parece conveniente recordar -supongo lo conocerá-, que en unas jornadas sobre asistencia pública a la salud mental en Canarias, celebradas en las dos provincias, una primera sesión el 15 de enero de este mismo año, en Las Palmas de Gran Canaria, y una segunda sesión, en Santa Cruz de Tenerife, el 29 y el 30 de enero del corriente año, y para no cansar a SS. SS. se establecen las siguientes conclusiones: Que existe en la región canaria una multiplicidad de modelos de asistencia, origen, entre otras razones, de la diferencia de las orientaciones dadas por las administraciones con competencia en salud y se establecen las diferencias entre Tenerife, Gran Canaria, Lanzarote, La Palma, Gomera y Hierro. Que como consecuencia de lo anterior en cada isla y en cada zona, o bien se recibe un tipo de asistencia diferente desde los tres minutos del neuro-psiquiatra, hasta la orientación psicodinámica sistémica, etcétera, respondiendo, no a criterios de indicación terapéutico, sino a recursos disponibles, siempre en dispositivos públicos. A modo de resumen se hace necesaria la integración de los recursos públicos en un modelo único que permita garantizar una

evaluación y unos mínimos de calidad en las prestaciones, así como unificar criterios cara a los profesionales y a los pacientes.

En las conclusiones últimas que se llega en estas jornadas en las que ha participado el Insalud, se hacen al final dos interrogantes que se concretan en las siguientes preguntas: ¿Qué está impidiendo que se pongan en marcha dispositivos claramente necesarios que no van a suponer grandes incrementos presupuestarios, por ejemplo el traslado de los agudos al Hospital insular en Las Palmas, la sectorización de las consultas externas en Tenerife, los acuerdos en materia de planificación y ordenación de recursos afines, servicios sociales, drogodependencia, salud mental, etcétera? ¿Por qué no hay un plan regional de atención a la salud mental?

En definitiva, algo no funciona en este campo, puesto que también ha llegado a mi poder un escrito con más de 145 firmas, dirigido a todos los organismos responsables de la salud por parte de diversos colectivos que trabajan en la salud mental en la isla de Gran Canaria que están poniendo de manifiesto las carencias o deficiencias derivadas, sobre todo, como bien ha apuntado S. S., de una falta de coordinación entre los distintos organismos llamados a colaborar en esta tarea. El Plan regional de la salud mental, según mis noticias es algo que está todavía sin elaborar.

En consecuencia me gustaría saber si por parte del Insalud se ha tomado alguna iniciativa para propiciar esta mayor colaboración entre las instituciones en una línea de modernización de lo que es la asistencia psiquiátrica a finales del siglo XX.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Destacaría simplemente tres cosas, señoría. En primer lugar, es obvio que el Plan regional de salud mental no es competencia del Insalud, ni de la Administración central.

En segundo lugar, precisamente como consecuencia de las reuniones a que S. S. hacía referencia en el año 1990, es cuando la comisión permanente de seguimiento de la reforma psiquiátrica elabora el plan de actuación de salud mental para el bienio 1990-91 en la Comunidad Autónoma, en donde se incluían las recomendaciones que había señalado antes a S. S., y entre las que se incluyen la creación de esas quince unidades de salud mental.

En tercer lugar, el problema no es de coordinación entre las diferentes instituciones, que en estos momentos están actuando coordinadamente, ya que cada una de ellas atiende al ámbito de sus respectivas responsabilidades; el problema se genera por la confusión existente dentro del propio colectivo científico sobre cuál es la mejor forma de tratar a determinados pacientes, incluyendo, si es necesario o no su internamiento y también por la discusión entre si determinados servicios son del área sanitaria o son pura y simplemente del área de «libe-

rar» -entre comillas-, a una familia de la responsabilidad con los propios miembros de esa familia.

En cuarto lugar, respecto a las recomendaciones que se hacen, creo sinceramente que desde el punto de vista de la competencia del Insalud la hospitalización de los pacientes agudos, los recursos existentes en la Comunidad Autónoma de Canarias y el tratamiento que en ella reciben los pacientes, son ampliamente satisfactorios.

**- SOBRE LA OPINION DEL GOBIERNO ACERCA DEL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REYES, DE LA ISLA DE EL HIERRO. FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENITEZ DE LUGO, GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (número de expediente 181/002313).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre la opinión del Gobierno acerca del funcionamiento del Hospital Nuestra Señora de los Reyes, de la Isla de El Hierro, formulada por el señor Soriano Benítez de Lugo.

Tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: El Hospital de la Isla de El Hierro ha saltado también a los medios de comunicación, ha sido objeto de un tratamiento muy realizado en Canarias y, en concreto, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, debido a una serie de cuestiones que incluso han llegado a los juzgados, derivadas de problemas internos, problemas personales y de coordinación entre el director médico, por un lado, y un director de gestión, que parece ser no funcionan con la debida coordinación; incluso parece ser que hay anomalías en cuanto al nombramiento del director de gestión. Se ha denunciado y el tema está actualmente «sub iudice», por lo cual yo no voy a hacer mayores valoraciones. Las imputaciones que se hacen es que ha habido incluso un especialista de análisis clínicos sin título, auxiliares haciendo funciones de técnicos, etcétera. En definitiva, todos estos problemas que se han puesto de manifiesto en el Hospital Nuestra Señora de los Reyes, de la Isla de El Hierro, han motivado, incluso, que por parte del Parlamento de Canarias se nombrase una comisión de investigación de los problemas allí ocasionados y que el Insalud llevase a cabo una auditoría interna de la cual parece deducirse, por las informaciones que poseo, que no se han detectado mayores anomalías, pero la realidad es que éstas existen y que, como digo, incluso han llegado a la Administración de justicia.

Me gustaría conocer la opinión del Insalud en relación con el funcionamiento del Hospital Nuestra Señora de los Reyes, en la Isla de El Hierro, señalando, en todo caso, que yo creo debe ser un valor asumido también por el Insalud, la necesidad de dotar a esta isla de los medios adecuados para la evacuación, puesto que es una isla pequeña, tiene seis mil y pico habitantes, es lógico que no haya una inversión importante en el hospital; pero creo que el tema fundamental sería dotar mejor los medios de

evacuación, puesto que por la información que poseo el helipuerto que existe en el Hospital Nuestra Señora de los Reyes no se puede utilizar porque pasan por allí unos cables de alta tensión que lo hacen inútil.

Supongo que por parte del Insalud habrá la mejor voluntad para resolver estos problemas, pero a mí me gustaría conocer la opinión de su representante sobre el particular.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): La verdad, señoría, es que le agradezco enormemente el tono de la intervención, porque nos encontramos con un problema realmente peculiar. Como S. S. decía muy bien, la Isla de El Hierro tiene menos de siete mil habitantes y eso hace que, desde cualquier punto de vista, sea antieconómico, innecesario, etcétera, mantener unas instalaciones hospitalarias allí. Sólo el hecho de la insularidad, solamente ese hecho, hace que, efectivamente, mantengamos allí un hospital.

El hospital, como sabe, es propiedad del Cabildo Insular de El Hierro, pero es administrado por el Insalud en su totalidad, siendo nosotros responsables incluso de la gerencia de personal. Es un hospital al que es difícil denominar como tal, puesto que, como S. S. conoce, tiene catorce camas en funcionamiento, tiene un quirófano y un paritorio -es todo lo que tiene el hospital-, aparte de los locales para consultas externas y urgencias. Sin embargo, precisamente por esta necesidad de atender a una población aislada como es la de la isla, tiene especialistas en análisis clínicos, en anestesia y reanimación, medicina interna, ginecología, pediatría, medicina familiar y comunitaria, etcétera.

La isla, además, tiene dos zonas especiales de salud, cada una de ellas tiene su respectivo centro de salud que está dotado con el personal médico y de enfermería preciso. Es decir, la dotación de recursos de la isla es incomparablemente mayor en función de la población de la que tendrían otras zonas españolas, y entendemos que es la necesaria por estas razones de insularidad de que hablamos.

Eso no debe hacernos olvidar que obviamente en un ámbito tan pequeño discusiones que podrían parecer pueriles pueden llegar a encrespase. Como seguro que S. S. conoce, el problema que se genera entre profesionales del centro se debe inicialmente a que uno de ellos, de religión musulmana, realiza el viaje a La Meca (perdón por hablar en estos términos, pero es así); como consecuencia del viaje a La Meca regresa purificado y como consecuencia de eso su religión le prohíbe tocar mujer durante un determinado número de meses. Perdón por la expresión, pero es que es así como lo dice su propia religión. Como precisamente la actividad que realiza tiene que ver con el tratamiento de mujeres, de personas del sexo femenino, realmente se produce cierta dificultad

entre que realice su trabajo o no lo realice por razones religiosas. Disculpenme que hable en estos términos, pero es así. A partir de ahí, como ocurre en este tipo de locales pequeños efectivamente se organiza un pequeño problema que, como decía muy bien S. S., está «sub iudice». No tenemos problemas de coordinación, sino que hemos topado con problemas religiosos, ¡qué le vamos a hacer!

A partir de ahí, la opinión que tiene el Insalud de lo que ocurre en el Hospital no es propia, sino que le voy a citar pura y simplemente la opinión de los usuarios, porque el Hospital es uno de los que sí realizan encuestas de satisfacción entre los pacientes que allí son tratados. El hecho de que sea una población muy pequeña facilita que el número de respuestas a estos cuestionarios, que se realizan con cierta frecuencia, sean en el Hospital de El Hierro mucho más altos que lo que pueden ser en otros hospitales.

Pues bien, en una encuesta realizada en el año 1992, el 82 por ciento de los encuestados dijeron que su impresión general del centro era positiva; buena o muy buena, el 61 por ciento; aceptable, el 21 por ciento; es decir, el 82 por ciento era positivo. El trato médico recibido era valorado positivamente por el 78 por ciento de los pacientes; humano y amable lo decían el 57 por ciento; educado el 21 por ciento y sólo lo calificaron como desagradable, el 4 por ciento. En algo en lo que suele haber algún tipo de problema, como es en los trámites administrativos, el 75 por ciento de los encuestados declararon que habían sido simples y rápidos esos trámites. El 79 por ciento de la población encuestada opinó que el hospital había mejorado claramente en los últimos cinco años. Sobre la opinión del hospital en la calle, el 11 por ciento opinaba que era muy buena o buena; el 28 por ciento aceptable; el 32 por ciento, regular. Curiosamente sí es cierto que en la opinión de los encuestados sobre cuál era el principal problema del hospital, teniendo en cuenta que es administrado por el Insalud y que no hay ningún tipo de conflicto con el Cabildo, el 43 por ciento de los encuestados estimaba que el principal problema del hospital eran las discusiones de los políticos. No sé si se refiere a la discusión religiosa de la que antes hablaba. Esta era la opinión.

Respecto a lo demás, efectivamente dentro del hospital se ha realizado, como S. S. ha dicho, una información propia del Insalud, no diría yo una auditoría, sino una información propia, cuyos resultados son efectivamente positivos, lo mismo en cuanto a eficiencia que a eficacia en la asignación de gastos que, como antes decía, en cuanto al tratamiento recibido por parte de los pacientes.

Es todo lo que le puedo informar a S. S. sobre el hospital.

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

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Agradezco sinceramente las explicaciones que se nos han dado. Ya conocía incluso la encuesta a la que se ha hecho referen-

cia. Como sucede normalmente en estas cosas, creo que lo que hay aquí son unos problemas de índole personal dentro del hospital que son los peores en una relación de trabajo y ahí es donde precisamente el Insalud quizá deba extremar sus medidas, porque yo, repito, conocía esa encuesta y en líneas generales el hospital presta los servicios que hay que prestar.

No me ha contestado en relación con el helipuerto. Creo que es fundamental en el hospital de la Isla de El Hierro tener un procedimiento rápido de transporte. Los enfermos no pueden venir en barco porque tarda toda una noche, es la isla más occidental y más lejana. Establecer medidas para que el helipuerto funcione con un procedimiento rápido de traslado de urgencia para los enfermos agudos a Santa Cruz de Tenerife resuelve el problema, porque hoy día un helicóptero hace ese traslado en media hora, que es un plazo normal.

En consecuencia, y en resumen, yo creo que coincidimos en que son problemas de índole personal que hay que extremar una mayor atención para evitarlos y me gustaría saber algo en relación con el helipuerto, porque creo que eso vendría a resolver, de una vez por todas, los problemas sanitarios de la isla de El Hierro.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Coincido en que evidentemente son problemas personales que requieren de una especial preocupación del Insalud sobre el tema y así estamos tratando de hacerlo.

Respecto a la evacuación mi información es que funciona normalmente, lo cual no quiere decir que se utilice el helipuerto. Sí contestaré en plazo breve a S. S. sobre la situación de la línea de alta tensión a la que hacía referencia.

- **SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE NO SE DOTA AL HOSPITAL SAN MILLAN, DE LOGROÑO, DE UN SERVICIO DE NEUROCIRUGIA. FORMULADA POR EL SEÑOR ALEGRE GALILEA, GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (número de expediente 181/002321).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre los motivos por los que no se dota al Hospital de San Millán, de Logroño, de un servicio de neurocirugía, formulada por el señor Alegre Galilea, del Grupo Popular.

Tiene la palabra el señor Alegre.

El señor **ALEGRE GALILEA**: Señor Secretario General de Planificación, el pacto autonómico firmado en su día por los dos partidos mayoritarios contempla un buen paquete de transferencias a las comunidades autónomas. De ese paquete de transferencias yo creo que caben destacar dos fundamentales, que son las de educación y las de

sanidad. Es precisamente en esta última en la que La Rioja es deficitaria; por tanto, entiendo yo, conviene poner remedio antes de que se produzca esa transferencia. Cuando digo que es deficitaria no me refiero tanto al número de camas por 1.000 habitantes -que no lo somos-, sino más bien a aspectos como personal sanitario, referido éste a médicos, enfermeras, auxiliares y también a los servicios prestados y a la calidad de los mismos.

Con la pregunta que hoy planteo en esta Comisión, señor Secretario, pretendo comunicar la inquietud sentida por miles de riojanos que al no contar con un servicio de neurocirugía en nuestro Hospital de San Millán, se sienten marginados respecto a las comunidades autónomas vecinas, como pueden ser la vasca, la navarra o la aragonesa.

Los enfermos riojanos con este tipo de patologías son trasladados, en condiciones muchas veces muy precarias, al Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, siendo muchos los accidentados con traumatismos craneoencefálicos, como consecuencia de accidentes de circulación y de todo tipo, que fallecen en el traslado, en el camino. No hay que olvidar que el traslado es largo ya que de Zaragoza estamos a 200 kilómetros y que muchas veces no se realizan en las condiciones óptimas. (Rumores.)

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, señor Alegre.

Señores Diputados, ruego que empleen un tono de voz un poco más bajo.

Siga, señor Alegre.

El señor **ALEGRE GALILEA**: Gracias, señor Presidente.

Las UVI móviles de que se dispone en algunos casos están ocupadas, etcétera. A esto, además, señor Secretario, habría que añadir casi el centenar de patologías de médula y de columna que se operan en este hospital o en los hospitales próximos. Por eso pregunto: ¿Cuáles son los motivos por los que el Ministerio no dota al Hospital de San Millán, de Logroño, del servicio de neurocirugía?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Yo creo que dado que S. S. ha utilizado el nombre de mi cargo dentro del Ministerio puedo responderle exactamente por qué no se dota al Hospital de San Millán, de Logroño, de un servicio de neurocirugía; es decir, por criterios estrictamente de planificación y me refiero a criterios de planificación sanitaria.

La dotación de especialidades de tercer nivel o de referencia, y la neurocirugía es una de ellas, viene determinada por una serie de variables o de factores, entre los que uno de los más importantes es el de la actividad esperada, el número de patologías a tratar que, a su vez, tiene relación obviamente con el número de habitantes, la accidentalidad de la zona, el nivel del hospital, etcétera, y

también, obviamente, tiene importancia, la distancia a otro centro de referencia dotado de esta especialidad.

La población de la Comunidad Autónoma de La Rioja es, en estos momentos, de aproximadamente 261.000 habitantes y el Hospital de San Millán está dotado con los servicios médicos y quirúrgicos de su nivel y capacidad. Tiene 10 quirófanos, una unidad de cuidados intensivos, con doce camas; un servicio de radiología con TAC, etcétera.

Esos criterios de planificación y de ordenación de recursos en función de la bondad de la asistencia sanitaria de los que antes hablaba aconsejan la implantación de los servicios de neurocirugía por encima de 750.000 habitantes, es decir, cuando es esperable, al menos, un número de tratamientos del orden de 250 casos/año, puesto que en caso contrario se estima que sería absolutamente imposible garantizar la debida eficacia y eficiencia médica del servicio. Este es estrictamente un criterio de calidad, no es, en absoluto, un criterio presupuestario; es estrictamente un criterio de calidad de la asistencia a recibir.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja no sólo su población es inferior a lo que sería adecuada, en este caso, para tener un servicio de estas características, sino que el número de pacientes tratados o que han requerido de intervención de neurocirugía a lo largo del año 1992, en toda la comunidad, ha sido de 60; por consiguiente, menos de la cuarta parte de lo que hubiera sido necesario para garantizar los mínimos de calidad exigibles en una prestación de esta complejidad técnica y científica. Por ello, precisamente, el Insalud tiene previsto realizar de la manera más adecuada la evacuación de estos pacientes generalmente al Hospital Miguel Servet al que le une, desde Logroño, como sabe mucho mejor S. S. que yo, una autopista que permite un desplazamiento relativamente rápido en la mayoría de los casos.

También quisiera resaltar que nuestros hospitales se hacen cargo con orgullo de todos los heridos en accidentes de tráfico que existen en este país y nos gustaría que quienes tienen efectivamente la responsabilidad de asegurar ese riesgo sanitario y efectivamente cobran por ello -cobran por ello- tuvieran, en algún momento, medios propios para poder atender a estos ciudadanos españoles que pagan por recibir un servicio de las aseguradoras que obviamente no reciben. Eso por lo que se refiere estrictamente a los derivados de accidentes de circulación, pero le vuelvo a decir, señoría, que el único criterio para no instalar un servicio de neurocirugía en el hospital es que el número de casos a tratar dentro del área cubierta por el hospital ni de lejos se acerca a los mínimos necesarios para garantizar la calidad de la asistencia.

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

El señor **ALEGRE GALILEA**: Señor Secretario General, yo también tenía noticias de los requisitos necesarios para poder contar con servicios hospitalarios que usted llama de tercer nivel o de superespecialidades. Efectiva-

mente hay que contemplar la población, la demanda previsible, la accidentalidad o siniestralidad prevista en la zona, el nivel del hospital, etcétera.

Creo que en este tema estamos como cuando planteábamos el de la Universidad que si éramos pocos; muy pequeños, etcétera, y hoy, afortunadamente después de mucho insistir, tenemos una universidad con muchos problemas pero yo diría que si no va viento en popa, por lo menos, ahí está y, además, con mucha demanda.

Efectivamente en La Rioja somos 260.000 habitantes, pero sobre la demanda yo no comparto sus cifras. No sé si las cifras varían de las que da el Insalud a las que da la Comunidad Autónoma, pero yo tengo unas cifras más altas de esos 60 que usted ha dado. No se ampara más que en criterios de calidad y de planificación y yo entiendo que hay otros criterios a tener en cuenta. La demanda registrada para este servicio está operando en tono creciente desde los dos últimos años, a un nivel de incremento del 75,68 y hasta el 78 por ciento, también depende de la fuente de donde se coja la cifra. La accidentalidad de la zona en esa comunidad de 260.000 habitantes, en función de ese número de habitantes ocupamos, en el cómputo global de las comunidades autónomas, un lugar puntero, destacado y significativo, repito, en función de esa población

Respecto del nivel del hospital, no sé de qué nivel es el hospital de Logroño pero, como usted sabe muy bien, señor Secretario General, existen ya servicios de neurología, de escáner de resonancia magnética, con lo cual la complementación del servicio quizá exigiría simplemente un esfuerzo, y no muy grande, por parte del Ministerio.

Esto quiere decir, señor Secretario General, que además de tener criterios de calidad y de planificación, en el ámbito en que nos movemos también es preciso establecer criterios de voluntariedad política para implantar ese servicio que solicitamos.

Las superespecialidades, en aquellas provincias en las que ya disfrutan de ese servicio, están enormemente demandadas, de tal manera que una cosa es el número de intervenciones que se realizan al año y otra la lista de espera para esa superespecialidad que hay en diversos centros hospitalarios del país.

Pues bien, yo creo que, poniendo un poco de voluntad política (somos, como en el tema universitario, la única Comunidad Autónoma que carece del servicio), bien podría, por parte de su Ministerio, hacerse el esfuerzo o, por lo menos, iniciar los estudios pertinentes que conduzcan o que nos lleven a establecer lo que hoy pedimos en un futuro a corto o a medio plazo.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Tres precisiones, señoría.

Primero, en neurocirugía no hay listas de espera, ni en el hospital de San Millán ni en ningún hospital español.

En segundo lugar, el esfuerzo político y económico realizado para dotar a La Rioja de las instalaciones sanitarias adecuadas se refleja ya que en el año 1986 había 1.600 profesionales trabajando en el área de salud de La Rioja y en 1992, 2.360. En 1986 había tres centros de salud, y en 1992, hay 12. La cobertura, en 1986, era del 29 por ciento; en el nuevo modelo de asistencia primaria y es el 88 por ciento en la actualidad. El incremento en el presupuesto ejecutado ha pasado de 679 millones, en 1986, a 3.493, en 1992, con un incremento del 414 por ciento. Como comprenderá S. S. con estas cifras, si se tratara exclusivamente de dotar un servicio de neurocirugía para que estuviera mano sobre mano, lo podríamos hacer de manera adecuada porque el esfuerzo económico para atender las necesidades sanitarias de la Comunidad de La Rioja se hace con creces por parte de la Administración central del Estado y por parte del Insalud.

Por eso, como tercera precisión, el único criterio para no dotar de un servicio de neurocirugía al hospital es precisamente que no existe la posibilidad para los neurocirujanos que allí trabajan. No es lo mismo que la neurología; no tiene nada que ver la realización de un escáner con lo que es intervenir en el cerebro humano. No tiene nada que ver, no se trata de una adición de algo más a un servicio sino de algo total, completa y absolutamente diferente, para lo que se exige unos profesionales absolutamente cualificados, que tengan un nivel de práctica suficiente para garantizar que la asistencia es la adecuada.

Esa es la única razón por la que no se dota a ese hospital del servicio de neurocirugía.

- **SOBRE MEDIDAS PARA REMEDIAR EL DESBORDAMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL «12 DE OCTUBRE», DE MADRID. FORMULADA POR EL SEÑOR DIAZ AGUILAR, GRUPO PARLAMENTARIO CDS (número de expediente 181/002347).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre medidas para remediar el desbordamiento del servicio de Urgencias del hospital «12 de Octubre», de Madrid, formulada por el señor Díaz Aguilar.

Tiene la palabra.

El señor **DIAZ AGUILAR**: Señor Secretario General, esta pregunta fue planteada el 19 de febrero pasado a raíz de salir a la luz pública las condiciones en que estaba funcionando el servicio de Urgencias del hospital «12 de Octubre».

La noticia salió a la calle por medio de una denuncia -o denuncias- de la que tengo copia aquí, en la que el servicio médico y el asistencial planteaban el no compromiso con la posibilidad de muertes en ese servicio de Urgencias por el desbordamiento que había.

Este es el motivo de la pregunta pero no es exactamente el asunto global de la pregunta, porque fue un episodio de

desbordamiento que hemos padecido en otros servicios de Urgencias de toda la red hospitalaria nacional.

Puedo decir que en esta misma Comisión, en 1986, ya planteé un problema parecido en el Hospital del Pino, de Gran Canaria, donde era caótica la situación con enfermos en los pasillos, con promiscuidad, etcétera.

Lo cierto es que tengo aquí las estadísticas de la asistencia de Urgencias del «12 de Octubre» desde las 22 horas del día 31 de diciembre de 1991. Por supuesto, no la voy a leer, pero sí voy a referir que hacen una media de 12.500 mensuales, con una distribución de 4.500 ó 5.000, en turno de la mañana; de otras 5.000 a 6.000, en turno de la tarde; y de unas 3.000, en el turno de noche. Eso está vuelto a clasificar con las motivaciones, que es a las que yo quiero dirigirme.

En el servicio de medicina dan un número que casi siempre triplica a los demás servicios, lo cual es lógico; pero de esos enfermos que acuden al servicio de Urgencias es de destacar que los enfermos ambulantes y que se devuelven son un número infinitamente elevado, con toda seguridad el 90 por ciento de los enfermos. ¿Qué quiere decir esto? Realmente hay muchas situaciones que son urgencias subjetivas. Son urgencias que ve la familia y que no es una urgencia médica, y lógicamente tras la asistencia en ese centro les devuelve a casa; pero esto también representa una falsa vía de atención médica, y ahí es a donde quería llegar.

¿Qué se ha hecho de manera inmediata para tratar de paliar esta avalancha de enfermos, que unas veces está justificada y otras no, pero que siempre tienen que ser atendidos con unos medios que, al parecer, son totalmente insuficientes en el Hospital del Pino, que yo conozco, y en el «12 de Octubre», que es al que se refiere la pregunta?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): En primer lugar, agradezco el recordatorio de la pregunta planteada en 1986, sobre el Hospital del Pino, que no se ha vuelto a repetir, lo cual quiere decir que el servicio de urgencias debe estar funcionando en estos momentos. Por consiguiente, algo hemos hecho para mejorar la situación existente.

Sobre la situación de urgencias en el hospital «12 de Octubre», como ya ha respondido el señor Ministro en un par de ocasiones, no me voy a extender y simplemente quisiera hacer un par de correcciones.

Según nuestros datos el número de urgencias atendidas en 1992 es bastante superior al que S. S. decía, puesto que el promedio está por encima de las 17.000 urgencias-mes, aproximadamente 591 en promedio urgencias-día, frente a los setecientos y pico que se produjeron en la famosa semana.

En segundo lugar, quisiera corregir una parte de la información. Es cierto que hay dos denuncias; no es cier-

to que esas denuncias estén presentadas por el personal médico de urgencias, ni por el personal sanitario de urgencias; están presentadas por parte del personal, por una parte pequeña del personal, lo mismo médico que del resto de los profesionales de las urgencias. Obviamente, nosotros estimamos, dentro del Insalud, que es responsabilidad esencial del médico prestar la asistencia sanitaria siempre, y creo que eso está incluido en el propio juramento de Hipócrates o en su código deontológico. No me corresponde, por consiguiente, hablar de más temas respecto a este asunto.

¿Qué estamos haciendo, dentro de lo que es la zona que cubre el hospital «12 de Octubre»? En primer lugar, el porcentaje o la relación entre urgencias vistas y urgencias ingresadas es más o menos común en todo el territorio nacional, y es 80-20, 85-15 aproximadamente. Salvo algún caso excepcional, como es la Comunidad de Cantabria, ése es prácticamente el porcentaje que se da en todas partes. Por consiguiente, es un porcentaje perfectamente normal y que no se debe a la existencia o inexistencia de un sistema de atención primaria que, por otra parte, existe y que, además, se está reforzando de manera continuada en esta zona de Madrid, sino que se debe precisamente a que estas urgencias, psicológicas en algunos casos, o no psicológicas, sino reales, pero que no necesitan para nada de su hospitalización posterior, porque se resuelven en el mismo acto, efectivamente se juega un papel muy importante en el tratamiento de estas -digamos- urgencias psicológicas o de urgencias que no necesitan hospitalización. Por consiguiente, desde ese punto de vista, es perfectamente normal.

Ahora bien, respecto a la posible situación de acumulación de pacientes en urgencias, hay dos datos que quisiera darle. El servicio actual de urgencias tiene, aproximadamente, 1.867 metros cuadrados. Este servicio de urgencias fue diseñado en los primeros años setenta, puesto que la Residencia General -como S. S. conoce- fue inaugurada en el año 1973 y el Hospital materno-infantil fue inaugurado en el año 1980, en unas épocas en las que se consideraba que la relación de urgencias a hospitalización era muy diferente de la actual, y se diseñaban los hospitales con muchos menos medios para atender las urgencias de los que se están diseñando actualmente.

Como consecuencia de ello, precisamente, el Insalud puso en marcha un plan de inversión para dotar al hospital de una nueva zona de urgencias. Esta nueva zona de urgencias que, como S. S. saben, está ya construida y a punto de entrar en servicio, probablemente a lo largo del mes de mayo, cuenta con una superficie total de 4.439 metros cuadrados, es decir, prácticamente triplica la actual superficie dedicada a urgencias; tiene 20 BOXES en el área de medicina y cirugía general; cuatro BOXES en especialidades, seis en traumatología, un quirófano de pequeña cirugía y un quirófano de traumatología; es decir, se convierte en una zona de urgencias absolutamente modélica dentro de lo que es el conjunto hospitalario no sólo español, sino, por supuesto, de fuera de España. Eso es lo que el Insalud está haciendo para resolver el problema de las urgencias del Hospital «12 de Octubre».

El señor **PRESIDENTE**: El señor Díaz Aguilar tiene la palabra.

El señor **DIAZ AGUILAR**: Sólo quiero hacer algunas precisiones. Tengo aquí, respecto a las estadísticas, los datos dados por el propio servicio; es decir, que no hablé de memoria, sino que aquí está el registro del Servicio de asistencia técnico-sanitaria y de médicos. Son los que yo he citado, porque son sobre los que tengo información; pero usted me abona 5.000 más, lo cual lo único que hace es agravar el problema.

En cuanto a las denuncias, yo tengo aquí, señor Mendióroz, el colectivo sanitario médico ATS, auxiliares, celadores y trabajadores del Servicio de urgencias del Hospital «12 de Octubre», con el debido respeto, y está la denuncia firmada con el Documento Nacional de Identidad; es decir, tampoco me lo he sacado de la manga.

Sobre el Hospital del Pino, se me contestó que las estructuras eran tan obsoletas que no había posibilidad de reformarlas; pero que con el plan sanitario de construcción de un nuevo hospital del Pino-2, que estaba para ese cuatrienio, se solventarían los problemas. Estamos en el año 1993; no se tiene todavía ni la más mínima idea de cuándo se hará y, a veces, se dice que no se va a hacer. Es decir, que tampoco está resuelto.

Sin embargo, me satisface mucho que usted me diga que el problema del Hospital «12 de Octubre» se va a obviar totalmente con la construcción de este nuevo servicio que se va a poner en funcionamiento, y espero que el señor Secretario General se acuerde de que también en Las Palmas tenemos ese problema y nos gustaría que se resolviera, por lo menos, de la misma manera.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Díaz Aguilar, ha hecho usted un abuso tremendo del turno; se ha saltado el charco entero.

El señor **DIAZ AGUILAR**: Lo comprendo, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Supongo que esperará respuestas respecto al «12 de Octubre», me imagino.

El señor **DIAZ AGUILAR**: Ya.

Por lo demás, señor Presidente, le pido excusas, pero a la menor observación que usted me hubiese hecho -yo no mido el tiempo cuando estoy hablando- hubiese cortado.

El señor **PRESIDENTE**: Estaba esperando, pero es que no hemos cruzado la mirada.

Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Señor Presidente, señorías, quiero hacer, simplemente, una precisión.

Es muy fácil firmar en nombre de un colectivo y poner dos nombres al final; dos o diecisiete. Eso es lo que yo quería decirle antes, señoría. Quienes firman la denuncia

con sus nombres y apellidos, son exactamente -si no me equivoco- del orden de diecisiete personas -bastantes menos- y, desde luego, bastantes menos médicos de los que forman parte del Servicio de Urgencias del «12 de Octubre».

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Secretario General.

El señor **DIAZ AGUILAR**: ¿Me permite una precisión?

El señor **PRESIDENTE**: No, señor Díaz Aguilar, le he permitido ya un viaje por la geografía española.

**- SOBRE OPINION DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DEL SIGNIFICADO DE LA EXPRESION «RECERTIFICACION DE LOS MEDICOS» QUE PERTENECEN AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO, GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (número de expediente 181/002378).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre opinión del Ministro de Sanidad y Consumo acerca del significado de la expresión «Recertificación de los médicos» que pertenecen al Sistema Nacional de Salud, formulada por el señor Villalón.

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Mendióroz, como introducción previa a la pregunta que formulo en Comisión al Gobierno sobre este tema, tengo que hacer una referencia a los datos que aparecen en una revista de información sanitaria en general, donde el Subdirector General de Recursos Humanos habla sobre actividades de los médicos en la sanidad pública.

En todo el entorno de las actividades de los médicos, de las posibilidades de modificaciones de algunas cuestiones dentro de las relaciones administrativas, utiliza un término que a uno, por lo menos, en su momento, le sobrecoje, y ese término es la palabra «recertificación».

En un principio, había que pensar que, cuando se refiere a «recertificación», a lo mejor se estaba remitiendo a las actuaciones que desde la administración sanitaria se iban a hacer respecto a los médicos de medicina general o médicos generalistas en relación con las diferentes normativas de la Comunidad Europea sobre las diferentes especialidades y, en concreto, en medicina general.

Es conocido por todos que, a partir del año 1995, todo médico tiene que tener un título de especialista para poder ejercer la profesión médica, a través del título propiamente dicho de especialista, a través de diploma o a través de cualquier otro título académico. Esto es lo que, en principio, me hace pensar que el término «recertificación» va enfocado hacia esa cuestión.

En relación con los médicos generales, también hay

que hacer referencia, lógicamente, al acuerdo entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, para otorgar el título de especialista de medicina familiar y comunitaria a todos aquellos médicos que hayan terminado su carrera antes del 31 de diciembre de 1994. Por cierto, esta decisión -me imagino que conocida por usted- está recurrida por la Organización Médica Colegial e incluso por la Asociación de médicos residentes.

Lo que se denomina certificado para los médicos generalistas, me hacía pensar -como decía con anterioridad- sobre este asunto. Aquí veo otras publicaciones en las que se habla del orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, certificado para ejercer actividades propias de los médicos generales en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Todo ello es lo que a mí, en principio, me hace pensar hacia dónde va dirigido ese término. También tengo que decirle que ante la extrañeza de otras informaciones que aparecen posteriormente, lo que hago, además, es remitirme al diccionario de la Lengua Española, en el que no aparece el término «recertificar»: sí aparece «certificar», que nos explica que viene de cierto y de hacer, y que significa asegurar, afirmar, dar por cierto alguna cosa, fijar, señalar con certeza.

Como dentro de los trámites parlamentarios, las preguntas, en un momento dado, pueden ser de control del Ejecutivo, en esta ocasión, más que de control, sería una pregunta a título de información, porque no sabemos a qué se refiere el término «recertificación», y no es que no lo sepa yo, que podría ser, sino que incluso tengo la anécdota de que, desde el Ministerio, me comunican, a qué me refiero con esta pregunta.

Por todo lo expuesto, lógicamente, formulo, en nombre del Grupo Popular, la siguiente pregunta: ¿Qué entiende el Ministro de Sanidad y Consumo por «recertificación de los médicos» que pertenecen al Sistema Nacional de Salud?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): En primer lugar, tengo que empezar alabando el nivel de información y de dedicación a la lectura de revistas que puede dedicar S. S., porque, efectivamente, buscar en una revista de información médica unas palabras, me imagino entrecomilladas, de un subdirector general para plantear una pregunta parlamentaria, realmente representa un altísimo nivel de información.

No soy el Subdirector, señoría, pero quiero decirle que, dentro de lo que es mi nivel de competencia y mi nivel de responsabilidad, lo mismo en el Ministerio que en el Sistema Nacional de Salud y, por supuesto, en el Insalud, no existe ningún proyecto de lo que podría calificarse, si aceptáramos la terminología anglosajona, la americana o la canadiense, con el término «recertificación» y que, obviamente, se refiere exclusivamente a los médicos que

cambian de especialidad o a la exigencia a los médicos que practican de un examen, digamos, complementario cada determinado número de años. Eso es lo que en la literatura médica anglosajona se conoce como «recertificación», que obviamente no tiene traducción al castellano y sobre la que no existe ningún proyecto dentro del ámbito del Insalud. Lo que sí existe de acuerdo con las directivas comunitarias, son proyectos para aquellos médicos que llevan un determinado número de años en el ejercicio, que obtuvieron su título antes de un determinado año que también marcan esas directivas, y que no tienen, porque no lo han hecho, el certificado de especialista a través de la vía MIR, puedan seguir ejerciendo su función cuando entre en vigor la directiva comunitaria, que implica que sólo los especialistas puedan seguir trabajando.

Esa es, obviamente, una situación complicada en la que, como S. S. puede entender, el hecho de que a determinados médicos, cumpliendo las condiciones que marca la directiva comunitaria y las condiciones que en su desarrollo marca la orden ministerial correspondiente, la posibilidad de actuar como médicos generalistas, se dé la certificación como médicos generalistas, despierta recelos en todos aquellos que consideran que han pasado un procedimiento mucho más duro para llegar a la misma situación.

Esto es lo único que le puedo informar, señoría.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Mendióroz, yo imagino que cuando usted acude a esta Comisión acude en calidad de su cargo dentro del Ministerio y su cargo está dentro de lo que se podría denominar equipo de gestión dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo; imagino que lo que dice el señor Guitiérrez Morlote no va por una línea y lo que dice usted por otra o son impresiones personales de cada miembro de la Administración.

Lógicamente, una de mis obligaciones, aunque usted no lo crea, es estar al tanto de lo que ustedes, la Administración sanitaria, dicen y, por tanto, tengo que recurrir a todas aquellas ediciones donde ustedes se manifiestan. Pero no solamente eso, no es sólo que yo tenga afán de enterarme de lo que ustedes dicen, sino que hay otros grupos dentro de la sanidad, dentro de los médicos, que acuden a nosotros a preguntarnos qué es esto y, por lo menos en relación con informaciones que han salido en prensa, ustedes han negociado o han establecido algún tipo de conversación con estos sectores de la sanidad.

El Subdirector de Recursos Humanos dice textualmente: se hace necesario el establecimiento de un marco general en el que se estructuran sistemas coordinados con metodología correcta extensivos a todo el personal, sin diferenciación de estamentos ni discriminación geográfica, dotados de una continuidad en el tiempo, que sirvan de base a la carrera profesional y a la recertificación. Yo no entiendo lo que quiere decir eso, no sé si usted lo

comprenderá, porque eso es decir un poco de todo y, en definitiva, nada.

Nosotros, después de todo y a pesar de su explicación, que parece que ha ido más al tema de la certificación de los médicos generales que a lo que podíamos denominar acreditación de los médicos especialistas, creemos que el enfoque que se da al término -término incorrecto desde el punto de vista lingüístico; no existe en nuestro castellano- está dirigido a evitar la desmotivación del personal sanitario en general y, en este caso, del personal médico; a aumentar el nivel científico y de conocimientos profesionales; a incentivar a los médicos; a interesarles por la calidad asistencial y a interesarles por el logro de los objetivos que previamente se marcan.

Esta es la sensación que nosotros tenemos, pero creemos que lo enfocan ustedes por un camino equivocado. Nosotros, lógicamente, les apoyaríamos, porque creemos que eso es correcto para una buena calidad asistencial, dentro de la sanidad pública española y fundamentalmente dentro de la hospitalaria, en lo que consideramos una leal competencia profesional, la incentivación de los médicos, la acreditación periódica de los profesionales y lo que se denomina formación continuada. Nosotros creemos que va en esa línea lo que se denomina acreditación y formación continuada, cuestión que no es nueva, que en diferentes países de la Comunidad Europea, y fundamentalmente en Estados Unidos, se lleva a cabo desde hace muchos años. Pero ¿qué pasa con esto? Creo que, como decía antes, no es la vía, y no es la vía porque antes hay que cambiar otras cosas. No se pueden realizar estas cuestiones si no se cambia el sistema de relación entre el personal médico y la institución a la que pertenecen, la dirección MIR. Es decir, no se puede aplicar esto con el sistema estatutario o laboral que hay en estos momentos, y no se puede aplicar esa idea, que en principio no sería mala, teniendo en cuenta el sistema retributivo actual. Para llevar esto a la práctica habría que modificar los dos parámetros esenciales en la relación médico institución, que son la relación laboral y el sistema retributivo. Además, hay unas cuestiones contradictorias entre lo que parece que es el espíritu del término y lo que se dice que se piensa hacer. Se dice: por otra parte, es impensable que se hable de voluntarismo de los médicos para realizar la acreditación. Si realmente se establece la acreditación, se quiere llegar a conocer el nivel de nuestros médicos, no puede ser voluntario; se hace o no se hace. Y tampoco puede hablarse de generalidad. Se dice todos los médicos que tengan acceso a esta formación continuada... Lógicamente, esto tiene que ser para todos. Este es un postulado que se cae por su propio peso.

En las conversaciones establecidas entre la Administración y representantes de los médicos -sindicatos y Organización Médica Colegial- se dice que se descarta la asistencia de un examen para, diríamos, ver el nivel de los médicos. Lógicamente, consideramos que eso es totalmente descartable, que los criterios de acreditación de los médicos no deben ir por esa vía y que lo lógico sería que se tuvieran en cuenta méritos o créditos en actividad médica, ya sea hospitalaria o en los equipos de atención

primaria. Entre otros, se me ocurre valorar el alcance de los objetivos prefijados, el nivel de la calidad asistencial, la participación en actividades diversas tanto científicas como asistenciales, la asistencia a cursos o congresos médicos, así como un largo etcétera donde podrían entrar, lógicamente, las publicaciones y las innovaciones médicas de tipo asistencial. En resumidas cuentas, estamos de acuerdo con la acreditación, con aumentar la motivación de los médicos en nuestras instituciones sanitarias públicas, pero no estamos de acuerdo con el término ni con las medidas que ustedes utilizan para llegar a ese fin.

Y ya, a modo de colofón, quiero decirle también, señor Mendióroz, que no sólo soy yo el que lee -aunque leo muchas cosas-, sino que hace unos días me sorprendió ver que el señor Ministro de Sanidad, que también lee, planteaba unas declaraciones mías, lógicamente sacadas de su contexto, pero a mí me dio cierta satisfacción que el señor Ministro se dedique a seguir a este Diputado. **(Risas. Rumores.)**

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Quisiera agradecer el apoyo que S. S., imagino que en representación de su grupo, ha dado a la política que se lleva desde el Ministerio respecto a la incentivación de los profesionales del sector y específicamente a los médicos.

Aparte de eso, ha planteado un par de temas, como son la acreditación continuada y la reforma del estatuto. Es también importante recibir el apoyo de su grupo para cualquier potencial actuación en ese sentido. Realmente, no estoy muy seguro que una reforma del estatuto goce del apoyo de las instituciones médicas colegiales y de otras instituciones médicas, pero valoramos de manera adecuada su apoyo.

Muchas gracias.

**- SOBRE OPINION DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DE LA EXPRESION «INDICADORES INDIRECTOS DE CALIDAD SANITARIA ASISTENCIAL». FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP) (número de expediente 181/002379).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre la opinión del Ministro de Sanidad y Consumo acerca de la expresión «Indicadores indirectos de calidad sanitaria asistencial», formulada por el señor Villalón, que tiene la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Mendióroz, la publicación del Ministerio para uso interno, «Actividades en atención primaria», Memoria del año 1991, da lugar a que yo plantee dos preguntas al Gobierno, una que ya se

vio en Pleno, a la que contestó el señor Ministro de Sanidad y, por supuesto, esta pregunta que ahora debatimos.

La pregunta realizada al Ministro de Sanidad y Consumo, señor Griñán, trataba sobre el tiempo medio por consulta y usuario, tiempo que nosotros consideramos muy deficiente, ya que es una media aproximada de cuatro minutos y medio, teniendo en cuenta que los equipos de atención primaria lo tienen de 5,4 minutos, los que se denominan cupos tres minutos y los de APD tres y medio.

Dentro de este apartado de «Indicadores indirectos de calidad», aparte del tema al que he hecho referencia, también hablan ustedes del tiempo medio de consulta programada, que ya aumenta el nivel de atención a los usuarios. Al parecer, y según el Insalud, éstos son lo que ustedes denominan indicadores de calidad en asistencia pública. Ante este hecho, lógicamente he tenido interés y he consultado autores y obras en relación con lo que se denomina calidad sanitaria, y tengo que decir que el término «indicadores indirectos de calidad» no lo he encontrado por ninguna parte. He revisado diferentes publicaciones sobre calidad en servicios sanitarios, tanto nacionales como extranjeras, de profesores de prestigio dentro de lo que se denomina salud pública y no he encontrado el término «indicadores indirectos», motivo por el cual hago esta pregunta al Gobierno, ¿qué entiende el Ministerio de Sanidad y Consumo por indicadores indirectos de calidad sanitaria asistencial?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Una vez más tengo que agradecer a S. S. la preocupación por los sistemas de calidad y de mejora de la calidad asistencial que están implantados dentro del Instituto Nacional de Salud. Me imagino que esa misma preocupación por la calidad de la asistencia prestada ha debido llevar a S. S. a consultar el plan de gestión y el contrato-programa presentado en esta misma Cámara, en donde se recogen específicamente toda una serie de criterios de calidad asistencial que no necesito resumirle, puesto que constan en los correspondientes documentos, que son los utilizados para orientar una posible medición de esa calidad asistencial.

Además de esa posible medición de la calidad asistencial, con toda la dificultad y la complejidad que eso tiene y que S. S. conoce bien, el Ministerio está utilizando sistemáticamente, como otro indicador de la calidad de la asistencia recibida, la realización de encuestas, como igualmente se pone de manifiesto en el plan de gestión; encuestas que, en general, muestran un aceptable grado de satisfacción, aunque todo es perfectible en la vida, pero muestran, insisto, un aceptable grado de satisfacción con la asistencia recibida, lo mismo en primaria que en especializada.

Por otra parte, S. S. muy claramente especifica en su intervención cuál es el único contexto en el que se habla

de indicadores indirectos, precisamente el de tiempo de atención. Y se habla de indicador indirecto por una razón muy sencilla, porque es difícil medir, a través de un parámetro puramente temporal, la calidad de la asistencia recibida. Puede utilizarse de manera indirecta como un posible apoyo a todo el conjunto de medidas de calidad implantadas y de sistemas para medir esa calidad, pero no es más que eso.

En este caso concreto, lo que sí quisiera resaltar es que, independientemente de la bondad o maldad del indicador, en la que no entro, puesto que, efectivamente, no se considera relevante a la hora de medir la calidad; independientemente de eso, repito, el tiempo medio por consulta —en el sistema tradicional de médico familiar, de asistencia primaria, que, según mis informaciones, es el defendido por su Grupo— es significativamente inferior al que reciben los mismos pacientes en los centros de salud, que es curiosamente el sistema de atención primaria promovido por el Grupo Socialista, y, obviamente, por el Gobierno en ejercicio.

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

El señor **VILLALON RICO**: Gracias, señor Mendióroz. De todo lo que ha dicho usted, lógicamente tengo que estar de acuerdo en que en sanidad el término calidad es de los más utilizados, pero de los más difíciles realmente de establecer, ya que es un concepto amplio, dinámico y difícil de definir.

A pesar de todo, como le decía antes, aquellos textos que he consultado hablan de diferentes parámetros, y en ninguno he visto indicadores indirectos; es decir, ustedes lo pueden utilizar, pero pueden estar en el camino equivocado al usar unos criterios que no van a dar ninguna respuesta definitiva.

Desde lo que se denomina la regla o norma 5-M, que atiende a las palabras hombres, máquinas, materiales, métodos y dirección, teniendo en cuenta, además, que es una norma americana que intenta estructurar unas bases para el estudio de lo que se denomina calidad integral; desde los diferentes sistemas de control o garantías de calidad, que realmente son difíciles de concretar y de establecer en la gestión asistencial, sobre todo en la atención primaria, hay un gran número de cuestiones que se utilizan por los diferentes autores a la hora de establecer la calidad sanitaria. Estos autores, en relación con la dificultad de establecer la calidad en servicios sanitarios, hablan de cuatro componentes: efectividad, eficiencia, adecuación y calidad científico-técnica, pero todavía no he leído nada que hable de indicadores indirectos y que los atribuya al tiempo de consulta por usuario.

En el término «calidad asistencial en la atención primaria», como decía antes, hay que manifestar la dificultad para establecerlo de forma concreta, debido, fundamentalmente, a la falta de conocimiento sobre el proceso de producción y a la calidad del producto. Pero la verdad es que la influencia de la atención primaria sobre el resto del sistema sanitario va a originar que la calidad de este

sistema sea mejor. Por tanto, una de las cosas que debería cuidar la Administración sanitaria y su Ministerio es intentar adecuar, o por lo menos mejorar, la calidad en la atención primaria, ya que esto influye directamente sobre el resto del sistema sanitario.

Me voy a permitir citar aquí a autores de cierto prestigio a nivel internacional, como son Christoffel y Loewenthal, que establecen varios puntos a la hora de resumir las dificultades de la calidad asistencial en la atención primaria. Pero contra ello se establecen medidas o criterios que por lo menos pueden fijar unos parámetros para establecer esa calidad, desde lo que denominan atención médica más accesible, atención a toda la población, un sistema de posible identificación de todos los ciudadanos de la población, hasta un sistema de atención para utilizar al máximo los recursos humanos y los recursos financieros.

Todos estos son criterios que se establecen desde diferentes autores. Pero tengo que citar, lógicamente, también al Profesor Vuori, que establece la participación del consumidor, la satisfacción del paciente, la capacidad económica y la contribución de la asistencia del desarrollo socio-económico, que es un poco lo único que ha dicho usted en su anterior intervención a la hora de establecer lo que podríamos denominar satisfacción del paciente, teniendo en cuenta que todos los estudiosos en estos temas dicen que es muy difícil de valorar la satisfacción del usuario, ya que atiende a criterios muy subjetivos, por lo que, según haga usted la encuesta, le va a resultar una satisfacción muy alta o una satisfacción muy baja en relación con los servicios.

Por último, lógicamente, tengo que citar algunos autores españoles, como son el Profesor Saturno, de la escuela de Murcia, o el Profesor Pérez Lázaro, de la escuela de Andalucía, que vienen a establecer lo mismo que decíamos antes: la dificultad de fijar los niveles de calidad asistenciales en la atención primaria y lo poco objetivos que pueden ser esos criterios, pero, como decía al principio, ninguno de ellos he visto que cite lo que ustedes llaman indicadores indirectos de atención primaria para la calidad sanitaria. Por eso me extraña cuando ustedes utilizan conceptos erróneos y quieren llevar el agua a su molino. Empleen los términos y los criterios utilizados en los ámbitos internacionales y yo creo que así se conseguirá ser más realista en la calidad y en la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública, y en este caso con la atención primaria.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Secretario General tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Creo haber contestado ya en mi primera intervención a la pregunta planteada por su señoría, y después de su réplica sólo me gustaría hacer un comentario que espero, por favor, que su señoría tome en sentido elogioso. Quiero decirle parafrasean-

do al Cantar del Mío Cid: ¡Dios, qué gran vasallo si hubiera gran señor!

El señor **PRESIDENTE**: La siguiente pregunta formulada por el señor Villalón, a petición suya queda aplazada.

- **SOBRE CONVENIOS CON INSTITUCIONES SOCIALES SIN ANIMO DE LUCRO QUE PRESTAN ATENCION HOSPITALARIA COORDINADAMENTE CON EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). FORMULADA POR EL SR. GARCIA FONSECA (GIU-IC) (número de expediente 181/002388).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta sobre convenios con instituciones sociales sin ánimo de lucro que prestan atención hospitalaria coordinadamente con el Instituto Nacional de la Salud, formulada por el señor García Fonseca.

Tiene la palabra el señor García Fonseca.

El señor **GARCIA FONSECA**: Señor Secretario General, aunque esta pregunta está localizada en Asturias, sin embargo mi Grupo tiene constancia de que la misma se puede formular en relación con cualquier otra región o comunidad autónoma donde se dé este tipo de conciertos entre el Insalud e instituciones sociales sin ánimo de lucro.

En primer lugar, quiero dejar constancia de que si se realizan estos conciertos por parte del Insalud con estas instituciones se debe pura y simplemente a que la red pública sanitaria hospitalaria, en los casos a los que me estoy refiriendo, no cubre las necesidades reconocidas por la propia institución, y buena prueba de ello son las largas listas de espera para muchos de los servicios hospitalarios. Una de las soluciones que arbitra el Insalud, más o menos provisionales o permanentes -uno ya no sabe-, consiste en recurrir a los conciertos con instituciones privadas o con este otro tipo de instituciones que, aun siendo privadas, sin embargo tienen un carácter especial en la medida en que no tienen ánimo de lucro y sí una finalidad social, lo cual tiene especial relevancia en un servicio básico como el de la sanidad, no sólo desde el punto de vista social sino incluso desde el punto de vista económico. Es decir, su objetivo no está en crear necesidades no reales para lucrarse a través de ellas.

Voy a hacer dos puntualizaciones y a concretarle la pregunta que está genéricamente formulada. Primero, si se hacen estos conciertos es porque los servicios que prestan estas instituciones son necesarios, y el Insalud los reconoce como tales; segundo, estas instituciones ofrecen los servicios a menor coste manteniendo la misma calidad que los que puede prestar el Insalud en servicios propios o, al menos, no a costes superiores. En consecuencia, no se trataría de una decisión arbitraria o innecesaria por parte del Insalud, sino que el Insalud recurriría a estas instituciones para cubrir necesidades de mane-

ra adecuada, tanto desde el punto de vista de la prestación como desde el punto de vista económico.

Tampoco entendemos el procedimiento del Insalud, que prácticamente lleva a ahogar a estas instituciones y no les conduce a otra vía más que a su cierre. No sabemos si es que el Insalud piensa ampliar la red pública o simplemente piensa ampliar las listas de espera.

Voy a especificarle mi pregunta, y quisiera que tomara nota de cada una de las puntualizaciones y que me respondiera a las mismas.

Recientemente, en el hospital de la Cruz Roja de Gijón, que también tiene un centro de hemodiálisis, ante el IMPASSE, ante el auténtico follón creado por esta situación de incumplimiento por parte del Insalud se llegó a una especie de salida más provisional todavía, consistente en una autorización de uso para actividades no recogidas por el concierto, pero pactadas verbalmente entre la Dirección Provincial del Insalud y la Cruz Roja. Parece que esta autorización de uso es por seis meses, cuestión que se ha decidido hace veinte días, pero la pregunta concreta es la siguiente: ¿esto es desde fecha 1 de enero, o según algún rumor que me ha llegado va a ser a partir de marzo? Si fuera así, me gustaría saber qué va a pasar desde enero hasta marzo con las actividades ya realizadas y no pagadas. También me gustaría que me dijera si es con efecto retroactivo desde 1992, es decir, para todas las actividades realizadas por la Cruz Roja, bien en hemodiálisis bien en el hospital de Gijón, no pagadas hasta ahora. ¿Cuándo piensan ustedes cubrir la deuda con estas instituciones? Porque en Asturias hay por lo menos cuatro, pero para no extenderme simplemente le diré que ustedes le deben a la Cruz Roja más de 130 millones.

Por último, ¿piensan ustedes hacer para el próximo año un concierto adecuado, es decir, financiación que cubra costes reales y un sistema de gestión compartida que asegure coordinación y eficiencia? ¿O va a suceder lo de todos los años, que estos centros estarán acogotados, con crecientes dificultades para prestar los servicios necesarios y convenidos, repitiendo un poco el papel del Insalud, que es como el perro del hortelano que ni hace ni deja que otros hagan?

Estas son las preguntas a las que me gustaría que respondiera el señor Secretario General.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Yo creo que su señoría ha planteado un problema muy importante y muy real que vive la sociedad española, que es la realización, por parte de instituciones sin fines de lucro, de servicios para cuya prestación necesita contratar profesionales que sí tienen entre sus normas de actuación la de cobrar por los servicios prestados. A veces esto introduce una dicotomía importante entre los fines de la correspondiente asociación o fundación sin fines de lucro y los fines de los que pueden ser en algún momento sus trabajadores; in-

troduce algunas disfunciones. Todo ello se complica en una situación en la que yo creo que, contando con el apoyo de su grupo, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la asistencia sanitaria reconocida en la Ley General de Sanidad, extiende su cobertura a toda la población, con lo cual quedan menos actividades remuneradas de asistencia sanitaria que puedan ser cobradas por este tipo de centros.

Teniendo en cuenta ese parámetro general y que, obviamente, es intención del Insalud la mejor utilización de todos los recursos existentes -lo viene siendo por imperativo legal desde hace mucho tiempo-, eso lleva a que en cada una de las circunstancias o de las situaciones se realicen conciertos de distinta naturaleza. En la mayoría de estos casos los conciertos no vienen justificados exactamente por el hecho de que no se puedan atender determinadas necesidades sanitarias con recursos propios, sino porque es más eficiente utilizar recursos ya existentes que, si no, quedarían sin trabajo, y no incurrir en el coste adicional que supone realizar nuevas instalaciones, que, a su vez, tendrían que ser dotadas de nuevo personal, etcétera.

En consecuencia, la cuestión no está estrictamente en el hecho de que no se cubra por parte del Insalud la asistencia sanitaria, sino que es mejor hacerla precisamente a través de la realización de conciertos de este tipo de instalaciones. A partir de ahí, obviamente el precio tiene que ser una discusión, pero incluso con instituciones sin fines de lucro, primero, está reglado cuáles son los márgenes dentro de los cuales se pueden mover esos precios en función de la prestación recibida y, segundo, lógicamente tienen que responder al criterio de eficacia y de eficiencia en la asignación de recursos que preside toda la actuación del Insalud. Como decía, esto puede llevar a algún tipo de disfunciones en la misma medida en que los profesionales que prestan este tipo de atención cobran por sus servicios. Tenemos dos grandes instituciones sin fines de lucro con las que concertamos, la de los Hermanos de San Juan de Dios y con la Cruz Roja. Los Hermanos de San Juan de Dios no es sólo una institución sin fin de lucro, sino que lo son también todos sus miembros, cosa que no ocurre con la Cruz Roja.

¿A qué nos lleva todo esto? A que en unos casos simplemente por mantener la actividad de un centro de Cruz Roja, en otros porque efectivamente es mejor mantener esa actividad y en otros porque es necesario mantenerla, existan muchísimos casos diferentes en toda la geografía peninsular. Y eso ha llevado, a su vez, a que en algún momento la Cruz Roja se haya planteado la posibilidad de seguir manteniendo, como institución sin fin de lucro, una actividad que se remunera mediante un precio, o se tiene que limitar estrictamente a todo aquello que es pura y simplemente beneficencia, y hacerlo con medios propios de beneficencia.

Por consiguiente, es una actuación de Cruz Roja el plantearse esta situación, y eso ha llevado a que entre el Insalud y Cruz Roja se haya creado una comisión paritaria que está estudiando en estos momentos el futuro de todos y cada uno de los hospitales de la Cruz Roja, en el

bientendido de que obviamente ese futuro tiene que ser compatible con las previsiones de expansión, cuando existen, del Insalud, y que de lo que se trata es, primero, que quede claro qué recursos en un momento determinado pueden resultar no necesarios para la prestación de la asistencia sanitaria reglada de la Seguridad Social; segundo, cuáles lo pueden ser temporalmente y, tercero, y en todo caso, cuáles son los precios a los que se debe prestar esa asistencia para que resulten compatibles con el mantenimiento de las instalaciones que haya que tener a medio o largo plazo. Como decía, hay ya una comisión permanente que está estudiando esos temas, que está llevando a cabo la evaluación, caso por caso, de la situación existente, y que esperamos que en el plazo aproximado de un mes tenga ya un diseño de cuáles son las necesidades asistenciales de la Cruz Roja que pueden ser mantenidas a largo, a medio o a corto plazo.

Finalmente, respecto a la deuda que pueda existir, hay un problema claro por parte del Insalud y de la Cruz Roja. Por una parte, los conciertos se cumplen; que cubran o no los costes de operación de un determinado centro obviamente no es responsabilidad del Insalud, no nos podemos hacer responsables de ellos, aunque esto puede llevar a que se tomen decisiones compartidas, pero sólo sobre cuál es la situación dentro del centro. Por otra parte, la legislación española tiene establecido un sistema complejo sobre cómo se revalúan anualmente los precios de las prestaciones sanitarias que el Insalud contrata fuera, y una de las condiciones que se establece en la legislación vigente es que la institución esté al corriente del pago de las cuotas de la Seguridad Social, o en un momento determinado haya solicitado su aplazamiento. Tan pronto como se solicitan los aplazamientos correspondientes y se conceden, en los casos en que, como ocurre con otras instituciones incluso con fin de lucro, pueda no estarse al corriente hasta el final del pago de esas cuotas a la Seguridad Social o pueda estar en discusión; tan pronto, decía, como eso se hace, se liberan los créditos correspondientes.

Referente a la autorización de uso, es uno de los procedimientos que tiene y que puede utilizar el Insalud dentro de la legislación vigente, para contratar cuando no hay concurso público, y en este caso no hay ni puede haber concurso público para este tipo de cosas, puesto que se refiere a una institución muy concreta.

En cuanto al efecto retroactivo, la utilización de uso sólo significa que se puede pagar a partir de que existe esa autorización de uso. Para el pago de la asistencia recibida anteriormente hay otro procedimiento, que es el de convalidación, en cuyo caso estamos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor García Fonseca.

El señor **GARCIA FONSECA**: Señor Secretario General, me deja usted casi como estaba. Y el problema no es que me deje a mí, el problema es que deja así la situación, por lo menos a partir de lo que ha dicho. No sé si dentro de un mes, si se cumple efectivamente ese calendario y

esa Comisión a la que usted ha aludido funciona adecuadamente, puedan quedar resueltas las preguntas que se pueden hacer en relación al futuro, pero eso está por ver. Ojalá sea así. Desde luego, no tengo ningún interés en desear lo contrario, sino en que en el plazo de un mes pudiera quedar despejado el futuro de los centros de Cruz Roja, y particularmente me estoy refiriendo al de Gijón. Esperemos que sea así.

En todo caso, lo que no queda despejado en absoluto es el pasado, porque yo le digo que hay incumplimientos claros y notorios, además un año tras otro y un pacto tras otro. La última -a título puramente anecdótico y que demuestra hasta qué punto es un desastre- es que tampoco este mes se ha pagado la facturación ordinaria, eso después de que el Hospital de Cruz Roja de Gijón amenazara de nuevo con cierre, después de que hubiera otra serie de reuniones con la Dirección Provincial del Insalud y después de que dijese: calmemos el problema al menos ante la opinión pública -y estoy diciendo cosas reales-, que siga la cosa funcionando y buscaremos un apañío. Pues no ha pasado un mes y la facturación de ese mes sigue sin pagarse, y hay 140 millones de deuda. Únicamente han pagado este año 10 millones del centro de hemodiálisis, pero es que solamente de ese centro de hemodiálisis son 40 millones, más los ciento y pico del Hospital de Gijón, y esto año tras año; además, es por actividades que están escritas en el concierto y que no se pagan o se pagan tarde, mal o nunca, y también por actividades que no están escritas, pero que están concertadas, están acordadas, y lo están no porque el Insalud haga caridad con la Cruz Roja, sino porque el Insalud necesita esos servicios para atender a pacientes, aunque, vuelvo a decir, ni siquiera con eso cubre las demandas que están formando las grandes listas de espera.

Por tanto, me parece muy bien que den una solución definitiva, ojalá sea así (usted ha dado una fecha y queda usted emplazado), pero den una solución clara y, por favor, arreglen mientras tanto los temas del pasado. Y lo que no vale es que ustedes digan que quien cierra es la Cruz Roja, que es una institución autónoma, privada y demás. Esa es una excusa torpe y borde en la medida en que ustedes la ponen en condiciones tales que la obligan a hacerlo. Porque, vuelvo a decir, si los centros de la Cruz Roja no valen, ciérrenlos ustedes no haciendo conciertos con ellos, pero si realmente están prestando un servicio, no a ustedes sino a los ciudadanos que ustedes tienen la obligación de prestárselo, entonces cumplan al menos lo contratado con ellos.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Agradezco su emplazamiento y creo que tendremos ocasión de contestarlo. Sólo quisiera volver a señalar lo que le he dicho. Lo que nosotros podemos pagar por la asistencia sanitaria que se presta por medios ajenos está marcado en las órdenes

ministeriales correspondientes; no podemos pagar más que eso. El procedimiento para revisar las tarifas también está perfectamente marcado en las normas y no podemos hacer otra cosa diferente. La Administración no tiene por costumbre saltarse la norma, señoría, aunque a veces pueda resultar incluso aparentemente más favorable a determinados intereses que quisiéramos proteger.

- **SOBRE PREVISIONES DE FUTURO PARA EL CENTRO DE SALUD «PRINCESA CRISTINA» DE LA LOCALIDAD DE ALFARO (LA RIOJA). FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GIU-IU) (número de expediente 181/002400).**

- **SOBRE SUPRESION DE LAS ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA Y CIRUGIA DEL CENTRO DE SALUD «PRINCESA CRISTINA» DE LA LOCALIDAD DE ALFARO (LA RIOJA). FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GIU-IU) (número de expediente 181/002401).**

El señor **PRESIDENTE**: Las siguientes preguntas de la señora Maestro sobre problemática en La Rioja las vamos a acumular. Se refieren a previsiones de futuro para el centro de salud «Princesa Cristina», de la localidad de Alfaro (La Rioja), y supresión de las especialidades de ginecología y cirugía del centro de salud «Princesa Cristina», de la localidad de Alfaro (La Rioja), formuladas por la señora Maestro.

Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Mendióroz, he querido acumular el contenido de las preguntas porque realmente se refieren a un mismo tema. En efecto, he tenido conocimiento recientemente de que la causa que motivaba las preguntas puede estar en vías de solución. Sin embargo, es oportuno que usted, como responsable de la Administración, aclare definitivamente las dudas y la preocupación de la población de Alfaro acerca de especialidades existentes en su centro de salud y que, según autoridades regionales del Insalud, probablemente pudieran ser retiradas de Alfaro y trasladadas a Calahorra especialidades como las de cirugía o ginecología, alegando que no había medios diagnósticos suficientes. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la presidencia.)**

La situación sanitaria en atención primaria en La Rioja no es buena. Hay serias deficiencias acumuladas. Usted conocerá, igual que yo, que ha habido denuncias de médicos de atención primaria en La Rioja que se han visto obligados a prestar atención sanitaria a sus pacientes en el tiempo récord de un minuto quince segundos. Usted sabe que uno de los elementos de la calidad de la atención sanitaria es la accesibilidad de la población a la misma. Yo comparto el criterio de que no se pueden mantener especialidades de alto nivel de complejidad en

localidades pequeñas. Eso es evidente y es racional. Sin embargo, no es lógico decir que especialidades que, como apoyo a la atención primaria, pueden descongestionar las listas de espera en hospitales, como es el ejercicio adecuado y con los medios diagnósticos suficientes de la ginecología y la cirugía menor, puedan trasladarse a otro centro simplemente porque existe infradotación de los medios diagnósticos que requieren. Alfaro no tiene una población de 500, sino de 10.000 habitantes, y entiendo que especialidades como ésta, que pueden resolver desde el punto de vista ambulatorio problemas que después redundarían en la acumulación de urgencias hospitalarias, no es un criterio lógico eliminarlas de donde están, sino, por el contrario, dotarlas de los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para su ejercicio en el nivel ambulatorio, con el fin de descongestionar la atención hospitalaria que muchas veces se ve sobrecargada por problemas que, por diferentes causas, como es la falta de medios, no son resueltos al nivel asistencial oportuno.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Como siempre me ocurre con S. S., coincidimos en lo esencial y disintimos, a veces gravemente, en las cosas accesorias. Yo no diría, en absoluto, que La Rioja está mal dotada desde el punto de vista de la asistencia sanitaria. En concreto, en estos momentos, con el nuevo modelo de asistencia primaria, basado en centros de salud, tiene una cobertura del 88 por ciento de la población, bastante por encima de lo que es la media nacional. Realmente, lo que nos estamos planteando en el caso de La Rioja es alguna pequeña modificación de algunas cosas, dentro del esquema general de centros de salud, porque hay determinadas regiones que, por su aislamiento tradicional, preferirían no integrarse, sino tener algún sistema mucho más flexible. Yo creo que la atención primaria y la atención especializada, en el caso de La Rioja, están claramente bien marcadas.

Lo que ocurre con el centro de Alfaro es que, dentro de lo que son los centros de salud, es pequeño, porque atiende a una población de aproximadamente 15.000 habitantes, contando los de Alfaro, Aldeanueva y Rincón. Hay centros que atienden a 25.000, 30.000 ó más habitantes. Por consiguiente, es un centro relativamente pequeño, que tiene una dotación de diez médicos generales, un pediatra, doce ATS, un dentista -porque también damos la prestación odontológica-, una matrona, un fisioterapeuta y otro personal adicional. En consecuencia, es un centro bien dotado y que presta todo el conjunto de servicios que se dan de manera general en la asistencia primaria. Dentro de ese centro se daban además, como servicios adicionales, el de cirugía menor y el de ginecología. Y digo como servicios adicionales porque no eran prestados por especialistas, por médicos de la plantilla del propio centro, sino por especialistas que se desplazaban des-

de Calahorra una vez por semana para poder atender a este tipo de consultas. La realidad es que en los días en que se desplazaban los médicos desde Calahorra a Alfaro, atendían aproximadamente un total de diez casos de cirugía menor en un día, y otros diez casos de atención ginecológica. Desde el punto de vista estrictamente sanitario, no se justifica mantener en plantilla a médicos que den esa prestación, que entonces realmente no tendrían trabajo, sí podría en algún caso justificarse el que se mantuviera la prestación adicional con médicos provenientes de otro centro de salud.

Como consecuencia de ello, la Dirección Territorial del Insalud en La Rioja -que tiene la obligación de velar por la eficiente prestación sanitaria, es decir, por el presupuesto, lógicamente- sometió a la aprobación del consejo de salud del propio Centro de Salud, que está constituido y que trabaja de forma no ya adecuada, sino posiblemente de forma elogiabile, la posibilidad de cesar la prestación que se venía dando con especialistas desplazados desde Calahorra y sustituirlo por el traslado de los pacientes a Calahorra, teniendo en cuenta que, además, al estar más días esos mismos especialistas en el centro de Calahorra, podían atender a más pacientes y así dar una mejor prestación. Sometido esto a la consideración del consejo de salud, se llegó a la conclusión de que no parecía adecuado mantener la cirugía menor, pero sí parecía adecuado, por otro tipo de razones, mantener la ginecología y obstetricia; y así se ha hecho. El servicio de cirugía menor se sigue prestando en el centro desde el que se desplazaban normalmente los especialistas, y el servicio de ginecología y obstetricia se sigue dando una vez por semana en el centro con especialistas desplazados.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Mendióroz, su respuesta coincide con la información que he tenido recientemente, posterior a la realización de mi pregunta. Queda satisfecho el deseo de información.

**- SOBRE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS MEDICO-QUIRURGICO EN EL HOSPITAL HERMANOS LAGUNA DE ALCORCON (MADRID). FORMULADA POR LA SEÑORA MARIA ANGELES MAESTRO MARTIN (GIU-IC) (número de expediente 181/002204).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunta sobre puesta en funcionamiento del Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgico en el Hospital HERMANOS LAGUNA de Alcorcón (Madrid). Formulada por la señora Maestro. Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Mendióroz, las insuficiencias sanitarias, en lo que se refiere a la atención hospitalaria de la localidad madrileña de Alcorcón, han sido objeto de numerosas iniciativas parlamentarias

por parte de mi Grupo y de incontables movilizaciones de la población de Alcorcón, llegando a manifestaciones muy importantes, que han culminado con algo que la población demandaba y que finalmente ha sido satisfecho en los presupuestos y en los papeles, es decir, la creación de un nuevo hospital en Alcorcón.

Como se desprende del enunciado de mi pregunta, el objetivo no se refiere a la construcción del nuevo hospital, que conozco perfectamente que está en marcha, sino a la ejecución de un acuerdo anterior que, en opinión de mi Grupo, sigue estando plenamente vigente. Se refiere a la previsión, en función del Decreto de zonificación de salud de la Comunidad de Madrid, de la subdotación de un Servicio de urgencias médico-quirúrgicas en el Hospital HERMANOS LAGUNA que, tras la decisión de construcción del hospital, ha sido reconsiderada y modificada.

La dotación de un Servicio de urgencias hospitalarias, insisto, porque en otro intercambio de preguntas ha habido confusión en el término. No me estoy refiriendo a urgencias en puntos de atención continuada de centros de salud, sino al proyecto de remodelación del HOSPITAL HERMANOS LAGUNA para la inclusión de un Servicio de urgencias hospitalarias de medicina interna, pediatría, cirugía menor, traumatología, radiología y laboratorio, que se contemplaba en un proyecto de la Dirección provincial del Insalud del año 1987. Dicho proyecto da lugar a unas obras de reforma que se inician en el año 1988. El Director General del Insalud, don José Simón Martín, en el año 1989, reafirma la voluntad política del Insalud de asumir el compromiso de remodelación y ampliación de las urgencias hospitalarias del hospital HERMANOS LAGUNA, ya que la inviabilidad de una reforma total, que fue descartada al ser sustituido el proyecto de remodelación del antiguo hospital HERMANOS LAGUNA por la construcción de un nuevo hospital -son palabras del Director General del Insalud- no contradice la reforma parcial acordada. Según la información que poseo, estas obras han terminado, su valor ha sido de 28 millones de pesetas y la instalación de las urgencias hospitalarias sigue sin realizarse. Es por lo que formulo la pregunta que el señor Mendióroz conoce acerca de las previsiones del Insalud en cuanto a la instalación de las urgencias hospitalarias en el mencionado hospital.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): La información de la que goza su señoría es adecuada en su conjunto. Conoce muy bien cuáles son las características físicas del edificio de HERMANOS LAGUNA, que nunca fue diseñado en su principio como un hospital, lo que ha obligado a una readaptación considerable; que la resolución definitiva del problema viene dada por la construcción del hospital de Alcorcón; y que, mientras tanto, las urgencias están siendo atendidas, en una buena medida, en el hospital de Móstoles.

Todo el conjunto de actuaciones hechas en la zona más la propia estructura del edificio llevaron a que -como decía en su momento el Director General del Insalud- un primer plan general en el que se preveía la posibilidad de extender el área de urgencias a los servicios de medicina interna, pediatría, cirugía, traumatología, radiología y laboratorio, y que incluía una serie de adaptaciones estructurales realmente complicadas, con un coste total de aproximadamente 400 millones de pesetas, se abandonara y se decidiera hacer sólo una reforma parcial del área de urgencias para seguir atendiendo dentro de la misma las de medicina interna y las de cardiología, que son las especialidades para las que el centro está dotado por tener especialistas en medicina interna y en cardiología. Tiene, además, una instalación de UCI coronarias, laboratorio y radiología, que permiten efectivamente atender estas urgencias. No las va a realizar porque se siguen llevando a cabo en el hospital de Móstoles otro tipo de urgencias, incluidas las de traumatología, cirugía general, o pediatría, entre otras cosas porque no está efectivamente capacitado y porque no tiene la plantilla necesaria para hacer este tipo de urgencias.

La situación actual es que se abandonó la realización total del plan por problemas estructurales del edificio, por la dotación existente de especialistas, y por los proyectos de ampliación de la asistencia sanitaria hospitalaria que había en la zona, el hospital de Móstoles y el hospital de Alorcón, y se realizaron sólo unas obras parciales, por un valor de 28 millones de pesetas, que llevaron a que se mantuvieran allí las urgencias de medicina interna y coronarias, que son las que se siguen manteniendo efectivamente.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Mendióroz, de su respuesta deduzco que el Insalud no tiene previsto instalar los servicios de urgencias de las especialidades comprometidas. Yo quiero señalar que esto mantiene una situación de insuficiencia grave en la población de Alorcón, desde el punto de vista de urgencias hospitalarias.

Es verdad que la construcción del nuevo hospital solucionará definitivamente el problema. Usted conoce tan bien como yo que no va a pasar un período inferior a seis o siete años hasta que este hospital pueda estar funcionando a pleno rendimiento y satisfaciendo realmente las necesidades de la población. Este es un período de tiempo largo -en el caso de otros hospitales, ha sido aún más dilatado, pero no vamos a ponernos en el peor de los supuestos- como para que, si las obras de remodelación están hechas y lo que falta es plantilla y medios diagnósticos -supongo que no de una envergadura económica desmesurada- para llevar a cabo las urgencias acordadas y comprometidas por el Insalud, esto se realice.

En cuanto a pediatría, el punto de atención continuada del centro de salud **RAMÓN Y CAJAL**, de la calle Jabonería, es el único que está atendiendo urgencias pediátricas, con

una dotación de dos pediatras y un ATS para las urgencias nocturnas en domingos y días festivos en una población como la de Alorcón, que no es de distritos como la de Madrid, que es una población más envejecida. Esta situación es absolutamente insuficiente.

Las urgencias en pediatría deben ser cubiertas, debe ser dotada la plantilla de pediatras de manera que puedan atenderse con un nivel de calidad mínimo las urgencias de Alorcón. Lo mismo ocurre con el resto de las especialidades previstas como traumatología y cirugía menor. La población de Alorcón conoce perfectamente -y usted también, señor Mendióroz- que el hospital de Móstoles está saturado; que sus listas de espera son importantísimas; que aparecieron al poco tiempo de ponerse en funcionamiento el citado hospital de Móstoles; y que las urgencias hospitalarias de Alorcón llegan al hospital **CLÍNICO** y al hospital **DOCE DE OCTUBRE**, del cual hemos tenido ocasión de oír comentarios esta mañana. Es decir, está expresándose de manera palmaria la necesidad de que, con la infraestructura actual, se dote la plantilla necesaria para cubrir estas necesidades mínimas de apoyo a la atención primaria de un nivel de complejidad medio, lo cual no sólo aumentaría el nivel de la calidad asistencial, muy deteriorada desde el punto de vista hospitalario de la población de Alorcón, sino que redundaría en la descongestión de otros hospitales de Madrid que lógicamente reciben la demanda no absorbida por el vecino hospital de Móstoles.

Yo quiero terminar mi pregunta agradeciendo la respuesta por cortesía parlamentaria, pero señalando que ni mi Grupo Parlamentario, ni creo que la población de Alorcón, está satisfecha con que las previsiones del Insalud con respecto a las urgencias hospitalarias se entiendan zanjadas con los niveles de dotación actualmente existentes.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Mendióroz Echeverría): Señoría, yo quizá no me he explicado demasiado bien.

Existía un proyecto que implicaba la reforma estructural profunda, por un valor de 400 millones de pesetas. En ese proyecto se incluía, efectivamente, toda una serie de urgencias adicionales a las de medicina interna y cardiología. Este proyecto nunca se llevó a la práctica. Lo único que se hizo fue parte de ese proyecto, precisamente porque la situación estructural del edificio no permitía otra cosa, por un valor de no más allá de los 28 millones de pesetas que usted conoce. Por consiguiente, las instalaciones no están hechas. Lo único que está hecho es una reforma parcial de las instalaciones de urgencias, en donde se pueden atender exclusivamente las de medicina interna y cardiología.

Yo no creo que a partir de ahí se pueda deducir otra cosa que lo que es real. En ese hospital **HERMANOS LAGUNA** bastante se hace con atender la actual situación

de atención sanitaria, y es imposible dotar a ese centro de más servicios. No es un problema de presupuesto, sino que es imposible que pueda haber allí más servicios de los que hay en estos momentos. Eso teniendo en cuenta que desde muchos puntos de Alcorcón, a pesar de la importancia de la población, es muchísimo más fácil acceder a las urgencias del hospital de Móstoles que al propio hospital HERMANOS LAGUNA, dada, entre otras cosas, la estrechez de las calles por las que hay que pasar para llegar al centro.

Por consiguiente, el que las urgencias de las que antes hablábamos, que se siguen haciendo en el hospital de Móstoles, se hagan allí no sólo no minora la calidad de la asistencia sanitaria que se da en Alcorcón, sino que sucede lo contrario. Es un criterio que hace que sea mucho más eficiente y saludable para el ciudadano atender ese tipo de urgencias en el hospital de Móstoles que tratar de hacerlas en el hospital de HERMANOS LAGUNA, aunque esté en el centro de la población.

Por consiguiente, no es, una vez más, un criterio de presupuestos; es que no parecía en absoluto adecuado invertir 400 millones de pesetas para hacer unas reformas estructurales que nunca llegarían realmente a resolver el problema de la propia dotación física del hospital y que, dada la situación de Alcorcón y del hospital de Móstoles, aparte de la resolución definitiva cuando el hospital de Alcorcón entre en funcionamiento, se hace mucho mejor en Móstoles.

Con respecto a una afirmación que S. S. ha hecho, y que también repitió anteriormente el otro interviniente de su Grupo, es conveniente resaltar que no hay listas de espera en las urgencias. Las urgencias son justo lo contrario de las listas de espera. Por consiguiente, no hay pacientes urgentes que tengan que estar en listas de espera para entrar en el hospital de Móstoles o en otros hospitales de la zona. Es posible que, en el caso de urgencias que necesiten su encamamiento posterior, haya que derivarlas a otros hospitales dentro de la red de Madrid, no porque no puedan ser atendidas en urgencias, sino porque su encamamiento posterior así lo requiere.

La señora VICEPRESIDENTA (Novoa Carcacia): Culminado el trámite de las preguntas que estaba previsto fueran respondidas por usted, le agradecemos su presencia en esta Comisión.

Las restantes preguntas serán respondidas por el Secretario General de Salud, señor Peña Pinto, a quien le rogamos se aproxime a esta Mesa.

**- SOBRE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA ELABORACION DE INDICADORES DE MORBI-MORTALIDAD Y OTROS DESAGREGADOS POR GRUPOS SOCIOECONOMICOS. FORMULADA POR LA SEÑORA MARIA ANGELES MAESTRO MARTIN (GIU-IC) (número de expediente 181/002203).**

La señora VICEPRESIDENTA (Novoa Carcacia):

Pregunta sobre medidas para garantizar la elaboración de indicadores de morbi-mortalidad y otros desagregados por grupos socioeconómicos, formulada por la señora Maestro.

La señora MAESTRO MARTIN: La pregunta que he formulado se relaciona directamente con una proposición no de ley, que tuvo la fortuna de ver aprobada en esta Comisión en el mes de mayo de 1992 y en la cual el Congreso de los Diputados instaba al Gobierno a elaborar y publicar, dentro del presente año -se entiende 1992-, los indicadores de seguimiento disponibles en relación con la estrategia de SALUD PARA TODOS en la región europea, así como con los objetivos estratégicos de SALUD PARA ESPAÑA. Que yo conozca, dicha publicación no se ha realizado, al menos en los niveles de información en los que yo puedo moverme.

Considero que, pese a no ser un tema de importancia directa en lo que se refiere a la atención sanitaria, desde el punto de vista de la planificación sanitaria, la elaboración de indicadores creíbles, de la calidad necesaria, desagregados desde el punto de vista socioeconómico y territorial, es un instrumento indispensable sin el cual, como tuvo la ocasión de decir el otro día el señor Mendióroz, hablar de eficacia o de eficiencia del sistema sanitario es papel mojado, por cuanto no contamos con la elaboración de indicadores que permiten realmente comprobar si el resultado de la acción sanitaria es una mejora de la salud de la población o si los servicios sanitarios, como es muy posible, funcionan en una inercia propia, por sí mismos, y sin valorar ni evaluar su incidencia sobre la salud de la población.

Señor Peña, el primer objetivo de la Organización Mundial de la Salud en el programa SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 es la reducción, al menos en un 25 por ciento, de las desigualdades entre grupos socioeconómicos en la manera de enfermar y morir. En España, señor Peña, no tenemos datos de mortalidad desagregados por grupos socioeconómicos. Recuerdo que, pese al bombo y platillo que se está dando últimamente por parte del Ministerio a la Encuesta Nacional de Salud, el indicador de mayor calidad con respecto a la realidad de la salud de la población sigue siendo la tasa de mortalidad.

En este sentido, cualquier afirmación de cara a que el sistema sanitario es equitativo, es justo y tiende a la disminución de las desigualdades, son palabras vacías y criterios absolutamente gratuitos por cuanto no son contrastables, desde el punto de vista científico, por un sistema de información que, en función de la proposición no de ley que yo presentaba, cambie los criterios de la obtención de la información y permita que la información, fundamentalmente sobre mortalidad pero también sobre morbilidad hospitalaria, pueda obtenerse de manera desagregada por grupos socioeconómicos, y que sepamos en qué se diferencia, porque en todos los países hay grandes diferencias que siguen aumentando. En Inglaterra, después de 40 años de funcionamiento del Servicio Nacional de Salud, las diferencias por grupos socioeconómicos en cuanto a las tasas de mortalidad infantil han aumentado.

Es imposible decir que en España no se da esa situación. En cualquier caso, es necesario contrastarla con sistemas de información que permitan reflejar estas diferencias para, después, valorar en qué medida la actuación del sistema social en su conjunto, y de los servicios sanitarios en particular, avanza en la superación de las desigualdades.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Peña Pinto): Gracias, señora Maestro por la pregunta, cuya exposición coincide tanto con lo que iba ahora a relatar que casi renuncié a la lectura de lo preparado y me voy a remitir solamente a señalarle que el borrador comprometido está realizado. Todavía no ha salido de la imprenta, pero en escasos días estará a disposición de usted y de todas las señorías presentes en esta Comisión.

Ha sido ya presentado en el seno del consejo interterritorial, cuyo pleno se celebró el pasado día 15 en Santiago de Compostela. Estas galeradas, porque no es un borrador, ya han sido conocidas por todos. Participo de la importancia que tiene el indicador para planificar la salud, para evaluar los resultados y para conocer las diferencias sociales en lo que a la salud se refiere.

Me limitaría aquí, en la respuesta, a prometer y asegurar que, en un plazo que calculo no superior a diez días, tiene que salir de imprenta, pero, en todo caso, este documento que tengo en la mano está a disposición de todos ustedes.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Peña, me satisface comprobar que una de las partes motivo de mi pregunta está realmente en avanzadas vías de concreción práctica.

Sin embargo, la segunda parte de mi pregunta -al menos no lo he podido deducir de sus palabras- no está incluida en la información que nos ha ofrecido. ¿Es que los indicadores elaborados de mortalidad y de morbilidad hospitalaria, o de otras fuentes procedentes de los servicios sanitarios, tienen la correspondiente desagregación por grupos socioeconómicos? Al hablar de las tasas de mortalidad por las diferentes enfermedades, las tasas de mortalidad en las diferentes edades, ¿se especifican también las diferencias por niveles de renta y por nivel educativo, que son los que reflejan las diferencias sobre grupos socioeconómicos?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Diría que permite conocerlo pero, así y todo, recuerdo que hace unos meses (el trabajo debe estar pen-

diente de ser terminado) comuniqué que se había establecido una relación con la Universidad Carlos III para hacer un estudio sociológico que permitiera justamente saber eso. Ese objetivo, esa desagregación no era principal en la elaboración de este documento, que persigue unas pautas de comportamiento marcadas por la OMS; es decir, nosotros respondemos a esas pautas de comportamiento que nos vienen prefijadas. Sin embargo, el interés que tenemos también en conocer eso, se conseguirá a través de otros medios, porque es indudable que el objetivo es que la renta, la condición económica, no sea factor que influya en el derecho a la protección de la salud. Eso es obvio, es un objetivo común.

- **SOBRE LA ORGANIZACION DE UN PLAN NACIONAL CONTRA EL CANCER. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO, GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (número de expediente 181/002341).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunta sobre la organización de un plan nacional contra el cáncer, formulada por el señor Villalón Rico, del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Peña, es conocido por todos en general que los diferentes tipos de cáncer, junto con los accidentes de carretera y las lesiones cardiovasculares constituyen una de las causas de mayor mortalidad en nuestro país.

Con este motivo, y desde el ámbito sanitario, en primer lugar, y también desde diferentes administraciones públicas, se han patrocinado a lo largo de los últimos años distintas medidas para que los ciudadanos tengan conocimiento de las pautas de su comportamiento y, por supuesto, conocimiento de las pautas de prevención en relación con diferentes tipos de cáncer.

Cuando me estoy refiriendo a las administraciones públicas, fundamentalmente me estoy refiriendo a las comunidades autónomas, porque al menos el conocimiento que yo tengo es que desde las consejerías de salud de diferentes comunidades autónomas (todas, en general, porque yo creo que hay pocas que no hayan hecho algún plan preventivo contra el cáncer) se han establecido distintos programas de detección del cáncer, pero fundamentalmente yo creo que dirigidos a la prevención del cáncer femenino; es decir, al cáncer de mama y al cáncer de cuello de útero, así como otras pautas de comportamiento, sobre todo en relación con el tabaco, como agente que puede predisponer o puede ser causa de otros cánceres.

Con todo, nosotros creemos que esto es insuficiente en relación a las medidas que se podrían tomar para acercar el conocimiento de las diferentes formas preventivas y de otro tipo de cosas a los ciudadanos españoles, tanto para hombres como para mujeres, y, por supuesto, al conocimiento de medidas terapéuticas a la hora de tener que

hacer un seguimiento de las malformaciones o algunos defectos que los ciudadanos españoles se puedan ellos mismos autodiagnosticar. (El señor Presidente ocupa la Presidencia.)

Por ello, nosotros consideramos que, hasta el momento, las actuaciones han sido insuficientes, que no ha habido unas medidas globales ni concretas de cara a los ciudadanos y ese motivo, unido al conocimiento de la existencia de un Plan Europeo contra el Cáncer, del que participa nuestro país, origina nuestra pregunta. A nosotros nos parecía un poco contradictorio participar en un Plan Europeo contra el Cáncer mientras que no tenemos un plan nacional en nuestro país, y ése es el motivo de nuestra pregunta: ¿El Gobierno tiene intención de organizar un plan nacional contra el cáncer?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Peña Pinto): Gracias, señor Villalón.

La importancia de su pregunta, la importancia que damos a la prevención del cáncer me exige una contestación quizá un poco más larga, por lo que ruego disculpas a SS. SS.

Hace ya tiempo que existe en nuestro sistema sanitario un plan nacional contra el cáncer; es decir, un conjunto de medidas tendentes a prevenir el cáncer a través de la promoción de hábitos saludables de vida.

El Gobierno sabe que el cáncer es la segunda causa de muerte de los países desarrollados y que en nuestro país, en 1989, el 23,1 por ciento de las defunciones fue ocupado por esta enfermedad. Somos conscientes, además, y esto es lo más importante, de que el número de casos puede ser reducido de manera importante mediante la modificación de ciertos hábitos.

Por ello, el Gobierno considera la prevención y control de esta enfermedad como un objetivo prioritario en su política de salud pública. Pero, al igual que en toda política de salud pública, las acciones que aquí se realizan deben encuadrarse en las coordinadas de intersectorialidad, interterritorialidad y convergencia, como usted decía, con la Comunidad Europea.

Intersectorialidad, porque creemos que en la resolución de este problema de salud deben participar, junto a las administraciones sanitarias, otras instancias ajenas al específico campo de la salud, muy especialmente la comunidad escolar, y ahí estamos actuando, como después comentaré a S. S.

La lucha contra el cáncer pasa fundamentalmente por la actuación decidida sobre los hábitos de vida y, como es obvio, es en la escuela donde se dispone de mayor capacidad de influencia para fomentar estilos saludables. De ahí que ésta sea una de las prioridades marcadas en el convenio de colaboración suscrito entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia, el día 26 de enero de este año (convenio que, quiero aclarar, se refiere sólo al área de la educación reglada; no invade ni

entorpece competencias de las comunidades autónomas), y cuya concreción será inmediata.

Interterritorialidad, porque el plan se potencia (me atrevería a decir que hasta tiene sentido exclusivamente así) con la puesta en marcha por las comunidades autónomas de programas regionales de prevención y control, como usted también señalaba en su intervención.

Los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, como todos sabemos, son competencia de las comunidades autónomas. Aquí el Estado desempeña exclusivamente una función de coordinación general y de estímulo de políticas comunes, para intentar paliar, y ojalá resolver, el grave problema de salud que representan los tumores malignos.

Y ¿cómo estamos haciendo esto? La coordinación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las consejerías de salud de las comunidades autónomas es hoy una realidad tangible. Ello ha sido posible gracias a la Comisión permanente de salud pública, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Comisión que, como dato un poco indicativo, tiene previsto su calendario hasta diciembre; ya tiene todas las fechas ocupadas.

Aquí enlazo con la coordinada que usted también me señalaba de la Comunidad Europea. Al pasado pleno de Santiago de Compostela, del 15 de marzo, acudió el titular de la Dirección General 5.ª de la Comisión de las Comunidades Europeas e informó justamente sobre este programa, que se llama EUROESPERANZA. Existe, por tanto, una imbricación bastante notable entre Estado, comunidades autónomas y Comunidad Económica Europea, que nos permite ostentar cierto grado de satisfacción aunque, evidentemente, debe ser mejorado.

Así y todo, y a pesar de que son constantes las reuniones que mantenemos en Europa (la última vez que me reuní con el Director de la Dirección General 5.ª para este tema fue el pasado 17 de febrero, acompañado del Director General de Salud Pública), quiero reconocer y anunciar ante la Comisión que los esfuerzos no son suficientes y que se van a reforzar. En un plazo inmediato se va a sacar a concurso una gran campaña de prevención del cáncer, a través de la promoción de hábitos saludables de vida, campaña que yo calculo tiene que estar lista en tres o cuatro meses y, evidentemente, nos gustaría contar con la colaboración de SS. SS. al respecto.

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

El señor **VILLALON RICO**: Señor Peña, por supuesto no me queda más remedio que estar de acuerdo en todo lo que usted ha dicho, pero vuelvo a hacer hincapié en lo que decía al principio de mi pregunta.

Medidas insuficientes. Este tema en particular que ahora estamos tratando, un plan nacional contra el cáncer, me recuerda un poco al debate que hemos mantenido en Comisión, incluso en Pleno, la Ministra Matilde Fernández con miembros de nuestro grupo parlamentario sobre el Plan Gerontológico. La Ministra decía que sí, que había un plan, que se han establecido medidas, que

había partidas presupuestarias; pero lo que decíamos en su momento a la Ministra es lo que le digo a usted ahora: hay medidas, hay algunas actuaciones desde el punto de vista de la Administración central del Estado, pero no hay un plan general, un plan nacional contra el cáncer. Hay medidas, han hecho ustedes campañas y están relacionados con las comunidades autónomas. Aquí tengo un folleto informativo de la Asociación Española contra el Cáncer en el que ustedes participan, lógicamente, pero yo considero que esas medidas son un poco a título de parcheo o, por lo menos, alicortas respecto a lo que debería ser un plan nacional.

Tengo que decirle que en el año 1989 hubo una desmotivación en el Ministerio, en la redacción de lo que se denominó Libro Blanco del Cáncer, que se lo traspasaron ustedes a las sociedades médicas. No existe en nuestro país un Registro nacional de tumores; sólo en algunas comunidades autónomas hay una relación de posibles cánceres o tumores malignos, teniendo en cuenta las defunciones que éstas producen, pero no los casos existentes; la falta de lo que podríamos denominar un banco de tumores a la hora de establecer este registro en relación con las medidas a adoptar en cuestiones en particular; ausencia de un control estadístico, pues, en todo caso, los datos que se han dado en nuestro país del número y el tipo de cánceres han sido extrapolación de otros países; falta de planificación a largo plazo, a cinco o a diez años. El cúmulo de estas cuestiones, que nosotros consideramos ha sido una equivocación, es la desaparición del Instituto Nacional de Oncología, según estaba estructurado anteriormente que, con todos sus defectos, creemos era una institución que realizaba una buena acción dentro de lo que podrían ser medidas contra el cáncer.

Falta este conjunto de normas que acabo de mencionar y eso es lo que se establece en un plan nacional contra el cáncer. Esto es lo que podríamos decir que son inhibiciones de la Administración; inhibiciones de la Administración unidas a deficiencias que podrían ser mejorables.

Por ejemplo, el nivel de formación de los oncólogos médicos adecuándose a las necesidades actuales. Lógicamente me va a decir usted, y estoy de acuerdo, que eso está en relación con las sociedades médicas que van a estipular qué tipo de formación postgraduada van a tener los especialistas, pero ahí la Administración tiene que participar de forma importante. La ampliación de plantillas de oncólogos. Según la sociedad española de oncología existe una cuarta parte de las necesidades de oncólogos en nuestro país. Dotación insuficiente de material en centros hospitalarios que servirá ahora para remitirme a un tema que está muy de actualidad en nuestro país. Yo no tengo conocimiento de los oncólogos que tenemos en nuestro país, por un lado los que existen y, por otro, los que necesitaríamos para llevar a la práctica una buena atención sanitaria desde el punto de vista oncológico. Todo esto, unido al establecimiento de competencias sanitarias estructuradas, en íntima relación con las comunidades autónomas, a través de la atención primaria y a través de los especialistas, consideramos que es la intro-

ducción a un plan de trabajo o, por lo menos, la introducción a un plan nacional contra el cáncer.

Los médicos de los equipos de atención primaria deberían participar en las medidas preventivas. Yo sé que en algunas comunidades autónomas eso se está realizando pero con pocos instrumentos al alcance de estos equipos de atención primaria. Por último, la participación de los oncólogos en áreas más eficaces en el estudio de bases epidemiológicas, factores ambientales estableciendo factores ambientales propiamente dichos y laborales, como hemos tenido conocimiento en los casos que se han producido en la Comunidad Valenciana. Pautas de eliminación de los agentes cancerígenos. Investigación clínica. Pautas de comportamiento alimenticio y de calidad de vida. Todas estas cosas son las que yo creo que faltan a la hora de estructurar el plan nacional y nosotros no tenemos conocimiento de ellas en nuestro grupo; no sé si usted ahora me podrá informar.

Antes me he referido a pautas de tratamiento. El 50 por ciento de los cánceres, aproximadamente, se tratan con radioterapia. Pues bien, ¿cuál es uno de los grandes déficit que tenemos en nuestro país? Uno de estos grandes déficit es que los médicos oncólogos tienen formación médica, pero no tienen formación a la hora de trabajar con bombas de cobalto, con aceleradores, con todos estos aparatos que son de tecnología muy especial. Los médicos pueden disponer las dosis para ciertos tipos de cáncer, pero no saben cómo funcionan estos aparatos. Los pocos físicos que existen en los hospitales tienen experiencia limitada en el manejo de estos aparatos tan especiales; en este tema habría que poner manos a la obra. Por otra parte, hay que decir que las normas que da el Ministerio de Sanidad y Consumo, en relación con esto, no se aplican en su totalidad con los requisitos que establece la Comunidad Europea.

Mientras que en algunas comunidades autónomas no hay aparatos, no hay aceleradores, y me refiero a Castilla-La Mancha donde no hay ningún tipo de acelerador lineal, ni ninguna otra unidad terapéutica para estos casos, hay otras comunidades autónomas que han comprado aceleradores lineales pero no se están utilizando. Le doy el ejemplo de Extremadura. El Hospital del Insalud de Badajoz ha adquirido un acelerador lineal de electrones y no se utiliza porque no hay personal que esté capacitado para hacerlo. Esto son cosillas a la hora de establecer el plan nacional contra el cáncer.

En resumidas cuentas, para terminar, señor Presidente, creo que no estamos en condiciones mínimas necesarias para integrarnos un plan europeo contra el cáncer, mientras no solucionemos los problemas que tenemos en nuestro país, mientras no estructuramos un plan nacional contra el cáncer. Por supuesto, bienvenidas sean las medidas a que se ha referido usted con el Ministerio de Educación, las actuaciones a nivel de los colegios, porque es empezar desde abajo; pero estamos muy al inicio de lo que debe ser un programa con todos los criterios estrictos de prevención y de actuación contra el cáncer que, como usted muy bien ha dicho, es una de las enfermedades que más mortalidad produce.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Peña Pinto): Tiene usted razón, señor Villalón, cuando habla de los planes que no se materializan. Ya lo decía Spinoza que el concepto de perro no muerde y lo que hay que hacer es morder.

Desde que se inaugura el plan se crean 62 nuevas plazas de facultativos, 62 nuevas plazas de personal de enfermería, 23 nuevas plazas de personal no sanitario, cinco bombas de cobalto, seis aceleradores lineales, cinco simuladores, cinco ordenadores, etcétera; pero esta materia no es competencia de esta Secretaría General.

Sí me gustaría referirme a dos cosas que creo sí son de mi competencia y que son importantes: La insuficiencia de oncólogos, y entramos en la convocatoria de plazas MIR; y que no existe una notable especialidad en lo que podríamos llamar radio-físico.

Pues bien, este año ha habido el mayor concurso de plazas MIR existente en la historia de sanidad, 4.500, y no es una tendencia que se vaya a quebrar. Existe un compromiso de mantener esta ecuación entre versados e ingresados, potenciando especialidades antes inexistentes y ahora en curso a las que usted aludía, como, por ejemplo, físicos internos residentes.

Sin embargo, quizá, aún fuera más importante la ausencia de esa especialidad. Querría comunicarle que en el Consejo Interterritorial al que antes me refería, del 15 de marzo, en Santiago de Compostela, se pasó a consideración de todos los señores consejeros el decreto de radiofísicos que fue informado por ellos favorablemente y que está en curso de ser publicado en el BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO faltando exclusivamente un informe de energía nuclear. Este es también un asunto resuelto.

En relación con que el Libro Blanco del Cáncer se traspasó a las sociedades científicas, como si esto supusiera dejación de responsabilidad. Tengo que decir que supone una elección, ya que en ese tipo de asuntos debe participar de manera activa y protagonista la sociedad científica competente. Es una elección residenciar allí las decisiones en esta materia de formación e información.

- **SOBRE INICIO DE EJECUCION DE LA PARTIDA PRESUPUESTARIA 26.06 413-G 186, DESTINADA A TRANSFERIR RECURSOS A LAS ASOCIACIONES DE HEMOFILICOS CON EL OBJETO DE COLABORAR EN SU LUCHA CONTRA EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). FORMULADA POR EL SEÑOR HINOJOSA Y LUCENA, DEL GRUPO CATALAN (CONVERGENCIA I UNIO) (número de expediente 181/002405).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre inicio de ejecución de la partida presupuestaria 26.06 413-G 186, destinada a transferir recursos a las asociaciones de he-

mofílicos con el objeto de colaborar en su lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, formulada por el señor Hinojosa.

Tiene la palabra.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Presidente, señor Secretario General, la pregunta es muy puntual y no quiero salirme de ella porque estos días hemos debatido suficiente sobre este tema y hay algunos aspectos que, como decimos en Cataluña, este mal no quiere ruido, es mejor no «meneallo» demasiado; pero ésta es una cuestión muy concreta, ya acordada. Esta partida es aquella que corresponde a la reserva de 500 millones de pesetas para las instituciones hemofílicas.

Como usted sabe, probablemente mejor que nadie, costó mucho trabajo convencer a todas las partes para llegar al incremento de esta partida que ya se venía facilitando cada año, pero ocurre que las organizaciones están tanto alarmadas y desesperadas porque la partida no llega; saben que tienen la manzana al alcance de la mano, pero no llegan a poderla tocar. La pregunta es simplemente ésta. A lo mejor ya se está realizando, pero en todo caso, ¿cuándo se van a empezar a transferir los fondos a estas organizaciones de hemofílicos?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Peña Pinto): Señor Hinojosa, antes de contestarle a la pregunta permítame que haga una manifestación como responsable del Ministerio de Sanidad y Consumo. Nosotros agradecemos que su grupo, como seña de identidad en esta materia, nunca haya querido hacer ruido. Es un agradecimiento que públicamente querría manifestar.

En lo que se refiere a la partida, la orden se publicó en el BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO el pasado 5 de marzo. ¿Por qué el 5 de marzo? Porque tiene que seguir el proceso normal que marca el artículo 81 de la Ley Presupuestaria en estos asuntos y tiene que intervenir la Intervención delegada, los servicios jurídicos del Ministerio y publicarse a través de Orden ministerial en el BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ya está publicada. Hoy vencía el plazo para la presentación de las ayudas. Ya se han recibido las peticiones en el ministerio y ahora actúa la comisión de evaluación. En breve el dinero tiene que llegar a los destinatarios, pues todo el trámite previo ya está resuelto.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Felicitémonos de que todo esté resuelto.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos la presencia de don Marcos Peña en nuestra Comisión.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Peña Pinto): Muchas gracias, Presidente; gracias, señorías.

**DEBATE Y VOTACION DE PROPOSICIONES NO DE LEY:**

**- POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A ADOPTAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA LA TRASPOSICION, EN EL PLAZO DE DOS MESES, DEL ARTICULO 8 DE LA DIRECTIVA DEL CONSEJO 82/76/CEE, DE ACUERDO CON EL OBJETIVO GENERAL DE FACILITAR DE FORMA EFECTIVA LA LIBRE CIRCULACION DE TRABAJADORES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA (número de expediente 161/000471).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, un pequeño esfuerzo más, sobre todo para algunos miembros de la Comisión.

La proposición no de ley que figura en primer lugar en el orden del día, planteada por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya ha sido retirada. Lo comunico para que SS. SS. se ubiquen en la marcha del orden del día.

**- POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE ACTUALICE EL IMPORTE DE LAS DIETAS DE ENFERMOS DESPLAZADOS Y SUS FAMILIARES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD CANARIA, CEUTA Y MELILLA, QUE HAN DE TRASLADARSE A LA PENINSULA O ENTRE LAS ISLAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (número de expediente 161/000474).**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno para que actualice el importe de las dietas de enfermos desplazados y sus familiares, residentes en la Comunidad Canaria, Ceuta y Melilla, que han de trasladarse a la Península o entre las islas, planteada por el Grupo Popular. El señor Soriano tiene la palabra.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Señor Presidente, voy a ser muy breve porque tengo que comparecer en otra Comisión. El objeto de esta proposición no de ley es instar al Gobierno para que a la mayor brevedad posible actualice el importe de las dietas de enfermos desplazados y sus familiares que han de trasladarse a la Península o entre las islas, fijada desde el año 1965 en la cantidad de 400 pesetas/día y que no ha sufrido desde entonces variación alguna, todo ello referido a los titulares y beneficiarios al derecho asistencial residentes en la Comunidad de Canarias, Ceuta y Melilla. **(Algunos señores Diputados conversan entre sí.)**

Este asunto deriva de una circular, de 20 de abril de 1981...

El señor **PRESIDENTE**: Perdona un momento, señor Soriano.

Señor Barrionuevo, haga el favor de callarse. Molesta usted a los señores taquígrafos y les hace forzarse más de lo necesario.

El señor **BARRIONUEVO PEÑA**: Es que me están provocando, señor Presidente.

Pido disculpas.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Gracias, señor Presidente.

Como digo, una circular de 20 de abril de 1981 fija la cuantía en 400 pesetas, cifra a todas luces insatisfactoria en razón a que los acompañantes de los enfermos que tienen que trasladarse de una isla menor a una isla grande o a la Península y en muchas ocasiones como consecuencia del anormal funcionamiento de los servicios de la Seguridad Social, con 400 pesetas es obvio que no llega ni para desayunar. Todos los cabildos insulares de las Islas Canarias han adoptado sobre el particular y hay numerosos escritos poniendo de manifiesto el inconveniente que esto supone para las familias con enfermos. A ello se añade que la mayoría tienen que permanecer durante largo tiempo fuera de sus casas porque por encima de todo han de soportar largas listas de espera, en ocasiones con idas y venidas continuas, y el hecho de que la mayor parte de estas personas no tienen posibilidades ni medios económicos suficientes para sufragarse los gastos de su enfermedad de forma privada, y la consideración de que el Insalud no paga antes de irse, sino a la vuelta y, además, previa presentación de facturas que para 400 pesetas, como ustedes comprenderán, con la factura de un desayuno o de un taxi sería más que suficiente.

Existe un agravio comparativo evidente entre las dietas que perciben los altos cargos de la Seguridad Social y las dietas que perciben estos pacientes. Bien es cierto que con frecuencia, en los diversos planteamientos que el Partido Popular ha hecho sobre este tema, se nos viene contestando que no es una prestación estrictamente sanitaria, sino que es una prestación social. Hasta la fecha creíamos que el Partido Socialista viene presumiendo del incremento de las prestaciones sociales como uno de los haberes a su favor, pero, sin embargo, vemos que si esto es una prestación social indudablemente hay aquí un grave inconveniente para los pacientes de la Seguridad Social.

Estas circunstancias resultan especialmente gravosas respecto de la población residente en los territorios explicitados en la proposición no de ley: Canarias, Ceuta y Melilla. Su lejanía respecto a la península y el carácter de insularidad hacen necesario, de acuerdo con los propios preceptos de la Constitución, atender a esta proposición no de ley. Los residentes de las llamadas islas menores han de desplazarse a otra isla para recibir las prestaciones de determinadas especialidades. Lo mismo sucede con los enfermos de Canarias, Ceuta y Melilla, y esto está suponiendo un grave quebranto para las economías de multitud de familias modestas. Algunos cabildos insulares de la Comunidad Canaria, como ya he señalado, se han visto en la necesidad de suplir a los enfermos tal

insuficiencia mediante ayudas de socorro a cargo de dichas administraciones locales para evitar que bastantes enfermos no pudieran continuar un correcto tratamiento médico prestado por el Insalud a causa de la incapacidad del beneficiario para asumir el costo económico derivado del desplazamiento a que se ha hecho mención.

Por otra parte y contra lo expresado por el Gobierno en las contestaciones a que se hace referencia respecto a que es una prestación de tipo social, tenemos que decir que presupuestariamente estas prestaciones figuran en el capítulo dedicado al Insalud, y el desplazamiento del enfermo, y eventualmente del familiar de éste, es una medida que suele ser necesaria o conveniente para la correcta y adecuada asistencia sanitaria. Las limitaciones injustificadas, de la clase que fueren, a estos desplazamientos impiden la prestación de la asistencia en las condiciones deseables, inciden negativamente en el nivel de calidad asistencial y suelen suponer efectivas trabas que impiden a los ciudadanos el ejercicio real de sus derechos sanitario-asistenciales. Es por ende una prestación directamente vinculada a la efectividad de la prestación sanitaria.

En consecuencia, esta proposición no de ley, tal como se formula, se considera plenamente ajustada y sobradamente justificada. No se propone la creación de nuevas prestaciones, sino únicamente la actualización de la efectividad de una preexistente, necesaria para el disfrute de las atenciones estrictamente necesarias. Habrá que tener en cuenta que, con frecuencia, como se ha puesto aquí de manifiesto esta mañana, por ejemplo, en el servicio de cardiología del Hospital de Tenerife, por causas imputables al Insalud, los enfermos tienen que desplazarse a Tenerife y a sus acompañante se les da la dieta diaria de 400 pesetas. Lo mismo sucede, por ejemplo, con los enfermos renales de Melilla, que, por causas imputables al Insalud, se tienen que desplazar a Málaga tres veces por semana porque la unidad de diálisis de Melilla está cerrada. Estos enfermos tienen que desplazarse con sus acompañantes, y a estos acompañantes, aunque no se crea, se les paga una dieta de 400 pesetas diarias, que, como digo, está establecida desde el año 1965 y no se ha actualizado en ningún momento.

Estoy convencido de que si el Grupo Socialista tiene un mínimo de sensibilidad social tiene que decir que sí a esta proposición no de ley, ya que la actualización de estas dietas es una necesidad que creo que el Gobierno y el Grupo Socialista no pueden negarse a conceder.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que quieran fijar posición? (**Pausa.**) Por el Grupo del CDS, tiene la palabra el señor Santos Miñón.

El señor **SANTOS MIÑÓN**: Intervengo en nombre de mi Grupo para fijar posición con respecto a la proposición no de ley del Grupo Popular sobre la necesidad de incrementar las dietas para los enfermos desplazados y sus familiares.

Es una cuestión que mi Grupo ha planteado en muy diversas ocasiones, con variadas iniciativas y que hasta ahora no ha recibido una respuesta favorable por parte

del Gobierno ni el apoyo necesario por parte del Grupo Socialista. Es una necesidad sentida, y lo que se siente, valga la redundancia, es que no se experimente igual por aquellos que tienen en su mano el poder solventar esta necesidad cuya resolución es imperiosa y que precisa la adopción de forma inmediata de las medidas adecuadas para solucionar definitivamente este problema.

Habría que tener —y es algo que venimos repitiendo de forma reiterada— una idea clara de lo que es un archipiélago, de lo que son unas islas, un territorio fragmentado, y de la distancia existente entre el archipiélago canario y la Península. Por eso en el concepto de estas dietas, claramente diferenciado entre lo que deben ser dietas en Canarias y lo que deben ser dietas en la Península, no debe existir una gran diferencia en cuanto a la cuantía de las mismas, puesto que no podemos olvidar que Canarias es zona eminentemente turística, por lo que sus precios suelen ser elevados e incluso el costo de la vida es más alto que en muchas zonas del territorio peninsular. Incluso en la misma capital, en Madrid, hay formas de poder subsistir de una manera más económica que en Canarias.

Haciendo un cálculo sobre el salario medio de la época en que se fijó la dieta en 400 pesetas y el salario mínimo interprofesional actual, la dieta debería estar en un mínimo de 8.800 pesetas diarias. Eso, comparado con las 400 que se están percibiendo, da una idea clara de la necesidad, de la urgencia, de solventar este problema, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones el no contar con una dieta suficiente podría provocar que el enfermo no reciba la asistencia sanitaria, con el gravísimo incumplimiento que eso traería consigo de la Constitución.

Esperamos, por tanto —y mi Grupo así lo va a hacer— que todos apoyen la proposición no de ley.

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

El señor **ARGANY FAJARDO**: Señoras y señores Diputados, estamos ante una proposición no de ley que intenta actualizar una situación regulada por la Ley 6/1981, sobre las dietas que reciben enfermos y acompañantes que se desplazan a la Península para recibir asistencia sanitaria. Varias circulares regulan esta norma para que sea eficiente y a mí me parece que, estando todos de acuerdo en el concepto global y en los deseos que se han expresado aquí, hay un tema que es fundamental.

Habría que ver en qué momento surgió la Ley, en el año 1965, a través de la cual se hacían estas prestaciones. Era un momento en que los transportes entre islas eran escasos, forzosamente había que pernoctar para recibir cualquier diagnóstico y tratamiento, no había ninguna infraestructura hospitalaria, no se disponía de los servicios hoy existentes y, por tanto, en un momento determinado, el extinguido Instituto Nacional de Previsión propuso una medida de beneficencia, más que de carácter asistencial.

Esta preocupación ha sido constante a lo largo del tiempo, y en 1990, debido a la gran demanda existente

para la regularización de esta situación, se constituyó una comisión para que actualizase dicha tarifa, a propuesta precisamente del Insalud. Y para que vean cómo se está llevando el asunto y los costes que supondría la actualización para el Insalud, gestión directa, en 1988 se gastaron 1.973 millones de pesetas. Se hicieron varias propuestas. Entre ellas, una era igualar el incremento a la inflación registrada desde 1981 a 1989. El incremento del gasto supondría, en ese caso, 3.963 millones de pesetas. Otro mecanismo que se trató de establecer fue equipararlas a las dietas que percibían los funcionarios, es decir, una dieta-día de 1.751 pesetas. Eso equivaldría a 8.642 millones y a un incremento del gasto de 6.670 millones. Había una última propuesta, que era incrementar la dieta en la misma cuantía que se da a los funcionarios del grado 4 cuando viajan al extranjero, que son de 3.000 pesetas diarias, no las 8.000. Eso supondría un coste de 14.800 millones, es decir, un incremento de 12.800 millones. Si encima se hiciera con la dieta de 8.000 pesetas que propone el señor Santos Miñón, no sé adónde llegaríamos. A mí me parece que es importante la cifra de 8.000 millones. La comisión, hechos los estudios pertinentes, consideró que no era conveniente abordar los costes que supondría la modificación. Así y todo, el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que están representadas todas las comunidades autónomas, en septiembre de 1991 creó una ponencia para que estudiara la actualización de los precios en un momento determinado. Adoptó la medida de que cualquier modificación estaría condicionada a las prioridades sanitarias que se considerasen.

A mí me gustaría detenerme en las prioridades, aunque sea brevemente, porque sé la hora que es, ya que es una palabra que se utiliza muchas veces para justificar cualquier tipo de actuación o de no actuación. Lo que ocurre es que esta actualización supone muchísimo dinero. Hay que relacionar los objetivos generales del Insalud que se pretenden con las inversiones. ¿Qué es lo que ocurría en un momento determinado? Que como no había infraestructura, había que pagar dietas. Pero precisamente cuando se establecen objetivos generales en sanidad, lo que se pretende es garantizar una serie de cuestiones, como renta, seguridad, mejora de servicios, etcétera. Y precisamente la política que se ha seguido en estos diez años ha sido la de intentar paliar justamente las causas por las que los enfermos tienen que desplazarse. Aquí se ha hablado de enfermos renales. Yo conozco dramas de enfermos renales que tienen que ir a otra isla o a Málaga para recibir tratamiento. Pero, ¿qué es preferible, invertir en dietas o en centros de diálisis para que los enfermos no se tengan que desplazar? **(El señor Hernández Mollar pronuncia palabras que no se perciben.)** Ahí viene el problema. Esta es otra cuestión de prioridades. ¿Qué es lo que ha hecho el Insalud en este momento? Contemplar cuáles son las auténticas necesidades sociales, invirtiendo en aquellas cuestiones que son fundamentales, justamente para que el enfermo no se tenga que desplazar. Por ejemplo, los 14.000 millones, ¿a cuántos hospitales y centros de tratamiento equivaldrían?

Lo digo porque el tema fundamental de las prioridades hay que medirlo en dinero. ¿A qué da prioridad en este momento el Gobierno, la Administración? Da prioridad a aquello que el ciudadano demanda fundamentalmente. Lo que no se puede es pedir centros de diálisis, centros de rehabilitación, hospitales, infraestructuras y dejar las dietas a un lado, no modificarlo o no intentar enmendarlo en los Presupuestos Generales del Estado y luego venir aquí, pues imagínense ustedes lo que realmente supondría. Yo creo que la política global consiste fundamentalmente en intentar establecer prioridades de una manera razonable. Uno de los aspectos más polémicos de la reforma sanitaria es el tema de los límites. ¿Podemos seguir pagando indefinidamente las facturas posibles de todo tipo de prestaciones? ¿Qué medios utilizaríamos para evitar esto? Se habla de la sensibilidad, pero la sensibilidad se traduce en solidaridad, y hay dos tipos de solidaridad, la obligatoria, vía presupuestos e impuestos, que no dna para más, o la solidaridad voluntaria, vía gasto privado, que es la que propugna el Partido Popular, a ver si con ese tipo de solidaridad somos capaces de pagar todas estas dietas. En general, creo que hay que desvelar las prioridades sociales y plantear un proceso de concreción y configuración. Se precisa un entorno presupuestario mínimamente coherente para poder ver qué es lo que realmente necesitamos.

También hay un aspecto desde el punto de vista administrativo. Estas dietas se establecieron cuando existía, repito, el extinguido Instituto Nacional de Previsión, pero en estos momentos el Insalud se rige por otras normas. La prestación sanitaria, en contra de lo que señala el señor Soriano, sí la presta el Insalud, pero la prestación social la presta el Insserso. Precisamente es el INSS el que dice a quién corresponde recibir las prestaciones sociales. Concretamente en Canarias hay un problema, que el Insserso está transferido. Quiero que vean bien claro que cuando el Instituto Nacional de Previsión fijaba estas dietas era porque él regulaba todo y ahora ha evolucionado y son organismos administrativos diferentes. Me gustaría que se tuviese en cuenta porque plantea problemas desde del punto de vista autonómico, desde el punto de vista administrativo y desde el punto de vista de establecer prioridades en el gasto en aquellas cosas más necesarias. Estando todos de acuerdo en el deseo -y quiero que se me entienda bien- de que efectivamente éste es un tema que necesita resolverse, hay que hacerlo por las vías adecuadas, por las vías del presupuesto y de la administración. Como ésta es una proposición no de ley física, en el sentido de que es una proposición no de ley de mínimos, del mínimo esfuerzo quiero decir, para intentar resolver un problema, estando absolutamente de acuerdo con sus deseos y confiando en que se pueda resolver, nosotros no vamos a apoyar una proposición no de ley que realmente no contempla los presupuestos con relación a sus objetivos, que no contempla aspectos de la administración y que no nos dice cómo lo podemos resolver. **(El señor Hernández Mollar pide la palabra.)**

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Her-

nández Mollar, por un minuto, para aclarar cuál es la posición de su Partido respecto a la iniciativa privada.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR:** Gracias, señor Presidente, por su amabilidad.

Desde luego, el Portavoz del Grupo Socialista ha hecho un auténtico esfuerzo para tener que decir que no, porque, después de su exposición, no tiene ninguna razón para oponerse a esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Hernández Mollar, sólo para lo que le he dado la palabra, no para entrar en debate sobre la proposición. Usted ha pedido la palabra por una alusión a su Grupo, me parece. Refiérase exclusivamente a la alusión.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR:** Simplemente, para decirle que queda bien claro y patente, y en nuestro programa de gobierno también está así, que nosotros somos partidarios de un sistema público, pero mucho mejor gestionado que el que en estos momentos se está llevando a cabo por el Grupo Socialista.

El señor **PRESIDENTE:** Vamos a pasar a las votaciones.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, ocho; en contra, 17.**

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada.

**- SOBRE VALORES LIMITES DE INTENSIDAD Y EXPOSICION A LOS CAMPOS ELECTROMAGNETICOS CREADOS ARTIFICIALMENTE. PRESENTADA POR EL GP POPULAR (número de expediente 161/000481).**

El señor **PRESIDENTE:** Proposición no de ley sobre valores límites de intensidad y exposición a los campos electromagnéticos creados artificialmente, planteada por el Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra el señor Pascual.

El señor **PASCUAL MONZO:** Señorías, los campos magnéticos y eléctricos son fenómenos naturales. Los primeros se deben a las corrientes eléctricas de la superficie terrestre, mientras que los segundos responden a la existencia de la ionosfera y a fenómenos tales como las tormentas. Sin embargo, a estos campos naturales se superponen otros artificiales creados por diversas actividades humanas, el transporte de electricidad, el uso de electrodomésticos, etcétera.

La exposición a campos eléctricos y magnéticos de baja intensidad puede venir provocada por el contacto de un conductor mal aislado, por la cercanía a tendidos eléctricos o simplemente dentro del hogar, al situarse en el radio de influencia de ciertos electrodomésticos, como las televisiones en blanco y negro o los secadores de pelo

en especial. El conocimiento actual sobre la influencia de los campos eléctricos y magnéticos de baja intensidad sobre la salud humana ha sido hasta ahora pobre y poco concluyente. Se encuentra en un estadio parecido a las investigaciones sobre influencia de las bajas dosis de radiación recibidas durante largos periodos de exposición. Uno de los principales problemas a la hora de analizar el efecto sobre la salud humana de estos campos está en la dificultad de su medición y, por tanto, en la dificultad de conocer la exposición real.

Los primeros estudios epidemiológicos se realizaron en la década de los setenta en la antigua URSS, tomando como muestra a grupos de trabajadores expuestos profesionalmente a tales campos. Estos estudios detectaban un incremento de trastornos tales como insomnio, dolor de cabeza y problemas respiratorios de vías altas. En cambio, estos resultados no fueron corroborados por otros estudios similares realizados en Occidente. Otra parte importante de los estudios se ha efectuado sobre poblaciones de niños enfermos de cáncer, intentando correlacionar el riesgo de contraer la enfermedad y la exposición a campos magnéticos y eléctricos. Diversos estudios han dado resultados contradictorios. En algunos, se indica un aumento 3 en el factor de riesgo, en otros aparece un riesgo mayor de contraer cáncer de cerebro, pero menor de contraer leucemia. Otros indican que tan mala es la exposición a campos elevados como a campos anormalmente bajos. En general, aparecen datos contradictorios y de difícil correlación. Sobre todo, es complejo poder determinar sin duda alguna la relación causa-efecto. Otro grupo analizado con especial interés, por razones obvias, ha sido el de los trabajadores expuestos a estos campos eléctricos y magnéticos por razón de su trabajo. La mayoría de ellos indica un aumento en el riesgo de contraer cáncer.

Como ya se ha comentado, todos los estudios son puramente estadísticos, con las dificultades que ello conlleva, elección del grupo, cuantificación de las exposiciones, eliminación de otros factores, correlación de datos, etcétera. Parece difícil llegar a conclusiones fiables mientras que no se conozcan con exactitud los mecanismos por los que se producen ciertas enfermedades y se pueda analizar en el laboratorio la influencia de los campos mencionados sobre dichos mecanismos.

Muchos, repito, son los estudios que se han realizado, pero simplemente voy a leer los reflejados en un artículo de la Conferencia Internacional de Grandes Redes Eléctricas, denominada CIGRE, con residencia en París, en la que un trabajo, titulado «Estudios clínicos y epidemiológicos sobre exposición a campos eléctricos o magnéticos», hace un compendio de distintos estudios, que los divide en dos partes. La primera se refiere a estudios epidemiológicos de cáncer y, a su vez, lo basa en niños y en adultos. En niños refleja tres estudios, el primero de la Universidad de Colorado, Denver, en el que compara a los niños que vivían cerca de cables de alta tensión, por lo tanto expuestos a campos electromagnéticos, con otro grupo testigo. El riesgo es de tres veces más de todo tipo de cáncer, en especial la leucemia. Otro estudio de la

Universidad de Colorado tomó mediciones dentro de distintas casas y comparó el riesgo de contraer cáncer en las casas con alta exposición con un grupo normal. El riesgo se duplicaba en las casas con alta exposición a campos electromagnéticos. Otro estudio de la Universidad de Carolina encontró diferencias significativas entre niños que vivían cerca de cables de alta tensión y los que no de más del doble de riesgos. En cuanto a adultos se refiere, a trabajadores expuestos a campos electromagnéticos, se vio un modesto aumento en el riesgo de padecer cáncer y leucemia. La segunda parte de los estudios se refiere a los efectos en la reproducción y en concreto cita un estudio hecho en Suecia en el que se informó de un mayor número de malformaciones en hijos de padres que trabajaban en líneas de alta tensión y mayor número de tumores cerebrales.

Si hasta ahora se han achacado tres defectos a la mayoría de los estudios realizados, o, más que defectos, deficiencias, sobre que las muestras han sido pequeñas, el cálculo poco riguroso de las dosis recibidas o la falta de consistencia en las conclusiones, hay que decir, señorías, que en enero de 1993 se ha hecho público un importante estudio del Instituto Karolinska, realizado en Suecia, en el que marca la diferencia entre los estudios realizados ahora y los realizados a partir de este trabajo. Este trabajo precisamente no cae en los defectos anunciados. Se basa en una alta muestra de 436.503 personas, cuya característica era residir a menos de 300 metros de líneas de alta tensión, y en la prolongada duración desde 1960 a 1985. Los cálculos han sido muy rigurosos y concretos: se calculó la dosis media de exposición de cada uno de los habitantes citados, se midió la distancia exacta de cada habitación de cada casa con las líneas de alta tensión. El estudio refleja las distintas características tanto por diferencias de edades, que divide este grupo en edades de 5 en 5 años hasta los 30 años, y a partir de los 30, en grupos de 10 años, por varones y hembras; y luego hace 80 cuadros donde desmenuza concienzudamente los casos y los riesgos que conlleva toda la experiencia citada.

La conclusión de este estudio, señorías, es que en niños de menos de 15 años las radiaciones electromagnéticas, medidas en 0,3 microteslas (y les recuerdo que el campo magnético en una casa normal es de 0,05 a 0,1 microteslas), producen un riesgo cuatro veces superior para contraer leucemia, y en 0,2 microteslas es de tres veces superior. En adultos, manifiesta que no hay una evidencia definitiva, pero que no es recomendable vivir a menos de 100 metros de línea de alta tensión.

En cualquier caso, señorías, y como prevención válida, en diversos países se ha limitado la posible exposición a campos eléctricos y magnéticos. Estas limitaciones aparecen en normas de muy distinto rango: estándares aceptados, normas de salud e higiene en el trabajo, reglamentos técnicos, etcétera. Para ambos tipos de campos eléctricos y magnéticos hay en general dos tipos de límites: los correspondientes para tendidos eléctricos aéreos y los correspondientes a situaciones generales, tanto al aire libre como en recintos cerrados.

Respecto a campos eléctricos poseen límites aplicables

a tendidos eléctricos Estados Unidos, Bélgica, Japón, las antiguas Checoslovaquia y URSS. Hay que señalar que en la mayoría de los casos los límites son muy detallados, diferenciando los valores, carreteras, zonas accesibles o habitadas, zonas de exclusión, etcétera. Para situaciones más generales poseen estos límites países como Australia, Alemania, Polonia, Estados Unidos, Reino Unido y también las antiguas Checoslovaquia y URSS. Además el IRPA (Asociación Internacional de Protección en la Radiación) posee también unos límites generales desarrollados con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud. En estos casos se suele diferenciar el límite de intensidad del campo y el tiempo máximo de exposición.

Respecto a campos magnéticos sólo poseen límites para líneas aéreas eléctricas dos Estados en Estados Unidos, como son Florida y Nueva York. Y límites para situaciones generales los poseen Australia, Alemania, Reino Unido, Estados Unidos y la antigua URSS. Como en el caso anterior, el IRPA también ha establecido unos límites generales y también en este caso se tiene en cuenta tanto la intensidad del campo como el tiempo de exposición. En un futuro próximo, señorías, se prevé que adopten los límites del IRPA dos nuevos países: Austria e Italia. Además...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Pascual, vaya abreviando.

El señor **PASCUAL MONZO**: Voy rápidamente.

Además, la Dirección General 5 de la Comisión de las Comunidades Europeas, con responsabilidad respecto a la salud de los trabajadores, está preparando una directiva aplicable a personas profesionales expuestas a diversos agentes, incluyendo los campos eléctricos.

En España actualmente no existe ninguna clase de límites establecidos. La información sobre los posibles efectos perjudiciales de los campos electromagnéticos está ya en la calle. Los ciudadanos están especialmente sensibilizados respecto a los daños potenciales que pueden producir las líneas de alta tensión. Esta preocupación, unida a informaciones excesiva y gratuitamente alarmistas y a una falta de regulación del problema y de control por parte de la Administración pública, deriva en muchos casos en situaciones de alarma innecesaria. Sin embargo, frente a una pasividad absoluta a la hora de encarar este tema, surge una postura racional consistente en simplemente imitar a los países de nuestro entorno y definir los límites para la intensidad y exposición a estos campos electromagnéticos que garanticen tanto a los profesionales como al público en general la inocuidad de sus actividades o de su convivencia con los tendidos eléctricos aéreos y con los campos eléctricos y magnéticos en general.

Termino, señor Presidente. Sería aceptable, por tanto, fijar unos límites propios, previo estudio comparado de los valores idóneos, así como adoptar los generados por organismos internacionales competentes en la materia, como es el caso del IRPA, siguiendo el ejemplo de otros países como Austria o Italia. Es la pasividad lo único que

no debe continuar, porque sólo contribuye a aumentar la alarma y la sensación de inseguridad ante los ciudadanos.

Por tanto, este Grupo Parlamentario presenta la proposición no de ley en la que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, en el plazo de un año, defina unos valores límites de intensidad y exposición a los campos electromagnéticos creados artificialmente o, en su defecto, adopte los límites establecidos por los organismos internacionales competentes en la materia, particularmente para el caso de los tendidos eléctricos de alta tensión. Estos límites deben garantizar la adecuada protección de los trabajadores profesionales expuestos y del público en general, siendo incluidos en los reglamentos correspondientes a instalaciones eléctricas.

Muchas gracias, señor Presidente, y perdón por el exceso de tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: Hay una enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa tiene la palabra el señor Palacios.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Voy a ser bastante breve. En definitiva, la enmienda se concilia con el espíritu de la proposición no de ley. Ya hemos hablado con los portavoces del Grupo Popular, que están dispuestos a admitir nuestra enmienda de sustitución, porque consideramos que, insisto, yendo en la misma línea de interés por lo que pueden ser los efectos, siempre muy inciertos todavía y poco estudiados, de lo que son tanto las ondas electromagnéticas como los campos electromagnéticos que se suscitan, esta enmienda añade algunos elementos enriquecedores que pueden dar satisfacción tanto a los enmendantes como al Grupo Popular que presentó esta propuesta.

No voy a entrar punto por punto ni en los contenidos de la proposición de ley ni en algunas de las afirmaciones del señor Pascual, con las cuales en términos generales puede estarse de acuerdo, pero sí podrían hacerse algunas correcciones, en el sentido de que, a tenor de lo establecido por la OMS o lo informado por la OMS, sólo Alemania ha señalado unos límites y ningún otro país. Los estudios que se han hecho en Rusia han detectado síntomas inespecíficos. Es decir, hay una serie de dificultades de carácter bioquímico en las analíticas, de carácter clínico y de carácter epidemiológico que no muestran en absoluto, ni en relación con leucemias ni con cánceres ni con otro tipo de problemas, en los entornos de ondas o campos electromagnéticos, que éstas incidan de manera segura sobre los seres vivos y sobre su salud, lo cual no implica el que no se haya suscitado un interés en los ámbitos que S. S. señaló y en algún otro más. La realidad es que la Agencia federal americana en estos momentos, la EPA, está intentando determinar una serie de líneas, lo que no es fundamental y subsiguiente al programa costeado europeo, que va en esta dirección. Lo cierto es que en estos momentos la Comisión de las Comunidades Europeas ha enviado al Consejo una propuesta de directiva a

tenor de los resultados de un grupo de expertos entre sí no coincidentes, como la mayoría de las comisiones que S. S. señaló, la rusa, la americana, la inglesa, la francesa, la del Reino Unido, donde los agentes informadores no están de acuerdo en muchas de las cuestiones, lo cual no impide que la preocupación sea legítima y que no podamos pasar de largo por ella.

En esta propuesta de directiva sobre agentes físicos hay un capítulo expreso que hace referencia a los campos electromagnéticos aquí tratados, y este hecho, es decir, el hecho derivado del desconocimiento, de la inespecificidad de los resultados, incluso de su controversia y, por otro lado, el hecho de que en el Consejo de las Comunidades europeas se encuentre ya un proyecto de directiva, da base a que presentemos esta enmienda de sustitución, que, en primer lugar, pretende la creación de una comisión nacional por el Gobierno en un plazo que intentamos que sea de unos seis meses, y en la cual estén representados tanto los expertos de la administración y de la universidad, como de las empresas eléctricas, etcétera, que aporten unos resultados que pueden ser utilizables; en segundo lugar, quedamos a la espera de que la directiva de la Comunidad Europea sea una realidad para hacer trasposición a nuestro Derecho interno, y muy concretamente en lo que concierne a la ley de riesgos profesionales y otros.

En este sentido, señor Presidente, la enmienda de sustitución de mi Grupo está de acuerdo con lo que plantea el Grupo Popular, y querría hacer un pequeño añadido «in voce», si me lo permite. La enmienda de sustitución diría así: «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a la creación, en el plazo de seis meses» —esto es lo que añadiríamos— «de un grupo de expertos para que estudie los posibles efectos de los campos electromagnéticos y, a la vista de sus propuestas, dicte las normas precisas para la adecuada protección de los trabajadores profesionalmente expuestos y de los usuarios en general, así como a la trasposición a nuestro Derecho interno de los contenidos de la directiva comunitaria correspondiente, una vez haya sido ésta aprobada.»

Creemos —y es bueno que el Grupo Popular así lo haya estimado— que con esta aportación se enriquece su propuesta en un ánimo constructivo y de clarificación de esta circunstancia en nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Pascual, a efectos de aceptar o no la enmienda, tiene la palabra.

El señor **PASCUAL MONZO**: Señor Presidente, efectivamente, el Grupo Parlamentario Popular va a aceptar la enmienda del Grupo Socialista, porque, como he dicho al final de mi intervención, es la pasividad lo único que no debe continuar en este tema para no aumentar la alarma entre los ciudadanos. Por tanto, vamos a aceptar la enmienda, el compromiso de crear este Grupo de expertos. Pero tengo que decir que parlamentariamente vamos a hacer un seguimiento, y pediremos que en el mo-

mento en que la directiva comunitaria sea aprobada se aplique en nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las votaciones.

**Efectuada la votación, fue aprobada por unanimidad.**

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

Agotado el orden del día se levanta la sesión.

**Eran las dos y cinco minutos de la tarde.**

**Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID**

**Cuesta de San Vicente, 28 y 36**

**Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid**

**Depósito legal: M. 12.580 - 1961**