



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1993

V Legislatura

Núm. 74

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE DON FELICIANO BLAZQUEZ SANCHEZ,
VICEPRESIDENTE PRIMERO

Sesión núm. 5

celebrada el martes, 23 de noviembre de 1993

Página

ORDEN DEL DIA:

- Comparecencia del señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo (Conde Olasagasti) para informar de las líneas generales de la política de consumo que va a desarrollar el citado Ministerio. A petición propia. (Número de expediente 212/000027.) 2326

Preguntas:

- Del señor Soriano Benítez de Lugo (Grupo Parlamentario Popular), sobre situación del Plan Director del Hospital de la Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. (BOCG, serie D, número 17, de 8-10-93. Número de expediente 181/000083.) 2336
- De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre publicación de los indicadores de salud, así como medidas tomadas para que el Sistema de Información Sanitaria esté en condiciones de elaborar indicadores de salud que reflejen las desigualdades por factores socioeconómicos y culturales. (BOCG, serie D, número 17, de 8-10-93. Número de expediente 181/000095.) 2340

	Página
— Del señor Burgos Gallego (Grupo Parlamentario Popular), sobre razones del anuncio de la sustitución de 12 médicos interinos del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) que venían desarrollando su labor en el Barrio de la Rondilla, de Valladolid, en tareas de atención primaria. (BOCG, serie D, número 20, de 25-10-93. Número de expediente 181/000096.)	2342
— Del mismo señor Diputado, sobre criterios utilizados por la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid para ofrecer la adscripción funcional a los médicos propietarios de plazas asistenciales que venían desarrollando su labor en el Barrio de la Rondilla, de Valladolid, en lugar de la preceptiva oferta de integración. (BOCG, serie D, número 20, de 25-10-93. Número de expediente 181/000097.)	2342
— Del señor Soriano Benítez de Lugo (Grupo Parlamentario Popular), sobre razones que impiden llegar a un acuerdo entre el Cabildo de Tenerife y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en relación con el Hospital Universitario de Tenerife. (BOCG, serie D, número 20, de 25-10-93. Número de expediente 181/000098.)	2346
— Del señor Burgos Gallego (Grupo Parlamentario Popular), sobre razones de la amortización de 18 plazas de especialistas en el Área de Salud de Valladolid. (BOCG, serie D, número 20, de 25-10-93. Número de expediente 181/000099.)	2349

Se abre la sesión a las once de la mañana.

- COMPARECENCIA, A PETICION PROPIA, DEL SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CONDE OLASAGASTI) PARA INFORMAR DE LAS LINEAS GENERALES DE LA POLITICA DE CONSUMO QUE VA A DESARROLLAR EL CITADO MINISTERIO. (Número de expediente 212/000027.)

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Se abre la sesión y damos curso al orden del día con la comparecencia, a petición propia, del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo para informar de las líneas generales de la política de consumo que va a desarrollar el citado Ministerio. Para su exposición, tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Buenos días.

Ante todo, deseo expresar mi agradecimiento a esta Cámara por darme la oportunidad de tratar de la política de consumo en España, asunto de indudable trascendencia por el que la sociedad española en su conjunto viene mostrando una creciente sensibilidad. Acudo gustosamente a presentar ante ustedes dicha política y, como no puede ser menos, a escuchar todas aquellas propuestas y sugerencias que tengan a bien formular, con el propósito de buscar, con su ayuda, una mejora y enriquecimiento de nuestras líneas de actuación.

La política de consumo tiene su fundamento en el reconocimiento de la necesidad de acciones eficaces que, en el contexto de una economía libre de mercado, garanti-

cen la salvaguarda de los derechos básicos que los ciudadanos como consumidores tienen: derecho a la seguridad, a la salud y a la protección de los legítimos intereses económicos, así como a la información y a la participación. Esta necesidad de acción tutelar, recogida en el artículo 51 de la Constitución española, está asimismo incorporada al Tratado de la Unión Europea, el cual reconoce de forma expresa la importancia que tiene como elemento necesario para la consecución del mercado único.

En efecto, el desarrollo industrial y los avances tecnológicos producen una oferta de bienes y servicios cada vez más amplia y diversificada. Esto puede situar a los consumidores en situación de inferioridad frente a los medios técnicos, económicos y de toda índole de que disponen los productores de bienes y servicios, sean públicos o privados, produciéndose así situaciones de indefensión por falta de instrumentos legales o por inadecuación de los mismos para una eficaz protección de sus derechos.

El reconocimiento de esa desigual posición en el mercado entre consumidores y suministradores de bienes y servicios exige la instrumentación de medidas de tutela sobre la parte más débil de la relación. La política de protección al consumidor debe también entenderse como un elemento que incide positivamente en los mecanismos de mercado al aumentar la transparencia del mismo puesto que, al exigir como necesidad para la salvaguarda de los derechos del consumidor la erradicación de prácticas desleales o colusorias de la competencia, se verán discriminadas positivamente aquellas empresas cuya eficiencia sea mayor y, por consiguiente, ofrezcan mejores condiciones a los consumidores.

Les voy a mencionar lo que pudieran ser las líneas estratégicas del Ministerio en política de consumo. En

primer lugar, la normativa. Puede afirmarse que, en materia de normativa, en 1993 estamos a la altura europea, conteniendo en algunos extremos niveles de reconocimiento en favor del consumidor superiores a la media de los países de nuestro entorno. Las normas deben adaptarse y evolucionar de acuerdo a circunstancias cambiantes, tráfico económico, administrativo, relacional, ampliación de competencias de las comunidades autónomas, etcétera. Por tanto, la producción normativa ha de ser una actividad continua. En la actualidad, tras la aprobación de la Ley 9/1992, de transferencias a las comunidades autónomas, existen tres tipos de administración con capacidad para promulgar normas: en primer lugar, el Consejo de Ministros de la Unión Europea; en segundo lugar, la Administración del Estado y, por último, la Administración de las comunidades autónomas.

Por lo que se refiere al nivel comunitario, al nivel europeo, las prioridades más inmediatas, de acuerdo con las previsiones establecidas en el II plan de acción trienal, son: proteger a los consumidores en materia de contratos negociados a distancia; clarificar las responsabilidades de los prestadores de servicios; aproximar las legislaciones de los Estados miembros en materia de publicidad comparativa; propuesta de decisión por la que se crea un sistema informativo sobre los accidentes domésticos y de tiempo libre; proteger a los adquirentes en los contratos de utilización de bienes inmuebles en régimen de disfrute a tiempo compartido, multipropiedad, que recientemente se ha aprobado en Bruselas; clarificar las responsabilidades en materia de construcción de inmuebles, comercialización de productos alimenticios; normalizar los envases y el manejo de residuos de envases y normalizar el etiquetado del calzado.

Por lo que se refiere a la Administración del Estado, corresponde, sobre todo, la transposición al Derecho interno del Derecho comunitario, y, aquí, indicación de precios, seguridad de productos, consumo energético en aparatos de uso doméstico, multipropiedad de nuevo, ventas a distancia; además de lo referido a aspectos de Derecho Mercantil, Civil y defensa de la competencia en materias tales como etiquetado de productos pirotécnicos, desarrollo del artículo 9 de la Ley general de defensa de los consumidores, sobre concursos, primas, sorteos y regalos; compraventa de consumo con precio especial, comprobación, reclamación y garantía posventa.

Por último, las comunidades autónomas están estudiando normas que recientemente han pasado a ser de su competencia por serlo anteriormente de la Administración del Estado. Se puede adelantar que compete a las comunidades autónomas en algunas cuestiones la comprobación y reclamación de garantía posventa, la prestación de servicios a domicilio, la prestación de servicios en talleres de reparación de vehículos automóviles -en este caso haciendo la salvedad de que los aspectos relativos a garantía, que sin duda contiene esta norma, habrán de ser regulados por el Estado-, gasolineras, etcétera.

Esto es por lo que se refiere a normativa.

Una segunda línea de estrategia de actuación es la regulación del mercado. Si necesario es disponer de una nor-

mativa adecuada para la defensa de los consumidores, tanto o más lo es contar con medios idóneos para asegurar su cumplimiento. Este planteamiento debe abordarse con especial interés en nuestro país, y ello por varias razones. Ante todo, en primer lugar, como medio para garantizar la protección a nuestros consumidores. En segundo término, para evitar posibles prácticas de competencia desleal que, en el contexto del mercado único, pudieran afectar a nuestra industria si tuviera que enfrentarse a la existencia en el mercado de productos de coste reducido por estar fabricados por debajo de norma por falta de los adecuados mecanismos de control. Por otra parte, la supresión de las fronteras intracomunitarias hace que cada Estado miembro asuma una plena responsabilidad frente a los demás Estados por los productos que tienen su origen en él.

En definitiva, bien como medio de protección, como instrumento de promoción de la calidad o como objeto de evaluación por las instituciones europeas, la regulación del mercado debe convertirse en un ámbito prioritario de actuación. En este contexto, hay que destacar la participación de una pluralidad de instituciones, por lo que es uno de los campos donde más necesaria se ha hecho la coordinación entre las diferentes autoridades. En esta tarea, juega un papel relevante la Comisión interministerial para la coordinación de las investigaciones sobre bienes de uso y consumo, la CICI. Más específicamente, las labores de control de riesgos para la salud, vinculados a la seguridad de los productos, afectan en diversos aspectos a los existentes en el mercado, entre los que se pueden destacar: vigilancia y prevención de riesgos de productos, contaminación de alimentos y puntos críticos de los procesos de fabricación y comercialización; control de productos especiales dedicados a poblaciones de riesgo; conocimiento y valoración de productos alimenticios con criterios nutricionales positivos para la salud de los consumidores; comunicación rápida de las informaciones sobre productos de riesgo, la llamada red de alerta. La realización de estos controles se efectúa, de acuerdo con sus respectivas competencias, por la Administración del Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones locales.

Con el fin de evitar la dispersión de esfuerzos se coordinan las actuaciones de las distintas administraciones mediante campañas nacionales de inspección, acordadas en el seno de la Comisión de cooperación entre las comunidades autónomas y la Administración central del Estado, que ha celebrado ya un total de 66 reuniones desde su creación en 1983. Por su parte, el Instituto Nacional del Consumo brinda la asistencia técnica a los órganos implicados en el control de bienes y servicios de uso y consumo necesaria para su continuo desarrollo y las nuevas problemáticas que se van presentando como consecuencia de la entrada en vigor del mercado único. También se presta apoyo analítico a los órganos de control a través del Centro de Investigación y Control de la Calidad, laboratorio del Instituto Nacional del Consumo. Para 1993 calculamos analizar unas 1.100 muestras en el conjunto de las campañas nacionales y regionales. Asimismo se

prevé la realización de un control analítico de la calidad de productos de consumo que comprende muestreos sistemáticos sobre productos en el mercado, realizados en el conjunto de las comunidades autónomas, que generará un total de 4.500 muestras. En resumen, dado que la supresión de las fronteras intracomunitarias hace que cada Estado miembro se responsabilice frente al resto de los Estados miembros por los productos que en él tienen origen, la regulación del mercado debe convertirse en un ámbito prioritario de actuación por su particular interés en relación con el reto que supone para nuestra economía el mercado único.

Una tercera línea o estrategia de actuación sería la referente al acceso a la justicia. El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene un papel importante que jugar a la hora de potenciar el diálogo entre productores y consumidores y de formar e informar de manera continua a la opinión pública para consolidar o implantar conductas y hábitos que mejoren la posición del consumidor. En este sentido se ha dado cumplimiento al mandato del artículo 31 de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios con la promulgación el pasado 3 de mayo del Real Decreto 636/1993, regulador del sistema arbitral de consumo. Con ello se trata de dar cobertura a las necesidades de acceso a la justicia mediante el establecimiento de juntas arbitrales de consumo en las comunidades autónomas, acercándolo también lo más posible al ciudadano a través de las corporaciones locales, de acuerdo con los términos previstos en el citado Real Decreto.

A partir de la experiencia de la atención de reclamaciones en el Instituto Nacional del Consumo y en las oficinas municipales de información a los consumidores se comenzó a crear con carácter experimental desde 1986 unas juntas arbitrales de consumo mediante acuerdos firmados entre el Instituto Nacional del Consumo y las diferentes administraciones autonómicas, provinciales y municipales. Un primer balance de esta experiencia reveló buena aceptación del sistema por los distintos agentes sociales y económicos, así como un reconocimiento de su eficacia por el propio sistema judicial. Ello nos ha animado a seguir impulsando su creación e implantación. Entre 1986 y 1994 se han constituido 26 juntas arbitrales, de ellas 18 municipales, una mancomunidad, una provincial y 6 autonómicas. Se han recibido 13.020 solicitudes de arbitraje con un coste medio de los objetos de litigio en torno a las 50.000 pesetas. Hasta la fecha se han adherido al sistema 72 asociaciones y 80.000 empresas pertenecientes a 300 agrupaciones empresariales. Está pendiente la constitución en fecha muy próxima de la junta arbitral nacional a la que han manifestado su compromiso de adhesión las asociaciones de consumidores de ámbito nacional y las asociaciones empresariales más relevantes, entre ellas la CEOE. Simultáneamente se está trabajando para el desarrollo y mantenimiento de un censo de empresas adheridas al sistema, el desarrollo de un sistema de procedimientos comunes en todas las juntas y la creación de una base de datos de laudos arbitrales, elementos todos ellos que han de fortalecer la capacidad operativa de las juntas. En definitiva, estamos muy satis-

fechos del sistema arbitral de consumo y nos parece que realmente facilita el acceso a la justicia, en su sentido más amplio, a los consumidores.

Cuarta línea de actuación: asociacionismo de consumo. En estos últimos años las asociaciones de consumidores se han consolidado y participan activamente en las diversas tareas de información, formación y reclamación para la promoción y protección de los intereses de sus miembros y de los consumidores en general. Constituyen ya un activo social de primer orden. Con independencia de seguir fomentando el asociacionismo las administraciones públicas deben considerar el papel de las asociaciones de consumidores como instrumentos de formación e información de sus socios, mejorar sus posibilidades de representación y de participación en las instancias donde se debaten intereses de los consumidores y promover el diálogo institucional entre empresarios y consumidores.

El movimiento asociativo de consumidores ha sufrido una auténtica transformación que hace que comience a situarse como un interlocutor social y económico reconocido por la Administración y la industria. Se partía de un movimiento casi inexistente, fragmentado y atomizado, con escaso número de asociados, prácticamente desconocido por las empresas y la opinión pública. Por fortuna, hoy las asociaciones de consumidores en España han iniciado ya su despegue, aunque su total consolidación no sea todavía una realidad. Sin embargo, han empezado ya a jugar un papel relevante y su capacidad de diálogo con las empresas y su influencia sobre la oferta empieza a percibirse.

La Administración ha apoyado este desarrollo destinando recursos económicos, dotándolos de instrumentos jurídicos para facilitar su actuación y creando los mecanismos para canalizar su participación y la representación de sus intereses en los diferentes órganos de consulta. Se ha establecido por ley el derecho de audiencia, culminándose este proceso con la constitución, en noviembre de 1991, del Consejo de Consumidores y Usuarios. Han de llegar a ser plenamente autosuficientes, con capacidad de generar ingresos que les permitan mantener una estructura estable. Es evidente que cuanto más amplias sean estas asociaciones, mayor capacidad tendrán para representar intereses objetivos, para ser escuchadas y para que sus actuaciones tengan una mayor repercusión. Una de sus funciones más importantes es la de orientación al consumidor sobre servicios y bienes existentes en el mercado, función que realiza mediante la publicación, en sus propios órganos de expresión, de análisis comparativos. Es fácil comprender cómo, a través de análisis comparativos, publicados en las secciones de consumidores, en revistas de amplia difusión, éstas llegan a orientar la demanda hacia los productos de mejor calidad-precio, siendo así un verdadero sistema motor que mejora considerablemente la situación.

Otra línea más sería la de futuro, la de prospectiva, la de investigación. Dentro del papel que ha de jugar el departamento en la defensa y protección de los derechos e intereses de consumidores y usuarios, se incluye su

labor de fomento de hábitos saludables en la sociedad de consumo. Para ello es fundamental una rigurosa tarea investigadora. A título de ejemplo destacaré alguno de los estudios en marcha: estudio sobre opiniones y comportamientos del consumidor español en relación con las instituciones comunitarias y nacionales y la evolución del mercado, que cuenta con la colaboración de la Comunidad Económica Europea; explotación sectorial de las encuestas sobre presupuestos familiares; informe-estudio sobre el sector vivienda; estudio sobre las cláusulas abusivas de los contratos; estudios sobre seguridad y calidad en bienes y servicios.

El programa Ehlass merece una atención algo más detallada. Tiene por objeto el seguimiento de los accidentes domésticos y de los producidos en las actividades de ocio en el conjunto de todos los Estados de la Unión Europea. El programa ha tenido una primera fase entre los años 1986-91 tras la cual la Comisión ha planteado al Consejo la utilidad para los Estados miembros de este sistema de información y ha solicitado apoyo financiero para el mismo. En nuestro país se ha participado mediante el sistema de encuentros domiciliarios. La responsabilidad y gestión y la representación de los compromisos contraídos por la Comunidad Económica Europea en este tema son asumidos entre nosotros por el Instituto Nacional del Consumo. La encuesta correspondiente a 1993 abarcará un mínimo de 20.000 hogares en todo el territorio nacional.

Por lo que se refiere a la cooperación institucional en orden a la defensa y protección de derechos e intereses de los consumidores y usuarios, hay en escena una pluralidad de actores públicos y privados con un cometido común, el desarrollo de instrumentos que mejoren el posicionamiento del consumidor en el mercado. Crear foros adecuados de encuentro para llegar a través del consenso a acuerdos de mínimos sobre aspectos fundamentales para el desarrollo de política de consumo resulta, pues, esencial. En este sentido nos parece muy importante potenciar la Conferencia sectorial de consumo, que no es otra cosa que el conjunto de consejeros autonómicos con responsabilidades en consumo presididos por la Ministra de Sanidad y Consumo; potenciar la Comisión de cooperación de consumo, que es el equivalente a nivel de directores generales, que ha de preparar los trabajos de la Conferencia sectorial de consumo, y otros tipos de cooperación interinstitucional, entre los que merece destacarse la Comisión interministerial de ordenación alimentaria (CIOA), el Comité permanente de productos alimenticios en la Comunidad Económica Europea, la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), la Comisión para la supervisión del servicio telefónico con tarificación adicional, todas ellas con presencia, entre otros, de nuestro Ministerio. Asimismo, otro aspecto de la cooperación interinstitucional es la desarrollada mediante los convenios de colaboración en materia de consumo con las comunidades autónomas, en las cuales se acuerda la distribución de las líneas de subvención prevista en el presupuesto del Instituto Nacional del Consumo y destinada a colaboración y asistencia técnica

a las corporaciones locales en materia de consumo.

La última línea estratégica de actuación es la que se refiere a integración en otras políticas. La realidad nos demuestra a diario la interrelación existente entre la política de consumo y el resto de las políticas que planifica y ejecuta cada nivel administrativo. La práctica cotidiana de los distintos órganos encargados de la ejecución de la política de consumo nos enseña que hay numerosas actuaciones compartidas entre diferentes departamentos administrativos, siendo habitual que expedientes que se inician por las autoridades de consumo se finalicen en otras instancias, o viceversa. A título de ejemplo, se puede citar, sin pretender ser exhaustivos, la inevitable relación entre las autoridades de Consumo y los órganos encargados de: la defensa de la competencia, el plan de calidad industrial, la política agrícola, las políticas medioambientales, los transportes en sus diferentes aspectos de infraestructura y de comunicación. Un caso especialmente claro es la coordinación en materia de comercio, puesto que en toda relación comercial existen dos partes, el consumidor y el suministrador, y, naturalmente, cualquier regulación o acción sobre los suministradores tiene su repercusión en el consumidor.

Y termino, señor Presidente, diciendo que todo lo anterior forma parte de un documento que se presentará, durante la segunda quincena de enero, a la ya citada Conferencia sectorial de consumo, con el propósito de que, si aprueba esta estrategia, la política de consumo se pueda consolidar para la presente legislatura. La política de consumo forma parte del conjunto de políticas que han caracterizado a muchas de las sociedades industriales occidentales como sociedades desarrolladas. Al igual que otras políticas que constituyen la médula de la democracia avanzada, están atravesadas por los debates entre equidad y eficiencia, entre liberalismo e intervencionismo. En ésta, como en tantas otras cosas, el secreto radica en encontrar el justo equilibrio entre extremos, a veces contrapuestos y no siempre fácilmente conciliables. En pocas palabras, el diseñar una relación equilibrada entre compradores y vendedores, algo completamente alejado tanto del arbitraje como de la retórica. Ciertamente, la política de consumo es algo más que la transposición de directivas referentes a etiquetado de envases. A lo largo de mi intervención he pretendido destacar su importancia tanto en términos de competitividad de nuestro sistema productivo, como de calidad de vida de nuestros ciudadanos, de todos nosotros. Del mismo modo que las asociaciones de consumidores han ido aceptando que el fomento de la competencia y la transparencia de los mercados sólo puede redundar en beneficio de todos, el sistema productivo debe ir también asimilando el punto de vista de los consumidores a la hora de diseñar nuevos productos y servicios. La idea de que el marketing o las prácticas de monopolio todo lo pueden pertener ya, afortunadamente, al reino de la fantasía. En un mundo cada vez más competitivo e interdependiente, en un mundo de recursos, a veces escasos y siempre limitados, el diálogo entre productores y consumidores no es sólo necesario sino indispensable. Forma, junto al diálogo en-

tre trabajadores y empresarios, hombres y mujeres, jóvenes y viejos, sanos y enfermos y, por extensión, entre países desarrollados y países en desarrollo, el sustrato de la mayor parte de los debates sobre el futuro de nuestra sociedad.

No pretendo especular aquí sobre el inmediato futuro de las asociaciones de consumidores o sobre los distintos modelos teóricos de su relación con la Administración o con la industria. Desearía tan sólo llamar la atención de SS. SS. sobre el momento particularmente decisivo en que nos encontramos en materia de consumo. Mucho de lo hecho hasta aquí nos permite, sin desconocer las dificultades existentes, ser moderadamente optimistas, a condición de que todos contribuyamos a fortalecer el punto de vista y la capacidad de expresión de los ciudadanos como consumidores y la flexibilidad de nuestras empresas para adaptarse al mismo, tanto a escala nacional como europea y global. No me parece exagerado decir que gran parte del futuro de nuestro país depende de ello.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Se abre un turno de intervención de los distintos grupos parlamentarios.

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

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Señor Subsecretario, bienvenido a esta Comisión. Le agradecemos su exposición y las ideas que ha aportado para que comentemos y, como decía usted al principio, intentemos, en la medida de lo posible, contrastar opiniones y, si cabe, mejorarlas; los unos las de los otros, sería siempre.

Empezaré por una de sus frases, si no última, sí penúltima, y discrepando. Nosotros no creemos que nos manejemos, en política de protección de consumidores, en política de consumo, en la disyuntiva entre la equidad y la eficiencia; tampoco creemos que haya que seguir en un viejo debate entre la disyuntiva liberalismo e intervencionismo. Al final, negando la contraposición de esos cuatro términos, nosotros iríamos a algo mucho más inteligible, y es al necesario equilibrio, al razonable equilibrio entre equidad y eficiencia, entre liberalismo e intervencionismo, aceptando, de salida, lo que dijo John Fitzgerald Kennedy, de nuevo de moda por su aniversario, en el año 1964, cuando expuso por primera vez sus razonamientos sobre la posición social que en Estados Unidos habían de tener los consumidores. Iría más lejos. Nosotros aceptamos la definición que Shriker hace del consumidor, en los términos del escaso discernimiento, siempre contrapuesto a los grandes poderíos o poderes del marketing, de las grandes empresas del sistema de producción organizado y, por tanto, sí creemos que el consumidor y el usuario son actores importantes en los mecanismos del mercado y que deben tener, si no tanto como una tutela o sólo una tutela, cuando menos un factor de protección, de orientación y siempre de colaboración por parte de los poderes públicos. En otras ocasiones nosotros hemos hablado de una política de consumo que impulsaríamos, que siempre iría, desde una perspectiva «gradualista», entendemos que adaptándose necesaria-

mente, incentivando y siguiendo los aires de modernización y de liberalización del sistema económico. Creemos que un instrumento fundamental es la concertación, y en algunos de los pasajes de su intervención se advierte que en estos puntos tenemos coincidencias.

Por seguir lo que ha sido su intervención y para que sea más fácil en las líneas estratégicas que exponía, hacía una alusión a la normativa. Nuestro marco jurídico, desde luego, es peculiar. Sobre el artículo 51, que es toda una adquisición, un rasgo clarísimo de modernidad de la Constitución española, infrecuente en otros muchos textos de democracias mucho más evolucionadas y de mayor rango histórico, que no claramente en determinadas cotas de progreso o de orientaciones hacia el progreso, ese artículo 51 inspiró, en el año 1984, una ley, la 26/1984, Ley general de defensa de consumidores y usuarios, que surge después de la desgraciada y trágica crisis de la colza y que es el principio inspirador —como dice la primera Norma— del Derecho para todo lo que suponía el marco jurídico posterior; era una ley muy programática, que definía muchas cosas, que introducía muchos nuevos conceptos, que tenía, sin embargo, un déficit importante: su desarrollo reglamentario. No han sido pocos los que, en la doctrina mercantil y en otros ámbitos, han dicho que había evidentes pasajes difusos, incluso, en algún caso, contradicciones —lo ha dicho Quintana Carlo, lo ha dicho Bercovitz y lo ha dicho gente que sabía lo que decía—, de tal suerte que esa ley no tuvo el desarrollo reglamentario que invocaba en su propio texto, porque decía que al año de su promulgación será desarrollada..., etcétera. Siempre habrá una razón para decir que no podía ser desarrollada por un reglamento único, y se ha optado por una fórmula de desarrollos sectoriales, parcializados por otra serie de instrumentos, algunos de ellos —los ha mencionado ahora— que han tenido conclusión en esta fecha, ciertamente tardía. Por eso, como empecé diciendo que «gradualista» sí, probablemente ha habido algo de cámara lenta en el desarrollo, y sería una crítica fácil si no me refiriera a lo que han sido sus propios pronunciamientos. Se ha referido al desarrollo que se va a hacer al artículo 9, sobre concursos, sorteos, primas, regalos, ventas incentivadas; también hay que citar el artículo 11 que señala las garantías en los servicios posventa; o el artículo 30, sobre el seguro y fondo de garantía; ahí hay un capítulo grave, en nuestra opinión, de la Ley 26/1984, el capítulo VIII. Los artículos 25 a 28 son de una confusión tremenda, y al no haber habido un desarrollo reglamentario óptimo quizás uno de los núcleos básicos que constituye nuestra crítica está fundamentado en esto o quiero orientarlo hacia esos artículos.

Es muy difícil hablar de garantías cuando el marco de responsabilidades del que habla la ley y, por ende, de la posibilidad de la reparación de daños en consonancia con el artículo 106 de la Constitución, viene en términos tan contradictorios. Obviamente si uno de los objetivos que él ha dicho —imagino que en mi intervención volverá a salir—, el acceso a la justicia, el derecho a la reparación, es uno de los elementos fundamentales en las relaciones de consumo, tal como está en esa Ley 26/1984, cierta-

mente tiene poco de verosimilitud. De hecho, hay numerosas sentencias de tribunales que sobre este tipo de cuestiones han manifestado la escasa concreción de ese articulado y, por tanto, lo difícil de establecer el grado de responsabilidad siguiendo con lo que el Código Civil indica, la responsabilidad contractual y todos estos temas, buscando la culpa, la negligencia, es decir, en una relación de consumo, cuando obviamente las tendencias modernas ya no se orientan para nada a que el consumidor tenga que demostrar ni culpa ni negligencia ni cosa similar; incluso las orientaciones irían a la inversión de la carga de la prueba en más de una ocasión.

Hay, en los complementos que ustedes plantean a la Ley 26/1984 (las ventas de rebajas o productos pirotécnicos), una serie de cuestiones que están muy retrasadas respecto a la actividad comercial, y éste es un elemento que yo quisiera subrayar. Muchas de las actuaciones, de las intenciones, de los impulsos en términos de normativa que el Gobierno quiere plantear van ciertamente con mucho retraso respecto a la realidad comercial, aquello a lo que se someten los consumidores en este momento. Lo hay no sólo con las normas propias, el desarrollo que termino de comentar de la Ley 26/1984, sino que lo hay también respecto a lo que usted mencionaba antes, que nuestro índice de normativa es superior a la media de los países socios europeos, y esto es como lo de la botella medio llena o medio vacía. Quiero decir que quizás estamos introduciendo factores de competitividad en negativo respecto a aquellos mercados, en algún caso, o quizás estamos en un grado de protección mucho más alto, en otros. Ambas interpretaciones serían posibles, y como estamos hablando de un fenómeno económico común, yo desde luego me inclino por una mayor protección. Ahora bien, no quiero sesgar el que hay una segunda connotación en términos de competitividad, etcétera.

Respecto a las directivas europeas, ustedes en su documento plantean la responsabilidad de los productores de los productos defectuosos, y ésta es una directiva que data del año 1985, que tenía el límite de transposición en la Navidad de 1988, transposición que no ha visto la luz en nuestro ordenamiento. Hay, por tanto, cosas en las que, como digo, hay que tener una perspectiva «gradualista», sí, pero que se han ido quedando en el camino y que no alcanzan ese grado de protección que antes decía. Hay que ir a las cláusulas abusivas, a los créditos al consumo, a la responsabilidad del fabricante de los productos defectuosos, donde ahora dicen ya en sus documentos que van a intervenir, y a la importantísima del prestador de servicios, tanto públicos como privados, siguiendo las orientaciones que se están dando en la Comunidad Europea, que tienen un enorme valor en una sociedad como la nuestra, en un mercado como el nuestro, donde, lamentablemente, se siguen produciendo serios problemas de la relación de consumo entre los productores de los servicios y, lógicamente, los consumidores.

Como segundo capítulo, y quiero ir deprisa, hay una cuestión que a nosotros nos interesa mucho, el acceso a la justicia. Efectivamente, el último desarrollo sobre la originaria Ley de arbitraje en realidad no es *stricto sensu* un

acceso a la justicia. El arbitraje es una relación, en principio y en la práctica, de equidad y no de derecho que tiene desde luego, en nuestra opinión, ventajas importantes, en tanto en cuanto es un régimen voluntario que tiene un trámite rápido, pero tiene el inconveniente de que con él, salvo en cuestiones de pequeña o menor cuantía, los grandes asuntos difícilmente podrían tener solución. De hecho, se oyen voces en algunos ámbitos planteando que el arbitraje no fuera algo opcional y voluntario, sino que no hubiera, en cualquier caso, sectores de productores de servicios (fabricantes, industriales o lo que fuera) que quedaran al margen del sometimiento al arbitraje. Es decir, que si hablamos de acceso a la justicia, podremos decir de manera discreta que el arbitraje es un mecanismo de justicia; lo es de equidad, no lo es de derecho, y probablemente haya que avanzar en la línea de cierta obligatoriedad, por la concertación inicialmente, sin desoír, no obstante, aquellas voces que pueden plantear la exigencia de que el sometimiento al arbitraje fuera algo obligatorio en su momento. No se trata de apresurar tampoco las cosas; se trata de garantizar mecanismos de encuentro para la resolución de los problemas de consumo, porque ahí es donde está la mayor cuestión, e hilvano lo que dije sobre el título VIII de la Ley 26/1984 con el arbitraje. Si no se llega a definir con precisión, por desarrollo reglamentario como debió haber sido inicialmente por la transposición de esas directivas, lo que es el marco de la responsabilidad y, por ende, el seguro obligatorio y el fondo de garantía y, por tanto, el derecho a la reparación, en el arbitraje nos encontramos en esa fórmula que tendríamos que tener garantizada de manera muy diáfana por la vía jurisdiccional. En ese sentido luego haré un comentario y le pediré su opinión sobre el sistema francés puesto en marcha ante los tribunales de primera instancia para los problemas de consumo y de vivienda, en el límite económico de los 30.000 francos. Imagino que tienen conocimiento de cuál es la práctica francesa, que quizá podría tener algún interés aquí, habida cuenta de que están ligeramente dislocados, al menos en nuestra opinión, el marco de responsabilidad, el acceso a la reparación, el arbitraje y, digamos, la justicia ordinaria. Nosotros orientaríamos el tema a que entrelazaran todo de manera que hubiera mayor garantía para el consumidor.

Seguiré rápido. A nosotros nos importa mucho la relación entre las instituciones, por una razón fundamental y breve. Estamos hablando de un mercado único europeo. Obviamente nuestra armonización, nuestra relación con los Estados socios es un imperativo de la voluntad política compartido por todos, pero no es menos importante la garantía de la unidad de mercado interior. Es decir, coincidimos en competencias (digo coincidimos porque yo soy alcalde, no por otra cosa) los ayuntamientos —no tienen una capacidad normativa sino con las OMIC y demás—, las comunidades autónomas, el Estado, Europa en definitiva. Pueden producirse disfunciones; de hecho, en algún caso —no citaré con precisión para no entrar en ese debate— se pueden establecer distintas perspectivas que obviamente deben evitarse. Nuestro criterio es que

en la relación institucional, manteniendo el respeto competencial, por supuesto, tiene que haber un elemento básico de coordinación que tenga como pilar fundamental la unidad de mercado dentro del propio Estado español.

Respecto a las asociaciones de consumidores, nosotros creemos que ha llegado la hora, y en esto les aplaudimos, de plantearnos la autofinanciación, la especialización y desde luego los logros de representación en los distintos organismos (Consejo de Consumidores, etcétera, todos aquellos organismos de ámbito estatal en los que ya participamos) parece una posición a defender en favor de las asociaciones de consumidores. Pero es importante que no haya sesgo. Nosotros le hacemos la crítica de que la ley en su momento hablaba de la naturaleza, el número de asociados y demás, y luego disposiciones de rango muy inferior, que pueden entenderse como desarrollo, han conducido de alguna manera a un modelo de asociaciones que han sido en realidad las preferentemente subvencionadas desde el Instituto en los últimos años. Creemos sinceramente que es un papel fundamental en la representación de los consumidores, en la participación, en los mecanismos institucionales de las asociaciones, e insistimos en que se vaya al horizonte de la autofinanciación y desde luego de la especialización.

Como breve comentario, le diré que es tremendamente importante lo que comentaba en el punto quinto de su exposición, la investigación de futuro, la prospección de hacia dónde caminamos y de cuál es la opinión y la sensibilidad social ante los programas y los problemas que se van desarrollando. Les animamos con toda sinceridad a que para la protección de los consumidores españoles impulsen desde su Ministerio algo que dijo en último lugar antes del párrafo filosófico, la integración de este tipo de criterios y filosofías en esas otras políticas de otros departamentos ministeriales, de otras instituciones públicas españolas que deben mantener en sus perspectiva este modelo, que yo negaba que fuera de tutela, y que lo mantengan en el equilibrio razonable entre la equidad, la eficiencia, el liberalismo y la intervención.

Termino subrayando las cuatro cosas que en principio han centrado mi intervención, aunque podíamos hablar mucho más. Para nosotros es muy importante que sigan trabajando en el esquema de responsabilidad, reparación, arbitrajes y acceso a la justicia real, y le planteo si conoce o nos puede aportar datos sobre la experiencia francesa que ha intentado establecer esa rótula en la jurisdicción de primera instancia para esos pequeños problemas, inferiores en presupuesto o evaluación a 30.000 francos; que sigan la vía con el asociacionismo en la protección, en el fomento, en el impulso del asociacionismo de los consumidores por la vía de la autofinanciación, y nosotros creemos que por la de la especialización, y que mantengan la coordinación, que es muy importante, a los efectos de no generar desequilibrios en el mercado interno del ámbito estatal.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV) el señor Gatzaga...etxebarría, perdón.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Señor Presidente, gracias. Señor Gatzagaetxebarría. Le disculpo porque es la primera vez que usted lo pronuncia, señor Presidente.

Agradezco al señor Subsecretario de Sanidad y Consumo la comparecencia en la Comisión y las explicaciones que nos ha dado.

Las líneas generales que ha expuesto del funcionamiento de la política de consumo nos parece que son correctas, es decir, es lo que se viene verdaderamente haciendo, pero quería realizar algunas consideraciones partiendo, en primer lugar, del tema del asociacionismo.

Efectivamente, los poderes públicos, tanto los centrales del Estado como los autonómicos, han impulsado el asociacionismo y han surgido organismos consultivos, tanto en los poderes centrales como en los autonómicos. Nuestro Grupo quería preguntarle al señor Subsecretario, sabiendo que existen unos criterios de representación en el Consejo de Consumidores, por qué organizaciones como la Organización de Consumidores y Usuarios, con una larga trayectoria, no participan activamente en este Consejo. Es una cuestión que creo que algunas otras veces se ha planteado, pero pienso que merece la pena que la Administración en materia de consumo dé una opinión fundada. Estamos de acuerdo en que se debe propiciar el asociacionismo, pero con una finalidad también y es que estas entidades busquen, en la medida de lo posible, la financiación propia. Creo que en el Estado que hemos creado, en este momento de política de subvenciones, de dependencia de la Administración, hace que todos seamos, pienso, responsables de que no haya esa excesiva dependencia de los poderes públicos, porque suscita que en vez de que exista una independencia y una objetividad, a veces se carezca de ella. Es cierto, tanto por experiencias que pueden existir a nivel de Gobierno central como de gobiernos autonómicos, que efectivamente era necesaria esta política de ayudas para que surgiera el movimiento asociativo de protección del usuario y del consumidor, porque partíamos de una realidad social que no tenía una historia, que no tenía una experiencia en esta cuestión. Por tanto, creo que se debe caminar en la línea que usted señalaba, es decir, este tipo de entidades también tienen que tender hacia una financiación propia. Efectivamente la ayuda del poder público hay que valorarla, pero también la actividad propia que generen estas entidades creo que debe originar que puedan financiarse en un porcentaje.

Tocaba ustes, señor Subsecretario, el tema de la cooperación. Me parece que la cooperación tanto entre poderes públicos, administraciones como competencia en materia de consumo, como, cuestión a la que usted se refería a renglón seguido, interrelación con diferentes materias —con el cruce competencial que ahí se produce— es una cuestión controvertida, porque al final, con esa amalgama de materias, unida a la amalgama de poderes públicos que puedan intervenir en determinadas cuestiones, se puede producir, y de hecho se produce, la desprotección del usuario o del consumidor. Por ejemplo, cito una experiencia en la política alimentaria, que es el cruce y los

diferentes haces competenciales que intervienen: en materia de agricultura, de pesca, de comercio, de consumo, y las facultades inspectoras de las corporaciones locales, que produce un vacío que hace que a veces no haya ningún poder público, ni el central ni el autonómico ni el municipal, y que, a veces, al final choquen todos y el que resulta perjudicado es el consumidor. Creo que es un tema importante porque requiere de una visión de altura de todos los poderes públicos y de todos los dirigentes que en ellos están para que no se produzcan situaciones como las que se dan con los fraudes agroalimentarios, donde hay ese cruce competencial de si soy yo o es el otro, y yo intervengo por consumo, yo por comercio, yo por pesca y tú por agricultura, y en definitiva hay diversos cuerpos de vigilancia o de inspección que no intervienen como es debido, y el que paga el pato al final puede ser el consumidor. Por ello creo que organismos como los que usted ha citado, tanto la Comisión de cooperación a nivel administrativo o la Conferencia sectorial más a nivel político, son importantes, puesto que pueden cumplir la finalidad de servir como instrumentos de puesta en común de experiencias administrativas y de aunar políticas de acción tanto de las comunidades autónomas como del Gobierno central. Creo que se deben potenciar este tipo de actuaciones y caminar en esta línea. Me parece que es importante porque, al fin y al cabo, si se produce esa descoordinación administrativa el que resulta perjudicado es el usuario, el consumidor de los servicios.

Por lo demás, señor Subsecretario, me ha parecido bastante sensato el planteamiento que usted ha hecho, que es genérico también. Bajando a lo concreto, quería hacerle dos sugerencias, preguntas o aclaraciones relativas a la regulación, por parte del Gobierno, en cuanto a la desprotección que en algunos casos se está produciendo de la titularidad o la adquisición de bienes inmuebles en régimen de multipropiedad. ¿Qué posición tiene el Gobierno al respecto? ¿Qué planteamientos tiene? ¿Qué propuestas tiene? ¿Qué es lo que el Gobierno va a hacer en la materia? Si no estoy equivocado -y usted me corregirá si no estoy en lo cierto- recientemente se ha aprobado en el ámbito de la Comunidad Europea una directiva regulando esta cuestión. Quería que me aclarara cómo se va a actuar a nivel estatal en la transposición, en la adaptación, qué plazos tenemos, etcétera. Yo creo que ésa es una cuestión importante, juntamente con el tema de las ventas de algunos productos a través de catálogos a distancia, que también se está regulando. Me gustaría saber qué perspectivas tiene el Gobierno al respecto y si antes de emprender una regulación de estas características, se tratará en una conferencia sectorial y participarán las comunidades autónomas, puesto que estas regulaciones, en definitiva, muchas veces obedecen a títulos competenciales diversos, puesto que se mezcla la legislación civil con lo que es el tema del comercio interior, con lo que es el consumo, etcétera, y ahí existe un reparto competencial diversificado entre los estatutos de autonomía y la Constitución. Por ello yo entiendo que muchas veces hacer política de protección del consumidor puede ser difícil, puesto que hay que aunar muchas voluntades, hay

que coordinar y hay que colaborar con muchas entidades públicas, y entiendo que en las circunstancias políticas actuales muchas veces suele costar. Por ello, desde nuestro Grupo político, queríamos otorgar al planteamiento que usted ha realizado un margen de confianza en las líneas que usted ha expuesto. Efectivamente nos parece positivo que se haya de caminar en la línea de la colaboración entre poderes centrales y poderes autonómicos, juntamente con los poderes locales, en la medida en que se producen esos diversos cruces en determinadas materias, ya que si no se logra esa verdadera coordinación, el que resulta perjudicado puede ser el usuario.

Por ello, nada más quiero sugerirle y pedirle que me aclarara estas cuestiones que, efectivamente, yo creo que están un poco en el candelero y sobre las que el ciudadano quiere que verdaderamente reciban una solución de los poderes públicos.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Señoras y señores Diputados, quiero agradecer en primer lugar su comparecencia, así como la exposición que nos ha hecho el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Conde, para informar a esta Comisión sobre la política de consumo que piensa desarrollar el Ministerio.

En primer lugar quisiera hacer unas consideraciones generales para dejar para el final unas preguntas muy concretas. No podemos olvidar que España se ha incorporado tardíamente a esa sociedad de consumo, lo cual se ha traducido en la práctica inexistencia de actuaciones en materia de protección de los consumidores y usuarios hasta la década de los 80. Ello ha exigido ir priorizando en cierta manera unas áreas determinadas de actuación para llegar a este nivel de protección de consumidores y usuarios, ya habitual en el contexto socioeconómico europeo.

Otra consideración es la que haría referencia al marco legislativo y competencial sobre la materia, ello sin olvidar, incluso, las sentencias del Tribunal Constitucional sobre algunos recursos de comunidades autónomas. De hecho, por tanto, tenemos la diversidad de competencias entre las diferentes comunidades autónomas, sin olvidar las posibles modificaciones que puedan surgir en un futuro cercano, dada las reformas de algunos estatutos que han de producirse; por ello -ya lo ha dicho el señor Conde- existe la necesidad de cooperación entre los distintos niveles, empezando por Comunidad Europea, Administración central, comunidades autónomas, incluso corporaciones locales.

No vamos a hacer en este momento una valoración de las líneas de actuación que nos ha expuesto el señor Subsecretario con relación a la política de consumo, pero, eso sí, vamos a estudiarlo con mayor detalle para hacernos una mejor idea, dada ya la importancia que el tema nos merece.

Las preguntas concretas a las que me refería en un

principio son las siguientes. En primer lugar, cuándo piensa el Gobierno tomar las medidas concretas, y cuáles serán, en el sentido de rebajar los créditos hipotecarios al consumo, etcétera, por parte de la banca hacia los consumidores. La segunda pregunta sería: ¿qué medidas piensa adoptar frente a las entidades bancarias para hacerles respetar las circulares del Banco de España y las de las directivas europeas en lo que hace referencia a las cláusulas abusivas en los contratos para que haya transparencia en la información así como en sus operaciones. La tercera pregunta es doble. Referente al cobro de comisiones por parte de las entidades bancarias, quisiéramos saber quién las autoriza y, por otra parte, si existe una adecuada información al consumidor. Finalmente, le preguntaríamos al señor Conde, cuándo se aplicará la Ley general de consumidores y usuarios sobre el acceso a la información de los consumidores de manera gratuita en las televisiones públicas.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Sabaté.

El señor **SABATE IBARZ**: Nosotros también agradecemos la presencia del señor Subsecretario en esta Comisión hoy y le queremos expresar nuestro apoyo a sus planteamientos, que coinciden con los nuestros, como no podía ser de otra manera; planteamientos que merecieron recientemente la confianza de la mayoría de los españoles. Sabemos además que estas líneas de actuación son el fruto del diálogo con las diferentes asociaciones que están interesadas en el tema del consumo y con las diferentes comunidades autónomas también. Por eso esperamos con sumo interés el desarrollo de la conferencia que nos ha anunciado en la segunda quincena de enero, la Conferencia sectorial de consumo.

Tenía un par de preguntas, una de las cuales me la ha pisado el portavoz del Grupo Vasco (PNV), pero, en fin, quizá la reiteración le sirva al señor Subsecretario para ver el interés que tenemos diferentes grupos parlamentarios en el tema de los contratos de propiedad compartida, lo que se ha venido llamando la multipropiedad, después de la directiva que para proteger a los ciudadanos en esta materia se acaba de aprobar por el Consejo de Ministros de la Unión Europea y teniendo en cuenta que nuestro país está considerado como el segundo país del mundo en oferta de multipropiedad. Reitero también la demanda de información al señor Subsecretario sobre cuáles son los planes del Ministerio en esta materia.

Otra pregunta es la referida a las asociaciones de consumidores. Nosotros coincidiríamos también en la necesidad de que, en la medida de lo posible, dichas asociaciones vayan contando cada vez más con recursos propios, pero no olvidamos que la nula tradición asociativa en este país desde hace mucho tiempo, y más en este campo, ha impedido que surgieran estas asociaciones; ha impedido que éstas tuvieran el número de afiliados suficientes y el número de recursos suficientes como para sostenerse por sí mismas. Por eso animamos al Ministerio a continuar en esta política de subvención y apoyo al

asociacionismo de consumidores. En todo caso, le quería preguntar cuáles son los criterios que se van a seguir en este ejercicio presupuestario para conceder estas subvenciones, cuál va a ser el método para distribuirlas, si se va a contar con la audiencia y con la opinión de las asociaciones, qué información nos puede dar al respecto.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para contestar a las distintas intervenciones tiene la palabra el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): En primer lugar y con carácter general, lo que quisiera de verdad es agradecer el tono y contenido de las intervenciones de los diferentes grupos, porque han respondido a una invitación que se hacía de que hubiera propuestas y sugerencias que permitieran enriquecer nuestra política de consumo. Realmente yo creo que las ha habido y de manera muy notoria, muy importante.

En primer lugar, señor Cartagena, yo creo que estamos básicamente de acuerdo con el diagnóstico de la situación, con ligeros matices diferenciales en cuanto al modo de abordar las soluciones. Yo he pretendido en todo el discurso insistir en lo que pudiera ser las cuatro líneas fundamentales: una, que por encima de todo pretendemos defender los intereses de los consumidores, pero la segunda y ligada con ésta es que en modo alguno eso está reñido con una competitividad adecuada a las empresas. Creemos que el mejor modo de garantizar esa competitividad en un contexto globalizado como en el que nos movemos es que los servicios y productos tengan una calidad que les permita competir. Por consiguiente, el sector productivo debe ser el primer interesado en esa calidad, que lógicamente es un interés del consumidor. La tercera línea es la de la concertación, búsqueda permanente de lugares de encuentro, de acuerdos entre las partes, evitando en lo posible tener que recurrir a la imposición. Esa es una línea que hemos mantenido y que pretendemos seguir manteniendo en torno a nuestra política de consumo. Por último, el principio de tutela en la medida que, a pesar de todo lo dicho, es cierto que en este juego de equilibrios siempre puede haber alguna parte más débil, más desigualdad, que es el consumidor, que necesita ser tutelado y protegido.

Todos sus comentarios –a mi modo de ver extraordinariamente interesantes– sobre lo que ha significado el artículo 51 de la Ley y la posterior Ley 26, de Defensa de los Consumidores y su lentitud en el desarrollo, es una alusión que yo comparto absolutamente. Creo que la Ley de Defensa de los Consumidores ha tenido, sobre todo, un enorme valor didáctico –por calificarla de alguna manera– en cuanto a la cultura social española. Su incorporación al cuerpo legal español ha dado lugar a mejorar la conciencia de la necesidad de esa protección al consumidor. Ciertamente ha tenido un desarrollo muy lento y muy sometido, no solamente a avatares de orden técnico-jurídico que lo han hecho difícil, sino a razones de orden político de sucesivos procesos electorales que no lo han

hecho fácil, recursos de inconstitucionalidad incluso por parte de algunas comunidades autónomas.

En relación con el tema anterior quiero también decir que en cuanto al retraso de algunas directivas a las que se ha referido, están muy relacionadas con el decaimiento de leyes por procesos electorales. De todas formas, y remitiéndome a los tres aspectos que S. S. ha subrayado al final, creo que ha definido con bastante acierto el entrelazamiento entre lo que es responsabilidad, reparación, arbitraje y acceso real a la justicia. Nosotros estamos muy satisfechos con el funcionamiento del sistema arbitral de consumo. Creemos que todavía es poco conocido y probablemente por ser poco conocido no está suficientemente extendido, pero estamos también convencidos de que hay márgenes en los que hay huecos que habría que llenar para permitir el acceso real a la justicia. No obstante, creemos —y la experiencia en alguna comunidad autónoma así lo avala— que el funcionamiento de ese sistema reduce los huecos considerablemente y resulta muchísimo más práctico —y así nos lo han hecho saber desde instancias judiciales— que imperativos de norma mucho más complicados de iniciar y de ejecutar.

Ha planteado S. S. su opinión en cuanto al asociacionismo y su apoyo a la idea de que sea cada vez más autofinanciado y cada vez más especializado; diagnóstico que compartimos y que apoyamos, si bien es cierto que durante algún tiempo —como se ha sugerido desde el Grupo Socialista—, creemos que todavía es preciso mantener un nivel de subvención para garantizar la existencia de ese movimiento asociativo.

Por último, se ha referido a algo a lo que también han hecho mención los representantes de los Grupos Vasco y Catalán, y ha sido animarnos a continuar en esta línea de coordinación entre el funcionamiento de todas las administraciones, extraordinariamente laboriosa, engorrosa, a veces, pero en la que estamos seguros que por parte de todas las administraciones —y aquí no tenemos ningún tipo de reticencia ni temor—, tanto las autonómicas como las municipales y naturalmente la del Estado, hay una voluntad muy decidida de encontrar esas cooperaciones y coordinaciones para garantizar de verdad que el usuario esté cubierto y no sucedan cosas que a veces pueden suceder por esos entrelazamientos de haces competencias.

Voy a referirme ahora a algunas cuestiones muy concretas que ha mencionado el representante del Grupo Vasco y que tienen que ver con los criterios de representación del asociacionismo. La primera y mayor voluntad de este departamento —se lo puedo garantizar— es que encontremos, de verdad, el procedimiento por el cual el asociacionismo realmente represente a los consumidores, a los ciudadanos. Eso no es fácil, en primer lugar, por la propia estructura de las asociaciones de consumidores con las que estamos haciendo un importante trabajo a la búsqueda de uniones, federaciones, asociaciones más amplias que den cabida y representación estatal a todo el asociacionismo. Esa es una línea.

Otra línea consiste en trabajar sobre los criterios de representación en los órganos legalmente establecidos ta-

les como, el consejo de consumidores. Le puedo garantizar, desde el punto de vista institucional, que estamos dispuestos a reformar lo que haya que reformar en normas de desarrollo de la Ley de Consumidores, para garantizar esa representación. En su momento hubo una organización de consumidores muy conocida —la OCU— que no solicitó formar parte de aquel consejo y no lo hizo porque, con arreglo a los criterios que se habían establecido, opinaba que no tenía posibilidad de estar. Ciertamente este es un problema que nos preocupa e insisto en que los criterios que en su día se establecieron para estar representados, que fueron unos criterios de orden territorial y de carácter de la asociación, pueden ser en cualquier momento revisados para garantizar esa representación adecuada de todo el asociacionismo español.

Ha insistido S. S. en la autofinanciación y, creo que lo hemos mencionado, ahí estamos en la línea de animar a las de revistas para que presenten y publiquen estudios comparativos, tema que interesa a toda la sociedad, que modula extraordinariamente el mercado y que, a su vez, es una fuente importante de autofinanciación del asociacionismo de consumidores.

Voy a aclarar el tema relativo a la multipropiedad, sobre el que tanto el Grupo Vasco como el Grupo Socialista han formulado algunas preguntas. Les puedo informar con bastante conocimiento y de primera mano porque me ha tocado representar al Gobierno español, presidiendo la delegación que el viernes pasado aprobaba en Consejo de Ministros la propuesta de directiva relativa a la multipropiedad o a la propiedad compartida.

Esta directiva tenía una enorme trascendencia para España por dos razones. Una, porque efectivamente somos un sector que acoge un porcentaje importantísimo de la propiedad compartida; y, dos, porque habíase producido un manifiesto abuso en este tipo de prácticas que había alarmado a toda la Comunidad Europea y que, de algún modo, había culpado a nuestro país de algo que realmente no se cocía muchísimas veces en España, puesto que ese abuso se daba en otro país, aunque el bien radicara en el territorio español, siendo propiedad de una empresa británica, holandesa o alemana. Era una directiva difícil, porque como muy bien se ha señalado en algún momento, compatibilizar en el ámbito del consumo la garantía del derecho del consumidor y la supervivencia en términos de rentabilidad de una organización que presta un determinado servicio o producto, no es fácil. Consiguió salir adelante dicha directiva el pasado viernes gracias, creo, a la insistencia que nosotros tuvimos para que aquello se desencallara. Básicamente incluye cuatro tipos de cuestiones de garantía al consumidor.

En primer lugar, la directiva establece, con todo detalle, la cantidad y calidad de información que debe suministrarse a la persona que va a adquirir un bien en régimen de multipropiedad, siendo manifiestamente ilegal toda oferta que no cumpla con esa precisión en cuanto a la información del bien que se pretende vender.

En segundo lugar —y no era tampoco tema fácil—, el idioma en el que debía estar redactada la información y el contrato para que hubiera garantías del ciudadano.

Esto se ha resuelto bastante bien. En todo caso tiene que estar publicado en la lengua oficial comunitaria del país donde el bien radique y en el idioma que, en definitiva, quiera tener en el contrato la persona que demanda dicho contrato.

Tema de gran discusión fue el período de reflexión y desistimiento que debiera haber desde el momento en que alguien firma un contrato hasta que se hace efectivo de manera irreversible. Como ustedes saben, se había producido una práctica, y es que, sin demasiada información y con pocas garantías, había personas que, víctimas de una publicidad muy agresiva, firmaban un contrato como compradores de un bien y posteriormente consideraban que habían cometido un tremendo error del cual ya era muy difícil volverse atrás; la directiva establece que haya un período en el cual uno puede desistir del contrato sin ningún tipo de penalización económica. Ese período ha sido fijado en 10 días. Hubo alguna pretensión de dilatarlo (había países que planteaban que el período de reflexión fuese de 21 días) mucho más como garantía del consumidor, pero a nuestro modo de ver, al modo de ver de los países mediterráneos, tanto de España como de Italia, amenazaba la supervivencia del sector, ya que ese período de 21 días podía significar que uno firmase un contrato, se fuese a pasar las vacaciones y al cabo de los 21 días dijese que desistía. Se llegó al compromiso de los 10 días, en la propuesta de directiva aprobada por el Consejo de Ministros de la Comunidad Europea y que ahora tiene que pasar al Parlamento.

Me preguntaban también por el plazo de transposición y la trascendencia que ello va a tener en nuestro país. Nosotros pretendíamos que fuese lo más breve posible. Planteamos que fueran dos años, mientras que algún país, concretamente Alemania, solicitó que fuese cuatro años, por una serie de circunstancias políticas que les hacía muy difícil prever que pudieran transponerla antes. Al final se llegó al acuerdo o compromiso de tres años como tiempo máximo, si bien es verdad que, por presión nuestra, en los considerandos, en el preámbulo o en algún otro apartado de la ley, por parte de Consejo de Ministros de la Unión Europea, se insiste en instar a los Estados miembros a que hagan todos los esfuerzos posibles para acelerar al máximo la transposición de la directiva. Esos son los elementos mínimos comunes que la ley de multipropiedad habrá de tener en cada país; en nuestro país el Ministerio de Justicia tiene preparado un borrador del proyecto de ley que estaba pendiente de esta aprobación para, incorporando estos elementos, regular legalmente en nuestro país con carácter ya más preciso y general el régimen de multipropiedad.

También me han preguntado sobre la venta a distancia. Este fue un tema que en el pasado Consejo de Ministros lo único que se hizo fue poner sobre la mesa el estado de los estudios al respecto, puesto que es la siguiente directiva la que tiene previsto aprobar el Consejo de Ministros de Consumo de la Unión Europea. Esperamos que en el próximo Consejo, de aquí a unos meses, se pueda aprobar esta directiva, estando pendientes de esa aprobación para poder regular este tema en nuestro país.

El señor Cardona, de Convergència i Unió, me ha hecho una serie de preguntas relativas casi todas ellas al mundo bancario. Tengo que decir que el Gobierno difícilmente puede regular este tipo de cuestiones más allá de alertar sobre lo que está pasando, comunicar con los diferentes componentes de la banca e instar a que corrijan esas prácticas que usted ha señalado. Las comisiones bancarias, como usted sabe, son libres; el Banco de España se limita a registrarlas y a ejercer un control que en último extremo corresponde a los Tribunales de Justicia. Sin embargo, sí quiero decir que, a través del Instituto de Consumo, del Ministerio de Sanidad, nos hemos dirigido, señalando a todos y cada uno de estos elementos que usted ha mencionado, tanto a las autoridades del Banco de España como a la Asociación Española de la Banca, advirtiéndolo lo que podría pasar en el futuro si, digamos que por mecanismos de concertación o convicción, los bancos no transfieren en un futuro a sus clientes todas estas reducciones de los tipos de interés que se están produciendo.

Por lo que se refiere a la pregunta del Grupo Socialista relativa a las subvenciones, he de decir que en el año 1993 ya se han concedido, como consecuencia de una orden ministerial que previamente se negoció y acordó con el Consejo de Consumidores y Usuarios, que regula cómo habían de darse y en la que se incluyen ayudas para el apoyo en infraestructuras, ayuda para la información y también programas integrales. En el apartado de programas integrales se ha subvencionado a siete asociaciones de consumidores para programas específicos en función de su interés, capacidad de ejecución y cooperación financiera por parte de las propias asociaciones de consumidores para su realización.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Gracias, señor Conde, agradecemos su comparecencia en esta Comisión.

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

- **SOBRE SITUACION DEL PLAN DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA CANDELARIA, EN SANTA CRUZ DE TENERIFE. FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENITEZ DE LUGO, GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 181/000083.)**

El señor **VICEPRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día: Preguntas formuladas por los distintos grupos parlamentarios.

En primer lugar el señor Soriano Benítez de Lugo tiene la palabra.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: En primer lugar, quisiera dar las gracias al señor Subsecretario por su presencia en esta Comisión y, sin más preámbulo, me voy a referir al problema existente en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife, que

en los últimos meses ha sido objeto de especial atención por parte de todos los medios de comunicación como consecuencia de múltiples manifestaciones y problemas suscitados por los equipos profesionales del propio hospital como por los pacientes y, en general, por la población sanitaria de Tenerife.

Como es sabido, en el año 1986, tras valorarse el estado en que se encontraba el complejo hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria, se llega a la conclusión de la imperiosa necesidad de reestructurar este hospital. A tal objeto, es aprobado un plan director del hospital que, en líneas generales, resumía en tres puntos la situación en que se encontraba en ese momento el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria y en el que desgraciadamente se sigue encontrando hoy: Deterioro generalizado de los edificios y especialmente de las instalaciones, duplicidad de servicios y áreas de apoyo, y dispersión de medios de diagnóstico y de tratamiento en el conjunto de los edificios. Los problemas existentes en el hospital que, como digo, perviven hoy a pesar de plan director puesto que en sus distintas fases está sufriendo un incumplimiento en su desarrollo, pueden establecerse en un excesivo número de camas por habitación (el 25,4 por ciento de las camas se encuentran en habitaciones de tres y el 17,7 por ciento en habitaciones de cuatro); la mayoría de las habitaciones, como supongo sabrá el señor Subsecretario, no tienen ducha, no están insonorizadas y son de dimensiones insuficientes. En cuanto a las áreas quirúrgicas existen ocho bloques quirúrgicos diferentes distribuidos en tres edificios que dificultan toda clase de control sobre la programación y obligan al traslado de pacientes intervenidos hasta lugares situados a más de 200 metros de distancia; la UVI sólo cuenta con 15 camas; las consultas externas, cuyo número asciende a 18, están igualmente dispersas en múltiples edificios; y en algunos servicios centrales también se da una dispersión alarmante, así como en el área administrativa. Todas estas dificultades hicieron aconsejable, como digo, la aprobación, en el año 1986, de un plan director del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, el mayor de las islas Canarias sin duda, donde, como bien es sabido, existen dos hospitales en la isla de Tenerife, el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, que funciona como hospital público, y el Hospital Universitario, que funciona como concertado entre un propietario, que es el Cabildo Insular, y la red pública del Insalud, al que me referiré en otra pregunta que tengo programada para la segunda parte de mi intervención.

La fase cero es adjudicada a la empresa Ocisa. Parece ser que ha finalizado en fecha reciente, empezó en 1990 con dos años de retraso y con un presupuesto inicial de 798 millones; la fase primera, presupuestada en un principio en 2.100 millones y con un plazo de ejecución de 36 meses, aún está sin empezar; la fase segunda está presupuestada en 2.000 millones de pesetas, en 1989, el plazo de ejecución previsto es de 18 meses, debiendo finalizar en principio en 1998 y está también sin realizar, como es obvio; y, la fase tercera, con 800 millones de pesetas.

En estas circunstancias, este diputado, a lo largo de la legislatura anterior, vino preguntando en reiteradas oca-

siones al Ministerio de Sanidad sobre el incumplimiento del plan director. La fase cero, como digo, se comienza en 1990, exactamente en el cuarto trimestre, con dos años de retraso, y estaba presupuestada en 798 millones de pesetas. El 10 de febrero de 1993, el Ministro de Sanidad decía en esta Cámara que la fase preliminar -supongo que se refería a la fase cero- terminó en noviembre de 1992 y que, a lo largo de cinco años con 5.000 millones de pesetas, van a desarrollarse desde la fase cero hasta la última.

El 17 de febrero del mismo año, también el Ministro de Sanidad decía en esta Cámara que a partir de 1993 se abre la segunda fase supongo que se referiría a la primera porque la fase cero es la preliminar y luego están la fase primera la fase segunda y la fase tercera; pero con frecuencia se confunde la fase dos con la fase una, entendiéndose que la fase cero es la una. En fin, salvando estos pequeños errores, a partir de 1993, decía el Ministro, el 17 de febrero de 1993, se abre la segunda fase con una inversión aproximada de 2.300 millones a realizar en treinta meses. La finalización de las obras se prevé -decía el Ministro- para finales de 1995. La última fase -la tercera- supone 3.000 millones, y su finalización está prevista para 1998.

El 24 de marzo de 1993, el Secretario de Estado de Planificación señor Mendioroz, contestando a una pregunta formulada por este diputado, dice que las obras fueron recibidas en noviembre de 1992, con un coste de 887 millones de pesetas, lo que supone 89 millones de incremento sobre la cifra presupuestada.

La fase uno -me dice el Secretario de Estado- es de 2.343 millones, a realizar en treinta meses, y está previsto terminarla a finales de 1995 o principios de 1996. Me dice textualmente que la construcción se iniciará en el último trimestre del año -hoy estamos finalizando el mes de noviembre-, estando prevista antes la realización del correspondiente concurso y la asignación del mismo. El concurso -dice el Secretario de Estado- podrá publicarse en el «Boletín Oficial del Estado» a finales de abril o marzo de 1993 y la asignación definitiva en el mes de octubre de 1993.

Yo le dije entonces que me atrevía a aventurar -decía que estaba casi seguro- que no se iban a cumplir estos plazos. Y si la fase una estaba finalizada en 1995-96, resulta que las sucesivas fases iban a prolongarse a lo largo de este siglo, por supuesto, y nos introduciríamos en el siglo XXI.

El 29 de septiembre de 1993 -hace dos meses más o menos- decía la Ministra en el Pleno de esta Cámara que la primera fase estaba ya concluida. Insisto en que debería referirse a la fase cero o preliminar. La segunda fase, decía la Ministra -debería referirse a la primera-, prevé obras de reforma en el materno-infantil, en el edificio general y en el de traumatología. La reforma, que yo sepa, en el edificio de traumatología estaba incluida en la fase tres; pero comprendo que la Ministra todavía estaba poco impuesta en este tema, llevaba poco tiempo en el cargo y todavía no sabía precisar las fases ni el contenido de cada una de las mismas. Decía la Ministra que el proyec-

to estaba ya redactado y se encontraba en fase de supervisión técnica. Las reformas tienen un coste de 343 millones, cuando el Secretario de Estado había previsto 2.343 millones en 30 meses. Este coste de 343 millones que decía la Ministra es preciso decir qué período presupuestario comprende y también decía la Ministra que en el presupuesto de 1994 figura en el anexo de inversiones una partida para esta fase.

En resumen, concretando y para que la opinión pública de Tenerife y los medios sanitarios puedan saber a qué atenerse, voy a hacer al señor Subsecretario unas preguntas muy concretas. Primera, ¿está ya firmada por el Insalud la recepción de las obras de la fase cero? ¿Con qué fecha fue firmada la recepción de las obras? No me vale que se me diga que la fase cero está terminada; hace falta decir en qué fecha fueron recibidas las obras, a la empresa Ocisa, cuándo fue firmada la recepción de las obras por parte del Insalud.

Segunda pregunta: ¿Cuánto ha costado esta fase cero, una vez terminada?

Tercera pregunta: ¿Cuándo se va a iniciar la fase primera?

Como hemos visto, se nos había dicho que saldría a concurso a principios de 1993, que sería adjudicada a finales de 1993 y que las obras empezarían a finales de 1993. Estamos acabando el año 1993 y ni siquiera ha salido a concurso, por supuesto no han sido adjudicadas y, las obras, al ritmo que van, se van a demorar hasta bien entrado 1994, en el mejor de los supuestos.

Cuarta pregunta: ¿Cuánto importa la fase primera en su totalidad?

Quinta pregunta: ¿Durante cuánto tiempo se va a desarrollar esta fase primera?

Sexta pregunta: ¿Qué dinero está presupuestado, en 1994, para esta fase primera? Teniendo en cuenta las enmiendas introducidas en el Congreso en la Ley de Presupuestos, que ya ha sido remitida al Senado, dígame, señor Subsecretario, qué cantidad está contenida en el ejercicio 1994 para la fase primera del plan director del Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife.

Concluyo. Espero que el señor Subsecretario, con sus afirmaciones concretas a estos puntos específicos, dé satisfacción a toda la opinión médica y profesional de Tenerife, que ha venido calificando como de auténtica tomadura de pelo por parte de las autoridades del departamento los incumplimientos sucesivos del plan director. Ya sabe que el Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria es el único, la única provincia de España que no tiene una UVI pediátrica y tampoco tiene laboratorio de hemodinámica y, por el contrario, sí cuenta con una serie de deficiencias que sería largo de enumerar aquí. Como digo, me daría por satisfecho con que el señor Subsecretario, en nombre del Ministerio y del Gobierno, se comprometiera con fechas exactas al desarrollo del plan director del Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria y con las pesetas exactas que se contienen en los Presupuestos del Estado.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para contestar, tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Quiero agradecer la precisión que el señor Soriano ha tenido en su exposición, pero me hubiera gustado que esa misma precisión la hubiera utilizado para formular la pregunta, a fin de poderle responder en este momento.

Un plan director como el del hospital de Nuestra Señora de la Candelaria -en todo el territorio nacional hay varios en marcha- es tarea muy complicada, en la medida que supone ir rehaciendo un hospital mientras está funcionando. De su necesidad en Tenerife doy fe, no sólo por lo que emana de los informes producidos en diferentes épocas, sino porque lo he visto físicamente, me he paseado por allí y sé que es absolutamente obligatoria.

Rehacer un hospital mientras está funcionando, muy frecuentemente hace extraordinariamente difícil cumplir los plazos, tal cual se prevé en un principio. Por consiguiente, este fenómeno que se ha dado en el hospital de la Candelaria se da en otros muchos hospitales porque -repito- no es lo mismo hacer un hospital que estar rehaciéndolo mientras sigue funcionando.

Usted ha mencionado una cuantía económica de la fase cero distinta a la inicialmente presupuestada que, naturalmente, tiene que ver con esa circunstancia. Son modificados necesarios que surgen en el desarrollo de la obra.

Intentaré responder a las seis preguntas que tan concretamente me ha hecho. Me hubiera gustado que las hubiera hecho por escrito con la misma precisión, ya que así estaría en condiciones de poderse las responder con la misma concreción.

Las obras de la fase cero, como usted bien dice, están terminadas y le proporcionaré la fecha en que se haya firmado o se vaya a firmar la recepción definitiva, porque cuando hablamos de obra terminada sabe usted que hay una recepción provisional y otra definitiva. Se la proporcionaremos de manera inmediata.

Respecto a cuánto ha costado esa fase cero, creo que ha sido una cifra del orden de los ochocientos y pico millones. El coste exacto se lo proporcionaremos por escrito. Por favor, no se me tome al pie de la letra lo que digo ahora porque, repito, en este momento no dispongo del dato preciso.

Su señoría me preguntaba cuándo se iba a iniciar la fase primera. Las últimas cuatro preguntas tienen que ver con la fase uno, que entiendo es la que ha suscitado mayor inquietud en Tenerife habida cuenta de las diferentes cuantías con las que dicha fase ha podido aparecer en los Presupuestos Generales del Estado, en el anexo de inversiones para 1994.

Se ha dicho por la señora ministra y yo reitero aquí que el abordaje de unas inversiones de la cuantía de las que están previstas para la Comunidad Autónoma canaria en los próximos cinco años era de tal envergadura que no parecía razonable comprometer cuantías importantes en esas inversiones sin antes haber discutido el horizonte

futuro con el Gobierno de Canarias que va a recibir la transferencia de la asistencia sanitaria de modo inmediato. Cuando en junio se reanudan con gran intensidad las discusiones y negociaciones en torno a la transferencia autonómica, este asunto pasa a formar parte muy importante de la negociación transferencial, y cuando ulteriormente se conoce que, efectivamente, y dentro de la transferencia la comunidad receptora asume el compromiso de continuar las inversiones que tenía previsto el Insalud en gestión directa, es cuando se produce la incorporación por la vía de enmienda en el caso del plan director del Hospital de la Candelaria de la cuantía correspondiente a la anualidad de 1994 -y aquí puede estar el error-, no a la totalidad de la fase primera. Esa cuantía, fruto de la enmienda que usted conoce bien, está cifrada en 300 millones para el año 1994. El proyecto ya fue supervisado técnicamente, está en perfectas condiciones de poder someterse al oportuno concurso público, y el que eso se haga en lo que queda de año o se lleve a cabo a primeros de 1994 me parece que no tiene una importante trascendencia. En todo caso, lo que sí es seguro es que desde muy a principios de 1994 se inicia la fase uno con una asignación presupuestaria para esa anualidad de 300 millones, que es lo que figura en el anexo de inversiones; para una fase uno que, efectivamente, en su cuantía global se cifra en una cantidad, que también le proporcionaremos al detalle, del orden de dos mil y pico millones.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para turno de réplica tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Me ha extrañado considerablemente la contestación del señor Subsecretario puesto que mi pregunta se refería a la situación del plan directo del Hospital de la Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife. Yo creí que el señor Subsecretario iba a traer datos concretos del plan director, pero prácticamente no me ha contestado a nada, salvo la cifra de los 300 millones para la próxima anualidad, que entiendo toda ella va destinada al Hospital de la Candelaria, pero del resto no me ha contestado ni a una sola pregunta.

Lamento este nivel de información por parte del Subsecretario del departamento. También me decía al principio, para justificar el manifiesto retraso de estas obras, que ha venido a ser ratificado ahora, que el plan es complicado y que las obras estaban realizándose con grandes dificultades. Esto mismo le dije yo al señor Secretario de Estado. El 24 de marzo de 1993 le puse de manifiesto los inconvenientes y los defectos técnicos de ese plan director y leo textualmente lo que me respondió el señor Secretario de Estado. Yo le decía que la fase uno consiste en la renovación, etcétera. Me respondió: 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 ya tenemos una larga experiencia en la realización de este tipo de cosas causando el menor perjuicio posible a los pacientes. Las empresas que las 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 las obras se están realizando, aunque en algún momento eso puede llevar a un mayor coste del que sería posible si se evacuara todo el edificio, cosa que no es viable. Es decir, cuando yo expongo al señor Secretario de Estado los inconvenientes técnicos del plan director, el Secretario de Estado me dice que eso está superado, que eso está resuelto, que no me preocupe, que hay una empresa especializada. Ahora usted me da como explicación de este retraso las dificultades del propio plan director. Francamente, no lo entiendo.

Insisto, haré las preguntas por escrito porque veo que serán los funcionarios del departamento los que me tendrán que contestar a ellas, pero, insisto, usted no me ha dicho si ya está firmada la recepción de las obras de la fase cero; no me ha dicho usted cuánto ha costado la fase cero -me ha dicho que aproximadamente 800 millones-; no me ha dicho usted cuándo se inicia la fase primera, y le vuelvo a decir que la señora ministra ha engañado a esta Cámara, porque la señora ministra dijo que el concurso se realizaría en octubre de 1993, mejor dicho, que se anunciaría antes -ya no recuerdo exactamente la fecha, pero lo dije en la primera parte-; la señora ministra dijo que las obras se empezarían a ejecutar a finales de 1993, estamos ya a finales de 1993 e insisto ni ha salido el concurso, ni se ha resuelto, ni se han iniciado las obras. Es decir, tampoco me contesta usted cuándo se van a iniciar las obras de la fase primera, que, además, es lo que ha dado lugar a todas las manifestaciones que se han producido en Canarias, a todas las quejas de los médicos, y esto es lo que está poniendo en el candilero a toda opinión pública en la isla de Tenerife. ¿Cuándo se va a iniciar la fase primera? Usted me sigue demorando esa fecha y está usted tratando de salvar lo que dijo la ministra, pero, indudablemente, ya a estas fechas la señora ministra no ha dicho la verdad en esta Cámara. Tampoco me ha dicho usted cuánto importa la fase primera en su totalidad a pesetas de hoy; durante cuánto tiempo se va a desarrollar esa fase primera. Usted sólo me ha dicho cuánto está presupuestado, en 1994, para llevar a cabo esta fase primera, pero no me ha contestado a nada más, y esa cifra me la ha dado porque ha salido en todos los medios de comunicación, ya que el debate de los presupuestos en esta Cámara ha tenido lugar la semana pasada.

En definitiva, estoy francamente insatisfecho de sus contestaciones, lo que pone de manifiesto la falta de previsión por parte del departamento en relación con el Hospital de la Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife, y estoy seguro de que sus respuestas van a encorajinar más a todos los médicos y a todos los profesionales que trabajan en el Hospital de la Candelaria.

El señor **VICEPRESIDENTE**: El señor Conde tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Por lo que se refiere a los tiempos y a las dificultades en cuanto a si se puede hacer yo creo que no hay contradicción alguna. Efectivamente, es difícil hacer un hospital, rehacerlo mientras está funcionando y, efectivamente, hay empresas que se comprometen a hacerlo, lo cual no quiere decir que en los plazos previstos no haya que introducir modificaciones con mucha frecuencia, y eso forma parte de las previsiones de ejecución de la obra.

Le había dicho a usted que yo traía la información que globalmente estaba disponible, que para el año que viene hay 300 millones y que la obra está terminada; si usted me hubiera preguntado con ese grado de precisión, hasta donde yo hubiera podido contestarle le hubiera respondido con ese mismo nivel de precisión.

Quiero insistir en que estamos produciendo un proceso transferencial en este momento. En consecuencia, entre todos habremos de decidir si es prudente que a toda velocidad saquemos un concurso de obra en diciembre, o esperemos a que se haya producido la transferencia y se publique el concurso en enero o en febrero.

- SOBRE PUBLICACION DE LOS INDICADORES DE SALUD, ASI COMO MEDIDAS TOMADAS PARA QUE EL SISTEMA DE INFORMACION SANITARIA ESTE EN CONDICIONES DE ELABORAR INDICADORES DE SALUD QUE REFLEJEN LAS DESIGUALDADES POR FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN, GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000095.)

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para formular su pregunta, la señora Maestro tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señorías, señor Conde, la pregunta que he formulado, que, como todos ustedes saben, en la anterior legislatura y en ésta es objeto de preocupación especial para mi grupo parlamentario, tiene relación con dos proposiciones no de ley que yo misma defendí en esta Comisión, mejor dicho, en la Comisión de Política Social y Empleo, la pasada legislatura. La primera de ellas se refería al retraso, a mi juicio injustificado, del Ministerio de Sanidad por lo que tiene que ver con incumplimiento de compromisos concretos con la Organización Mundial de la Salud en la elaboración y publicación de indicadores de salud, herramienta indispensable para la elaboración de programas de salud que sirvieran para acercar a todos los pueblos de la región europea al objetivo de salud para todos en el año 2000. El Ministerio de Sanidad publicó, en el año 1990, un Libro Verde que llamó «Indicadores de salud», que fue objeto de algún dato curioso porque faltaba alguna hoja importante en relación con la dotación de camas por comunidades autónomas. Sin embargo, a mí me parece que el

elemento más importante, los indicadores de salud que reflejan el nivel de salud de la población española, era enormemente insuficiente, es decir, había ausencias en indicadores importantes, y lo que me parece más grave, que en el listado de indicadores, salvo en el hábito de fumar, no había desagregación alguna por categoría socioeconómica, nivel cultural, etcétera, hecho que, sin duda, hacía inútiles esos indicadores para el cumplimiento del primer objetivo de la Organización Mundial de la Salud en relación con el objetivo de salud para todos en el año 2000: la disminución al 25 por ciento de las desigualdades entre grupos socioeconómicos en nuestro país.

Decía yo a los compañeros con quienes estaba aquí hablando que el tema de los indicadores a mí me parece más importante que cualquier otro tipo de valoración sobre asistencia sanitaria en la medida que es el elemento más sensible para reflejar la utilidad del sistema sanitario en una sociedad como la nuestra o como cualquier otra. Es decir, el sistema sanitario no existe para consumir consultas o para consumir camas hospitalarias; la cantidad de recursos con que dotamos a un objetivo es para valorar en qué medida se cumple esa finalidad, es decir, la capacidad del sistema sanitario de incidir o no positivamente sobre la mejora del nivel de salud de la población española. En España, en una situación de crisis económica como la que padecemos, es importantísimo saber qué está pasando sobre los niveles de salud en las diferentes capas sociales. Yo recuerdo un famoso estudio, realizado en Inglaterra, en el cual después de 40 años de sistema nacional de salud (sistema nacional de salud a juicio de una buena parte de esta Cámara de un nivel de calidad deseable para el nuestro, por lo menos en tiempos), no se habían logrado disminuir las diferencias en salud entre las capas más altas, entre los ejecutivos y los obreros manuales.

¿Qué está pasando en nuestro país con la salud de la población española? El representante del Grupo Socialista decía en el debate del Pleno que nosotros teníamos uno de los mejores sistemas de salud del mundo. Yo le dije que no lo sabía. No sabe el Ministerio de Sanidad, no sabemos nosotros en qué medida un sistema que consume una parte importantísima de los recursos es útil o no para mejorar los niveles de salud de la población española, porque no existen indicadores sensibles ni de calidad capaces de valorar esa evolución en el tiempo.

Por otro lado, esta pregunta tiene también relación con el plan integrado de salud. Yo presenté una proposición no de ley en el mes de abril del año 1992. El debate debió producirse en el mes de junio en la Comisión de Política Social y Empleo, y tengo que recordar que se me acusó de oportunista porque yo instaba al Gobierno a remitir el plan integrado de salud en un plazo no superior a seis meses y se me dijo que era oportunista porque ya lo iba a remitir el Ministerio en ese plazo y lo que yo pretendía era apuntarme el tanto. Evidentemente, el plan integrado de salud no se ha remitido a esta Cámara, espero del señor Subsecretario una reafirmación de la voluntad del Ministerio de Sanidad de remitirlo en el plazo de este año.

En cualquier caso, con este preámbulo que me ha parecido indispensable para entender el objetivo de mi pregunta, yo pregunto al señor Subsecretario si se van a publicar periódicamente los indicadores de salud (recuerdo que el señor Marcos Peña a finales de la pasada legislatura también dijo que estaban a punto de publicarse los indicadores de salud) y si esa publicación de indicadores de salud va a recoger la presentación de indicadores con suficiente nivel de desagregación como para ser útiles en la planificación y la evaluación del sistema sanitario.

El señor **VICEPRESIDENTE**: El señor Conde tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señora Maestro, lo primero que tengo que decir es que comparto absolutamente la reflexión general que ha hecho sobre la trascendencia y la importancia que tiene la existencia de indicadores que miran realmente cuál es el estado de salud de nuestra población por encima de cualquier otro tipo de indicadores, puesto que, efectivamente, no todo lo que se gasta en servicio sanitario se traduce en niveles de salud de la población, y para hacer una asignación rigurosa de los recursos, para ordenar las prestaciones del sistema sanitario público, es extraordinariamente importante disponer de esos indicadores y de su evolución.

Por lo que se refiere a sus preguntas concretas, que es cuándo se van a publicar esos indicadores, aquí están (**mostrando un libro**), tengo que admitir que con retraso. Hay una proposición no de ley de la señora Maestro, de mayo de 1992, en la que se acordó un plazo de dos meses; a mí me parece ese plazo muy optimista. El resultado de la evaluación de la parte del plan de la OMS, sobre la región europea se presentó al Consejo Interterritorial de Salud en el mes de marzo de 1993 y ha habido un tiempo laborioso de edición. Tengo aquí un ejemplar, que a continuación le entregaré a la Diputada, que tiene, yo creo, novedades importantes. No he tenido tiempo de leerlo detenidamente, me parece que es un documento muy completo, muy riguroso, mejora considerablemente lo que teníamos, aporta una información valiosísima recogida de diferentes fuentes, de ahí su difícil elaboración, y, además, se ha editado también en formato de soporte informático para uso más fácil de quien quiera utilizarlo. Naturalmente está ya a disposición de los señores diputados, pero me permitirán que a la señora Maestro, que ha hecho la pregunta, le entregue personalmente este primer ejemplar.

Respecto a la segunda cuestión, que es la introducción de elementos que permitan relacionar las desigualdades socioeconómicas con los niveles de salud, ahí estamos haciendo dos tipos de cosas: una, conseguir que las sociedades científicas que tienen que ver con los ámbitos de salud pública se pongan de acuerdo en cuanto a qué tipo de indicador estándar pueda valer para clasificar por estratos socioeconómicos y, al mismo tiempo, se ha encargado un estudio de esa naturaleza a un prestigioso centro

universitario, a fin de poder disponer de un elemento indicador realmente útil, homologable, conocido y válido, puesto que hasta ahora no es fácil encontrar el sistema para, buscando esos indicadores, conseguir las interrelaciones con los indicadores de salud. Por consiguiente, publicado está, la edición llegó a finales del mes de octubre -con retraso pero está- y yo creo que muy mejorado y muy adecuado, además, a los indicadores que los objetivos del plan de salud para todos establecía.

Por lo que se refiere a la parte socioeconómica, es un objetivo que queremos poder estar en condiciones de introducir en los indicadores existentes cuando dispongamos de la medida adecuada.

Con relación al plan integrado de salud (al que también se ha referido la Diputada y a esa famosa acusación de oportunismo) ha habido un documento, que a todas luces era insuficiente, y que, para poderse presentar y poder representar realmente al plan integrado de salud, tenía que contar con todos y cada uno de los planes de las comunidades autónomas. Había, por así decirlo, el esqueleto del plan integrado de salud y a ese esqueleto hay que incorporar los elementos de los planes de salud de las comunidades autónomas. No me atrevo a dar un plazo, pero relativamente pronto estaremos en condiciones de poder presentarlo.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para turno de réplica, la señora Maestro tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: La verdad es que -lo digo por el resto de la Comisión- ignoraba este hecho y la presentación de la pregunta no tenía ninguna relación con mis conocimientos previos de que se fuera a publicar. En cualquier caso, me congratula que ello se haya producido.

En el turno de réplica, quería insistir en un dato y es que la publicación de indicadores está bien, pero no es un objetivo en sí mismo. Es un elemento indispensable para la planificación y evaluación sanitaria.

Aprovecho la presencia del señor Subsecretario para que, en primer lugar, me informe de qué centro universitario y qué plazos van a permitir al Ministerio contar con estos indicadores y, en segundo lugar, su confirmación de que estos elementos formarán parte del plan integrado de salud, porque su objetivo fundamental es servir de base a la planificación sanitaria y a la evaluación, y que no ocurra como hasta ahora. La obsesión con el plan integrado de salud no se corresponde a ninguna fascinación por la planificación que no sea evitar solamente hacer algo no positivo, como es la racionalización de los recursos sanitarios en función de objetivos de salud, sino algo que me parece enormemente peligroso y que está detrás de las cifras de los Presupuestos Generales del Estado: que la planificación y la evaluación de los servicios sanitarios en este momento, en ausencia de plan integrado y de indicadores de salud que permitan establecer comparaciones, se hace en función de objetivos de ahorro económico, lo cual, desde el punto de vista de la salud, me parece absolutamente aberrante. Insisto, mi preocupa-

ción porque el plan integrado de salud esté sobre la mesa no es porque haya un libro más publicado, sino porque será, creo yo, un medio para evitar que los objetivos económicos continúen superponiéndose en la práctica y, de hecho, a objetivos de salud de la población.

El señor **VICEPRESIDENTE**: El señor Conde tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Voy a puntualizar solamente tres cosas. La primera decirle de nuevo que comparto esa preocupación. A mí me parece que no se trata de un ejercicio académico para publicar datos más o menos interesantes o brillantes que podían incluso decir que estamos muy bien de salud en relación a otros países, sino que es un instrumento absolutamente imprescindible para ordenar los recursos sanitarios. Todos los que, procediendo del campo de la asistencia sanitaria, hemos llegado a administrar Sanidad, hemos ido concluyendo con alarma cómo al igual que en otros países muy avanzados el hecho de producir muchos actos de servicio sanitario no siempre se traduce necesariamente en mejores niveles de salud, y nos hemos encontrado muy desarmados a la hora de tomar decisiones sobre si habría que poner más o menos camas, más o menos aparatos de diagnóstico, más o menos quirófanos; para eso, efectivamente, necesitábamos ese instrumento.

La ausencia de plan integrado de salud en este momento como documento cerrado, ultimado y acabado, no quiere decir que no se estén tomando decisiones en orden a la planificación y la ordenación de los recursos sin tener en cuenta la información disponible, que la hay; hay suficiente como para poder tomar decisiones sin estar imbuidos por principio de razones de ahorro económico, como sugiere la señora Diputada, sino por evidencias informativas que ya tenemos.

Por último, es el Centro Universitario John Hopking, me parece que es el departamento de Vicente Navarro, y le daré luego el plazo para no equivocarme.

- **SOBRE RAZONES DEL ANUNCIO DE LA SUSTITUCION DE 12 MEDICOS INTERINOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) QUE VENIAN DESARROLLANDO SU LABOR EN EL BARRIO DE LA RONDILLA, DE VALLADOLID, EN TAREAS DE ATENCION PRIMARIA, FORMULADA POR EL SEÑOR BURGOS GALLEGO, GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 181/000096.)**

- **SOBRE CRITERIOS UTILIZADOS POR LA GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE VALLADOLID PARA OFRECER LA ADSCRIPCION FUNCIONAL A LOS MEDICOS PROPIETARIOS DE PLAZAS ASISTENCIALES QUE VENIAN DESARROLLANDO SU LABOR EN EL BARRIO DE LA RONDILLA, DE VALLADOLID, EN LUGAR**

DE LA PRECEPTIVA OFERTA DE INTEGRACION, FORMULADA POR EL SEÑOR BURGOS GALLEGO, GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 181/000097.)

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para formular sus preguntas, tiene la palabra el señor Burgos.

Yo le pediría, si lo estima oportuno, dada la relación existente entre las preguntas números 4 y 5, poderlas fusionar en una pregunta, contando con que la Presidencia será generosa en el tiempo.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor Presidente, era mi deseo realizar un planteamiento común y conjunto de las preguntas números 4 y 5 del orden del día, porque ambas responden a un mismo proceso, que es la puesta en funcionamiento de un nuevo centro sanitario, con cinco nuevos equipos de atención primaria, concretamente el Centro de Salud Rondilla, en la ciudad de Valladolid, y que ha generado una serie de manifestaciones públicas, una serie de opiniones por parte de los profesionales y de los usuarios que han generado una polémica que todavía continúa en estos momentos en la ciudad de Valladolid.

En el área de atención primaria de la zona de salud de Valladolid, se tuvo conocimiento, en su momento, de la autorización emitida por la Subdirección de Atención Primaria del Insalud para proceder a la sustitución de 12 médicos interinos que venían desarrollando su actividad desde hacía aproximadamente cuatro años, con un grado de experiencia, con un grado de conocimiento de la realidad, con un grado, asimismo, de aceptación por parte de la población asistida muy notable en este barrio de la Rondilla, el más populoso de la ciudad de Valladolid. Sorprendentemente, estas plazas que se amortizaban no lo hacían para salir a concurso, sino que se autorizó expresamente su sustitución por 12 nuevos interinos, contravinendo, creo que de forma flagrante, la legislación vigente y creando un sentimiento de incertidumbre y de preocupación bastante generalizado entre los profesionales, aparte, por supuesto, de un movimiento de rechazo entre los propios usuarios, como así recogían numerosos medios de comunicación de la ciudad, llegando incluso a sembrar de pasquines todas las barriadas ante un acto que ellos decían tan arbitrario como incomprensible. Por ello, nosotros cursamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles eran las razones de carácter asistencial que justificaban el anuncio autorizado por la Subdirección de Atención Primaria del Insalud para proceder a la sustitución de 12 médicos interinos que venían desarrollando su labor en el barrio de la Rondilla, de Valladolid, en tareas de atención primaria?

Como digo, todos los sectores mostraron su preocupación y su rechazo por este proceder. El Colegio Oficial de Médicos emitió una nota, creo que muy dura, exigiendo el cumplimiento de la legalidad vigente en el acceso a dichas plazas, exigiendo que se dejaran sin efecto los contratos que se estaban realizando por parte de la Gerencia de atención primaria a nuevos médicos interinos

y, sobre todo, rogando que se hiciera con la máxima celeridad la convocatoria del concurso de integración. Los sindicatos médicos, en la misma línea, y los usuarios, como ya he dicho antes, manifestaron su voluntad y su deseo expreso de que se pudiera mantener a los médicos que venían realizando esa asistencia primaria en esas zonas de salud.

En definitiva, se estaba ante una situación rechazada por los usuarios, rechazada por los profesionales y creo que contraviniendo la legalidad vigente en esta materia. Esto se realizaba al mismo tiempo que, con el mismo visto bueno también de la Subdirección de Atención Primaria del Insalud, no se procedía a la preceptiva oferta de integración a los médicos propietarios, sino que se les proponía una adscripción funcional que, de no ser aceptada, les provocaría a todos ellos importantes perjuicios retributivos. Esos médicos generales y pediatras son los responsables del estado de salud de ese barrio y, como digo, también en el segundo caso, que daba lugar a la segunda pregunta, se produjeron manifestaciones y declaraciones públicas de los ciudadanos que apoyaban la permanencia de esos profesionales y pedían que se dejara sin efecto un proceso que se consideraba francamente irregular.

Resumiendo, en líneas generales, cuál fue el proceso de los acontecimientos, hay que decir que en el mes de junio de este año, la gerente de atención primaria determinó, a título personal, y ante la puesta en funcionamiento de estos nuevos centros, la adscripción de los sanitarios en régimen de comisión de servicios. Hecho que fue puesto en conocimiento por parte de los afectados del Colegio Oficial de Médicos, el cual denunció el atropello legal que, desde su punto de vista, suponía esa forma de proceder de la gerencia y que causó que ésta rectificara inmediatamente su posición y pidiera consultas a la Dirección General en Madrid. Por parte de esa Dirección General, del doctor García Encabo concretamente, se le surgió la oferta de adscripción funcional de carácter profesional. De esta segunda oferta tienen también conocimiento tanto el Colegio Oficial de Médicos como los sindicatos como las juntas de personal de las áreas, que vuelven a denunciar públicamente y por todas las vías institucionales a su alcance esa forma de proceder.

Desde el propio Colegio Oficial de Médicos, y en comunicación también con los propios responsables de la Junta de Castilla y León, se pide una reunión a la gerencia del Insalud en la que también estuvieran presentes el Colegio y los sindicatos. Esa reunión se convoca y los responsables del Insalud no se presentan a dicha reunión.

Poniéndonos en contacto con los médicos afectados, éstos nos informan de que han sido presionados, e incluso coaccionados y amenazados con la excedencia forzosa, para la aceptación de estos nuevos puestos de trabajo, lo que desde nuestro punto de vista supone una forma de proceder y un estilo de actuación absolutamente injustificable y rechazable. Esto se pone también de manifiesto por parte del Colegio Oficial de Médicos, en comunicación del 3 de julio, a la propia Dirección del Insalud en Valladolid, en la cual dicen textualmente que se estima

que las propuestas de integración con caracteres de comisiones de servicio o adscripciones funcionales realizadas mediante entrevista personal podrían considerarse coactivas. Esta es la opinión del Colegio Oficial de Médicos sobre esta situación.

En definitiva, por no alargarme, se ha generado un problema por parte de esta actuación, al margen de la legalidad, al margen de una voluntad de diálogo y de una transparencia que debería presidir todas estas actuaciones en relación con la puesta en marcha de este nuevo centro Sanitario en Valladolid, que ha causado una tremenda incertidumbre entre los profesionales y el consiguiente rechazo de esas fórmulas de actuación por parte de los propios usuarios y de los sectores representativos de la sanidad en Valladolid. Como consecuencia de ello, nosotros hemos preguntado también sobre los criterios que la gerencia de atención primaria de Valladolid ha utilizado para ofrecer la adscripción funcional a los médicos propietarios de plazas asistenciales que venían desarrollando su labor en el Barrio de la Rondilla de Valladolid, en lugar de la preceptiva oferta de integración.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Le voy a contestar empezando por la segunda pregunta, que es más fácil, y así nos entenderemos todos.

Lo primero que quiero decir es que, en ningún caso, a nuestro modo de ver, se ha contravenido la legalidad vigente. Otra cosa distinta es que en un proceso de esta naturaleza y derivado del mismo hay profesionales que obtienen una situación que consideran conveniente y otros, por ejemplo interinos, que tienen que salir, lo que evidentemente no es percibido, ni aceptado por cada grupo de manera similar. En consecuencia, corresponde a la Administración, en este caso, atender a sus obligaciones con independencia, repito, de cómo sea percibido por unos o por otros el poder seguir trabajando o no.

Yendo a la cuestión concreta de cuáles han sido los criterios de la gerencia de atención primaria de Valladolid para ofrecer la adscripción funcional, hay que decir lo siguiente: Dentro del programa para 1993 de la gerencia de atención primaria de Valladolid se fijaba la puesta en funcionamiento de los equipos de atención primaria de Rondilla-1, Rondilla-2, Barrio España y San Pablo, con lo que la cobertura por población atendida por el equipo de atención primaria pasaba del 46 al 72 por ciento.

La plantilla -y esto es importante- de personal sanitario de estos centros fue aprobada con fecha 19 de mayo de 1993 -plantilla para estos nuevos centros con arreglo al modelo de equipo de atención primaria-. Con fecha 2 de junio, la Dirección General del Insalud autorizó la gerencia de atención primaria de Valladolid la puesta en funcionamiento de los equipos de atención primaria de estos centros de salud. Es decir, no se podía autorizar su funcionamiento hasta que no estuvieran hechas las plantillas. Aquí estamos en lo que yo creo que puede aclarar

este problema de por qué no ha habido oferta de integración o la ha dejado de haber.

En fechas anteriores al 19 de mayo se había convocado una oferta general de integración, que es preciso finalizar, con los preceptivos concursos de traslado y concurso-oposición, antes de proceder a la convocatoria de una nueva oferta de integración. Dicho de otro modo, con arreglo a una determinada plantilla general de atención primaria, se había promovido una oferta de integración y no puede sacarse otra nueva oferta de integración a propietarios hasta que no esté ultimada la primera. Si la primera no está ultimada es técnicamente imposible proceder a la segunda, puesto que quedarían todavía asuntos pendientes de resolver, como a qué plaza se incorporaba uno o a dónde llegaba otro por un concurso de traslado. Eso querría decir que habría que renunciar a abrir equipos de atención primaria para los propietarios, con arreglo al nuevo modelo, hasta tanto terminara la fase primera del concurso de integración. A la vista de ello, y a solicitud de la gerencia de atención primaria, se decidió optar por la fórmula de la adscripción funcional a los propietarios afectados por la reordenación de esos nuevos equipos de atención primaria. En consecuencia, sin esperar a que ultimáramos la primera fase, se les ofreció la posibilidad de integrarse con carácter voluntario, acogiendo a una figura de adscripción funcional, recogida en el Decreto 118/91, de 22 de enero, que es perfectamente legal. Esa figura, como su propio nombre indica, funcional, voluntaria y renunciante, se les hizo a todos y cada uno de los profesionales estatutarios implicados. De los siete médicos generales propietarios afectados, tres aceptan esa adscripción, así como cuatro de los ocho pediatras existentes. A los siete profesionales que no han aceptado se les mantiene el mismo régimen horario y retributivo que tenían con anterioridad a la oferta, pasando a desarrollar su actividad profesional en esos centros de salud, bajo la dirección del coordinador de la zona básica de salud. Todo ello a tenor de lo dispuesto en el artículo 571/90, de 27 de abril, sobre estructura periférica de gestión de los servicios sanitarios.

En definitiva, por lo que se refiere a los propietarios, lo único que ha pasado es que la imposibilidad técnica de proceder a una oferta de integración ha obligado a utilizar la figura de adscripción funcional que, repito, se ha ofrecido a todos los que eran susceptibles de ella y ha aceptado quien ha tenido a bien aceptar, sin ningún tipo de coacción, que yo sepa.

En relación con esto está la otra cuestión que afecta fundamentalmente a los interinos. Como S. S. sabe, la figura del interino existe en tanto su plaza existe o no es cubierta por el propietario por el procedimiento regular de cobertura de plazas. En este caso, con motivo, de nuevo, de la reordenación y la configuración de equipos de atención primaria en ese área de Valladolid, tiene lugar una redefinición de las plantillas y la creación de equis plazas del nuevo modelo, por consiguiente, la desaparición, por amortización, de las plazas de cupo del sistema tradicional existentes, lo que evidentemente es una opción a una nueva plaza. Es una nueva plaza con un régi-

men horario y retributivo distinto, y que hay que ofrecer con arreglo a los procedimientos que para cobertura provisional de plazas de interinos tenga establecido en cada caso el área correspondiente. En este caso, en el área a la que nos estamos refiriendo, el 2 de junio -vuelvo a decir-, la Dirección General del Insalud autorizó el incremento de presupuesto en el capítulo de gastos de personal para permitir la puesta en funcionamiento de estos equipos. Había un baremo pactado con las centrales sindicales en el acuerdo suscrito por la Dirección Provincial en marzo de 1992, que ha estado en vigor hasta el 31 de diciembre de 1991, en que fue denunciado. Sin embargo, dada la no existencia de acuerdo en este momento, se aceptó por parte de la Junta de Personal y centrales sindicales, su utilización en el proceso de selección para cubrir las plazas de equipo de atención primaria -repito- con carácter provisional.

Esto es lo que ha sucedido en el Centro de Salud de Valladolid al que nos estamos refiriendo y, como puede ver S. S., en ningún caso hay ningún tipo de vulneración de la legalidad vigente. Lo que sí hay -como sucede en este tipo de situaciones- son intereses muy legítimos, respetabilísimos, de personas concretas que se ven afectadas por un proceso de reordenación como el que aquí ha tenido lugar.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para el turno de réplica, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Yo creo que, al menos, el Subsecretario nos ha dejado claro que es perfectamente consciente de que se han puesto en marcha esos nuevos cinco centros de atención primaria sin el preceptivo -y en eso espero que estemos de acuerdo- concurso previo de oferta de integración, y eso genera -se quiera o no se quiera- el desamparo legal y el desamparo administrativo de los profesionales afectados.

Usted dice que no tiene constancia de que haya existido coacción, de que haya existido presión por parte de la Dirección Provincial a la hora de que esos determinados profesionales aceptaran esa adscripción funcional. Yo le digo que sí que ha existido esa coacción, que ha sido denunciada por esos profesionales y que ha sido denunciada en notificación (y puedo poner a disposición de la Comisión una copia) del propio Colegio Oficial de Médicos. Y eso es de lo que estamos hablando, del estilo y de la forma de proceder habitual de la gerencia de atención primaria y de la Dirección Provincial del Insalud en esta provincia, porque ésta es solamente una más de un rosario de irregularidades y de cuestionamiento permanente de una forma de proceder que se viene desarrollando en esta provincia desde hace un número importante de años y que ha dado lugar a todo tipo de conflictos y de confrontaciones entre esa Dirección y los profesionales de la Sanidad en Valladolid.

El problema está, en lo que se refiere a los médicos interinos, en amortizar unas plazas para, inmediatamente a continuación, volver a convocarlas y volverlas a cubrir por unos nuevos interinos. Nos parece un subterfu-

gio que, aunque se ha venido utilizando de forma permanente, en esta ocasión ha alcanzado ya unas cotas de descaro bastante importantes. Hay que tener en cuenta que las plazas es evidente que se amortizan y, por tanto, la solución lógica al configurar los nuevos equipos es sacarlas a concurso, pero es que aquí da la casualidad de que se amortizan doce plazas por unos interinos que se ponen en la calle y a los que se les imposibilita, mediante ese baremo, el acceder otra vez a esas mismas plazas, para a continuación volver a sacar doce nuevas plazas con el mismo número de pacientes atendidos y en las mismas condiciones, para volverlas a cubrir por otros nuevos doce interinos designados con los habituales procedimientos que utiliza el Insalud. Es decir, a los interinos que hasta ese momento habían venido desarrollando sus labores en estos centros de salud y consultorios, se les imposibilita el acceder, a través del nuevo baremo, a esas mismas plazas. Por tanto, por un lado, hay inexistencia del concurso de traslados para los médicos titulares y, por otro lado, no se asegura tampoco la deseada continuidad asistencial deseada por los ciudadanos, porque se hace imposible para esos propios interinos el poder concurrir a esas plazas porque el examen que se realiza para cubrir con nuevos interinos esas plazas se hace con un baremo en el que los médicos de atención familiar, especialidad que no tenía ninguno de los interinos que venían cubriendo esas plazas, parten ya con una base de diez puntos de diferencia con respecto a los anteriores. Con lo cual, evidentemente, los trabajadores que conocían en profundidad los problemas de salud de ese barrio y de la población atendida no tenían ninguna posibilidad de acceder a dichas plazas.

Y no es cierto que ese baremo se haya realizado, se haya aceptado y se haya negociado con los sindicatos, no es cierto, y también en los medios de comunicación de esta provincia, al hilo de estos acontecimientos, se ha denunciado y se ha rechazado que se haya utilizado ese argumento por parte de la Dirección Provincial del Insalud, porque los sindicatos y la Junta de Personal han dicho claramente que el examen se había impuesto unilateralmente y sin contar en ningún momento con la aprobación o la aquiescencia de los sindicatos.

Por tanto, yo creo que hay que ser muy conscientes de que si de lo que se trata es de mantener la confianza como el ingrediente básico del acto médico, aquí, en este caso y en esta forma de proceder, no se ha podido garantizar esa confianza, no se ha podido garantizar la continuidad en la prestación asistencial a personas (y yo le podría enseñar las manifestaciones públicas de los pacientes de ese barrio, que, como digo, han hecho declaraciones múltiples, han llenado el barrio y otras zonas de la propia ciudad de octavillas y pasquines), que ha exigido, han pedido, han rogado que esos médicos continuara ejerciendo sus funciones en las mismas condiciones en las que venían desarrollándolos hasta ahora.

No se puede decir que ha habido un procedimiento legal que ha hecho posible esta situación, porque no ha sido así. Se ha utilizado un subterfugio, que es proceder a una amortización de plazas para, inmediatamente a con-

tinuación, volverlas a rellenar con otros nuevos interinos, generando, como digo, una polémica y una confrontación, aparte de un recelo justificado por parte de los ciudadanos, lo que no nos parece lo más adecuado para garantizar la credibilidad y la competencia de los profesionales y la confianza en el sistema.

Por eso, yo le transmitiría -porque ése ha sido el sentir general de los profesionales, de los colectivos, de los sindicatos, del Colegio Oficial de Médicos, de los usuarios, de los medios de comunicación, de todo el mundo en Valladolid, excepto de la Dirección Provincial del Insalud- la preocupación por este rosario de acontecimientos, por estas formas de proceder, demasiado habituales en la provincia de Valladolid -creo que no va a ser la última vez que tengamos ocasión de hablar de ellas-, pero creo que la puesta en marcha de este centro de salud (que, por otra parte, era un centro exigido y demandado desde hace mucho tiempo por parte de los ciudadanos, y todo el mundo es consciente de que se ha hecho un esfuerzo importante por dotar a esa población de los servicios que se necesitaban), la gestión -digo-, la puesta en funcionamiento y el trato que los profesionales han recibido por parte de la Dirección Provincial del Insalud no ha sido la más adecuada ni la más necesaria para estar a la altura de las circunstancias que se demandaban.

Yo le transmito esa preocupación, le transmito ese interés de que se reconduzca la situación y que, a partir de ahora, prime el diálogo, prime la transparencia, no primen las acciones unilaterales, no primen las actuaciones oscuras por parte del Insalud en la provincia de Valladolid, y se pueda trabajar por parte de todos los sectores afectados en una misma dirección, que sin duda es la de la mejora de la calidad asistencial y de la percepción positiva que de esa calidad sientan los usuarios; cosa que, desgraciadamente, no ha sido el norte de la actuación del Insalud en esta provincia en los últimos años.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Burgos, yo creo que estamos hablando de dos cosas distintas. La primera parte, de alguna manera, era el contenido más sustantivo de sus preguntas: si se había respetado o no la legalidad vigente para la cobertura de puestos en ese centro de salud. Yo insisto en que se ha respetado rigurosamente, que si no se ha hecho un concurso de oferta es porque técnicamente resulta imposible y que no se trata de subterfugios, sino que se trata de un proceso en el que en este caso, según me dice usted, parece que coincide el número de personas. En otros muchos casos no coincide y el proceso de amortizar cupos y convertirlos en plazas en el nuevo sistema supone desaparición de puestos de trabajo. Me reafirmo en que se ha cumplido estrictamente y escrupulosamente la legalidad vigente. Otra cuestión distinta, y en ese sentido acepto que usted transmita su preocupación, es cómo se ha desarrollado una serie de

acontecimientos en torno a la cobertura de puestos de trabajo de ese centro de salud.

En mi responsabilidad inmediatamente anterior, que, como probablemente sabrá, era la de Director General del Insalud, mantuve contactos con los dos colectivos, médicos generales y médicos de familia. Aquí tenemos más que nada un problema corporativo, por hablar claro. Me preocupa, igual que a usted por lo menos, esa cuestión de la continuidad asistencial y de la confianza de los pacientes en los médicos por encima de los títulos y por encima de los baremos. Me preocupa eso más que nada, pero también tengo que entender que la propia organización profesional se rige por ciertas reglas de juego y que quien ha conseguido una residencia en medicina familiar y comunitaria, a la que le ha costado acceder, que ha tenido que pasar unas pruebas selectivas muy duras, que ha hecho un programa de formación, quiere que todo eso le sea reconocido, aceptado y valorado en su justa medida por el sistema sanitario público a la hora de dar puestos de trabajo. El conciliar ese tipo de intereses profesionales corporativos con la mejor atención sanitaria a los ciudadanos es nuestra obligación y no siempre es fácil. En ese sentido, acepto su transmisión de preocupación. De todas maneras, por mi parte está el compromiso de averiguar con detalle lo que se refiere a esos matices, partiendo siempre de la base, le puedo asegurar, y me reafirmo en ello, de que se ha respetado rigurosamente la legalidad vigente.

- SOBRE RAZONES QUE IMPIDEN LLEGAR A UN ACUERDO ENTRE EL CABILDO DE TENERIFE Y EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) EN RELACION CON EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TENERIFE. FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENITEZ DE LUGO (GP). (Número de expediente 181/000098.)

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para formular su pregunta, tiene la palabra el señor Soriano Benítez de Lugo.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Si en mi anterior pregunta me refería al Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, directamente dependiente del Insalud, en esta ocasión mi pregunta se refiere al otro gran hospital de la Isla de Tenerife, el Hospital Universitario y Clínico, propiedad del Cabildo Insular de Tenerife y que se rige por medio de convenios en su aspecto docente con la Universidad de La Laguna y en su aspecto sanitario propiamente dicho con el Insalud.

El vigente convenio entra en vigor el 6 de octubre de 1989, con una vigencia de cuatro años, en consecuencia hasta el 7 de octubre de 1993 pasado. Sin embargo, y cuando se estaba en pleno proceso de negociación entre el Cabildo y las autoridades del Ministerio, exactamente el 31 de julio de 1992, el organismo autónomo Hospitales del Cabildo Insular de Tenerife, reunido su Consejo de Administración, decidió proponer al Cabildo la denuncia del convenio y, efectivamente, ésta se llevó a cabo,

situación que fue comunicada a la Administración del Estado el 11 de septiembre de 1992.

Las negociaciones entre el Cabildo y las autoridades sanitarias han traído consigo diversas vicisitudes. En una precontestación por parte del Presidente del Instituto Nacional de la Salud en una comparecencia solicitada por el Partido Popular el 23 de febrero de 1993, poco se dijo acerca de los inconvenientes concretos que existían para realizar un nuevo convenio o prorrogar el anterior. Según el Presidente del Insaud, señor Mendióroz, cada una de las administraciones negociadoras trata de colocarse en la mejor situación posible a la hora de la negociación, y entendía el señor Presidente que el Cabildo había considerado que mejoraba su posición negociadora denunciando el convenio, y así lo hizo. Decía que no había nada más que explicar sobre el asunto.

A partir de ese momento, se vienen sucediendo ininterrumpidamente reuniones entre los representantes del Cabildo Insular y el Ministerio, sin que en ningún momento quepa llegar a un acuerdo. Al parecer las diferencias estriban fundamentalmente, como siempre ocurre, en la cuestión económica. En septiembre de 1992, cuando se denunció el convenio, el Insalud adeudaba al Cabildo -según fuentes del Cabildo- 4.000 millones de pesetas. Jamás se han puesto de acuerdo el Cabildo y el Insalud en la cantidad exacta que se adeuda. Lo cierto es que desde 1990 no se revisaron los precios convenidos con el Insalud, a pesar de que el Presidente decía que se había producido a lo largo de la vigencia de este convenio un significativo aumento de las cantidades pagadas por parte del Insalud.

En octubre de 1992, el Insalud propone reemplazar la fórmula del convenio, a base de la conocida UPA, por un contrato programa, abonando de inmediato 850 millones de pesetas. El 30 de enero de 1993, se anuncia por la prensa que el Ministerio y el Cabildo rompen formalmente las negociaciones por diferencias en la cuantificación del gasto de explotación del Hospital, diferencias que se calculan del orden de 1.500 millones de pesetas.

En esta situación, el coste del Hospital Clínico Universitario como centro concertado pasó de mil trescientos y pico millones de pesetas en el año 1990 a más de 6.000 millones en el año 1991, desconociendo esté Diputado en qué situación se encuentra en la actualidad. Se me informó, en una determinada ocasión en la anterior legislatura, por parte del Ministerio que la deuda pendiente como centro concertado, a 31 de diciembre de 1991, alcanzaba más de 1.000 millones de pesetas. Yo pedí al Presidente del Insalud que dijera exactamente dónde estaba trabada la negociación, qué impedía llegar a un acuerdo, qué había motivado la denuncia por parte del Cabildo Insular de Tenerife, pero lo cierto es que parecía en todo momento que tanto él como el representante de las Agrupaciones Independientes de Canarias, que entonces compareció en la Comisión, de común acuerdo indicaban que razones de prudencia y de sosiego aconsejaban no señalar las causas de la desaveniencia entre el Cabildo Insular y el Insalud.

En estas fechas nos encontramos con que la situación

sigue exactamente igual. Yo en aquel momento indiqué al señor Presidente del Insalud que quería que se nos explicara claramente cuáles eran las causas de la falta de entendimiento entre las autoridades del Cabildo y las autoridades del Insalud, qué impedía que el Insalud se hiciera cargo de la gestión directa del Hospital con todas las consecuencias, y cuáles eran las razones que se aducían por parte del Insalud para justificar las cantidades que manejaba y que no coincidían con las del Cabildo. Jamás he tenido una contestación clara y manifiesta a estas preguntas.

El diálogo entre el Cabildo de Tenerife, en poder de las Agrupaciones Independientes de Canarias, y la Consejería del Gobierno de Canarias del PSOE eran fáciles y teóricamente fluidas, puesto que estaban gobernando en coalición. En estos momentos parece que existe otro tipo de fluidez y parece que, a cambio de no se sabe cuántos miles de millones, la Coalición Canaria ha apoyado en los últimos presupuestos del Estado las propuestas del Gobierno Socialista, lo que llevó a que, con gran sorpresa por mi parte, el 29 de septiembre de 1993, se formulara por el diputado de la Coalición Canaria, don Adán Martín, que casualmente es el Presidente del Cabildo Insular, una pregunta en el Pleno de esta Cámara en los siguientes términos: ¿Tiene previsto el Ministerio alguna alternativa para cubrir la asistencia de los enfermos en Tenerife o qué otra fórmula baraja para facilitar el acceso de los beneficiarios de la Seguridad Social al Hospital Universitario de Canarias, dado que el día 6 de octubre finaliza el convenio entre éste y el Insalud?

Todo esto adobado con una serie de amenazas por parte del Presidente del Cabildo diciendo que no se iba a atender a los enfermos de la Seguridad Social, lo que provocó un cúmulo de protestas por parte de los profesionales del Hospital de la Candelaria, que veían el peligro de que esos enfermos rechazados por el Hospital Universitario fueran a engrosar los problemas ya numerosos del Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria. Con gran sorpresa de mi parte, como digo, el Diputado con Adán Martín retira la pregunta el mismo día del Pleno diciendo textualmente «que el convenio que hoy tiene con el Ministerio acaba el día 6 de octubre -esto era el 29 de septiembre- y que si no hay acuerdo, la situación de la Sanidad puede ser muy grave, decía el Presidente del Cabildo Insular de Tenerife y diputado. La comunidad autónoma es la que tiene la planificación, la provisión en este caso es por esa corporación, pero la financiación es del Insalud. Las fuerzas políticas de esa corporación tienen un acuerdo unánime para que lo gestione el Insalud, pero estando en este momento en tramitación la posible transferencia entre el Ministerio de Sanidad y la Comunidad canaria, el consejero de la Comunidad me ha pedido que retire la pregunta por creer que está en vías de solución. Por eso agradezco mucho la atención y ruego que me perdonen que la retire en este momento».

Sin duda alguna, esto algo tendría que ver con las negociaciones que entonces ya se empezaban a pergeñar en orden a la aprobación por parte de la Coalición Canaria. Los votos de los cuatro diputados son importantes para

la aprobación de los presupuestos. Yo supongo que el señor Subsecretario no me irá a contestar como hizo a la anterior pregunta con una larga cambiada, diciéndome que como está en trámite de negociación las transferencias del Insalud a la Comunidad Autónoma, este problema se remite a ese paquete de transferencias que, por lo que se ve, también lleva camino de ser «ad kalendas graecas».

Por eso, en concreto, yo quisiera saber cuál es la situación de la negociación entre el Cabildo Insular y el Insalud respecto al convenio suscrito con el Hospital Universitario y Clínico de Tenerife. Yo quisiera saber qué razones impiden el que se llegue a un acuerdo y, por último, yo quisiera saber -porque está en el ánimo de todos los ciudadanos de Tenerife- cuándo se va a resolver este problema que está preocupando hondamente a numerosas personas en Tenerife.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Soriano, le voy a contestar con toda clase de precisiones hasta donde yo puedo hacerlo.

Una cosa que sí quiero decir es que en todo lo que ha rodeado a esta historia de la negociación con el Hospital del Cabildo de Tenerife, si algo ha debido primar (creo que en los últimos tiempos ha primado) ha sido la prudencia. Cuando, inevitablemente, dos administraciones negocian un contrato con un trasunto económico importante es lógico y normal que haya diferencias que tienen que producirse y que se tratan de resolver. Y lo que hay que evitar por todos los medios es que esas diferencias se traduzcan en inquietudes que se transmitan a la población, y que generen el clima que en algún momento se ha producido en Tenerife.

Como usted muy bien ha señalado, el Hospital Universitario de Tenerife tenía un convenio singular que había entrado en vigor el año 1989 y que, en principio, no tenía más problema de partida que no se habían producido unas actualizaciones de tarifa, entre otras razones porque no se habían satisfecho determinadas deudas con la Seguridad Social. Ese punto de origen por ambos lados, tanto por parte del Cabildo como del Ministerio, se entendió que no era un buen camino de futuro. En una filosofía relativamente nueva del Ministerio de Sanidad el año pasado estaba la idea de distinguir el sistema de aseguramiento del de provisión. Se entendió que hay una serie de hospitales -no mucho, pero casi todos públicos en nuestro país- que cumplen lo que nosotros llamamos funciones sustitutorias de un hospital que el Insalud, por decirlo de alguna manera, debería tener en ese lugar y que no lo tiene obviamente porque hay otro hospital que cubre muy bien ese hueco. Ese tipo de hospitales debe tener un trato, en lo que a concertación se refiere con el Insalud, muy especial, que es lo que hemos dado en llamar contrato o concierto sustitutorio. Deben tener un trato similar al que tienen los hospitales propios, debe formularse un

contrato-programa que fija el compromiso anual en actividad, en cantidad, en calidad y su correspondiente respaldo económico entre el hospital y el Insalud. Es exactamente el mismo contrato-programa que se firma con los hospitales propios. En lugar de elaborar un presupuesto histórico se decide y se discute con cada hospital qué es lo que va a hacer, cuánto vale eso y ése es el respaldo económico que tiene. Esto es lo que se pretende y lo que se va a hacer con el Hospital Universitario de Tenerife; exactamente lo mismo que hacemos con nuestros hospitales. Por consiguiente, no es sólo un tema de cuantía económica, sino de cantidad y calidad de servicios que hay que producir.

Durante tiempo, estando de acuerdo en el punto de partida, en la filosofía de origen de ese contrato-programa, estuvimos discutiendo y negociando ambas administraciones para ponernos de acuerdo, tanto en la cantidad y calidad de trabajo a realizar por el Clínico y el Hospital Universitario de Tenerife, como en la cuantía económica que iba a percibir por ese trabajo, y llegó un punto, allá por el verano del año en curso, en que por parte del Cabildo no parecía posible un acuerdo. Tanto es así que en un momento determinado, ya alrededor del mes de septiembre, considera cerrada la negociación y no se plantea como solución el contrato-programa, sino otras alternativas, como pudiera ser la integración del Hospital Clínico Universitario en la red del Insalud.

En ese punto estamos cuando viene a coincidir el fenómeno de la transferencia a Canarias. Ello induce, además de las obligaciones que por su cargo tiene en este momento y previendo las que vaya a tener en un futuro inmediato, al consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma Canaria a ofrecerse como mediador para tratar de abrir unas negociaciones que estaban interrumpidas. Eso se produce. Esa mediación tiene éxito y nos volvemos a sentar de nuevo en la mesa el Cabildo de Tenerife y el Insalud, de alguna manera coordinados por el consejero de Sanidad de Canarias. Fruto de ese trabajo es que, por fin, se llega a un acuerdo, en términos de cantidad y calidad y en términos económicos; acuerdo que, una vez que pase el último trámite administrativo que le queda, que es el informe preceptivo de la Intervención General de la Seguridad Social, que se va a producir en los próximos días, se firmará y tendrá valor como contrato-programa que ambas administraciones suscriben hasta tanto se produzca la transferencia a la Comunidad Autónoma Canaria.

Por consiguiente, estamos a punto de llegar a buen puerto en cuanto a la formulación de un contrato-programa entre el Insalud y el Hospital Clínico Universitario de Tenerife de manera satisfactoria para ambas partes, tanto en los términos de cantidad y calidad y actividad, como económicos.

Mientras duró esa situación conflictiva a la que usted se ha referido, motivada por el hecho de que no se prorrogaba el convenio anterior, el concierto singular, naturalmente que el Insalud tomó las medidas que estimó oportunas para garantizar en todo caso la asistencia sanitaria a la población.

Hay que decir aquí que, a pesar de esa situación conflictiva o inquietante en la calle, en ningún momento se dejó de prestar asistencia sanitaria en el Hospital Universitario de Tenerife y que no se ha producido, en ningún caso, deterioro asistencial a la población a la que se debe atender en ese área.

Concluyo diciendo que se va a firmar en breve plazo el contrato-programa por el tiempo que dure la gestión directa aún de la zona canaria por el Ministerio y por el Insalud, hasta tanto se produzca la transferencia a la Comunidad Autónoma Canaria.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para turno de réplica, tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: A mí me congratula que después de este largo período de negociaciones, parece ser que se ha llegado a un acuerdo. En todo caso, yo si le soy sincero, no me fío mucho cuando usted me dice que en breve plazo se va a firmar, a la vista de otros antecedentes del Ministerio. ¡Ojalá en esta ocasión yo me equivoque! Me alegraría mucho de ello.

En cualquier caso, me permito hacer una reflexión. Sin duda, el problema es económico. El problema del Hospital General y Clínico se va a resolver con dinero. Si no, no habría acuerdo, y si lo hay es porque se ha resuelto el problema económico.

A mí me gustaría conocer la cuantificación económica, que es el problema más importante; cuánto va a suponer este contrato-programa: la incorporación del Hospital al Insalud o bien el procedimiento que se haya adoptado para su adecuada explotación.

Me permito hacer otra reflexión. En Canarias hay dos hospitales: el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, que siempre ha sido del Insalud, y el Hospital General y Clínico, que no es del Insalud. No vayamos ahora, por arreglar un problema, a complicar otro, porque me estoy sospechando que el problema del Hospital General y Clínico, que tiene connotaciones políticas por las relaciones entre el grupo dominante en el Cabildo y el grupo dominante en el Gobierno de la nación, vaya a ser resuelto ahora a plena satisfacción a costa de que merme el plan director del Hospital de la Candelaria. Y como ésta es una sospecha que se tiene por parte de los profesionales del Hospital de la Candelaria, me permito insistir al señor Subsecretario que me alegrará mucho que se resuelva el problema del Hospital General y Clínico, pero como el problema es económico, le ruego que se tenga en cuenta que no sea a costa de que padezca el plan director del Hospital de la Candelaria.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Soriano, quisiera dejar bien claro que las obligaciones que tiene el Instituto Nacional de la Salud en materia sanitaria son con la población protegida, en este caso de

Tenerife; no tiene ni más ni menos obligaciones con un hospital por el hecho de ser propio o concertado, cuando estamos hablando de régimen subsidiario. Tenemos la obligación de responder ante la población de la asistencia sanitaria.

La cantidad fijada en el proyecto del contrato-programa es de 9.800 millones de pesetas en su globalidad anual, en partidas de doce meses, que naturalmente hay que liquidar de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos que se han pactado. Le puedo asegurar dos cosas. Una, el montante económico que se destina para cubrir el funcionamiento corriente del Hospital Clínico y Universitario de Tenerife sale, como usted conocerá, del presupuesto de conciertos del Instituto Nacional de la Salud y no tiene nada que ver con el presupuesto de inversiones. En definitiva, se hace la reordenación de los recursos destinados a gasto corriente en conciertos y se destina una partida al Hospital Clínico y Universitario de Tenerife por estimar que necesitamos ese hospital y debe ser financiado adecuadamente. Dos, como usted ha señalado, la unidad de producción que utilizamos para cuantificar lo que nos cuesta, lo que debemos pagar por cada hospital, es la UPA, la Unidad Ponderada de Asistencia. En ningún caso se va a pagar una unidad ponderada de asistencia en el Clínico y Universitario de Tenerife más cara que en el Hospital de la Candelaria.

- SOBRE RAZONES DE LA AMORTIZACION DE DIECIOCHO PLAZAS DE ESPECIALISTAS EN EL AREA DE SALUD DE VALLADOLID. FORMULADA POR EL SEÑOR BURGOS GALLEGO (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR). (Número de expediente 181/000099.)

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para formalizar su última pregunta, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor Presidente, señor Subsecretario, la ciudad de Valladolid cuenta con un censo electoral, del año 1991, de 330.700 personas, a cuyo número hay que añadir los habitantes del entorno rural de la provincia, hasta superar con creces la cifra del medio millón de personas. Para este incremento de población, que se ha venido produciendo de forma notable en los últimos años, especialmente entre los años 1990 y 1993, el Insalud de la provincia de Valladolid ha disminuido en 21 el número de especialistas en plantilla que deberían asistir a dicha población en el área de salud correspondiente, con una demanda, como digo, cada vez más creciente y más importante en volumen y en calidad.

Destacados responsables provinciales de su Ministerio anuncian ahora, a mayores de esa reducción que ya se ha producido de 21, la intención de amortizar 18 nuevas plazas de especialistas precisamente entre algunas de las especialidades que generan mayor demanda asistencial, como pueden ser las de ginecología, traumatología, oftalmología u otorrinolaringología, con las consecuencias previsibles de deterioro de esa calidad asistencial y del

aumento, yo creo que desproporcionado, de los ratio entre pacientes y día en las ya de por sí sobrecargadas consultas. Dada esta situación, que ha generado una cierta preocupación entre los profesionales y usuarios y puesto que se pone en boca del Ministerio, en Madrid, la recomendación de que se produzca dicha amortización, nos gustaría conocer si realmente esas amortizaciones responden a instrucciones dadas por su Ministerio. Querriamos saber cuál es la justificación, en términos de mejora asistencial -si es que puede encontrar alguna- que subyace tras esa medida y, en definitiva, qué criterios o qué necesidades han tenido ustedes en cuenta a la hora de tomar una decisión como ésta, tan negativa para la calidad asistencial de nuestra provincia. En definitiva, si al hilo de esta intervención estarían ustedes dispuestos a reconsiderar esa decisión, porque creo que va a afectar muy negativamente a esa calidad asistencial que, como digo, ya es de por sí cuestionable en la provincia de Valladolid.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Burgos, usted sabe -y supongo que comparte- que uno de los principios que debe inspirar la ordenación de los recursos sanitarios en España es el de la equidad y distribución racional de los mismos. No siempre es eso posible porque, en definitiva, el desarrollo del dispositivo sanitario público ha sido un desarrollo histórico, sometido a multitud de avatares, y ha dado lugar a que por decisiones a veces acertadas, a veces no tanto, o por arrastres históricos de cualquier naturaleza, en algunos lugares se produzca concentración de medios y, en otros, considerables carencias. Ese principio de equidad y distribución racional de los recursos es el que debe inspirar cualquier política sanitaria en orden a hacer el mejor uso posible de los recursos sanitarios públicos.

Quiero enmarcar el problema concreto al que usted se refiere en esa reflexión para decir, a continuación, que en Valladolid, donde hay dos áreas de salud -no una- existe, en el área correspondiente que afecta a este proceso al que usted hace mención, globalmente considerado, un número de especialistas muy superior a la media habitual en el Insalud para este tipo de hospital y de población. En ese área, según nuestras cifras, por cada 1.000 habitantes hay 1,58 especialistas, frente a 1,18 especialistas, media del Insalud para ese mismo tipo de hospitales. En consecuencia, estamos en una situación de manifiesto desequilibrio. Eso muchas veces no quiere decir nada, una cifra orienta de manera global pero no en el detalle.

La siguiente cuestión es que hay que hacer el uso más racional posible de los recursos. Como usted sabe bien, desde hace ya unos años, en el sistema hospitalario público, del Insalud, vamos pasando progresivamente de un esquema en el que había especialistas de dos horas a un esquema en el que hay especialistas de siete horas, con el correspondiente relato económico. Naturalmente que el

especialista de siete horas gana más dinero que el de dos horas, pero también es cierto que parecía poco sensato que se utilizara el tiempo del especialista en fracciones tan cortas como son las dos horas. Fruto de ese tipo de proceso que hemos dado en llamar -no sé si muy afortunadamente-, jerarquización, a lo largo de los últimos años ha ido habiendo una modificación de las plantillas. Fruto de eso y fruto de otra cosa, del análisis de las demandas sanitarias reales para cada una de las especialidades.

Usted ha mencionado, por ejemplo, el caso de la ginecología. Como probablemente conocerá, y algún otro sanitario que hay aquí hace tiempo que ya conoce, el sistema por el cual se dotaban los cupos de especialistas era un puro sistema poblacional, que puede ser muy bueno para la atención primaria pero que no lo es tanto para la especialidad. En función de que hubiera más o menos población, automáticamente aparecían más ginecólogos, más urólogos, más endocrinólogos, más especialistas de todas las especialidades, sin tener en cuenta si había o no demanda de ginecólogos, de endocrinólogos, de traumatólogos. El tiempo ha cambiado y las demandas sociales han variado. Todos sabemos que las tasas de natalidad han descendido considerablemente... Fruto de toda esa serie de consideraciones, de un marco global en el cual hay, aparentemente, un exceso de especialistas, y un proceso de racionalización que nos lleva a que los especialistas dediquen bastante tiempo, y, en consecuencia, ganen un salario adecuado, y de las demandas de especialistas existentes, es por lo que se ha hecho una configuración de plantilla para el área especializada del Hospital Universitario de Valladolid, y se ha hecho una oferta a especialistas de cupo para ver si quieren o no jerarquizarse. Fruto de todo eso, si el proceso efectivamente se ultima, se producirá la amortización de un número de las llamadas antiguas plazas de cupo, en manos en este momento de especialistas interinos. No creemos que ello vaya a repercutir negativamente en la asistencia sanitaria a los ciudadanos, puesto que estamos hablando de tiempos adecuados, de especialistas con dedicaciones adecuadas y de especialidades donde la demanda existe en compensación con otros lugares en los que no existe. En todo caso, éste es un proceso -que yo sepa- que no está definitivamente cerrado y, aceptando su oferta, me comprometo a examinarlo detenidamente por ver si todo se está haciendo con esos criterios de racionalidad que he planteado.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Para turno de réplica, tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEG0**: Por supuesto que estamos de acuerdo con la reflexión general de su intervención en relación con el principio de equidad. Ahora bien, me da la sensación de que la equidad que usted defiende no es la misma que la que defendemos nosotros. La equidad no puede lograrse a expensas de disminuir la cobertura a quienes la tienen mayor para cubrírse la a los demás. En todo caso, será elevar el nivel general de prestaciones de todos los ciudadanos, poniendo como referen-

cia precisamente aquellas zonas que, por unas circunstancias históricas o de cualquier otra índole, han conseguido un mayor nivel de asistencia. Por lo tanto, le recomendaría que no suprimiera las plazas de los 18 especialistas para equipararnos a otras áreas o a otras zonas de la geografía nacional, sino que hiciera lo posible por incrementar el número de especialistas, que buena falta les hace a los licenciados en Medicina y al propio sistema.

Ha citado la ginecología y ha hecho una reflexión sobre los cambios en la demanda y sobre las necesidades que en este momento se están produciendo como justificación de una medida de estas características. Como reflexión no está mal. Sin duda, responde a la realidad de lo que ustedes pueden pensar, pero, descendiendo a lo que está pasando en estos momentos en la provincia de Valladolid, eso no tiene nada que ver con lo que son las necesidades, la demanda y con lo que va a ser -lo que es mucho más preocupante para nosotros- la situación a la que vamos a desembocar si esta medida se pone en marcha.

Le voy a dar una serie de datos en relación precisamente con la ginecología, tema que usted ha citado en su intervención. Hasta ahora, eran dos especialistas en ginecología los que atendían a la población, con una demanda de alrededor de los 70 pacientes por día en sus propias consultas y con una demora media de cinco días en esas consultas. Con la supresión que ustedes pretenden en la especialidad de ginecología van a ser atendidos por un facultativo desplazado del hospital tres días a la semana, con lo que la cita diaria será de 116 pacientes, con un tiempo medio de atención por cada paciente de tres minutos. No sé si usted es ginecólogo, pero me parece que el especialista en ginecología se tendría que dar mucha prisa para hacer esas consultas en tres minutos, que va a ser el tiempo medio en función de los parámetros y de las estadísticas, según va a resultar de la aplicación de la medida que están promoviendo. Lo mismo sucede con el resto de las especialidades y que ha sido denunciado reiteradamente por los especialistas y por los usuarios.

Si esto es calidad en la atención, si a estos objetivos y a este destino final van orientadas las medidas que están poniendo en marcha, le pido, le exijo incluso en nombre de los ciudadanos de la provincia de Valladolid, que den marcha atrás y que reflexionen porque esto nos lleva a una situación ciertamente intolerable.

Vuelvo a repetir que la justificación que se ha dado para tomar estas decisiones no es un estudio pormenorizado de la demanda asistencial en Valladolid, sino simple y llanamente unas órdenes de tipo economicista dadas por su Ministerio desde Madrid. En esa línea que argumentaba antes de falta de transparencia, de falta de diálogo, de falta de claridad en las argumentaciones, se apela a las órdenes de Madrid, se apela a los argumentos de que viene directamente impuesto desde Madrid y no hay ninguna posibilidad de rectificar. No responde a ningún diseño sanitario, a querer atender de verdad a la demanda de los ciudadanos y ciudadanas de nuestra provincia, y por eso le pido que retomen esta cuestión porque no son sólo 18 especialistas, sino que hay que sumarlos a 21 especialistas más que han sido suprimidos en los

últimos tres años. En una población en aumento, con creciente demanda asistencial, no es justificable que en los últimos tres años se vayan a suprimir prácticamente 40 plazas de especialistas en una provincia como Valladolid que, desde luego, no está entre las que tiene mejor calidad asistencial en nuestra geografía nacional. Aunque así lo fuera, lo lógico y lo ideal sería mantener ese nivel asistencial y no generar medidas que lo que van a hacer es degradar esa calidad asistencial y depauperar el servicio.

Si la explicación es estrictamente economicista, no nos vale en absoluto, como tampoco nos vale que recortes presupuestarios que pueden derivarse de una nefasta gestión económica por parte de su Ministerio, al final, vayan a repercutir sobre la calidad asistencial de los ciudadanos, lo que tampoco nos extrañaría demasiado conociendo como conocemos la nefasta gestión del Insalud en la provincia de Valladolid, que en estos momentos tiene una deuda superior a los 6.000 millones de pesetas.

En este sentido, apelo a que ésta su primera intervención aquí, en esta legislatura, venga acompañada de una reflexión sobre algunas de las medidas que se están poniendo en marcha en las direcciones provinciales que están afectando a la calidad asistencial. Hablando de ratios, de parámetros y de criterios, descendan de verdad a lo que son las consecuencias reales de ese tipo de medidas.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Una comparecencia parlamentaria de un alto cargo de un Gobierno tiene como objeto dar explicaciones a las preguntas que se formulan y, evidentemente, para recibir información que ulteriormente pueda servir para dar más explicaciones, y en ese sentido acepto sus sugerencias. En modo alguno en lo que se ha referido a descalificaciones y exigencias de carácter mucho más general, que no puedo compartir.

Concretando, S. S. ha hablado de que hagamos crecer allí donde hay menos y del problema de globalidad de Valladolid, que también lo tenemos en el país. El problema de este país es que tiene más médicos por mil habitantes que ningún país del mundo; situación que no parece muy deseable y que nos ha llevado a desequilibrios manifiestos que en modo alguno se pueden corregir tirando para el alza, con independencia de todo tipo de conside-

raciones económicas y ateniéndonos a criterios de racionalidad en el mundo sanitario. Esa globalidad de la que forma parte ese 1,58 especialistas por mil habitantes ha de ser corregida.

En cuanto al problema de los ginecólogos -he cogido el ejemplo del ginecólogo porque usted lo ha sacado a relucir-, me cuesta mucho trabajo creer -según me ha parecido entender- que tengamos dos ginecólogos en el área asistencial del Hospital Universitario de Valladolid. Seguro que tenemos muchísimos más. **(El señor Burgos Gallego: Dos se van a eliminar.)** Le he entendido que quedaban dos. Seguro que tenemos más de 10, de 12 y de 14. No tengo el dato delante, pero se lo proporcionaré. Tenemos un problema de organización horroroso, que deberemos resolver, si un ginecólogo va a ver a una señora cada tres minutos. Esto tendremos que resolverlo con los recursos que allí tenemos -no le quepa la menor duda de ello-, pero, desde luego, no hay sólo dos ginecólogos.

La creciente demanda asistencial es un hecho que también hay que cuantificar y que medir. No se puede generalizar; hay que cuantificar hasta dónde crece, dónde crece y de qué manera. Esa creciente demanda asistencial no es igual en Valladolid, que en Cuenca, que en Madrid, y en función de esas demandas asistenciales se instrumentan los recursos.

Ha aludido S. S. dos veces a los criterios economicistas, desautorizándolos. Evidentemente, nuestra obligación es atender a las necesidades sanitarias de la población, pero también lo es hacerlo con los recursos económicos que SS. SS., en el Parlamento, deciden asignar cada año a la sanidad. No podemos gastar más. Con ello tenemos que dar el mejor servicio sanitario posible, y es lo que intentamos, con mejor o peor acierto, pero creo que con unos resultados globales bastante buenos. En todo caso -y termino- no le quepa la menor duda de que la decisión que se tome en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, relativa al número de especialistas, va a estar inspirada en criterios de racionalidad, de demanda asistencial y de necesidades reales; eso va a ser así. Personalmente me ocuparé de conocer exactamente en qué punto está este asunto y, en todo caso, se hará de ese modo.

El señor **VICEPRESIDENTE**: Gracias, señor Conde.

Terminado el orden del día, agradecemos su comparecencia al señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

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