

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1993

V Legislatura

Núm. 97

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTE: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 6

celebrada el miércoles, 22 de diciembre de 1993

	Página
ORDEN DEL DIA:	
Comparecencia del señor Director General del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (Temes Montes), para informar:	
— Sobre la política general del citado Instituto. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000337)	3105
 Acerca de las graves insuficiencias en asistencia sanitaria de la Clínica Sear, concertada con dicho Organismo. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (Número de expediente 212/000339) 	3105
— Para dar cuenta de las líneas generales de actuación del citado Organismo. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 212/000361)	3105
Preguntas:	
— De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre información que tiene el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) acerca de una inspección realizada sobre más de 50.000 recetas de pensionistas, con objeto de detectar posibles actos fraudulentos. (BOCG, serie D, número 29, de 22-11-93. Número de expediente 181/000163)	3127

	-	Pagina
	Del señor Fernández-Miranda y Lozana (Grupo Parlamentario Popular), sobre compatibilidad de la aplicación del Real Decreto 1575/1993, de libre elección de médico, con la vigencia del Estatuto Jurídico del personal sanitario al servicio del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD. (BOCG, serie D, número 29, de 22-11-93. Número de expediente 181/000195)	3129
	De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre importe de las cantidades pagadas indebidamente por la sanidad pública, en concepto de dedicación exclusiva, a profesionales sanitarios que han venido percibiendo salarios por parte de sociedades médicas privadas. (BOCG, serie D, número 29, de 22-11-93. Número de expediente 181/000229)	3131
	Del señor Soriano Benítez de Lugo (Grupo Parlamentario Popular), sobre financiación del Hospital de Los Dolores en la Isla de La Palma. (BOCG, serie D, número 31, de 29-11-93. Número de expediente 181/000264)	3132
	Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre mecanismos de seguridad que no funcionaron en los incendios ocurridos en los Hospitales Puerta de Hierro y 12 de Octubre, de Madrid. (BOCG, serie D, número 31, de 29-11-93. Número de expediente 181/000236)	3134
	Del mismo señor Diputado, sobre opinión del Gobierno acerca de si los controles de seguridad en los Hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) cumplen la normativa vigente. (BOCG, serie D, número 31, de 29-11-93. Número de expediente 181/000237)	3134
	Del mismo señor Diputado, sobre homogeneidad de las medidas de seguridad en todas las dependencias de los Hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). (BOCG, serie D, número 31, de 29-11-93. Número de expediente 181/000238)	3134
_	Del mismo señor Diputado, sobre medidas en materia de seguridad hospitalaria para que no se repitan accidentes como los ocurridos en los Hospitales de Puerta de Hierro y 12 de Octubre, de Madrid. (BOCG, serie D, número 31, de 29-11-93. Número de expediente 181/000239)	3134
	Del señor Soriano Benítez de Lugo (Grupo Parlamentario Popular), sobre situación en que se encuentran las negociaciones con el Gobierno de Canarias para concluir el proceso de transferencias en materia de sanidad. (BOCG, serie D, número 31, de 29-11-93. Número de expediente 181/000234)	3137
_	Del señor García Fonseca (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre promoción en Asturias de Unidades de Vigilancia Intensiva (UVIS) móviles para el traslado urgente primario de pacientes dentro de un sistema articulado de emergencias. (BOCG, serie D, número 29, de 22-11-93. Número de expediente 181/000228)	3139
	Proposición no de ley sobre prescripción y comercialización del fármaco RU-486 en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (BOCG, serie D, número 13, de 4-10-93. Número de expediente 161/000025)	3140

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

La señora PRESIDENTA: Señorías, buenos días.

Iniciamos la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo para la celebración del orden del día, que ustedes conocen: En primer lugar, la comparecencia del Director General del Insalud, señor Temes; una serie de preguntas, y una proposición no de ley.

Quisiera transmitir a SS. SS., antes de iniciar la sesión, la reflexión de la Mesa de la Comisión cuando acordamos este orden del día. Teniendo en cuenta las fechas en las que estamos, aunque parezca un orden del día relativamente concentrado e intenso, transmitimos el deseo de que, pese a la flexibilidad horaria que habitualmente te-

nemos, si les parece bien, agilicen lo más posible sus intervenciones de manera que pudiéramos acabar con el orden del día hacia las dos o dos y cuarto de esta tarde.

No obstante, como no está cerrado en el orden del día, sí quiero comunicarles que la proposición no de ley la debatiremos hacia la una o una y media de la tarde, de manera que las preguntas llegarán hasta ahí y, posteriormente, continuaríamos, si les parece. Igualmente proponerles que si llegaran las dos o dos y media de la tarde y quedaran fuera muchas preguntas, si SS. SS. estarían dispuestas a dejarlas para una próxima Comisión. Esta es una reflexión que hicimos y que deseábamos transmitirles. (El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

Señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Señora Presidenta, hay que en cuenta que reglamentariamente quizá la dificultad esté en que al acabar el período de sesiones antes de las vacaciones de Navidad, las preguntas orales que no se hayan tramitado teóricamente decaen y habría que formularlas «ex novo», ¿eso no impediría ser contempladas, aunque la tramitación se alargase a efectos de la próxima Comisión, sin que formalmente hubiese que volver a realizarlas?

La señora PRESIDENTA: Me comenta el letrado de la Comisión que, efectivamente, las preguntas que no hayan entrado, decaen, y son respondidas por escrito desde el Ministerio, salvo que SS. SS. deseen volver a plantearlas y en ese caso quedaríamos de acuerdo para hacerlo en la primera Comisión del próximo período de sesiones.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD), TEMES MONTES, PARA INFORMAR:

- SOBRE LA POLITICA GENERAL DEL CITADO INSTITUTO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLA-MENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 212/000337.)
- ACERCA DE LAS GRAVES INSUFICIENCIAS EN ASISTENCIA SANITARIA DE LA CLINICA SEAR, CONCERTADA CON DICHO ORGANISMO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 212/000339.)
- PARA DAR CUENTA DE LAS LINEAS GENERA-LES DE ACTUACION DEL CITADO ORGANIS-MO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTA-RIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000361.)

La señora **PRESIDENTA**: Comenzamos el orden del día de la sesión.

Se encuentra entre nosotros, para dar cumplimiento al primer punto, el Director General del Instituto Nacional de la Salud, señor Temes, para informar sobre la política general del instituto. Esta comparecencia ha sido solicitada por los Grupos Socialista del Congreso y Popular en el Congreso. Asimismo ha sido solicitada la presencia del señor Temes en esta Comisión por el Grupo Federal de Izquierda Unida, en relación con un tema muy concreto, para hablar de las graves insuficiencias en asistencia sanitaria de la Clínica Sear, concertada con dicho organismos. De acuerdo con la portavoz de Izquierda Unida, vamos a incorporar también esta petición suya, que es muy específica y muy concreta, dentro no tanto en el planteamiento inicial que nos haga el señor Temes, sino en el turno de intervención de los grupos.

Así, pues, tiene la palabra el señor Director General del Instituto Nacional de la Salud.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Temes Montes): Muchas gracias, señora Presidenta.

Señorías, ante todo quiero expresar mi satisfacción por comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, así como desearles que su labor legislativa y de control del Gobierno sea la más fructífera posible a lo largo de la presente legislatura.

En mi exposición sobre las líneas de actuación del Insalud para los próximos años me referiré a los principios que inspiran la política sanitaria del Gobierno, a los objetivos del Insalud y a las medidas concretas que vamos a adoptar en el futuro. También quisiera pedirles que formulasen aquellas propuestas y sugerencias que consideren pertinentes, lo que sin duda enriquecerá nuestras líneas de actuación.

Como saben SS. SS., el Sistema Nacional de Salud, del que el Insalud es el proveedor principal, es un sistema universal financiado públicamente. Es el único tipo de sistema que garantiza que el acceso a las prestaciones sanitarias se determine por su necesidad médica y no por el nivel de renta de los ciudadanos. Está basado, por tanto, en una doble solidaridad: la propia de todos los sistemas impositivos progresistas (paga más quien más tiene) y la adicional de los sanos respecto a los enfermos (pagan todos los ciudadanos para que puedan tener acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud quienes las necesiten). Este sistema de aseguramiento universal y financiación solidaria es el que diferencia profundamente el Sistema Nacional de Salud de otros sistemas de aseguramiento que, al carecer de esta cobertura universal, tienen que basarse necesariamente en la selección de riesgos, es decir, en la exclusión de patologías o ciudadanos por su alto coste. Sólo un sistema como el nuestro puede asegurar los riesgos sin realizar una exclusión basada en análisis previos de la situación de salud, de la edad, de la limitación de la permanencia en situaciones de enfermedad o de la exclusión de determinadas patologías costosas; sólo un sistema de aseguramiento universal puede garantizar la atención a un enfermo terminal de cáncer, el mantenimiento de un infante prematuro, el tratamiento de un enfermo de sida o la realización de un implante de cadera a un anciano.

Hoy conocemos que el sistema sanitario español ha sido uno de los ejemplos que han guiado la reforma sanitaria que quiere implantar el Presidente Clinton en los Estados Unidos; sin embargo, muchos elementos de la reforma Clinton, que suponen grandes avances para la realidad sanitaria de los Estados Unidos, serían regresivos si se pusieran en práctica en España. Por ello, no dejan de sorprender algunas propuestas que se están formulando últimamente, donde se cuestiona la esencia misma del Sistema Nacional de Salud y que, además, conllevarían un aumento del gasto sanitario hasta límites que nuestro país no podría soportar. En definitiva, se puede concluir, tal y como señaló la Ministra de Sanidad y Consumo en una reciente comparecencia ante SS. SS., que el sistema sanitario público es, en la España de hoy, una de las instituciones básicas que promueven la seguridad, el bienestar y la convivencia en paz de todos los

españoles; es una conquista de toda la sociedad española, una conquista que debemos cuidar, proteger, fortalecer y mejorar.

Me van a permitir SS. SS. que les dé algunos datos sobre el Instituto Nacional de la Salud, gestión directa, que seguramente ya conocen.

El Insalud, gestión directa, atiende aproximadamente al 43 por ciento de la población protegida por el Sistema Nacional de Salud (15,5 millones de habitantes), para ello cuenta con 89 hospitales (unos 35.000 camas en funcionamiento), 812 centros de salud con 928 equipos de atención primaria y unos 137.000 trabajadores, de los cuales 30.000 son médicos.

Para dar una idea de la actividad del Insalud, quisiera subrayar que se realizan 80 millones de consultas por año en asistencia primaria (aproximadamente 300.000 consultas por día), 13,5 millones de consultas hospitalarias (alrededor de 37.000 al día), 666.000 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 484 son trasplantes renales, 171 hepáticos y 88 cardiacos. Asimismo, se mantienen 3.200 enfermos en diálisis y se extienden más de 200 millones de recetas al año.

El coste de este complejo sistema de protección es comparativamente bajo (209 pesetas por habitante y día en el año 1992), obteniéndose unos resultados en términos de esperanza de vida (74 años para los hombres y 80 para las mujeres) y de calidad de la misma comparables a los países más desarrollados y claramente satisfactorios para el conjunto de los ciudadanos.

Para mantener esta estructura y satisfacer esta demanda, el Insalud dispone de un presupuesto, para 1994, de un billón 254.000 millones de pesetas, el 6 por ciento más que el año anterior. No me voy a extender en detalles sobre el presupuesto porque ya lo hice en otra comparecencia ante SS. SS., si bien quisiera hacer una valoración de carácter general sobre el mismo.

Es un presupuesto equitativo porque permite financiar la asistencia sanitaria, asegurando y financiando el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos sin distinción; es un presupuesto realista porque se adapta a la situación económica actual de nuestro país; es un presupuesto riguroso, lo que significa que, dado que los recursos siempre serán limitados, cada peseta deberá gastarse de la mejor forma posible, ello implica utilizar criterios racionales de gestión económica, de gestión de personal y de recursos en general. Cumplir el presupuesto en su doble vertiente de actividad y gasto es uno de los dos objetivos prioritarios del Insalud para el próximo año.

No quiero que se interpreten mis palabras como mero economicismo, no se trata de ahorrar por ahorrar, se trata de gestionar de manera eficiente los recursos que nos ha asignado la sociedad española; sólo así, en una etapa de crisis económica, podremos mantener un sistema sanitario equitativo y solidario. Este objetivo no es una responsabilidad exclusiva de las administraciones públicas sanitarias, es una responsabilidad que debe compartir la sociedad en su conjunto, empezando por los ciudadanos, siguiendo por los trabajadores del sector (especialmente los médicos), la oferta privada de servicios

sanitarios, las empresas suministradoras de bienes y servicios y otras administraciones públicas cuyas decisiones tienen repercusión en el sistema sanitario.

El otro gran objetivo es convertir las listas de espera en agendas de trabajo. Las listas de espera son un motivo de seria preocupación para los responsables de garantizar una asistencia de calidad a la población; las listas de espera son un fenómeno asociado a todos los sistemas sanitarios que, como el nuestro, garantizan el acceso universal y gratuito a las prestaciones sanitarias; las listas de espera habrán de estar compuestas por patologías leves y procedimientos de escasa complejidad, tratando de que sólo espere quien puede esperar y que lo haga el menor tiempo posible. Desde este punto de vista pretendemos tener agendas de trabajo en las que se canalicen las actuaciones y se programe la actividad con tiempos de espera que todos puedan entender como razonables. Por todas estas razones, llama poderosamente la atención que, sin ningún rigor, se utilicen políticamente las cifras de pacientes en listas de espera en un intento de restar legitimidad a la sanidad pública. Se trata de ser más eficientes a la hora de dar respuesta a la demanda planteada con los recursos disponibles; es pues un problema fundamentalmente técnico y no político. Sería absurdo negar la existencia de listas de espera en el territorio del Insalud, gestión directa; las hay, como las hay en todas las comunidades autónomas con Insalud transferido y como las hay también en los países de nuestro entorno con servicios sanitarios públicos. Nuestro compromiso claro y decidido es que las listas de espera dejen de ser el principal desajuste de un servicio sanitario eficiente y de alta calidad. Por ello, quiero hacer un llamamiento para que, entre todos, defendamos a los centros públicos y a sus profesionales frente a cualquier intento de desprestigio desde dentro o desde fuera del sistema. Esos centros y esos profesionales son nuestro principal recurso asistencial, se han creado con el esfuerzo de todos los españoles y constituyen un activo que pertenece a todos; desprestigiarlos sistemáticamente es un mal servicio a la sociedad española.

No me voy a detener ahora en detallar acciones concretas sobre las listas de espera, a las que me referiré más adelante; estas medidas, en síntesis, se dirigen a incrementar la eficiencia de los hospitales y a modificar la política de personal y de conciertos con instituciones públicas y privadas.

Líneas generales de actuación. Las líneas de trabajo iniciadas y desarrolladas en el contrato-programa marco de 1993, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud, se convierten en los ejes de actuación para los próximos años. Igualmente se mantienen como objetivos propios los expresados en el plan de gestión establecido por el Ministerio de Sanidad y Consumo para el instituto. En este marco, los objetivos para 1994 se articulan en torno a tres directrices principales: mejora de la gestión, aumento de la calidad de los servicios e incremento del grado de libertad y satisfacción de los usuarios.

Mejora de la gestión. Atender los problemas priorita-

rios de salud. Estos problemas se derivan de los cambios demográficos y del patrón de morbi-mortalidad, así como de la aparición de nuevas enfermedades. La situación demográfica en España, al igual que en los países de nuestro entorno, se caracteriza por el rápido proceso de envejecimiento experimentado en los últimos treinta años. En España las proyecciones de población estiman que en el año 2000 el 15 por ciento de la población española tendrá más de 65 años, tendiendo a aumentar esta proporción en los años posteriores. Las personas mayores, junto con las necesidades de atención específicamente sanitaria, requieren cada vez más cuidados de tipo social, sin que la frontera entre ambos esté clara. Este hecho conlleva la posibilidad de que se produzcan solapamientos no deseados entre ambos tipos de atención.

Por otra parte, se están produciendo cambios en el patrón de morbi-mortalidad. Las patologías infecciosas del siglo pasado y de la primera mitad de éste han sido sustituidas por patologías de carácter crónico y degenerativo, especialmente procesos cardiovasculares y oncológicos, que son enormemente costosas, invalidantes y de difícil tratamiento. Además, hay que añadir la aparición de nuevas patologías como el sida, cuya letalidad e impacto social supone no sólo un gran coste, sino nuevos problemas de asistencia y de marginación social.

En este contexto se inscribe la necesidad de reordenar los servicios sanitarios para llevar a cabo aquellas actividades con la mejor relación coste-efectividad en el logro de objetivos de salud, así como para adaptarse a la demanda creciente de cuidados. Todo ello deberá fundamentarse sobre la reforma en marcha de la atención primaria y la coordinación de los niveles asistenciales. Entre estas actividades están la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de carácter crónico y degenerativo, haciendo énfasis en la adopción de estilos de vida saludables. La implantación de protocolos coordinados de actuación entre atención primaria y especializada. En 1994 se van a poner en marcha los protocolos de sida, diabetes, pacientes crónicos y discapacitados y cáncer de mama. Implantar progresivamente equipos de valoración y cuidados geriátricos así como crear las comisiones de coordinación socio-sanitarias a nivel de cada sector sanitario. Mejorar la coordinación entre las consultas externas de hospitales y ambulatorios ordenando la utilización de los medios diagnósticos.

Descentralización y participación de profesionales en la gestión. Como figura en el contrato-programa del Insalud, para 1994, vamos a seguir con el proceso ya iniciado de descentralización y participación de los profesionales en la gestión. Los objetivos que se pretenden alcanzar en este terreno son: reconocer a los profesionales como gestores principales de la actividad y el gasto de los servicios sanitarios; establecer unidades de responsabilidad en la provisión de servicios; asignación de recursos e imputación de costes; establecer un sistema de incentivación en virtud del balance anual entre recursos consumidos y servicios prestados; descentralizar de forma progresiva la toma de decisiones en aspectos de organización y gestión.

Estos objetivos se articularán en torno a una serie de actividades que necesariamente deberán tener carácter progresivo, puesto que esta descentralización debe descansar en una nueva cultura de gestión difundida entre todos los profesionales.

Otra medida para conseguir mayor autonomía de gestión es profundizar en la participación de los centros sanitarios en los ingresos por terceros, especialmente compañías de seguros de automóvil. Esta medida ya se introdujo en la Ley General de Presupuestos del Estado para 1993. Las previsiones de facturación y cobros de este año parecen indicar que se ha producido una mejora en la gestión de estos ingresos, teniendo en cuenta, además, que ha descendido la siniestralidad por accidentes de tráfico. El Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1994 da un paso más en la configuración de los ingresos a recaudar por los centros sanitarios, ya que se excluyen de la naturaleza de recursos de la Seguridad Social no sólo los derivados de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, sino todos aquellos que pueden considerarse afectos al Insalud como los derivados de convenios, ayudas, donaciones y venta de productos. Con ello se amplía la vía de incentivación a los centros, ya que disponen de la posibilidad de realizar pagos con cargo a estos ingresos en suministros e inversiones de reposición mediante la creación de una cuenta específica en cada centro sanitario.

Otra de las actividades a la que damos gran importancia es a la política de directivos y gestores. Un objetivo permanente del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Insalud en estos años ha sido dotar de una cultura de gestión a las instituciones sanitarias considerándolas como empresas públicas prestadoras de servicios asistenciales. La introducción de conceptos empresariales en la gestión de los servicios es una exigencia por los cuantiosos recursos que deben ser administrados y por la trascendencia que tiene para la sociedad en general. La complejidad de la gestión de recursos humanos muy diversos con la presencia predominante de profesionales altamente cualificados y expertos hacen imprescindible contar con gestores cualificados. Por esta razón, el Insalud reforzará el convenio de colaboración que mantiene desde hace varios años con la Escuela Nacional de Sanidad.

Mejora de la eficiencia. La eficiencia se aumenta, por un lado, eliminando las rigideces de la gestión de personal que impiden compensar adecuadamente el mejor desempeño y, por otro, con mejoras organizativas y de las condiciones de trabajo. En todo caso, cualquier situación para conseguir una mayor eficiencia pasa necesariamente por continuar con la política de pactos con los profesionales para conseguir su participación activa en el logro de los resultados de los centros sanitarios. Sin ellos, los objetivos que venimos planteando nunca podrán alcanzarse.

Como medidas concretas a realizar en este apartado pueden señalarse las siguientes: aumentar la cobertura de servicios esenciales en atención primaria, visita domiciliaria, revisión del niño sano y planificación familiar; aumentar el rendimiento de los servicios médicos dismi-

nuyendo la estancia media, especialmente la preoperatoria; aumentar los rendimientos de los quirófanos incrementando la actividad por las tardes, potenciar los programas de cirugía mayor ambulatoria, cirugía de corta estancia, que están dirigidos fundamentalmente a los procesos más frecuentes de lista de espera; incrementar el rendimiento de los servicios diagnósticos como tomografía axial computerizada, resonancia nuclear magnética, ecografía y mamografía, hasta alcanzar los estándares de uso contenidos en el contrato-programa de 1994.

Por otra parte, es preciso implantar una nueva política de conciertos con centros públicos y privados. Es necesario modificar el actual sistema de concertación porque la legalidad lo permite y el sentido común lo aconseja. Ello implica pasar de un sistema basado en el pago por estancia, que, por lo general, prima la ineficiencia, a otro de pago por proceso, que se adapta mejor a las necesidades de los servicios sanitarios. Mediante este sistema está previsto realizar en 1994 10.000 procedimientos quirúrgicos a pacientes en lista de espera comenzando por los de mayor demora.

Política de personal. Estamos trabajando en el Ministerio de Sanidad y Consumo en un paquete de medidas que comprenden la definición de un nuevo sistema retributivo, un estatuto marco y el desarrollo de una carrera profesional. También hemos creado tres grupos de expertos, profesionales, médicos y de enfermería, para que nos aporten sugerencias sobre las actuaciones a llevar a cabo en ese terreno. En este sentido, es imprescindible buscar mecanismos de incentivación para nuestros profesionales. Uno muy importante es ligar una parte de la retribución de los médicos a su trabajo. No puede cobrar lo mismo quien hace dos que quien hace cuatro, siempre que se mantenga un nivel de calidad apropiado. En atención primaria ya lo hemos hecho, el 20 por ciento del salario de los médicos depende del número de pacientes gue atiendan. En los hospitales es necesario hacer algo así. Quien esté dispuesto a realizar una mayor actividad, probablemente con un horario distinto, tendrá que recibir un salario diferente.

Por otra parte, estamos empeñados en discutir con nuestros directivos y profesionales el sistema de guardias médicas en atención especializada. El sistema español es único y tiene muy poco sentido desde el punto de vista asistencial, ya que está concebido como un complemento retributivo y no como una racionalización del trabajo médico. Queremos pasar de la modalidad actual de guardias de presencia física, cada día peor soportadas por nuestros profesionales, a otro sistema que, como el británico o el norteamericano, basa la atención de la guardia en los médicos en formación. Con ello se pretende ampliar el horario productivo de los centros sanitarios y mantener el nivel de ingresos de los facultativos al tiempo que se mejora su calidad de vida.

El absentismo constituye un motivo de honda preocupación para el Insalud, preocupación que es compartida por la representación social del sector. Las medidas que están siendo discutidas con los sindicatos más representativos se orientan a potenciar programas de inspección y salud laboral en los centros sanitarios.

Control del gasto farmacéutico. El gasto en recetas médicas representa el 19 por ciento del gasto total del Insalud, gestión directa y ha experimentado importantes tasas de crecimiento durante los últimos años, aunque se ha moderado su aumento en 1993. Las actuaciones del Insalud en este campo serán: continuar con la implantación de un programa de uso racional del medicamento, al que me referiré más adelante, y adoptar medidas de gestión, algunas de las cuales ya se han puesto en marcha. Sin embargo, una política de uso racional y un gasto asumible para el sistema sanitario exige la adopción de medidas estructurales que reformen la prestación, puesto que las medidas de gestión no son de por sí suficientes para frenar el crecimiento del gasto. Por ello llevamos trabajando hace tiempo con la Dirección General de Farmacia de la Secretaría General de Salud en el estudio de estas medidas estructurales, en línea con lo realizado en otros países de nuestro entorno socioeconómico.

En cuanto a las medidas de gestión que competen al Insalud se contemplan las siguientes: actuaciones sobre la distribución de recetas, para conseguir una disminución del 10 por ciento de las recetas facturadas en 1993; introducción de la obligatoriedad de visado de la inspección de servicios sanitarios para la prescripción de determinados fármacos; introducción de la medicación de unidosis en servicios de urgencia en atención primaria y especializada; realización de planes específicos de gestión para provincias con un crecimiento interanual superior a la media de Insalud; mejora de la política de compras de las unidades de farmacia hospitalaria y suministro de tiras reactivas para el control de los enfermos diabéticos.

Política de suministros e inversiones. La política de suministros trata de conjugar de forma apropiada tres características de los proveedores: el precio, la calidad y el servicio. Las medidas a llevar a cabo se concretan en mejorar la transparencia de la gestión fomentando la concurrencia de empresas, tal y como establece la Ley de Contratos del Estado; establecer los precios máximos de referencia para los productos que suponen la mayor parte del gasto; facilitar información sobre bienes y servicios entre los centros de gastos del Insalud; y potenciar las comisiones de compras de los centros sanitarios.

La política de inversiones se articulará en torno a dos ejes principales: Por un lado mantener y mejorar el capital productivo, por lo que se dará mayor importancia relativa a las dotaciones de fondos destinados a reposición en obras y equipamientos sobre los de inversión nueva. Por otro lado se continuará con las asignaciones de recursos a las zonas más desfavorecidas, que se traduce en una mayor accesibilidad de los usuarios a los servicios. Con ello se materializan los principios de equidad y solidaridad que informan las actuaciones del Instituto Nacional de la Salud. A esta filosofía responden los nuevos hospitales y centros de salud que entrarán en funcionamiento durante los próximos años.

Mejora de los sistemas de información. Para contribuir

a la mejora de la organización y gestión llevamos tiempo trabajando en la introducción de una tarjeta individual sanitaria para todos los ciudadanos cubiertos por el Insalud. Esta tarjeta es un instrumento de identificación personal que permite también el seguimiento de prestaciones de servicios de una comunidad autónoma a ciudadanos de otra, la diferenciación de personas acogidas a regímenes específicos como los de mutualidades del Estado o entidades colaboradoras, además de facilitar el acceso a los servicios. Como no podría suceder de otra manera, el proceso de implantación de la tarjeta está siendo progresivo, y para mediados de 1994 está previsto extender la cobertura al 90 por ciento de la población de derecho del Insalud, gestión directa.

La codificación de todas las altas médicas, mediante el conjunto mínimo básico de datos, es relevante por la importancia que tiene este sistema como soporte de la información para el estudio de los costes por proceso, así como por ser también una información básica para el conocimiento de la producción y calidad de la atención prestada en los hospitales. En la actualidad 65 hospitales gestionados por el Insalud recogen el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. La previsión es que lo cumplimenten el 70 por ciento de los hospitales.

La introducción del sistema de contabilidad analítica implica el desarrollo por parte de los hospitales de un conocimiento cada vez más detallado de sus costes de producción, lo que es una base imprescindible para la gestión y financiación de estos centros. Sin embargo, este proceso no debe limitarse a los hospitales. En las áreas de atención primaria se han desarrollado sistemas de gestión analítica que permiten conocer los costes de producción de los equipos de atención primaria como un paso más en su configuración como centros de responsabilidad. A lo largo de 1993 se ha impulsado la contabilidad analítica a través del proyecto Signo. Este proyecto ha incorporado hasta ahora a 35 hospitales, 31 de ellos gestionados por el Insalud. En los dos próximos años pretendemos que el sistema de contabilidad analítica se implante en todos los hospitales y áreas de atención primaria. Asimismo vamos a dar un paso adelante en el conocimiento de la actividad y de los costes de los hospitales mediante la introducción de sistemas de coste por proceso en 15 centros.

Aumento de la calidad. Las actuaciones del Insalud se orientan a culminar la implantación de los equipos de atención primaria, potenciar una política de uso racional del medicamento y la estrategia de calidad mediante el contrato-programa. Mejorar la calidad es uno de los objetivos fundamentales de los centros sanitarios. La consecución de esta finalidad implica un cambio cultural que debe impregnar tanto a los gestores como a los profesionales sanitarios en todas sus actividades, sin perjuicio de que cada institución tiene características específicas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar sus programas de calidad.

Implantación de equipos de atención primaria. Durante el año 1984 se ha producido en nuestro país un cambio profundo en la organización y carácter de los servicios de

atención primaria. Al final de este año más del 73 por ciento de la población estará cubierta por equipos de atención primaria, y la petición generalizada es que este porcentaje aumente cuanto antes por ser el servicio mejor valorado por los ciudadanos.

Quiero adelantar que la previsión es alcanzar en 1996 toda la cobertura de la población protegida por el Insalud. No obstante, hay que tener presente que para alcanzar esta cobertura no sólo se precisa un esfuerzo presupuestario sino también la colaboración de las comunidades autónomas y la integración de los facultativos en los equipos de atención primaria que, como saben SS. SS., es voluntaria. Pero no basta sólo con crear, señorías, sino que además hay que consolidar lo realizado. Para ello vamos a incidir principalmente, de un lado, en mejorar la relación individual del usuario con su médico, desarrollando en 1994 el Real decreto de libre elección de médico y, de otro, constituyendo al equipo de atención primaria en una unidad responsable de la gestión de recursos y la provisión de servicios, estableciendo incentivos en virtud de los resultados obtenidos en ambos campos.

Por último, los servicios de atención primaria deben adaptarse a las condiciones de vida social y laboral de los ciudadanos. Para ello se potenciará las visitas domiciliarias y se continuarán estableciendo horarios y una distribución de consultas más flexibles, incluyendo la apertura progresiva de los centros de salud por las tardes.

Uso racional del medicamento. Durante los últimos cincuenta años los avances en la terapia farmacológica han sido formidables. Enfermedades antes graves e incurables son hoy tratadas con éxito gracias a los nuevos medicamentos. Sin embargo, en todos los países se ha evidenciado que un mayor gasto farmacéutico no está relacionado con una mayor calidad de la prescripción sino, más bien, al contrario. Incluso cuando el consumo de medicamentos se determina por estrictas necesidades terapéuticas hay que ser cautos a la hora de evaluar el balance entre efectos beneficiosos y potenciales reacciones adversas. Por ello, se insiste en el concepto de uso racional del medicamento.

Las medidas concretas a llevar a cabo en este campo se dirigen a la oferta, y entre ellas están la introducción de presentaciones genéricas en atención primaria, dando a conocer a los profesionales el listado de genéricos y su repercusión económica. Con ello se pretende reducir tres puntos el incremento anual del coste por receta. El conocimiento de perfiles terapéuticos por parte de los profesionales. La información es condición imprescindible si se quiere trabajar con éxito en programas de uso racional de medicamentos; es necesario que los facultativos estén informados sobre los medicamentos que están utilizando, su situación respecto a otros médicos, cómo repercute la implantación de programas y protocolos y qué relación tienen con las necesidades sanitarias de la población que atienden. La mejora del funcionamiento de las unidades de farmacia creadas durante 1993 en todas las gerencias de atención primaria, potenciando su coordinación con las unidades de farmacia hospitalaria. La formación permanente, puesto que el médico utiliza con

frecuencia nuevos medicamentos o nuevas indicaciones de los ya existentes, sin poder acceder, en algunos casos, a conocimientos técnicos actualizados que contrasten elementos meramente publicitarios o de ampliación del mercado.

Aumento del grado de libertad y satisfacción del usuario. Esta es una cuestión a la que damos gran importancia. Aunque parezca obvio, nunca hay que olvidar que médicos y gestores sanitarios no tendríamos razón de existir si no hubiese pacientes. Las actuaciones del Insalud en este campo se dirigen principalmente a hacer efectivos los derechos y deberes de los usuarios establecidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, teniendo en cuenta que el objetivo central del sistema sanitario es el ciudadano. En los últimos años, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha realizado diversos estudios sobre imagen, satisfacción y calidad percibida, que nos permiten conocer la opinión de los ciudadanos españoles sobre los servicios sanitarios. Con carácter general, todas las encuestas ponen de manifiesto que el grado de satisfacción es elevado, anque mejorable, y que se valoran mejor los aspectos asistenciales que los de trato personal y facilidad de acceso. Por esta razón, vamos a favorecer la atención personal y la libertad de elección de médico. Como saben, ya ha sido aprobado el Real decreto de libre elección de médico general y pediatra y algunas de las normas que lo desarrollan, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 14 de la Ley General de Sanidad. Próximamente, será ampliada la libre elección de ginecólogo, y también vamos a estudiar la posibilidad de hacerlo extensible a otras especialidades.

Otra actividad a la que damos gran importancia es la mejora en la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios. En este sentido, vamos a completar el desarrollo del programa Mostrador, que reduce los trámites administrativos de los usuarios, e igualmente mejorar los sistemas de información clínica, informe de alta a pacientes ingresados y atendidos en consultas externas y urgencias, así como el informe de remisión del médico general al especialista. También queremos aumentar el horario de las consultas, para adaptarlo a las condiciones de vida de los ciudadanos. Igualmente, es necesario incidir en los aspectos del trato e información al paciente y a sus familiares. Para ello, se potenciarán los programas que ya se vienen desarrollando por el Insalud, como es la asignación de médico responsable y de equipo de enfermería identificados por cada paciente hospitalizado; facilitar el contacto padres-hijo en los hospitales infantiles y la asistencia del padre al parto. En la misma línea de aumentar la información y la responsabilidad de los usuarios, vamos a potenciar el consentimiento informado para cada procedimiento diagnóstico y terapéutico que conlleve riesgos o molestias relevantes para los pacientes.

Termino aquí, señorías, agradeciendo a todos la atención que me han dispensado en esta comparecencia, en la que he querido abordar los asuntos de mayor importancia que competen a la Dirección General del Insalud, aunque entiendo que el debate puede ser más largo, y

saben ustedes que estoy a su entera disposición para cuando deseen nuevas comparecencias del Director General del Insalud.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Villalón Rico tiene la palabra.

El señor VILLALON RICO: Señoras y señores diputados, señor Temes, comparece usted hoy aquí, en la Comisión de Sanidad, a solicitud de tres grupos parlamentarios, para que nos informe sobre la política sanitaria, fundamentalmente del Insalud como órgano de gestión del Ministerio de Sanidad. Realmente hemos escuchado atentamente sus palabras; ha habido cosas que nos han gustado de las que usted ha dicho, ha habido otras que nos choca que, después de once años de Gobierno socialista, se planteen todavía; y ha habido otras cosas, por supuesto, que no nos han gustado, no sólo por el planteamiento, sino teniendo en cuenta los antecedentes de los distintos ministros socialistas de Sanidad.

La pregunta que nosotros nos hacemos como primer partido de la oposición, preocupados por el tema sanitario en nuestro país, y la pregunta que también se hacen otros grupos sociales que están incardinados en los problemas de la sanidad, en relación con su intervención de hoy es: ¿es usted creíble? ¿Es creíble lo que usted nos está contando ahora? En principio, lógicamente, yo no voy a poner en solfa sus palabras como persona, pero tengo que decir que no es creíble desde el momento que representa al Ministerio de Sanidad del Gobierno socalista. ¿Por qué digo esto? Pues porque llevamos once años de Gobierno socialista y, a lo largo de estos once años, ha habido exactamente cinco ministros de Sanidad, y en relación con la política del Insalud durante estos cinco ministros se han presentado a la sociedad, o aquí en la Cámara. siete proyectos de gestión del Insalud, que se han caracterizado, una vez, porque el Insalud tenía más competencias, la siguiente vez porque resulta que esas competencias que tenía el Insalud luego iban a parar al Ministerio de Sanidad, porque el responsable del Insalud tenía más alta representación, dentro del Ministerio y dentro del organigrama administrativo de la sanidad, en unos casos que en otros; en resumidas cuentas, podemos decir que ha sido una política de vaivén, que unas veces tenía mayor o menor responsabilidad el gestor del Insalud en relación con el Ministerio de Sanidad. Por eso le decimos que no es creíble; usted nos está contando cosas, pero nos llama la atención, como decía antes, que, después de once años de Gobierno socialista, las quieran plantear ahora. El problema no sólo es que las quieran plantear -seguramente las intenciones son buenas-, sino que lógicamente se tendrían que haber ejecutado a lo largo de estos años.

Para iniciar la valoración de su intervención, también tengo que hacer referencia al informe Delphi, un informe que se publicó a finales de este verano, además fue solicitado por el Ministerio de Sanidad, y que entre otras cosas hablaba de muchos temas referentes a la sanidad. En cuanto al Insalud en concreto, creo que había tres gran-

des líneas o tres grandes cuestiones que decía que en estos momentos estaban de capa caída, o por lo menos que no estaban al nivel que la sociedad española necesita. Hablaba de la calidad asistencial, de la política de personal sanitario y de la administración y gestión de las instituciones sanitarias, fundamentalmente dentro del Insalud.

En relación con estos tres apartados que acabo de citar es donde yo voy a incidir fundamentalmente a la hora de exponer cómo consideramos nosotros que ha sido el trabajo de todos estos años y cómo puede ser la valoración que hacemos de sus palabras.

Hay que decir que su intervención ha estado un poco mezclada, porque atendía a la atención primaria mezclándola con la atención especializada; atendía en un momento dado a lo que era la gestión mezclándolo con la participación de los profesionales. Yo voy a intentar esquematizar lo mejor que pueda. Atendiendo a la atención primaria, el informe Delphi, a que antes me refería, decía que veía con preocupación, e incluso con pesimismo, el futuro de la atención primaria como forma de atención integral a los ciudadanos desde el punto de vista sanitario. Eso no extraña a nadie que conozca un poco el tema, sobre todo, de la atención primaria. La atención primaria como puerta de entrada al sistema, como elemento básico de la atención sanitaria a los ciudadanos, falla de forma alarmante. Desde el año 1986, año en que se aprobó la Ley General de Sanidad (y en esas reglas del juego nos tenemos que mover; es lo que ustedes han llevado a la sociedad), están muy lejos de alcanzar los objetivos que a lo largo de estos últimos años, en las distintas comparecencias que han hecho los responsables del ministerio, los responsables del Insalud, nos han ofertado, como ha hecho usted a lo largo de su intervención.

Estamos muy lejos de que la cobertura de los centros de atención primaria llegue al 90 por ciento de los ciudadanos en todo el territorio nacional. Estamos muy lejos del proyecto de los objetivos de la creación de equipos de atención primaria necesarios en diferentes zonas del territorio nacional; uno puede ir valorando provincia por provincia y se ve que tanto la construcción de centros de salud como la creación de equipos de atención primaria está lejos de aquellos objetivos marcados en su momento. Todo esto origina que la calidad asistencial, desde el punto de vista de la atención primaria, no sea buena por un fallo, diríamos, en infraestructuras sanitarias, pero también por un fallo en el modelo organizativo y para eso le tengo que poner, como se dice, como muestra un botón.

Datos del Ministerio o del Insalud dicen que la media de tiempo que un médico de un equipo de atención primaria dedica a un enfermo en su consulta oscila entre los tres y medio, cuatro o cinco minutos máximo. Lógicamente, con este tiempo no se puede atender con un buen nivel de calidad asistencial a los ciudadanos que acuden a los centros de salud, a los equipos de atención primaria.

Hay que decir, además, que en estos centros de salud fundamentalmente los equipos de atención primaria se dedican a una labor asistencial desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, siendo variable este tipo de asistencia sanitaria que se da, dependiendo muchas veces de la zona donde estén ubicados los centros de salud.

¿Pero qué queda al margen y es muy importante dentro de una política de salud integral para todos los ciudadanos? Queda al margen lo que se ha denominado promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es difícil encontrar equipos de atención primaria que realicen estos servicios sanitarios a los ciudadanos. Ha hablado usted de la que diríamos nueva lacra social que en estos momentos azota nuestro país. Hay que recordar que somos el primer país de la Europa comunitaria en número de casos de sida, y usted se ha referido a ello. Lógicamente en los centros de salud se debería dar información y notificación a los ciudadanos de cómo se puede evitar el contagio de esta enfermedad. También se podría hablar de otras enfermedades contagiosas e infecciosas de las que en estos momentos creemos que no se da la suficiente información. Por supuesto, la prevención del cáncer creemos que es una cuestión primordial. En este caso ustedes siempre han hecho mucha referencia en el caso de la mujer, a los cánceres de mama y útero.

Por estas cuestiones es por lo que nosotros decimos que no funciona, que no ha funcionado a lo largo de estos años y, por tanto, tenemos serias dudas de que vaya a funcionar mientras ustedes sigan en el Gobierno.

Me parece importante hacer referencia, dentro de la atención primaria, a la tarjeta individual sanitaria, que en estos momentos sólo está extendida entre el 55 y 60 por ciento de la población, pero que además presenta problemas graves a la hora de su utilización dentro de aquellos sectores donde está difundida o donde se ha distribuido, por la ausencia de un soporte informático. Realmente la tarjeta sanitaria individual como existe ahora no tiene grandes diferencias con la antigua cartilla de la Seguridad Social, porque no hay un soporte informático que dé información desde los diferentes centros de salud o desde los equipos de atención primaria a otros centros de salud o a los centros de especialización o los distintos hospitales de la red hospitalaria del Insalud.

La coordinación en las distintas comunidades autónomas que tienen competencias plenas en sanidad es una cosa en la cual se falla estrepitosamente dentro de la tarjeta sanitaria.

En atención primaria también hay que hacer referencia a esa información que difundieron, creo que fue antes del verano, a la que usted ha hecho referencia, que se presentaba como uno de los grandes logros del Ministerio, del Insalud y que la ministra parece quería arrogarse como el primer éxito de su gestión al frente del Ministerio, que era el Real decreto de libre elección de médico. Hay que decir que ese decreto, con la estructura sanitaria actual, no cambiaba en nada lo que había hasta ese momento. La prueba la tenemos en que según las últimas encuestas y estudios que se han realizado, desde el mes de agosto o septiembre, que este Real decreto entró en vigor, hasta la actualidad oscila entre el 0,1 y el 0,2 por ciento el número de ciudadanos que han acudido al cambio de médico general, de cabecera, de familia, o incluso de pediatra.

La preocupación del Ministerio y de usted mismo, que

- 3112 -

lo ha referido aquí y en otras informaciones que salen en la prensa sanitaria, siempre ha sido el desmesurado gasto farmacéutico. Nosotros consideramos que con las medidas que ustedes han tomado va a ser difícil atajar el gasto farmacéutico; va a ser difícil atajarlo por diferentes cuestiones y fundamentalmente creemos que aquel famoso decreto de financiación selectiva del medicamento no es la medida adecuada para esto.

Además habría que decir que para que realmente se recorte el gasto farmacéutico, para que ese gasto farmacéutico sea lógico en relación con la asistencia sanitaria, hay que incentivar la atención primaria, que es donde nosotros creemos que está aumentando el gasto farmacéutico y, por tanto, hay que aumentar la dotación de médicos de familia y médicos de equipos de atención primaria. Hay que decirle que cuando uno acude a ciertos centros de salud, es habitual que el médico esté solo en la consulta, no tenga ningún tipo de ayudante y, además, esté sobresaturado dentro de las posibilidades horarias de su atención sanitaria. Creemos que ésas serían, muy a vuelapluma, cuestiones que están pendientes dentro de la atención primaria y que, además, se repiten a lo largo de los años.

¿Qué decir de la asistencia especializada y fundamentalmente de los temas de la hospitalización, de los hospitales de la red del Insalud? En principio, a la hora de calificar el sistema hospitalario español habría que decir que es un sistema que está en crisis, que es un sistema hospitalario agotado en relación con lo que se preveía en el momento de estructurarlo hace ya bastante más de diez años. ¿Por qué decimos eso? Porque el modelo organizativo y de gestión en la dirección y en la administración de los hospitales no es el adecuado; porque los gestores no han sido las personas que deberían asumir las responsabilidades en los equipos de dirección de los hospitales y en las direcciones provinciales del Insalud; porque la situación laboral dentro de los hospitales es mala (hay que decir que, por ejemplo, entre el 45 y el 50 por ciento de las plantillas de los hospitales de la red del Insalud están con contratos de interinidad); y porque hay una falta de incentivación en los profesionales, fundamentalmente en los médicos y también en los diplomados en enfermería; falta de incentivación de todo tipo, falta de incentivación económica, de investigación, de formación continuada, de proceso evolutivo dentro de la red hospitalaria. Por todo esto nosotros creemos que la gestión de los hospitales ha sido mala a lo largo de estos años y por tanto, al ser mala la gestión, al no tener buenos gestores en la dirección de los hospitales es una de las causas por las que ha aumentado extremadamente el gasto en los hospitales con los problemas de déficit y de impago a los proveedores. ¿Qué creemos nosotros que se debe hacer? Pensamos que se debe implicar a los servicios médicos para alcanzar o, por lo menos, fijar los objetivos que se deben alcanzar en los hospitales. Las diferentes modificaciones que se deben hacer en los hospitales, atendiendo a las necesidades de la población, a los requerimientos de la sociedad que en estos momentos tiene planteamientos diferentes a los que en los últimos años se hacían en política sanitaria.

Aquí quiero hacer un apartado en relación no solamente con el tema de las especialidades y los hospitales, sino también con el tema de atención primaria, pero incide más en las especialidades, que es el debate último que ha habido sobre el catálogo de prestaciones. Nos preocupa fundamentalmente el mensaje que se ha dado desde este verano; nos preocupa el mensaje de recorte de prestaciones sanitarias y aunque ustedes han dicho, se lo voy a reconocer, que el catálogo de prestaciones sanitarias solamente es un instrumento para ordenar y clasificar las distintas prestaciones que puede dar el Insalud, a nosotros nos preocupa la información que tenemos por otras fuentes. Nos preocupa la información, ya que esas prestaciones, sin ser puramente sanitarias, sí afectan al nivel sanitario o al nivel de calidad asistencial de los ciudadanos: el transporte sanitario, la atención a enfermos que necesitan rehabilitación y que no están ingresados en los distintos centros hospitalarios. Eso nos preocupa porque tenemos entendido que es una de las cuestiones que se plantean.

También habría que decir en relación con este tema que nosotros creemos que con este catálogo de prestaciones se constituye el Sistema Nacional de Salud como un sistema cerrado, donde da la impresión de que no pueden entrar nuevas tecnologías o nuevas formas de atención sanitaria. Nosotros planteamos que el sistema sanitario debe ser abierto y que lógicamente debe debatirse en público y dentro de un debate sanitario nacional.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón, le ruego vaya concluyendo, por favor.

El señor VILLALON RICO: Término, señora Presidenta.

Hay que decir, por ejemplo, dentro de este apartado, de lo que se denomina catálogo de prestacones, que nos preocupan algunas de las cuestiones, que además no sólo nos ha preocupado a nosotros sino que ha sido tratado por los diferentes informes del Defensor del Pueblo a lo largo de estos últimos años. Me refiero a qué es lo que pasa con la atención a la salud mental de los ciudadanos. La salud mental, tanto desde el punto de vista ambulatorio como desde el punto de vista de hospitalización, ha sido dejada por el Insalud y sistemáticamente se da cobertura con aquellos centros concertados, fundamentalmente públicos, centros de las diputaciones provinciales. También le queríamos preguntar sobre informaciones que hemos recibido del establecimiento de equipos que se dicen de filtración, equipos a la hora de valorar los ingresos de las personas de la tercera edad, que, lógicamente, al ser pacientes con patologías crónicas, lo que ocurre es que van a estar durante tiempo ingresados en los distintos hospitales, aumentando el gasto. Parece ser que está previsto realmente establecer la diferenciación entre hospitales de agudos y hospitales de crónicos, fundamentalmente hospitales dirigidos a la tercera edad.

Dentro del tema de la contabilidad, ha hablado usted

de los DGR, de los pagos por proceso, dirigido fundamentalmente a la concertación con otros hospitales. No se ha hecho a lo largo de estos años y no sabemos cómo se va a hacer. Parece ser que en el año 1994 –dicen ustedesquieren implantarlo en quince hospitales de la red del Insalud, pero a nosotros nos gustaría saber cómo lo pretenden implantar, porque con las estructuras que hay, con los gestores que tienen ustedes en los distintos hospitales, es imposible en estos momentos llevarlo a cabo de una manera efectiva y eficiente.

Ha hablado usted de contabilidad analítica, ha hablado usted de diferentes cuestiones a la hora de realizar la contabilidad desde el punto de vista de los hospitales. A mí me parece preocupante que, de forma sistemática, hayan pasado de diferentes modelos de contabilidad, que a lo largo de estos últimos años la contabilidad se haya hecho por diferentes sistemas y, por tanto, no creemos en sus palabras.

También hay que hacer referencia al modelo retributivo del personal sanitario. Consideramos que se debe modificar –creo que usted está en esa línea– el modelo retributivo para incentivar fundamentalmente a los médicos. Hay cuestiones, como el complemento de dedicación exclusiva, que creo que ha sido una grave equivocación. Es una de las cuestiones que nosotros creemos que se debe suprimir para dejar que los distintos médicos de los hospitales se adapten de forma diferente a las retribuciones que ustedes les plantean.

Por último, en relación con el sistema retributivo, con el sistema de incentivación, a mí me gustaría hacer referencia a la carrera profesional de médicos y de diplomados de enfermería. Es otro de los proyectos de que ustedes vienen hablando desde hace varios años. Parece ser que ahora hay un anteproyecto de ley de bases de ordenación de las profesiones sanitarias y que eso implica un todo, un gran cajón de sastre, donde se establece, como su nombre indica, una ordenación de profesiones. Bienvenida sea esta ley de bases de ordenación de profesiones sanitarias, pero también, por otra parte, creemos que debe ir un poquitín al margen la carrera profesional, aunque lógicamente esté ligada, por ser cuestiones distintas dentro de lo que es la profesión sanitaria y las distintas incentivaciones que puede recoger el proyecto.

Para terminar, señora Presidenta, porque el señor Temes ha tocado muchos temas, pero es casi imposible fijar posición sobre todas las cuestiones que él ha planteado, quería hacer una pequeña referencia a la administración, a los servicios generales y al control del sistema, fundamentalmente de los hospitales.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón, muy brevemente por favor, se lo ruego.

El señor VILLALON RICO: Muy brevemente.

Hay que decir que el Sistema ha fracasado en su gestión desde el punto de vista general, aunque hay que tener en cuenta, y nosotros lógicamente así lo creemos, que la satisfacción de los ciudadanos es buena en el momento en que entran en el Sistema, pero no así mientras

no llegan al mismo. Son las famosas listas de espera que tantos años les ha costado a ustedes reconocer, como tantos años les ha costado poner en práctica los conciertos con otras instituciones hospitalarias para su solución. Todas estas cuestiones están originadas en la gestión administativa, en los equipos de dirección de los distintos hospitales.

Decía yo al principio que ha habido poca participación de los servicios médicos y de las diferentes comisiones que se han constitutido en los hospitales. Ello ha sido motivo de desviación del gasto y de no establecer lógicamente el control necesario, porque las personas que gestionaban estos centros no estaban capacitadas para ello y, en resumidas cuentas, no ha habido una fijación de objetivos por parte de estos gestores.

Usted decía al principio que venía aquí para presentar la política sanitaria desde el Insalud, la política de gestión del Ministerio de Sanidad, y que estaban abiertos a diferentes iniciativas de los distintos grupos parlamentarios a la hora de dar salida a otras iniciativas o de dar solución a los problemas que tiene la sociedad española desde el punto de vista sanitario. A mí me llama la atención que usted diga eso porque nosotros, en repetidas ocasiones, hemos estado dispuestos a colaborar con el Gobierno socialsta, presentando distintas iniciativas legislativas, pero nunca el Grupo Socialista en el Congreso ha apoyado las diversas iniciativas que hemos presentado como arma o instrumentos para que el Gobierno mejorara la asistencia y la calidad sanitaria; nunca han sido aceptadas.

Nosotros hemos presentado distintas iniciativas a lo largo de todos estos últimos años y en el breve espacio de tiempo que llevamos de esta legislatura hemos presentado diferentes iniciativas legislativas que siempre han sido rechazadas, pero vamos a seguir presentándolas a lo largo de los próximos meses y ya veremos si el Grupo Socialista apoya alguna de ellas.

Para terminar, señora Presidenta...

La señora **PRESIDENTA:** No; finalice ya, por favor, señor Villalón. Su señoría ha duplicado con creces el tiempo reglamentario.

El señor VILLALON RICO: Nosotros establecemos en tres grandes líneas lo que puede ser la mejora del Sistema Nacional de Salud y lo que puede ser la mejora del órgano de gestión. Establecemos en la libre elección de los ciudadanos, dentro de los diferentes modelos que puede haber en nuestro país, la utilización de todos los recursos humanos y materiales de que dispone nuestro país desde el punto de vista sanitario y, lógicamente, en una buena bestión y un control del gasto, que es lo que no se ha realizado hasta el momento actual.

La señora PRESIDENTA: No voy a insistir a SS. SS., en vista del éxito obtenido por la recomendación inicial de esta Presidenta. (Risas.)

Por el Grupo de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

– 3114 –

La señora MAESTRO MARTIN: Como se hizo mención al principio, yo voy a dividir mi intervención en dos apartados: uno se refiere a la solicitud de comparecencia del Director General del Insalud y el segundo a la solicitud por parte del Grupo de Izquierda Unida de su comparecencia en relación con las graves insuficiencias de un centro privado concertado con el Insalud.

En relación con el primer aspecto, quiero señalar que es imposible olvidar que la intervención del señor Temes se realiza en un marco en el que, tras once años de gestión socialista, se produce una situación en la cual el desarrollo de la Ley General de Sanidad es apenas existente y en un marco presupuestario en el que, más allá de las declaraciones de intenciones, que yo valoro, por parte de los respresentantes del Gobierno y del Grupo Socialista de apuestas en favor del sistema público, hecha exclusión de las partidas presupuestarias referentes a deudas de diferente tipo y a indemnizaciones a enfermos hemofílicos, se aprecia un decremento, una disminución global del 7 por ciento del Presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo, incluyendo el Insalud. En este marco es imposible avanzar en el desarrollo del aspecto central, a juicio de mi Grupo, que propuso la Ley General de Sanidad y el Real Decreto de Reforma de Estructuras Sanitarias de Atención Primaria de 1984, cuando la cobertura real con equipos de atención primaria funcionando en este momento no llega al 50 por ciento de la población en el Insalud no transferido.

En cuanto a la intervención del señor Temes, quiero decir que hay partes concretas que comparto y que aplaudo. Sin embargo, mi preocupación viene dada porque el señor Temes y el Ministerio de Sanidad, en anteriores comparecencias ante el Pleno o ante esta Comisión, anuncian medidas que son frontalmente contradictorias. Es decir, nosotros planteamos y aplaudimos todas las propuestas de mejora de la calidad de la atención sanitaria en atención primaria, las medidas de coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario y la introducción de criterios sociosanitarios en la atención de enfermos crónicos. Sin embargo, estas propuestas que, evidentemente -y quiero decirlo aquí-, son compatibles con los presupuestos, es decir, son medidas de coordinación, de mejora del funcionamiento existente, nos parecen frontalmente contradictorias con los criterios y con las medidas concretas puestas en marcha por el Insalud en cuanto a la descentralización de la gestión de los centros sanitarios. El concepto de área sanitaria como elemento fundamental de la planificación sanitaria exige esa coordinación de niveles asistenciales, que no es compatible con estructuras de gestión decentralizadas por centros hospitalarios o por centros de salud.

En diferentes situaciones nos hemos manifestado en contra de la mixtificación que encierra el concepto repetido por la Administración sanitaria en lo que se refiere a la cultura de gestión. No existe plan integrado de salud, es decir, no existe evaluación suficiente de la situación de salud de la población española, no existe el mínimo soporte que permita la planificación de los recursos sanitarios, de los importantes recursos sanitarios de nuestro

país, en función de objetivos específicos de mejora de la situación de salud de la población y, por lo tanto, capaces de evaluar la eficacia y la calidad del sistema sanitario.

En este marco, las medidas de descentralizacion de la gestión, la nueva cultura de gestión, tienen, inevitablemente, un coste economicista, es decir, se superpone y prioriza el objetivo del ahorro sobre el objetivo de la calidad, sobre el objetivo de la evaluación de la función de los servicios sanitarios. En tal sentido, quiero decir que criterios de planificación sanitaria como la eficacia y la eficiencia son vaciados de contenido y utilizados con criterios prioritarios y fundamentales de ahorro. La eficacia, como todos ustedes saben, mide el nivel alcanzado en la consecución de objetivos. No existen objetivos de salud identificables. (Rumores.)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, ruego silencio. Continúe, señora Maestro.

La señora MAESTRO MARTIN: El señor Temes no ha planteado a lo largo de su intervención en qué medida la actuación de los servicios sanitarios va a tener como resultado mejoras evaluables, mejoras identificables en la calidad de la atención sanitaria y en la salud de la población. El criterio de eficiencia, que introduce correctamente el criterio de ahorro en los servicios sanitarios, debe supeditarse siempre al criterio de eficacia. Es decir, cuando nosotros identificamos una medida que intervendría positivamente sobre la salud de la población, por ejemplo, la realización de mamografías a la población de riesgo para la detección del cáncer de mama, es susceptible y por parte de los servicios sanitarios se debe evaluar si la realización de esta técnica puede ser de un coste inferior o superior a otras que consigan los mismos niveles de eficacia. Si el objetivo que se plantea fundamentalmente es el de ahorro y no el de impacto sobre la salud de la población, hay que decir que esa cultura de gestión plantea el funcionamiento del sistema sanitario como una empresa, cuando el sistema sanitario, evidentemente, consume recursos importantísimos, pero tiene objetivos muy superiores al del ahorro. A este nivel, en opinión del Grupo de Izquierda Unida, la actuación de gestores, desde el punto de vista económico, del sistema sanitario debe subordinarse a otro tipo de direcciones, desde el punto de vista de salud, que realmente utilicen los recursos de la manera más rentable posible, pero sin supeditar al ahorro objetivos de salud de otros tipos.

A este nivel, decía también que comparto el proceso de coordinación que plantea el señor Temes y tengo que decir que el Real Decreto por el cual se plantea la libre elección de médico en un ámbito tan amplio como el del área de salud pulveriza el criterio fundamental del trabajo sobre una población identificable del equipo de atención primaria. Al mismo tiempo, desgraciadamente, no he oído ningún objetivo por parte del Insalud de avanzar en la integración de redes. La diversificación de redes sanitarias públicas es en sí misma un elemento de ineficiencia sanitaria que plantea la subutilización de recursos existentes, la duplicación de actuaciones sanitarias y

- 3115 -

en ningún caso he oído que vaya a haber ningún tipo de avance, aunque tampoco se ha planteado el avanzar en las transferencias sanitarias, que sería un elemento más de la racionalización del sistema sanitario.

En cuanto a la introducción de criterios sociosanitarios para la atención de enfermos crónicos y de personas mayores, la atención gerontológica, mi Grupo comparte la preocupación por la ampliación de la red de cuidados de media y baja intensidad y el desarrollo de servicios sociales complementarios a la atención sanitaria. Sin embargo, he estudiado detenidamente tanto el presupuesto de Sanidad, al que he hecho mención, como el presupuesto del Ministerio de Asuntos Sociales, y me sorprende que ése sea un objetivo que se plantee a conseguir en este ejercicio presupuestario, cuando no hay ni una peseta de incremento de recursos a este nivel, y si bien compartimos el objetivo, realmente me es muy difícil pensar de dónde van a generarse los recursos necesarios para este tipo de atención.

Para terminar esta parte de mi intervención, querría hacer mención al catálogo de prestaciones sanitarias. Hay una confusión enorme sobre este tema, que yo pido al señor Temes que aclare, confusión derivada de las prestaciones concretas que pretenden excluirse, alguna de ellas, a juicio de mi Grupo Parlamentario, de enorme importancia, como es la reproducción asistida, sobre todo habida cuenta de que nuestro país es en estos momentos uno, por no decir el que más, de los de más baja natalidad del mundo.

Por otro lado, acerca de la inclusión de nuevas prestaciones -que nuestro Grupo apoyaría, sin duda-, las informaciones relativas a los debates habidos en el Consejo Interterritorial del Sistema Sanitario no lo aclaran suficientemente. Me refiero sobre todo a prestaciones en las competencias transferidas a las comunidades autónomas, fundamentalmente de promoción y de prevención de la salud, que, insisto, mi Grupo apoyaría decididamente, pero tampoco en este tema existe claridad acerca de cuáles son las partidas presupuestarias del propio Insalud o de las transferencias a comunidades autónomas que van a permitir soportar la inclusión de un nuevo tipo de prestaciones.

Quiero decir, finalmente, que tanto el catálogo de prestaciones como el Real Decreto de financiación selectiva de medicamentos introduce -y a mi juicio éste es el elemento más grave- el criterio económico a la hora de incorporar nuevos medicamentos o nuevas prestaciones en el sistema sanitario. Es temible que en momentos de recortes en servicios sociales como los que estamos viviendo el catálogo sea un primera medida destinada a establecer el marco real desde el cual pueda «gotearse» progresivamente la exclusión o la no inclusión de prestaciones por criterios fundamentalmente económicos.

En relación con las medidas de uso racional del medicamento, mi Grupo comparte todas aquellas que van destinadas a aumentar la formación de los profesionales en esta materia, así como las destinadas a mejorar las compras de medicamentos por parte de los servicios sanitarios y también la potenciación de genéricos. Una vez más, es la incógnita presupuestaria la que es necesario introducir, porque, como fue expresado por mi Grupo en el debate de presupuestos, ¿cómo es posible que programas de uso racional del medicamento vayan a tener una atención prioritaria por parte tanto del Insalud como del Ministerio de Sanidad cuando la partida presupuestaria disminuye en un 3 por ciento para este año y cuando el presupuesto de publicaciones, que entiendo soportaría la información destinada a los profesionales sanitarios sobre perfiles terapéuticos, protocolos, etcétera, desaparece de los Presupuestos Generales del Estado para 1994 en el Ministerio de Sanidad?

En la segunda parte de mi intervención quiero solicitar al señor Director General del Insalud su opinión y saber las medidas que piensa tomar en relación con las graves insuficiencias en la atención sanitaria denunciadas por usuarios de la clínica privada Sear, de Madrid, concertada por el Insalud. Dicha clínica está dentro del catálogo de hospitales y figura clasificada dentro del grupo 5, nivel 3. El Insalud, con fecha 23 de agosto de este año, ratifica el concierto con la mencionada clínica en dos versiones. Concierta con Sear un grupo de camas que se refieren a la clasificación del grupo 5, nivel 3, que dentro del régimen jurídico de hospitales está considerado como hospital comarcal, en el cual se establece que habrá atención de cirugía, traumatología y diversas especialidades. Deben contar con áreas específicas de atención a urgencias, consultas externas, laboratorio, radiodiagnóstico, rehabilitación, área de aislamiento, esterilización, etcétera. Se plantea que en la cobertura de los servicios esté separada la cirugía de la traumatología, que cuente con unidad de cuidados intensivos con personal especializado, o técnicas especiales de diagnóstico y tratamiento; que el índice total de personal/cama sea superior a 0,90 y que la asistencia será continuada con facultativo de medicina general, cirugía, ATS y comadrona en su caso, aunque en este centro no se realizan partos. Otro grupo de camas concertadas se refiere a las incluidas en el grupo 2, nivel 3. El grupo 2 se refiere a hospitales de media estancia, monográfico, y el nivel 3 incluye, dentro de esta calificación, centros destinados a la atención de enfermos con unidades médicas, quirúrgicas o de rehabilitación, con requerimientos de diagnóstico y terapéuticos de alto nivel de especialización y tecnología acondicionados a la patología predominante, cuyo índice total de personal/ cama no será inferior en ningún caso a 0,85.

La solicitud de comparecencia del Director General del Insalud viene motivada por la percepción por parte de mi Grupo de la existencia de más de quince denuncias por parte de familiares de personas ingresadas en este centro, denuncias sobre cuya entidad y gravedad voy a intentar hacer un pálido reflejo de lo que en ellas se vierte.

Todos los que conocemos el funcionamiento de los hospitales sabemos que es muy difícil, en una inspección rápida, poder evaluar lo que realmente sucede en las 24 horas de trabajo de un hospital. En este hospital, quiero recordar, se produjo la muerte de un niño de seis años después de habérsele practicado una amigdalectomía,

pues como consecuencia de la misma se le produjo una hemorragia que requirió de una atención de reanimación y resucitación intensivas. En este hospital no aparecia ninguna de ellas, tal y como debería tener en función del tipo de camas que, insisto, para este tipo de patologías era del grupo 5, nivel 3. Este niño tuvo que ser trasladado a La Paz, centro en el que permaneció en coma y murió.

En relación con el tipo de camas del grupo 5, nivel 3, se han producido también denuncias en el juzgado relativas al proceso sufrido por una persona que acude a este centro. Esta persona se encuentra en lista de espera en el Ramón y Cajal, pendiente de la reducción de una eventración suprapúbica. Esta persona recibe en su domicilio la llamada de un tal doctor Serrano, que no es un médico del hospital en el que estaba en lista de espera, sino un médico de la plantilla de Sear, que se pone en contacto telefónico directo con ella y le propone ser operada en su clínica para evitar la larga espera que se suponía tendría que sufrir. Se interviene a esta persona en el centro y 24 horas después de la operación, con fiebre, se le da de alta. Esta persona denuncia que durante las veinticuatro horas que estuvo ingresada la ropa sucia permanecía sin recoger en la bañera, no se le pasa visita ni se informa a los familiares del resultado de la operación, nadie acude a lavarla, tiene que levantarse la persona recién intervenida a acudir al servicio y, sin exploración ninguna, se le da el alta diciéndole que será mejor atendida en su casa que en la propia clínica. La fiebre aumenta en su domicilio, empeora, y en el informe de alta que se le da se le expresa que en el caso de necesitar atención urgente debe acudir al servicio de urgencias en su zona porque tal centro no cuenta con servicio de urgencias, tal y como debería contar en función del tipo de calificación que tiene, que, obvio es decirlo, determina las cantidades que la Seguridad Social paga por el concierto con dicho centro. En el Doce de Octubre se le abren los puntos, se le practica un drenaje y acude a curas durante un mes. Está pendiente de nueva intervención quirúrgica porque la eventración no fue reducida.

Otra de las denuncias más importantes se refiere a una persona con accidente cerebrovascular de repetición, afecto de hemiplejia derecha completa y de afasia sensorial y motriz. Los familiares expresan que esta persona, a los pocos días de estar en la clínica, presenta un miedo atroz, que el personal la amenaza repetidamente con tirarla por la ventana y esta persona solamente puede dormir cuando hay familiares suyos o de enfermos de la misma habitación allí. Denuncian expresamente a un celador -es difícil de creer, pero la familia lo acredita-, acusándole de amedrentar, disfrazado con sábanas, a esta persona con tirarla por la ventana. Los familiares tienen que alimentarla y asearla porque nadie lo hace, y esta persona muere por haberse tirado por la ventana un mes después de estar ingresado. Esta persona tenía, como he señalado, una hemiplejia total. Para tirarse por la ventana tuvo que haber desplazado camas y sillones, tuvo que haber levantado una persiana rota, para lo cual requería de las dos manos, y apareció tirada en el césped a una distancia considerablemente superior a la que razonablemente debiera haber caído si realmente hubiera caído un peso de 80 kilos desde la ventana. En el informe de la autopsia se le aprecian erosiones en las piernas con roce de cuerda o palo.

Otra de las denuncias se refiere a un paciente que ingresa para tratamiento por padecer un cáncer de hígado. No quiero relatar todas las denuncias (si puedo, haré referencia a ellas en el turno de réplica), pero las dieciséis denuncias que mi Grupo ha recibido reiteran que por las noches los timbres no suenan, que nadie acude a las llamadas de los pacientes, situación que ha hecho que en cuatro de las denuncias se señale que los enfermos ingresados caían al suelo y que en esa situación pasaban toda la noche hasta que les encuentran los familiares. La denuncia a la que hago mención refleja que tanto en el caso del tratamiento de este señor como en el caso de otros pacientes que se quejan, o cuyos familiares han emitido quejas a la Dirección del hospital, reciben tratamiento con haloperidol en gotas; a veces se ha presenciado por parte de los familiares cómo el tubo de haloperidol se vacía en la boca del enfermo. Evidentemente, los enfermos que reciben este tratamiento no tienen padecimientos mentales que justifiquen tal tratamiento y dichos medicamentos pueden ser utilizados para sedarlos. En alguno de los casos, las quejas de los familiares expresan que el personal sanitario de este centro se ha referido a que de esta manera el personal que trabaja durante el día en otros centros sanitarios puede dormir mejor por las noches. El señor al que me estoy refiriendo cae de la cama una noche, se rompe la nariz y los familiares le encuentran, a la una del mediodía, atado a una silla, con sangre en la nariz y en el pijama y con el tabique nasal desviado. Solicitan que se practiquen pruebas diágnósticas para ver qué ha sucedido, se le informa a la familia que este señor se va a morir, y solamente ante exigencias de la familia es trasladado a La Paz, donde se le diagnostica una fractura completa de tabique nasal y se le reduce.

En otra ocasión la denuncia se refiere a una persona que tiene practicada una gastrotomía y a quien diez días después de su ingreso en repetidas ocasiones se le administra la medicación por boca, situación que provoca asfixia y vómitos fuertes al paciente. Esta persona estaba consciente y en las subsiguientes ocasiones procede a sacar la medicación que se le introduce y a no tomarla. Cuando los familiares denuncian esta situación se les dice que el personal no tenía noticia de la existencia de esta gastrotomía, a continuación de lo cual se coloca un cartel encima de la cama.

Hay que decir que todas las personas denunciantes acreditan que en ningún caso se pasa visita por parte del personal médico; es decir, la visita que normalmente se practica en los hospitales allí no se produce nunca, salvo a petición expresa de los familiares. Esto ha dado lugar a que en dos ocasiones, ante el caso de personas diabéticas con tratamiento de insulina, solamente ante el empeoramiento producido, evidente para los familiares, éstos soliciten el tratamiento con insulina y el personal conteste que no eran conocedores de la situación de diabéticas insulinodependientes de estas personas.

Son repetidas las denuncias -lo he dicho anteriormente-por casos como el de personas de estas características, enfermos terminales que caen de la cama al suelo. En uno de los casos, la persona que se cae se produce una herida en la frente que requiere doce puntos de sutura, y pasan toda la noche en el suelo sin que nadie acuda a atenderles. Se ha denunciado por parte de los familiares que las toallas se cambian dos veces por semana y que si una toalla se ensucia nadie la cambia hasta el día siguiente. En el caso de otra persona se le producen graves heridas por su alergia al esparadrapo que, a pesar de la denuncia de los familiares, insistentemente se vuelve a utilizar y no se cambia el tipo de esparadrapo.

- 3117 -

También se denuncia el caso de una enferma con Parkinson y Alzheimer, con incontinencia fecal y urinaria, que es vista sistemáticamente por la familia, cuando llega, desnuda en su propio orín, en la cama y con orina que ha caído en el suelo, que es pisada por los familiares de otros enfermos.

En otros casos las denuncias se refieren al hecho de otra persona que se cae al suelo, se fractura la cadera y está cinco días con fortísimos dolores, sin recibir ningún tipo de tratamiento hasta que a los cinco días se le practica una radiografía comprobando que tiene una fractura de cadera.

No quiero seguir con un enorme calvario de denuncias por parte de dieciséis familiares de personas ingresadas allí. Sí quiero insistir en que en todos los casos las personas denunciantes lo han hecho tras el fallecimiento de sus familiares, porque existe un grado muy fuerte de persecución a todas aquellas personas cuyos familiares establecen algún tipo de protesta, bien directamente a la Dirección del hospital, bien a través de los medios de comunicación, y que personas denunciantes han recibido amenazas telefónicas de muerte si persistían en la denuncia

Mis informaciones son que, pese a tener competencias transferidas la Comunidad de Madrid en cuanto a acreditación e inspección de centros sanitarios, los recursos de esta Comunidad impiden que en ningún caso se realice periódicamente inspección de centro alguno y solamente se actúa en función de denuncias. Sin embargo, la presencia del Director General del Insalud debe dejar claro en esta Comisión de Sanidad y Consumo cuáles son los criterios del Insalud para haber ratificado, haber renovado, en fecha reciente el concierto con esta clínica privada, pese a tener conocimiento, con anterioridad, de estas denuncias que los familiares en repetidas ocasiones han hecho llegar a la Dirección Provincial del Insalud de Madrid.

Quiero que el Director General del Insalud tenga la amabilidad de contestar cuál es la información que obra en poder del organismo acerca del tipo de servicios que tiene este hospital, de en qué medida es justificable la ausencia de servicios a los que está obligado en función de la clasificación obtenida por este centro y que justifican el concierto del Insalud, así como la cuantía económica de dicho concierto; si el Insalud ha hecho inspecciones en este hospital y si este hospital cuenta con responsa-

ble del servicio de farmacia, porque otro de los hechos denunciados es la administración de medicación caducada; cómo se explica que no se pase visita diaria, que no se informe a los familiares, no sólo verbalmente, sino en caso de fallecimiento o por alta de las personas allí ingresadas; cuál es la tasa de infección hospitalaria que tiene este centro y cómo se realizan las guardias nocturnas y por qué personal; si tiene conocimiento el Insalud de que la plantilla declarada por el hospital esté prestando sus servicios en el mismo, se me ocurre que por el mecanismo tan simple como comprobar si la empresa está cotizando a la Seguridad Social por los trabajadores declarados; si se ha apreciado la existencia de incompatibilidades dentro de los trabajadores de la clínica Sear y por cuántos de ellos; con qué frecuencia se realizan controles analíticos, radiográficos, etcétera, y si existe laboratorio y radiología de guardia. En fin, si la calidad, la humanización del trato en la clínica Sear, a juicio del Insalud, contienen los mismos requisitos de calidad, en mi opinión, no ya para que el Insalud concierte, sino para mantener abierto un centro en estas condiciones.

La señora PRESIDENTA: Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió) tiene la palabra el señor Cardona.

El señor CARDONA I VILA: Señoras y señores Diputados, en primer lugar quiero agradecer la comparecencia y la exposición del señor Temes, Director General del Insalud.

Vamos a hacer unas consideraciones previas para después, y en base a ellas, someter precisamente a la consideración del Director General unas cuestiones concretas.

En los últimos años han accedido al Sistema Nacional de Salud más de cinco millones de personas que hasta hace cuatro o cinco años no tenían reconocido precisamente el derecho de atención médica gratuita. En efecto, con la universalización del acceso al sistema público todos los españoles tienen reconocido su derecho a recibir todas las prestaciones sanitarias, desde la atención médica y farmacéutica más simple y elemental a los tratamientos e intervenciones quirúrgicas más sofisticadas, incluidos trasplantes de órganos. De todo ello se hace cargo el Estado, gracias al logro social, irrenunciable por otra parte, de igual posibilidad de acceso para todos los españoles.

Gracias a la mejora de la calidad de vida se está produciendo un incremento, notable por otra parte, de la expectativa de vida, de forma que la esperanza de vida de los españoles está en las cifras más altas. Así, si las mujeres pueden llegar a una media de vida de 80 años y los hombres hasta los 74 de media, la media estaría alrededor de los 75 ó 76 años, y las perspectivas, tal como ha dicho el Director General, son de que vaya aumentando, y él ha expuesto unas cifras.

Es natural que ello conlleve unos cuidados y atenciones sanitarios fácilmente comprensibles, de manera que el sistema sanitario debe dar una respuesta concreta a sus naturales necesidades. La mayor expectativa de vida, por otra parte, junto con el descenso de la natalidad, configuran una nueva distribución de la población a asistir; es decir, que si bien las atenciones en infancia puede decirse que tienden a disminuir, tienden a reducirse, las atenciones consideradas globalmente, en su conjunto, es de prever que se incrementen notablemente al tener una población más envejecida.

Por otra parte, no es preciso entrar ahora en la disquisición de si se trata de atenciones sociales, además de las propiamente sanitarias, las que precisan estas personas de más edad. En cualquier caso, lo lógico es que las necesidades sanitarias se incrementen y de forma considerable. Y aun cuando también tengamos que plantearnos cuánto hay en la práctica diaria precisamente de atención sanitaria y cuánto hay de necesidades sociales, lo dejamos aquí planteado, en cualquier caso, para señalar este incremento de las prestaciones sanitarias que hacen falta para cubrir las atenciones de la población.

Por otra parte, el incremento día a día de la tecnología médica, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del tratamiento (también ha hecho hincapié), ha permitido, entre otras cosas, la supervivencia de efectos de enfermedades que hasta ahora eran incurables, pero a cambio también han aumentado considerablemente las necesidades de prestaciones sociosanitarias para estas personas, a veces durante bastantes años y de una forma continuada y persistente. Y, finalmente, la aparición de nuevas enfermedades que, aun cuando frente a ellas se ha hecho un enorme esfuerzo científico, además de económico, no se han conseguido vencer y que comportan también, como es el caso del sida o de las drogodependencias, un considerable incremento de las prestaciones sanitarias.

Todas esas circunstancias, es decir, la universalización del sistema, el envejecimiento de la población, la mejora de la tecnología médica, la tendencia a la cronificación de enfermedades incurables y la aparición de nuevas enfermedades, que inciden en un incremento de la demanda sanitaria y de sus prestaciones, conllevan, como es natural, un aumento considerable y desproporcionado de las necesidades presupuestarias. Por ello, a pesar de que en los últimos años las previsiones presupuestarias en Sanidad han ido incrementándose, año tras año, en un 10 o un 12 por ciento aproximadamente, han ido resultando, a su vez, también insuficientes, puesto que también año tras año se han ido produciendo unas desviaciones de alrededor de un 12 o un 14 por ciento, de tal manera que, al 31 de diciembre de 1991, aquella deuda, que se ha conocido como la deuda histórica y que ascendía a 580.000 millones de pesetas, después de diversos debates en el seno del Consejo Interterritorial se acordó amortizarla en diversos plazos y vía créditos extraordinarios, cuyo último plazo precisamente de 140.000 millones se contempla en los Presupuestos para 1994.

No hace falta insistir más en la importancia de las repercusiones negativas sobre las comunidades autónomas con el Insalud transferido por el sistema de financiación sanitaria, derivadas de esas desviaciones presupuestarias. Sólo quiero dejar constancia de las dificultades financieras que ello conlleva, teniendo en cuenta que se

liquidan además con meses de retraso, a veces con más de un año.

En concreto, ahora estamos a la espera de saber cuál es la cuantía exacta de la desviación presupuestaria correspondiente al año 1992, más la previsible para el actual ejercicio de 1993. Por todo ello, las preguntas que sometemos a la consideración del Director General, señor Temes, en concreto son las siguientes: ¿A cuánto asciende, en cantidades concretas, la desviación presupuestaria total del Insalud del ejercicio de 1992? ¿Cuál es también, en valores absolutos, la previsión de la desviación presupuestaria para el actual 1993, por decirlo de una forma coloquial, para ponernos al día?

En relación a evitar desviaciones para un futuro, sobre todo para el próximo ejercicio de 1994, ¿qué nuevas medidas de gestión tiene previsto aplicar para conseguir el objetivo de cumplir las previsiones presupuestarias?

Hemos anotado algunas de las mejoras de gestión que ha expuesto. Por tanto, ¿en qué sentido es previsible que ayudarán precisamente a evitar esas desviaciones presupuestarias? Por otra parte, con el fin de estudiar las repercusiones de estas desviaciones presupuestarias en las comunidades autónomas con el Insalud transferido, la señora Ministra manifestó precisamente su voluntad de crear una comisión con los consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas susodichas, es decir, con el Insalud transferido. En este sentido las preguntas concretas son: ¿Se ha creado esta Comisión? ¿Se han iniciado ya las reuniones pertinentes? En todo caso, ¿cuál es, en definitiva, el estado de los trabajos iniciales para llegar a solucionar este problema del efecto colateral de las desviaciones presupuestarias del Insalud, en el sentido de las repercusiones sobre las comunidades autónomas con el Insalud transferido?

Para terminar, señora Presidenta, señor Director General del Insalud, voy a hacer una referencia breve al catálogo de prestaciones para posicionarnos en este sentido, catálogo que fue presentado inicialmente y no aprobado en la reunión del Consejo Interterritorial de Salud que se celebró anteayer en Bilbao. Nosotros estamos de acuerdo en la necesidad de hacer un catálogo de las mismas. Ahora bien, tampoco sabemos si esto puede representar en el futuro el inicio de un recorte de las prestaciones, pero en cualquier caso, desde el punto de vista del Grupo Parlamentario de Convergência i Unió, entendemos que no es admisible la reducción de prestaciones sanitarias, no si antes, en todo caso, no se llega a un porcentaje en relación al PIB de la financiación sanitaria alrededor de un 7 por ciento, que es el semejante al de los países de nuestro entorno geopolítico y, a la vez, no haber llegado al extremo máximo de exigir el máximo rigor, valga la redundancia, en la gestión precisamente de los recursos sanitarios.

Para finalizar, quiero hacer una reflexión. En estos momentos de recesión es precisamente cuando se cuestiona más el Estado de bienestar. Parece que ahora nos cercioramos de que los ingresos tienen un incremento en progresión aritmética mientras que los costes para sufragar todas las necesidades aumentan en una progresión

geométrica. Esto nos lleva a la reflexión de si el concepto de Estado es el Estado de bienestar o si el Estado no puede erigirse en benefactor de todos sino que, por el contrario, debe actuar de forma subsidiaria en lo que no pueda resolver el conjunto de la sociedad. Digo esto, en un día como hoy, como reflexión final.

La señora VICEPRESIDENTA (Novoa Carcacia): Tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Vicente García.

La señora VICENTE GARCIA: En primer lugar, quisiera agradecer, en nombre de mi Grupo, al señor Temes su presencia hoy aquí en esta Comisión para explicarnos cuáles son las medidas de política general que va a llevar a cabo el Insalud.

Entendemos que, en su conjunto, su información ha sido compleja, densa y clarificadora. Compleja, pues es evidente que en cualquier país pueden plantearse distintos modelos sanitarios, distintos tipos de financiación, distinto alcance de las prestaciones sanitarias que se otorgan a los ciudadanos; es decir, distintas coberturas sanitarias y, en definitiva, distinto acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios.

Densa y clarificadora, pues en la intervención del señor Temes se abarcan objetivos prioritarios como son cumplir los Presupuestos de 1994 y reducir las listas de espera, en unas líneas generales de actuación que incluyen desde actuaciones para mejora de la gestión, de la eficiencia, pasando por la atención de problemas prioritarios, control de gasto farmacéutico y finalizando, por fin, con medidas de calidad y medidas para incrementar el grado de libertad y satisfacción del usuario.

Actuaciones que el Grupo Socialista apoya en su totalidad y que, en definitiva, permitirán consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud. Modelo sanitario que el Grupo Socialista defiende por entender que es el que mejor permite garantizar la universalidad, la equidad y la solidaridad a todos los ciudadanos. Un sistema de financiación pública que es fundamental en las políticas de bienestar social, al no discriminar a los ciudadanos por su nivel de renta, edad o por las patologías que puedan padecer.

Podemos decir que el Sistema Nacional de Salud, en su totalidad, ofrece un balance claramente positivo, con un conjunto de prestaciones y programas de variedad y calidad comparables a los de los países más avanzados de Europa y con un coste inferior a los de la mayoría.

Nos produce cierto asombro la actitud de algunos grupos con sus descalificaciones continuas, manifestaciones catastrofistas y el intento permanente de desprestigiar el Sistema Nacional de Salud, aunque esto no va a impedir que los socialistas defendamos el sistema que, por supuesto, no va a dejar de ser ni universal ni solidario.

En cuanto a las medidas de actuación general a las que se ha referido el señor Temes, con respecto a la reforma de la gestión tenemos que decir, en primer lugar, que nos parecen acertadas y necesarias las medidas concretas que se refieren a implantación de protocolos coordinados entre la atención primaria y especializada, la implantación de equipos de cuidados geriátricos, la mejora de la coordinación entre consultas externas hospitalarias y ambulatorias.

Por otro lado, apoyamos aquellas medidas concretas que usted apuntaba anteriormente al entender que consolidan y mejoran el sistema y benefician, en consecuencia, al ciudadano, tales como la cirugía ambulatoria, la cirugía de tarde, la disminución de las estancias medias, incrementar el rendimiento de los servicios de diagnóstico de alta tecnología y los nuevos criterios en la política de conciertos, intentando sustituir el pago por estancia por coste de proceso. Medidas todas ellas que, sin duda alguna, harán disminuir la lista de espera, que es un problema que, efectivamente, reconocemos que afecta a nuestro Sistema Nacional de Salud, pero también que no todos los sistemas, como el nuestro, garantizan la gratuidad y la universalidad.

Por otro lado, estamos también de acuerdo con usted en que para aumentar realmente la eficiencia es necesario un amplio acuerdo con los profesionales sanitarios, un pacto sanitario que permita aprobar la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, así como el estatuto marco, y que debe de abordar los sistemas de formación, especialización, retribuciones, carrera profesional, etcétera.

Fundamentales e importantes son también las medidas del control del gasto farmacéutico. Estamos convencidos de que un mayor gasto en farmacia no guarda relación con una mejor calidad de la asistencia. Esto no significa, a pesar de la insistencia también de algunos grupos, un recorte en las prestaciones farmacéuticas ni un desmantelamiento del sistema público sino la voluntad política del Gobierno de hacer una política rigurosa, desde el punto de vista científico, del uso del medicamento.

Queremos manifestar nuestra satisfacción porque entre las previsiones del señor Director General está la implantación al cien por cien de la cobertura de los equipos de atención primaria; es decir, el nuevo modelo de atención primaria para 1996. Modelo que pone el acento en la prevención y la promoción de la salud, sin perjuicio de una correcta asistencia, lo que se traduce, sin duda, en una mejora de la calidad del servicio, con un aprecio notable por parte de la población. Desde luego que sí se hace política de promoción y prevención en la mayor parte de las autonomías. Por ejemplo, en Extremadura aparece en un listado enorme que hacen planificación familiar, vacunaciones infantiles, vacunaciones frente a hepatitis en edad escolar, salud escolar, diabetes, glaucoma, prevención de la subnormalidad, prevención de enfermedades cardiovasculares, lucha contra las toxicomanías, sida, hidatidosis, bocio y actuaciones en zonas endémicas, lepra, cáncer de cuello uterino, cáncer del colon, etcétera. Es decir que no se puede decir que no se haga prevención de la salud.

Por último, nos congratulamos de todas las medidas que van dirigidas a garantizar la libertad y satisfacción del usuario; como prueba de ello, citaré la reciente aprobación del Real Decreto de la libre elección de médico.

Puesto que algún portavoz ha sacado el tema del catá-

logo de prestaciones sanitarias, quiero concluir diciendo que esto nos parece de vital importancia y por ello hemos pedido la comparecencia de la señora Ministra. También tenemos que decir que ante voces que decían que se iba a desmantelar el sistema público sanitario, creando una alarma social a todas luces injustificada, como se puede comprobar, no se recortan las prestaciones, sino que efectivamente incluye algunas que han sido demandadas habitualmente por muchos de los grupos aquí presentes.

Nada más. Muchas gracias de nuevo por su presencia. (Varios señores Diputado: ¡Muy bien!)

La señora **PRESIDENTA:** Para responder a las intervenciones de los distintos portavoces de los Grupos, tiene la palabra el señor Temes Montes.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Temes Montes): Gracias, señora Presidenta.

Empezaré contestando a la intervención del portavoz del Partido Popular, señor Villalón, diciéndole, en primer lugar, algo que parece obvio y que, por tanto, probablemente no sea necesario decir, pero quiero expresarlo con claridad. Me siento absolutamente orgulloso de pertenecer a este Gobierno y, además, me siento absolutamente orgulloso del trabajo sanitario que se ha hecho desde el año 1982. Creo que cualquiera que conociese la realidad sanitaria del año 1982 en España y conozca la actual, y cualquiera que sea capaz de comparar nuestro sistema sanitario con los de nuestro entorno, estaría también orgulloso, con independencia de su color político. Lo creo firmemente.

No sé la credibilidad que voy a tener para usted, me gustaría que me diese el beneficio de la duda, porque estoy haciendo un planteamiento de futuro que yo creo se basa en medidas razonables de gestión, en la que es posible llegar a muchísimos acuerdos. Creo que las sugerencias de los Grupos políticos, de los profesionales van a enriquecer el proyecto o el planteamiento que yo he traído hoy a la Cámara. Estoy absolutamente dispuesto a que sea así, creo que eso enriquece cualquier proyecto; además, parto de algo que no se ha cuestionado ni un solo momento en la discusión que hemos mantenido o en las intervenciones de los portavoces: nadie está discutiendo el sistema y ése ya es un paso adelante, en mi opinión, muy importante. Yo le pido esa credibilidad, le pido que nos juzgue por las cosas que hagamos de ahora en adelante, aunque vuelvo a decirle que me siento orgulloso y solidario con lo que se ha hecho hasta ahora.

Han barajado muchas cosas. Creo que desde un análisis de la calidad y de la política de personal, dada la gestión del Insalud, le diré que se han ido modificando, como es lógico, los criterios, porque el tiempo ha pasado, los sistemas sanitarios en todo nuestro entorno europeo y no sólo europeo, sino en América están en discusión; por tanto, es necesario adecuar la situación a la realidad del año 1994, no puede ser de otra manera. Se está haciendo aquí, se está haciendo en todos estos países, y se seguirá haciendo prácticamente de forma permanente. Con lo

cual, decir que se han presentado varios proyectos de gestión del Insalud entiendo que es bueno, razonable y que, además, es obligado; los planteamientos que se podían tener en el año 1975, en el año 1982 o en el año 1993 tendrán que ser necesariamente distintos de los que tengamos en el año 1994, por razones que creo bastante obvias.

Ha barajado dos cuestiones. En relación a una de ellas, la atención primaria, estamos en absoluto desacuerdo. Creo que la atención primaria, y así lo reflejan las encuestas, es el servicio de mayor aceptación por parte de la población. Hacía una referencia crítica al porcentaje de cobertura y lo mencionaba en el ámbito de la nación. Quiero decirle que en el ámbito de la nación tienen competencias comunidades autónomas y, por tanto, servicios sanitarios distintos del Insalud. Donde la cobertura es menor es en dos comunidades autónomas gobernadas por el Grupo Popular, que, curiosamente, son Galicia y Cantabria. (Un señor Diputado: ¡Toma ya! Otro señor Diputado: ¡Vaya hombre!)

En cuanto a las medidas para moderar el gasto farmacéutico, le agradecería mucho sus sugerencias. Le parece que las que nosotros proponemos no son suficientes y que no vamos a lograr el objetivo planteado. Le agradecería muchísimo sus sugerencias concretas, explicadas de forma clara, porque cuanta ayuda tengamos en tratar de moderar un gasto que parece injustificado asistencialmente e inmantenible económicamente, nos vendrían extraordinariamente bien. Se las pido por favor.

En cuanto a atención especializada, creo que el modelo español de hospitales no sólo no está en crisis, sino que compite perfectamente con los modelos sanitarios de nuestro corte de los países europeos. No creo que el sistema hospitalario español sea peor, por ejemplo, que el inglés que conozco bien; no lo creo. No creo que el Guys Hospital (?) sea mejor que La Paz, no lo creo. Entiendo que somos capaces de competir en servicios, en calidad de los servicios y en número de actuaciones con cualquier sistema de los que podemos juzgar en nuestro entorno. Por tanto, me parece difícil aceptar que nuestra red sanitaria no sea una red con ese nivel y que esté en crisis. Creo que el modelo no está en crisis. No voy a dejar de reconocer, porque creo que no sería razonable, que los modelos sanitarios, y el nuestro también, tienen problemas de desajuste; si acaso también reconoceré, ya lo he hecho antes, que las listas de espera son uno de ellos. Creo que hemos dado un planteamiento puntual a lo que pensamos hacer con las listas de espera, pero también quiero decirle, y vuelvo a insistir en ello, que no me parece un problema político, sino técnico, fundamentalmente técnico, y hay gobiernos de distintos colores en las comunidades autónomas de España o gobiernos de otras naciones que tienen el mismo problema. No es un problema político y sí creo que es un problema técnico.

No le he entendido bien cuando me ha preguntado por un equipo de filtración a la atención a los ancianos. No sé a lo que se está refiriendo; me parece, además, que si es lo que entiendo estoy entendiendo mal; por tanto, me gustaría que se aclarara a qué se está refiriendo. Los ancianos reciben en el sistema sanitario público la misma atención cuando están enfermos que cualquier otra persona, como es lógico. Lo que sí parece razonable es diferenciar lo que son patologías agudas y, por tanto, subsidiarias de internamiento en hospitales de agudos o lo que son problemas sociales y patologías crónicas que necesitan otro tipo de atención, con otras instalaciones y con otro tipo de personal.

Creo, señor Villalón, por sus referencias a los GRD, al coste por proceso y a la contabilidad analítica, que esto no se lo sabe, creo sinceramente que esto no se lo sabe. Hablar de GRD y confundirlo con contabilidad analítica y confundirlo con coste por proceso, cuando los grupos de diagnóstico relacionado no son más que una forma de agrupar los costes por proceso, creo que es un error de base que demuestra, entiendo, que no lo conoce bien.

Me agrada, en cambio, que esté usted de acuerdo con el planteamiento que hacemos del modelo retributivo. Creo que es un avance importante que entendamos que a personas diferentes y a trabajos diferentes habrá que retribuirlos de manera diferente. Se está trabajando ciertamente en la ordenación de las profesiones, hay una dirección general en el ministerio que se dedica a ello, y yo creo que es un tema suficientemente complejo y profundo para que se haga el estudio de manera detenida, con la participación de cuantas personas deseen colaborar, de cuantos grupos profesionales puedan aportar su conocimiento al tema.

Ha citado, por último, algunos aspectos de satisfacción. Creo que si citamos lo que son opiniones, un estudio Delphi no es más que un método de pedir opinión, no es una encuesta; es un método para pedir opinión a supuestos expertos elegidos por quien hace el estudio. Quisiera referirme a la encuesta Blendon, que es una encuesta que sí está hecha en España y en los países de nuestro entorno con motivo del Informe Abril y que da a conocer el grado de satisfacción de los usuarios del sistema, donde el 73 por ciento de las personas que han utilizado el mismo dicen que están satisfechos o muy satisfechos. Ciertamente recoge la paradoja de que el 75 por ciento de las personas que no han utilizado el sistema creen que necesita reformas importantes. Esa es una encuesta y eso permite conocer un estado de opinión.

En cuanto a la intervención de la diputada Angeles Maestro me piden que responda al final porque no está en la sala.

La señora **PRESIDENTA**: Tenía que ir a otra Comisión y ha solicitado que se le respondiera al final.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (Temes Montes): Respondo entonces al señor Cardona, del Grupo Catalán (Convergència i Unió). Primero quiero agradecerle sinceramente el tono de su intervención. Creo que hemos escapado un poco del caos permanente y es de agradecer que se reconozca que a lo largo de los años se hacen algunas cosas bien. (El señor Fernandez-Miranda y Lozana: Son socios del Gobierno.) Por ejemplo, universalizar la asis-

tencia o adecuar la estructura sanitaria a las modificaciones de la pirámide demográfica, como es lógico. Tenemos menos niños y tenemos más ancianos y parece que vamos a tener más ancianos de los que tenemos, por tanto, eso es razonablemente así. Es un país que recoge un poco una canción de Serrat (El compareciente hace una cita en catalán.) Y, por tanto, es cierto que nos vamos envejeciendo cada día un poco. Verá que para ser gallego no tengo nada mal catalán. (Risas.)

En 1994 está previsto que se pague de la deuda 144.000 millones de pesetas a los proveedores. Creo que la propuesta de la Ministra de Sanidad de crear una comisión, que no puedo afirmar en este momento si se ha constituido o no porque no es una competencia del Insalud, sino del ministerio, es una buena fórmula porque el cálculo de la deuda al extenderlo a nivel a todo el Estado español es bastante difícil de hacer porque se hace la del Insalud y se multiplica por un coeficiente, que es el 2,04, con lo cual probablemente no sea exactamente la deuda de las comunidades autónomas. Me parece que es una fórmula acertada y, por tanto, creo que se hará así.

La previsión de deuda para el año 1993 la verdad que es difícil de prever demasiado acertadamente antes de que acabe el año. Entendemos que la desviación sobre el presupuesto inicial no va a ser superior al dos o al tres por ciento sobre el presupuesto inicial, pero vuelvo a decirle que quiero dar la cifra con todas las cautelas de que no ha concluido el año y diciéndole además que hemos mejorado los tiempos de pagos a los proveedores de forma que yo creo importante.

Por último, a hecho usted un comentario sobre el catálogo de prestaciones, y que a mí me interesa extraordinariamente clarificar. Creo que está claro que la intención del catálogo es ordenar, no es, en ningún caso, ahorrar y con el catálogo no se va a ahorrar dinero. No es, en ningún caso, suprimir prestaciones, salvo aquellas de una utilidad dudosa y creo que alguna ciertamente sería discutible. Alguno de los portavoces ha citado la fecundación in vitro. En los trabajos más optimistas de fecundación in vitro se entiende como éxito el 25 por ciento de implantación, que no de niño nacido; por tanto, hay bastante discusión técnica sobre la oportunidad de incluir una prestación así. En cambio, me parece mucho menos discutible que la ortodoncia infantil deba estar incluida en el catálogo de prestaciones o el tratamiento a la menopausia. Yo creo que es un catálogo impositivo que pretende ordenar, porque es bueno lo que da el sistema sanitario público, como se sabe lo que da el sistema educativo o cualquier otro sistema. Creo que es bueno. Creo que ha habido un amplísimo acuerdo con el Consejo Interritorial entre los distintos consejeros de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y, por tanto, me parece que el planteamiento que debe transmitirse es realmente eso: esto es algo que ordena el sistema; que no retira prestaciones, salvo las de dudosa utilidad asistencial, y que, en cambio, incluye prestaciones demandadas sistemáticamente por la población española, creo que también por los profesionales y estimo que en esa medida es de utilidad.

Me faltaba también contestar al señor Cardona cuáles son las medidas que pretendemos adoptar para cumplir el objetivo presupuestario en 1994. Creo que a lo largo de mi intervención he desgranado algunas de ellas, pero fundamentalmente hablaría de dos: El contrato programa para el año 1994, donde estamos fijando con cada uno de los centros sanitarios, con cada uno de los centros de gastos, un programa que en ningún caso supere el presupuesto establecido, y una política de incentivación a los profesionales que permita realicen labores de gestión y de apoyo a ese objetivo, que entiendo es un objetivo de todo el sistema.

Cuando hablo de presupuesto quiero aclarar que no hablo de gasto solo, sino también de actividad, cosa que me parece bastante relevante y que, en algunas ocasiones, creo que se olvida.

Por último ya puedo contestar a la representante de Izquierda Unida, Angeles Maestro. No me voy a extender en las consideraciones que ha hecho sobre el presupuesto. Yo ya he comparecido sobre ese tema. Entiendo -vuelvo a decirlo- que es un presupuesto claramente relacionado con una situación económica y me parece que la Sanidad no va a poder escapar de ella tampoco, pero creo sinceramente que es un presupuesto posible, es decir, que se puede cumplir manteniendo los niveles de prestación y de calidad del sistema. Se puede cumplir, además, procurando aumentar la eficiencia del sistema, que también es posible, como creo que sabemos todos.

Se ha extendido también sobre la coordinación de niveles y la incompatibilidad que eso tiene contra la descentralización de la gestión. Yo, sinceramente, no lo creo. No creo que coordinar los niveles y descentralizar la gestión sean cosas incompatibles, antes al revés, creo que tenemos que llevar la gestión exactamente de manera descentralizada donde cada gestor y los equipos que trabajan alrededor del mismo conozcan de una manera mucho más concreta los problemas y, por tanto, van a saber darle una solución más razonable. Ello no creo que excluya, para nada, que los niveles de atención estén coordinados. Hay un empeño en que la coordinación entre atención primaria y atención especializada sea progresivamente mayor.

A mí el concepto de área sanitaria como concepto geográfico sanitario me parece bueno. Yo creo que romper esa especie de escalón intermedio que representaban los ambulatorios en atención especializada ha sido bueno. Creo que ha evitado duplicaciones de exploraciones, duplicaciones de molestias a los enfermos y, sobre todo, ha permitido una comprensión entre los profesionales que trabajaban en los ambulatorios y los profesionales que trabajan en los hospitales. Hasta hace muy poco en los hospitales se creía que fuera de ellos no había vida inteligente. Ahora ya hay algunas personas que van entendiendo que eso no es así, que es posible hacer trabajo en equipo, sesiones clínicas y que eso beneficia al objeto fundamental del sistema que es el ciudadano.

Ha hecho algunas alusiones a gestión y ahorro. Yo creo que son términos distintos. También ha hecho alguna referencia a eficiencia y a eficacia. Nosotros pretendemos tener un producto de calidad y tenerlo a un precio justo; es decir, creemos que es mantener una política progresista utilizar correctamente los Presupuestos Generales del Estado y, por tanto, los dineros de los ciudadanos. No creo que en ello haya demasiada dificultad. Es decir, con el mismo nivel de calidad para una resonancia magnética yo debería escoger la resonancia magnética más barata, porque ése es el dinero de los ciudadanos. Estimo que esos niveles de calidad en muchos casos son perfectamente medibles.

A lo largo de la exposición que he hecho he hablado de algunos indicadores de salud que creo que tienen relación con el sistema de cuidados, aunque esa relación estrictamente como la señora diputada sabe, es difícil de demostrar en planificación sanitaria. Es decir, que tengamos una esperanza de vida de la más elevadas del mundo civilizado (74 años para los varones y 80 para las hembras), o que tengamos una tasa de mortalidad infantil de las más bajas de nuestro entorno -la de natalidad también es la más baja probablemente del mundo- seguramente algo tiene que ver con el sistema de cuidados. Por tanto, yo creo que sí hay una relación entre lo uno y lo otro, vuelvo a insistir, es difícil saber con precisión cuál es la influencia en la mejoría de los indicadores de los sistemas sanitarios y cuál es la influencia de otras cosas que no son puramente sanitarias. Es decir, cuál es la influencia de tener una buena red de carreteras, de tener pleno empleo, de tener una buena vivienda o de tener educación sobre el sistema sanitario.

En cuanto a que la libre elección de médico no ha servido para nada, creo que sí ha servido. Según mis datos, en este momento han ejercido ese derecho 32.650 personas, lo que viene a representar una tasa del 22,8 por 10.000 habitante que entra dentro de lo que se prevía cuando se hizo el Decreto; es decir, ha servido para eso. También demuestra, ciertamente, que la mayoría de la gente está contenta con su médico y que no cambia para irse a la otra esquina del área sanitaria si no es estrictamente necesario. Ese es un razonamiento para mí útil.

Sobre la integración de redes, es cierto, no lo he mencionado. Ha sido un objetivo a lo largo de muchos años, creo que se han integrado nuchas redes y se siguen integrando. Me parece que hacer una mención explícita a eso quizá no tenga mucho sentido. A lo largo de este año y en los úlimos tiempos se han integrado hospitales de las diputaciones. Puedo recordar, en este momento, León, Ciudad Real—hay un acuerdo al respecto—, el Hospital de la Cruz Roja de Ceuta, el personal del Hospital de la Cruz Roja de Torrelavega se va a integrar en el Hospital del Insalud de Torrelavega; es decir, se sigue trabajando en la política de integración de redes y coincido plenamente con usted en que ésa es una política de gestión realmente itil

Se siguió trabajando en el tema de las transferencias. Las transferencias a Canarias están pendientes de un último acuerdo, ha habido una ponencia técnica que ha ido trabajando a lo largo de estos meses y desbrozando esa transferencia que -insisto- está pendiente, en este momento, de un acuerdo quizá más de otro nivel que el de la

ponencia técnica; pero se ha seguido trabajando y de hecho es muy posible, no lo quiero dar como cierto porque no está ultimado, que haya transferencias a la Comunidad Autónoma de Canarias a principios del año 1984.

En el tema de los criterios socio-sanitarios, decía usted que no hay ni una peseta para hacer eso. Creo que no se necesitan pesetas, es un problema fundamentalmente de ordenación. Recientemente, las Ministras de Sanidad y Consumo y de Asuntos Sociales han firmado un protocolo de atención a esas personas mayores que no son pacientes agudos, que no se van a beneficiar de la estancia en un hospital de agudos y que, en cambio, precisan una atención de otro nivel porque, además, van a estar mejor atendidos en ese otro nivel. Creo que las residencias asistidas, ese tipo de actuación y que en muchos casos es más asilar que sanitaria, debe potenciarse porque, además, para el sistema sanitario es barato; es decir, nos permite resolver problemas sanitarios reales y tener una ocupación razonable de nuestras camas con patalogías de agudos que es inicialmente para lo que están pensados los hospitales de la red del Insalud. Creo que hay ahí un acuerdo a desarrollar muy importante.

Es cierto, nosotros no vamos a dejar el problema antes de que tenga una solución. Nuestra pretensión no es que los ancianos ingresados en los hospitales cuando ya no tengan una enfermedad aguda tengan que irse obligada y necesariamente de ellos si no tienen una solución. Creemos que en la línea de este acuerdo está la solución, de que Asuntos Sociales se ocupe de los problemas sociales y el Insalud se ocupe de los problemas sanitarios. Esa delimitación, que no siempre es fácil, ciertamente debería ser así.

Ha hecho alusión al catálogo de prestaciones y a la reproducción asistida. He comentado ya este aspecto, pero no sé si usted estaba en la sala. Si estaba, ésa es mi opinión al respecto. Al final, creo que no ha sido un criterio económico, bajo ningún concepto, y realmente no se va a ahorrar ni una sola peseta con el catálogo de prestaciones.

En cuanto a la segunda parte de su intervención, en lo referente a la clínica Sear le diré, primero, que efectivamente es una clínica privada, que no se ha renovado el concierto, sino que se han actualizado las tarifas y donde nosotros enviamos, fundamentalmente, problemas sociales, es decir, personas como las que me refería anteriormente, que pasan por un hospital de agudos, fundamentalmente un gran hospital. Ahí van especialmente enfermos que han estado ingresados en La Paz, en el Ramón y Cajal o en el Doce de Octubre y que precisan un internamiento con asistencia médica de otro nivel. Muchos de ellos son problemas sociales, ni siquiera sanitarios. Otra cosa que hacemos con esta clínica son intervenciones quirúrgicas de pacientes en lista de espera, intervenciones quirúgicas menores.

Desde el punto de vista estructural y de equipamiento, ese hospital no presenta deficiencias graves que no sean subsanables; por el contrario, las mayores deficiencias las presenta en el apartado de recursos humanos; que la «ratio» personal –camas es de 0,61, inferior al adecuado

para estos hospitales, del 0,85; que si lo valorásemos como centro quirúrgico de corta estancia la «ratio» sería menor porque la estipulada es del 0,90, pero quiero modular esto diciendo que la inmensa mayoría de las patologías o de los enfermos que se mandan son enfermos sociales

La titulación de médicos, de enfermeras y de auxiliares de clínica, en cambio, es correcta. En las últimas semanas se han presentado una serie de quejas y de reclamaciones al Insalud por suspuestos malos tratos que han sido analizados por la inspección, sin llegar a conclusiones que permitan delimitar responsabilidades claras.

Está previsto llevar a cabo otras actuaciones complementarias por parte de la inspección y yo quiero asegurarle aquí que si las deficiencias referidas por los enfermos o por los familiares de los enfermos pueden comprobarse, desde luego, seremos absolutamente firmes en pedir las responsabilidades pertinentes. Estamos dispuestos a concertar, como he dicho, pero esa política de concertación con centros públicos o privados, obviamente, han de tener el nivel de calidad exigido para dar el servicio. En otro caso creo que seríamos consecuentes si fuésemos capaces de demostrar que realmente no es así. Le podría dar más datos de lo que es ese hopsital. En cuanto a los ingresos y al coste, si lo prefiere, en vez de contarlo le doy una nota por no repetir números de ingresos, de estancias y de todo esto.

Por último, he de contestar a la portavoz del Grupo Socialista, a la señora Vicente García, agradeciéndole, primero, su apoyo y su comprensión, como no podía ser de otra manera. (Risas. Rumores.) Si no fuera así probablemente no estaría compareciendo, sobre todo, porque entiendo que la política sanitaria que se está haciendo es la prometida en las elecciones generales y la que los españoles han apoyado mayoritariamente, por lo menos hasta ahora. (La señora Maestro Martín pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro ¿para qué pide la palabra?

La señora MAESTRO MARTIN: En relación con la solicitud de comparecencia, respecto a la clínica Sear que he aceptado que se incluyera, pero creo debería ser objeto de una matización. (El señor Villalón Rico pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón ¿para qué ha pedido la palabra?

El señor VILLALON RICO: Para matizar algunas de las cuestiones que ha hecho el señor Temes.

La señora **PRESIDENTA:** Debo decirle, señor Villalón que, como sabe, en este trámite de comparecencia no hay turno de réplicas. Si va a ser muy breve, porque consumió con creces y duplicó su tiempo...

A la señora Maestro le digo lo mismo. No obstante, como efectivamente al principio de la comparecencia había quedado implícito que al incluir esta segunda en la primera podríamos abrir un breve turno exclusivamente para alguna aclaración, así lo haremos.

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor VILLALON RICO: Gracias, señora Presidenta.

Señor Temes, tengo que matizarle, por un lado, unas cuestiones de índole general y, por otro lado, cuestiones en particular sobre su segunda intervención.

Cuando hablamos de proyectos que se contradicen dentro del Ministerio de Sanidad, dentro del Gobierno socialista, fundamentalmente nos estamos refiriendo al período que va desde que el señor Vargas era Ministro de Sanidad hasta la actualidad. En una legislatura de cuatro años, el señor Vargas presentó un proyecto relación Insalud-Ministerio, el señor Valverde todo lo contrario, y el señor Griñán todo lo contrario también; a eso es a lo que me he referido.

Por otra parte, quiero clarificar nuestra postura en relación con el Sistema Nacional de Salud. Nosotros no estamos en contra del Sistema Nacional de Salud. ¿Cómo vamos a estar en contra de una buena red pública de hospitales y de una buena y amplia cantidad de profesionales sanitarios? De lo que sí estamos en contra es de que sea un sistema único y que no se utilicen todos los recursos que hay en nuestro país—lo decía anteriormente—, tanto materiales como humanos.

Otra pequeña matización que quería hacer, en este ámbito de tipo general, es sobre una fijación que tienen ustedes cuando comparecen aquí, y es que, cuando no saben qué contestar a lo que nosotros les planteamos, sacan a relucir el tema de Galicia y otras comunidades autónomas donde el Partido Popular gobierna. No es éste el foro donde se deben debatir esos temas, y olvídese usted de Galicia, olvídese de Cantabria y olvídese de Baleares. (Varios señores Diputados del Grupo Popular: Ahí, ahí.)

La señora PRESIDENTA: ¿Señor Villalón?

El señor VILLALON RICO: Un minuto, señora Presidenta, simplemente...

La señora PRESIDENTA: Exclusivamente para concretar las posibles aclaraciones que quiere el señor Temes.

El señor VILLALON RICO: Me parece importante resaltar dos o tres cuestiones.

Con respecto a la retribución, ¿cuál es el planteamiento que tiene el Insalud ante la amnistía que se piensa realizar en el «Ramón y Cajal» con motivo de la dedicación exclusiva, según declaraciones del gerente de dicho hospital?

En cuanto a la contabilidad analítica yo le quería indicar las diferentes modificaciones de los sistemas que han utilizado ustedes a lo largo de los últimos años, puesto que han cambiado sistemáticamente de un proceso a otro sin quedarse definitivamente con uno. Por último, le tengo que decir que me parece lógico que esté orgulloso de la política sanitaria –si no no estaría en el lugar que está–, pero me llama la atención que nos haya dicho que el sistema hospitalario español no está en crisis ni está agotado, como yo había afirmado. Me extraña que usted diga esto porque tengo que hacer público un titular de «Tribuna Médica» del año 1991 que dice lo siguiente: Doctor José Luis Temes, Director-Gerente de la Paz: El sistema hospitalario español está agotado. A mí me llama la atención que usted dijera esto hace dos años y en cambio ahora diga todo lo contrario. Por tanto, las contradicciones son manifiestas en el Insalud y en el Ministerio de Sanidad, no solamente cuando sale un ministro y entra otro sino, por lo que se ve, en las mismas personas dirigentes de la sanidad española.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora MAESTRO MARTIN: En primer lugar, quiero manifestar la preocupación de mi Grupo por la, a todas luces, insuficiente respuesta del Director General del Insalud ante las, a mi juicio, gravísimas situaciones que se aprecian en la clínica que he mencionado anteriormente.

Yo quiero decir que, como usted bien sabe, todas esas personas han acudido al Grupo Parlamentario de Izquierda Unida cuando tras repetidas denuncias y entrevistas con los responsablees del Insalud en Madrid no han recibido respuesta satisfactoria. No es la primera vez, ni muchísimo menos, que el Insalud tiene un conocimiento exacto del mismo dossier que obra en mi poder y que delata situaciones de calidad ínfima de la asistencia y grave deshumanización del trato. El único dato que me ha dado es suficientemente relevante. El índice personal/cama es de 0,61 cuando las camas concertadas del grupo cinco, nivel tres, exigen un índice personal/cama de 0,90 y las del nivel dos de 0,85. ¿Por qué el Insalud no ha exigido, a la hora de actualizar las tarifas concertadas, el cumplimiento estricto de una legislación vigente y de una normativa que obliga a los hospitales a tener los servicios mínimos necesarios para prestar la atención que deben prestar? Insisto en que ha habido un niño fallecido -en lo que se refiere a la concertación de las camas del grupo cinco, nivel tres-, y el caso de la persona con eventración que he relatado anteriormente es suficiente para comprobar que en ese hospital no se cuenta con los servicios asistenciales que la propia normativa de hospitales exige.

Yo pregunto sobre ello puesto que hay datos muy graves y objetivos que afirman que no se pasa visita nunca, no se hacen controles analíticos y personas con evidencia de fracturas no reciben atención sanitaria en ese centro y tienen que recurrir a la Seguridad Social. Discrepo de su valoración, puesto que he visitado ese hospital y en él no existe patología social, hay patología de cuidados intermedios, es decir, hay casos de accidentes cerebrovasculares, hay enfermos de cáncer terminal que comparto con usted la idea de que tienen que tener otro tipo de servi-

cios sanitarios distintos a los que se prestan en hospitales altamente tecnificados y cualificados, pero precisamente es en estos centros donde los cuidados deben ser especialmente intensos; la atención sanitaria especializada de alta complejidad no es la que corresponde al tratamiento de estos enfermos, pero el tipo de cuidados de enfermería y el tipo de cuidados de rehabilitación y el control sanitario mínimo debe producirse. Y yo quiero decirle, señor Temes, que la preocupación de Izquierda Unida no se refiere exclusivamente a este hospital, aunque la concreción del hecho se refiera al mismo, sino a la política de actuación sociosanitaria en enfermos crónicos y en personas de edad. Cuando ésta es la realidad y usted dice que pese a que en nuestro país -y es reconocido por expertos nacionales e internacionales- no hay una red mínima de cuidados para enfermos crónicos, cuando según el propio Director General del Inserso los servicios sociales son anecdóticos en nuestro país, cómo el Insalud, sin gastar una peseta, y el Ministerio de Asuntos Sociales, sin gastar tampoco una peseta, va a ser capaz de atender, con la calidad mínima exigible, a estos pacientes. Y cómo por el contrario se corre el grave riesgo en nuestro país de que el resultado de medidas de control del gasto como las que se están tomando en España y que se corresponden con las que, como he dicho en otras ocasiones y ha sido recibido con una sonrisa que creo que refleja más desconocimiento que otra cosa, se han aplicado en la reforma que inició Margaret Thatcher en el Reino Unido y que se traducen en una disminución de la calidad asistencial y en una selección de pacientes en detrimento de los enfermos crónicos y de las personas mayores.

En cualquier caso, yo le he hecho preguntas concretas acerca de la existencia de los servicios asistenciales a los que he hecho mención; de la práctica diaria del control sanitario, en función de las denuncias, inexistente; si existe responsable de farmacia y cuál es el estado de caducidad de los medicamentos que se administran; si es verdad que se suministra Haloperidol en gotas a enfermos que no tienen indicación de salud mental con el objetivo de sedar porque lógicamente requieren menos cuidados las personas que están permanentemente dormidas; si es verdad que no se informa al paciente ni siquiera después de una intervención quirúrgica como en el caso de la intervención que he mencionado; cuáles son las tasas de infección hospitalaria de la Clínica Sear; en qué condiciones se plantea el servicio de atención sanitaria por la noche; si hay evidencia por parte del Insalud de la existencia de incompatibilidades entre el personal que presta servicio en ese centro, y cuál es la frecuencia con la que se realizan controles analíticos, radiográficos, etcétera.

En cualquier caso, dada la gravedad de los hechos que se denuncian que, a juicio de Izquierda Unida, pueden ser constitutivos de delito penal, le informo que el dossier va a ser remitido al Fiscal General del Estado y al Defensor del Pueblo.

En cuanto a las responsabilidades que son competencia estricta del Insalud, le ruego que me diga cuál es el plazo en el cual el Insalud puede responder adecuadamente, ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, acerca de su valoración de las irregularidades que aquí se denuncian. (El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda ¿a qué efectos solicita la palabra?

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Señora Presidenta, le rogaría que, amparándome en la posibilidad reglamentaria de que excepcionalmente, los Diputados que no participamos en el debate de las comparecencias podamos intervenir, le rogaría que me permitiese plantear un ruego y una pregunta al señor Temes con máxima brevedad. Así contestaría él sin volver a abrir el debate a continuación.

La señora PRESIDENTA: Efectivamente, el Reglamento contempla ese turno excepcional, pero conoce S. S. también las condiciones que deben darse para la apertura de este turno. Le ruego que no abuse de la benevolencia de la Presidencia y le concedo exactamente un minuto.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Me comprometo a hacerlo así y se lo agradezco, señora Presidenta.

En primer lugar, un ruego al señor Temes, que pertenece a un Gobierno que indudablemente ha demostrado que está dispuesto a defender los derechos de la mujer, por lo tanto, la igualdad de la mujer, existiendo, como existe, una Comisión en este Parlamento con esos fines. Le rogaría que, cuando hable de varones, hable de mujeres y, si habla de hembras, hable de machos. Ese es simplemente el ruego.

En cuanto a la pregunta, hay algo que ha quedado en el aire que me preocupa y que creo que necesitaría aclaración por parte del señor Temes. Como argumento fundamental para que la inseminación artificial no sea prestada por el Sistema Nacional de Salud, arguye el hecho de que el éxito de las implantaciones y de la viabilidad de los embriones es del 25 por ciento. ¿Podemos deducir de eso que también serán recortados, por ejemplo, los trasplantes de pulmón, cuyo éxito, mirando las cosas con muy buena voluntad, no suele exceder el 15 por ciento en el Sistema Nacional de Salud, o los tratamientos de cáncer, que lamentablemente tampoco alcanzan esas cotas de éxito?

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a los grupos, tiene la palabra el señor Temes.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Temes Montes): En primer lugar, quiero decir al señor Villalón que el titular de Tribuna Médica no lo hice yo. Si se lee el texto, hablo de la crisis de un modelo de gestión y de que hay que modificar el modelo de gestión. Lo habré repetido unas veinte veces a lo largo de la exposición que he hecho esta mañana. Por tanto, entiendo que

es un argumento de mucho efecto, pero la verdad es que es un poquito falso.

En cuanto a hacer referencias a comunidades como Galicia o Cantabria, no es que las haga porque no sepa qué responderle sino porque usted me pregunta exactamente cuál es el porcentaje de cobertura con el nuevo sistema de atención primaria en todo el territorio nacional. Creo que no salgo por los «cerros de Ubeda» hablándole de Cantabria o de Galicia.

En cuanto a la dedicación exclusiva, está en el modelo retributivo aprobado en el año 1987. Mientras no se modifique ese modelo, nosotros tenemos empeño de que se cumpla la norma tal y como está escrita. Por lo tanto, el planteamiento que hemos hecho es de cumplimiento de esa norma porque entendemos que ésa es la legalidad vigente.

Vuelvo a insistirle, creo que lo de la contabilidad analítica no lo tiene claro. ¿Por qué se ha cambiado? Porque los hospitales han funcionado hasta ahora con otro tipo de contabilidad, la presupuestaria, que es la que se necesita para hacer un seguimiento contable del presupuesto. La contabilidad analítica es una técnica, una herramienta contable que permite imputar costes intermedios a los procesos. Mientras el sistema sanitario no necesitó definir procesos y elaborar su coste, no necesitaba un sistema de contabilidad analítica. En cuanto se plantea definir el coste de los procesos, se precisa, para imputar costes intermedios, tener un sistema de contabilidad analítica. Por tanto, no hay ningún error al pasar de un sistema de contabilidad presupuestaria, que seguirá existiendo en los hospitales, al de contabilidad analítica.

A la señora Maestro le quiero decir que las denuncias deben de hacerse también en el Juzgado. Creo que hay una parte que no es responsabilidad del Insalud. El Insalud ha asumido la responsabilidad de inspeccionar las denuncias a través de los mecanismos establecidos para ello, que es la Inspección Médica. En los siete casos que creo que han sido denunciados, no se objetiva en el momento de la inspección y con los datos que puede acumular la Inspección que haya mala práctica. En el caso concreto del fallecimiento de ese niño después de una amigdalectomía, la verdad es que, según el informe de la Inspección Médica, es un accidente que ocurre en un porcentaje de amigdalectomías en todo el mundo y parece que no tiene relación con que haya habido mala práctica. (La señora Maestro Martín: ¿No tiene Unidad de Vigilancia Intensiva?)

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro, le ruego que no intervenga, por favor.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Temes Montes): De cualquier manera, creo que, si existe la impresión de que ha habido mala práctica, debe realizarse la denuncia correspondiente.

Mi compromiso como Director General del Insalud es realizar una auditoría de la clínica Sear y de obrar en consecuencia. Ese es mi compromiso, que lo mantengo, y también darle cuantos datos me ha solicitado. Como

comprenderá, no puedo conocer con concreción el porcentaje de infección hospitalaria ni datos por el estilo. Se los suministraré por escrito, como le he dicho anteriormente.

Al señor Fernández-Miranda le agradezco la corrección léxica, lo tendré en cuenta. Saberlo, lo sabía, pero a veces se me escapa, pero está muy bien.

Que haya dado uno de los motivos -que entiendo que no se puede considerar el único- para que en el catálogo de prestaciones no esté la fecundación asistida, creo que no le permite coger el rábano por las hojas. Todo lo demás lo ha dicho usted, yo no lo he dicho y creo que como criterio aislado, no sería el criterio para incluir o excluir nada. Queda claro que es una interpretación suya, no mía.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Director General del Insalud, don José Luis Temes Montes, por su comparecencia. Agradecemos su presencia entre nosotros y le despedimos para pasar al segundo punto del orden del día.

Para contestar a las preguntas que hay a continuación, se encuentra ya entre nosotros el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo. El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

¿Señor Fernández-Miranda?

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: ¿Se deduce de la presencia del señor Subsecretario que contestará a todas las preguntas formuladas en el orden del día?

La señora PRESIDENTA: Así es, señor Fernández-Miranda. Tenemos una comunicación del Ministerio de Sanidad y Consumo a propósito de la sesión de la Comisión de hoy, que dice lo siguiente: En relación a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso que tendrá lugar el próximo miércoles 22, se notifica que las trece preguntas orales incluidas en el orden del día serán contestadas por el Subsecretario de Sanidad y Consumo, don José Conde Olasagasti. (El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

Señor Fernández-Miranda, tiene la palabra.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: En ese caso, señora Presidenta, quiero plantear la retirada de las preguntas que figuran en el orden del día con los números 5, 6 y 7, dado que están planteadas solicitando la opinión de la Ministra de Sanidad.

Quiero destacar, como queja formal ante esta Comisión, el hecho de que la señora Ministra no haya comparecido en la misma después de la primera vez que lo hizo cuando fue nombrada Ministra, suponiendo, desde nuestro punto de vista, una desconsideración hacia esta Comisión y, además, por las preguntas formuladas con estos números en el orden del día, con respecto a tan sustancial grupo dentro de la Sanidad pública. Entendemos que difícilmente podrá transmitirnos el señor Subsecretario, al cual sí le formularé la que aparece a mi nombre, con el

número 8, la opinión de la señora Ministra estando, como están, planteadas en estos términos las preguntas a las que he hecho referencia. Esto supone que volveremos a plantearlas desde el Grupo Parlamentario Popular, insistiendo, además, en que nos parece sustancial el hecho de que la señora Ministra comparezca también en esta Comisión, que es una Comisión de nueva creación en esta Cámara, en esta legislatura. Por lo tanto, poniendo de manifiesto la importancia que, desde el punto de la Administración pública, tiene para toda la Cámara.

La señora PRESIDENTA: Señor Fernández-Miranda, como sabe S. S., según el Reglamento, es competencia de esta Mesa trasladar al Gobierno, en su caso al Ministerio, el orden del día que la Mesa de la Comisión decidió. No es competencia de esta Mesa decidir quién debe venir a responder a las preguntas de SS. SS., sino que es competencia del Gobierno. Por lo tanto, no es un debate que corresponda a esta Comisión.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Señora Presidenta, efectivamente, no lo planteaba como tal. Simplemente, nuestra queja es por una falta de voluntad política de la Ministra de responder a las obligaciones que tiene contraídas con esta Cámara y con este país.

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- SOBRE INFORMACION QUE TIENE EL INSTI-TUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) ACERCA DE UNA INSPECCION REALIZADA SOBRE MAS DE 50.000 RECETAS DE PENSIO-NISTA, CON OBJETO DE DETECTAR POSIBLES ACTOS FRAUDULENTOS. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INI-CIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000163.)

La señora PRESIDENTA: Pasamos a la primera pregunta del segundo punto del orden del día, correspondiente a la señora Maestro Martín, que tiene la palabra.

La señora MAESTRO MARTIN: El contenido de mi pregunta se refiere a los datos que obran en mi poder, en relación con una investigación de la Dirección Provincial del Insalud de Madrid, acerca de la inspección de utilización indebida de recetas de pensionistas. Según la información de la Dirección Provincial del Insalud, se trata de un programa específico para el año 1992, aunque, según informaciones de la Dirección Provincial, había previsiones de que continuase. El contenido concreto que yo conozco, del cual no tengo el documento sino simplemente la referencia, manifiesta que se ha realizado inspección sobre 43.000 recetas de pensionista y que del resultado de esta investigación, que ha sido no aleatoria sino una búsqueda dirigida a presuntas bolsas de fraude,

se desprende que solamente 50 de las recetas investigadas serían objeto de una investigación posterior, es decir, serían dudosas, no es que se haya apreciado fraude sino que en un primer *screening* aparecen 50 recetas como susceptibles de investigaciones posteriores para delimitar si realmente pudiera haber habido fraude.

Quiero señalar en esta Comisión que me parece importantísimo que la población española conozca el hecho de que el fraude posible detectado por el Insalud, insisto, en una investigación dirigida, haya sido tan mínimo, porque esta investigación obraba en poder de las autoridades sanitarias cuando se desencadenó una serie de declaraciones, coincidiendo con la aprobación del Real Decreto de financiación selectiva de medicamentos, en las que se insistía en la existencia de un fraude desmesurado por parte de recetas de pensionistas, que eran los responsables, en alguna medida, de la elevación del gasto farmacéutico. Mi Grupo piensa que ese tipo de declaraciones cumplía un papel de justificación política de una medida que afectaba, como se ha visto después, a los pensionistas en cuanto a la eliminación de la financiación para algún tipo de medicamentos que ellos usan con frecuencia. En cualquier caso, yo quiero saber la opinión del Ministerio acerca de eso. Si, después de esto que yo conozco, ha habido algún tipo de investigación posterior y si el señor Conde encuentra justificadas las declaraciones de altos responsables de la administración sanitaria acerca del fraude de recetas de pensionistas, cuando el Ministerio de Sanidad contaba con datos objetivos que, desde luego, deian en un nivel mínimo e irrelevante el alcance de este fraude.

La señora PRESIDENTA: Señor Conde, tiene la palabra.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Señora Maestro, efectivamente, durante el segundo semestre del año 1992, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud elaboran conjuntamente y el Insalud desarrolla un programa de inspección, cuyos objetivos fueron verificar la correcta utilización de las recetas de pensionista en el ámbito del Insalud y detectar desviaciones en la utilización de recetas exentas de aportación, tanto en la prescripción como en la dispensación. El programa se desarrolla en dos fases. La primera lo fue en noviembre de 1992, en las provincias de Madrid, Asturias, Baleares, Valladolid y Segovia y la segunda se desarrolló en los meses de diciembre del 92 y enero del 93, aplicándose a las provincias de Murcia, Toledo, Ciudad Real, Cantabria y Badajoz. El programa actuó sobre facultativos médicos, seleccionados de acuerdo con sus índices de prescripción de recetas; oficinas de farmacia, seleccionadas en función del precio medio de las recetas de pensionistas respecto a la media provincial; y en centros de atención primaria, por medio de encuestas realizadas a beneficiarios a la salida de las consultas. A lo largo del programa se estudiaron 125 facultativos, se revisaron 331.000 recetas -no me refiero sólo a Madrid sino al conjunto del programa-, se realizaron 1.840 encuestas a asegurados y beneficiarios de la Seguridad Social, se visitaron 112 centros de atención primaria y se realizaron 66 comparecencias a médicos, dos comparecencias a ATS auxiliares de clínica y se levantaron 10 actas a oficinas de farmacia.

Por lo que se refiere a Madrid, se han abierto dos expedientes a oficinas de farmacia, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1.410/1977, de 17 de junio, que en la actualidad se encuentran en período de instrucción. También se ha dado traslado de las actuaciones en el caso de una de esas oficinas y de un facultativo médico al Grupo de Investigación de la Seguridad Social, el llamado GIIS.

Como conclusión, efectivamente, el número de recetas de pensionistas utilizadas por personas que no ostentan tal condición es pequeño en relación con el número de encuestas, que ha sido el procedimiento utilizado para detectar este tipo de desviación –esto me importa aclararlo-, por lo que, en general, puede decirse que, entre los médicos prescriptores, son mayoría los que aparentemente cumplimentan correctamente las recetas. En los casos detectados se han instruido los procedimientos sancionadores previstos en la normativa, aunque hasta la fecha no ha finalizado la fase administrativa, existiendo además la posibilidad de recursos por vía administrativa y judicial, por lo que hasta finalizado el procedimiento no se podrá disponer de la información sobre las sanciones impuestas.

No se puede decir que el programa realizado haya tenido una incidencia sobre gasto farmacéutico y, efectivamente, con los métodos de los que hoy disponemos, el nivel de detección de fraude en este tipo de prestación ha sido escaso. De todas maneras, aquí quisiera aclarar algo que hemos de mejorar, y son los procesos de información contenida en la receta. En la receta, hoy, van incluidos datos referidos al médico, al medicamento, a la farmacia y al ciudadano, pero los datos referidos al ciudadano no se graban, no se pueden cruzar con otro tipo de datos. En consecuencia, eso, que permitiría vincular la utilización de determinados fármacos con ciudadanos con determinados perfiles de enfermedad, no es posible grabarlo, con lo cual estamos aún lejos de disponer de procedimientos de control informativo de todo el proceso de prescripción farmacéutica en ese punto concreto. De hecho, una de las cuestiones que se pretende incluir en el nuevo concierto con los farmacéuticos, porque ya estaba previsto en el anterior y no se llegó a desarrollar, es completar ese proceso de información, que posiblemente permita conocer con más transparencia cómo es el proceso de prescripción en el ámbito del pensionista, al igual que en el resto.

La señora **PRESIDENTA**: La señora Maestro tiene la palabra.

La señora MAESTRO MARTIN: Me alegro de que mi información, aunque evidentemente era parcial, con respecto a la globalidad del programa de inspección realizada, no fuera discordante con la generalidad de los datos obtenidos. En cualquier caso, le he formulado una pre-

gunta bien concreta. Se produjo un alud de declaraciones por parte de responsables de la administración sanitaria culpabilizando a los pensionistas del alto volumen de gasto farmacéutico y de la existencia de un fraude, del cual se podía deducir que era generalizado. ¿Ustedes contaban con esa información? Realizaron gastos en cuanto a la publicidad, en medios de comunicación, sobre este tipo de fraude, que realmente es mínimo en función de los datos objetivos que obran en poder de la administración sanitaria. A mi juicio, señor Conde, me parece irresponsable y calculadamente mentirosa en este caso la información que se vertió en un momento político determinado, en el que el debate social en torno a una medida de eliminación de la financiación de la Seguridad Social con respecto a determinados productos farmacéuticos podía verse avalado por valoraciones que se demuestran carentes de fundamento, en función de los datos obtenidos por la administración sanitaria.

Es obvio que en este momento el efecto de esa información no fundamentada es irresoluble. No sé qué valoración harán los medios de comunicación de lo que aquí se dice, pero en cualquier caso a mí me preocupa, ya que insisten en culpabilizar en cuanto al fraude, como puede ser el fraude en recetas de pensionistas o el fraude en prestaciones pc. desempleo, a determinados sectores de la población, los más débiles y los menos favorecidos, cuando otros niveles de fraude, por ejemplo el fraude físcal, no es atacado, y ahí sí que habría una bolsa de recursos que de haberse aplicado al tema sanitario hubieran permitido, entre otras cosas, que el presupuesto de Sanidad no fuera el que es.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Conde tiene la palabra.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): La señora Maestro ha utilizado un verbo y un adjetivo que yo no puedo compartir ni admitir: el de culpabilizar y el de información mentirosa.

No sé si me falla la memoria en cuanto a la situación cronológica de esas declaraciones a las que se refiere, que, efectivamente, se produjeron y hubo una campaña que recomendaba el uso apropiado de ese derecho. Esa información que hizo una estimación de la posibilidad de fraude en ese terreno se produce antes del desarrollo de esta campaña. Por consiguiente, se estaba trabajando sobre una hipótesis fundamentada en la creencia, bastante generalizada, que seguimos manteniendo, de que hay algún nivel de fraude en este tipo de prestaciones, y si no hemos sido capaces de detectarlo, repito, es porque carecemos de elementos de información muy importante.

Otra cosa que sí quiero añadir es que en ningún momento, al menos que yo sepa o recuerde, se pretendió justificar el Real Decreto de financiación selectiva de los medicamentos, que es a lo que creo que usted ha aludido, utilizando el concepto y la idea del fraude en la receta. El decreto de financiación selectiva de los medicamentos, como ya se ha repetido en varias ocasiones, no tenía otro soporte racional que el proporcionar y financiar aquella medicación que fuera eficaz, segura y relevante para la salud, y no otra. Ese es un problema bien distinto del tema del fraude.

- SOBRE COMPATIBILIDAD DE LA APLICACION DEL REAL DECRETO 1575/1993, DE LIBRE ELECCION DE MEDICO, CON LA VIGENCIA DEL ESTATUTO JURIDICO DEL PERSONAL SANITARIO AL SERVICIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). FORMULADA POR EL SEÑOR FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 181/000195.)

La señora PRESIDENTA: Pregunta número 8, que formula el señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Senor Subsecretario, ¿cómo es posible la aplicación del Real Decreto 1575/1993, de libre elección de médico, con la vigencia del estatuto jurídico del personal sanitario al servicio del Insalud, teniendo en cuenta que el mencionado Real Decreto, de 5 de octubre de 1993, puede anular otro Real Decreto, de 16 de noviembre de 1967, sobre asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos, y, sin embargo, no anula la vigencia del estatuto jurídico en cuanto al personal sanitario al servicio del Insalud, apareciendo como aparece en dicho estatuto jurídico, en su artículo 21, el hecho de que la asistencia médica ambulatoria y domiciliaria de las personas de hasta siete años de edad protegidas por la Seguridad Social que les hayan sido adscritas es la obligación de los pediatras, o tal como dice, sin que desde nuestro punto de vista exista ninguna norma que haya derogado la vigencia del estatuto jurídico, el mismo en su artículo 30, que el personal facultativo de cupo y zona percibirá una cantidad fija por cada titular de derecho adscrito a la prestación asistencial, y que no es posible que los nuevos pacientes con derecho a recibir asistencia no titulares sean contabilizados a efectos de las retribuciones de estos médicos?

En definitiva, aquí se plantea una disyuntiva que hace dudar al Grupo Parlamentario Popular sobre la efectividad real del planteamiento de libre elección del médico, más allá de lo que nosotros en su momento consideramos como un planteamiento más demagógico que real, que se está poniendo de manifiesto con cifras que coincidieron con nuestras primeras estimaciones, según las cuales el beneficio real no va a ir más allá del 25 por ciento de los ciudadanos españoles. ¿Los médicos van a poder negarse, por lo tanto, a que estos pacientes les elijan, a no ser que renuncien a cobrar por aumento de la capacidad de respuesta a la demanda asistencial a prestar por los médicos de cupo y zona? Es decir, se plantea -y creo haberme explicado con suficiente claridad- esa disyuntiva entre la posibilidad para los pacientes a elegir médico y la obligatoriedad para los médicos a los que afecta esta medida, de momento, con la «amenaza», además, entre comillas, digámoslo, que ha hecho el señor Temes, de ampliarlo a los ginecólogos y a los especialistas de la asistencia secundaria, sin haber resuelto la primacía, la validez del estatuto jurídico y, por lo tanto, de las relaciones contractuales del Insalud con sus facultativos, con sus médicos.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Conde tiene la palabra.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): El señor Fernández-Miranda plantea una cuestión importante en dos ámbitos, uno, que es donde ha terminado, que es la efectividad de la medida, en cuanto a su virtualidad o su realidad, y otra cuestión, la primera, que es la relativa al marco jurídico en el que este proyecto se desarrolla. Empiezo por lo primero, porque me parece lo más sustantivo y era el tenor del texto de la pregunta que habíamos recibido.

En nuestra opinión, desde el punto de vista jurídico formal, el decreto está suficientemente respaldado, avalado, y nos parece impecable desde ese punto de vista, y le aclaro por qué. Ha sido dictado en desarrollo de lo establecido en la Ley General de Sanidad y, en concreto, para dar cumplimiento a lo que se contiene en sus artículos 10, 13 y 14, es decir, cumpliendo un mandato de la Ley General de Sanidad.

En relación con el marco jurídico general de este Real Decreto, debe significarse que la Ley General de Sanidad, en su disposición derogatoria segunda, establece que quedan derogadas a rango reglamentario cualesquiera disposiciones que a la entrada en vigor de la presente ley regulen la estructura y funcionamiento de las instituciones y organismos sanitarios, a efectos de proceder a su reorganización y adecuación a las previsiones de la ley. Esto quiere decir que se ha producido la degradación a reglamento de normas que anteriormente podían tener rango de ley, por lo que podrán ser modificadas mediante reales decretos. De otra parte, la Ley General de Seguridad Social establecía en su artículo 112 la libre elección de médico dentro de la zona, mientras que el artículo 14 de la Ley General de Sanidad amplía la misma al área de salud, y si se tratase de núcleos de población superiores a 250.000 habitantes, al conjunto de los facultativos, médicos y pediatras existentes.

Respecto al estatuto jurídico del personal facultativo al servicio de la Seguridad Social, debe indicarse que el Real Decreto 1575/1993, de libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Insalud, efectivamente modifica ciertos aspectos del mismo y en concreto los artículos que ha citado 20 y 21. Dichos artículos asignaban al médico general la atención de los niños mayores de siete años, mientras que al pediatra le correspondía la asistencia de los menores de esta edad. El Real Decreto 1575 establece que los médicos generales asistirán a los mayores de catorce años, siendo potestativo de los padres de niños mayores de siete pero menores de catorce optar entre los médicos generales o los pediatras en el territorio de elección. Esta modificación es ajustada al derecho por

tratarse de una norma de igual rango y producirse, por tanto, una derogación tácita de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2 del Código Civil.

En consecuencia, no es posible, a nuestro modo de ver, plantear una incompatibilidad entre el Real Decreto 1575, de libre elección de médico, y el Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, por el que se regula el estatuto jurídico del personal médico al servicio de la Seguridad Social, dado que el primero había derogado el segundo y, por tanto, los preceptos incompatibles a nuestro modo de ver no están vigentes.

Quisiera recordar que el Grupo Popular presentó en el Senado el pasado mes de julio una moción por la que se instaba al Gobierno, entre otras cuestiones, al reconocimiento urgente del derecho de los ciudadanos a la libre elección de médico general y pediatra en la asistencia de la Seguridad Social, cosa que el Gobierno tenía prevista, pero que, indudablemente, ha hecho ateniéndose al más estricto respeto, a nuestro modo de ver, insisto, a la legalidad vigente.

Con relación a la efectividad real de la libre elección, ya se anunció que el número de cambios de médicos no suele ser algo espectacular, no por lo que sepamos aquí, sino por lo que sabemos que pasa aquí y en otros países. En general, la gente tiende a elegir al médico que tiene más próximo, si bien es cierto que ha habido un número importante de cambios. En ese sentido tengo que decir que lo fundamental, lo que la ciudadanía percibe como un avance enormemente positivo, y así se ha recogido en un reciente barómetro de opinión que hemos realizado, es el que se reconozca ese derecho, el que exista esa posibilidad. Todo el mundo sabe que va a ejercerlo excepcionalmente en la medida en que, por ejemplo, elegir a un médico de fuera de su zona de salud supone un nivel de cierta incomodidad y sólo hará uso de ese derecho cuando lo que pueda ofrecerle otro médico en otro lugar distinto compense sobradamente las incomodidades de ese desplazamiento. En consecuencia, creemos que tiene una potencialidad importante, la que tiene, ni más ni menos, y que desde el punto de vista jurídico-legal estamos absolutamente dentro de lo establecido.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Señor Subsecretario, no me ha contestado a todos los planteamientos que le he hecho. Empezando por sus argumentos y reiterándole al final preguntas que han quedado sin contestar, he de decirle que, efectivamente, el Grupo Parlamentario Popular no planteó solamente en el Senado hace pocas semanas la iniciativa de libre elección de médico; llevamos solicitándola hace años, pero bien hecha. Quizá sea el matiz que el tiempo no nos permite desarrollar.

Le he preguntado también, señor Subsecretario, por una serie de problemas en cuanto a las relaciones contractuales del Insalud con los profesionales de la sanidad, a lo que no me ha contestado. Tal como ha argumentado en su contestación, hablando de igualdad de normas o de normas superiores e inferiores, supone que van a tener que regular o renegociar esas reacciones contractuales a través del estatuto marco, porque están invalidadas en gran medida. Pero no me ha contestado si les van a obligar a aceptar prestaciones sin retribuírselas, sobre lo que le solicito contestación. Yo entiendo que no estará dispuesto el Ministerio a tomar esas medidas, sin duda ninguna draconianas. Pongan ustedes orden en su propia casa, puesto que existe una nota de régimen interior de la Directora Gerente de Asistencia Primaria, sector 1, doña Inés Palanca Sánchez, en la cual recuerda a los facultativos de ese área la existencia del Real Decreto a través del cual se puede elegir pediatra desde los siete hasta los catorce años y dice textualmente al final de dicha nota interna: La entrada en vigor de esta normativa no ha supuesto modificaciones en el modelo retributivo de los pediatras de cupo -esa es la diferencia-, por lo que no es posible en el momento actual retribuir las tarjetas sanitarias individuales de menores adscritos al pediatra. Previamente dice la Directora de este área: Esta normativa es de obligado cumplimiento por todo el personal del Insalud, y esta Dirección debe velar porque así sea. Por tanto, cualquier incumplimiento puede dar lugar a que se adopten medidas desde esta Dirección.

¿Se está presionando, se está amenazando a los facultativos para que, habiéndose planteado relaciones contractuales distintas no suplidas por normas que las califiquen, tengan que aceptar, efectivamente, prestar una asistencia sanitaria a la que por ley no están obligados y que además va a dar lugar a la ausencia de retribución de dicha prestación asistencial?

Señor Subsecretario, esto es en este momento absolutamente sustancial, mucho más allá de lo benéfica que pueda ser la situación actual de que en este momento potencialmente los ciudadanos sepan que podrían elegir, siempre y cuando tuviesen tarjeta individual sanitaria, viviesen en una población determinada, tuviesen una serie de etcéteras a cumplir que, como deciamos hace ya meses y han demostrado las últimas encuestas realizadas, viene a reducir esa posibilidad real tan sólo para un 25 por ciento de los ciudadanos españoles, no de los pacientes, por lo cual consideramos que es una medida un tanto escasa. Contésteme, señor Subsecretario, si efectivamente, además de las amenazas y de la presión, están obligados a prestar sin retribución asistencia, siempre y cuando estos ciudadanos españoles elijan a un pediatra determinado que se rige en sus relaciones contractuales con el Insalud, para entendernos coloquialmente, por el modelo de cupo y zona y no por el modelo de tarjeta individual sanitaria.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el señor Conde.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Debo, en primer lugar, disculparme por no haber contestado, a lo mejor, con suficiente detalle. Voy a intentar hacerlo. La norma del decreto de libre elección ha hecho varias cosas. En primer lugar, como ya he comentado, definir con el rango normativo suficiente el marco nuevo de posibilidades de elección por los clientes. Usted se refiere fundamentalmente a las relaciones contractuales de los médicos como consecuencia de ello. También eso se ha hecho.

Poco antes de que el Real Decreto se produjera, ha habido las oportunas negociaciones sindicales que llevaron a un acuerdo retributivo en la atención primaria, que pasaba un componente importante del salario, como era productividad fija y variable, a retribuir el componente capitativo del salario. Esos acuerdos sindicales fueron a su vez elevados a Consejo de Ministros, que los aprobó, y constituyeron la base de modificación del sistema retributivo para permitir, efectivamente, desarrollar la libre elección y posibilitar que quien fuera más elegido percibiera en ese componente más retribución, no sólo en lo que se refería al número de personas sino a su cualidad de edad y al ámbito donde se desarrollaba. Dicho de otro modo: aquel médico que trabajaba en un medio rural disperso, que se supone que tiene que recorrer más distancias y que es más penoso, tenía su componente capitativo mejor retribuido que el que trabajaba en el medio urbano. Este principio es de aplicación a todos los médicos generales y pediatras, tanto en el modelo tradicional como en el nuevo modelo.

Lo que usted dice de la necesidad de la tarjeta individual no es tal, sino que en el momento en que un ciudadano hace uso de ese derecho de cambiar y elegir un médico distinto al que le corresponde, o un pediatra cuando, por ejemplo, antes estaba asignado un médico general, en ese momento se aprovecha para plantearle, porque, si no, sería muy difícil hacerlo de otro modo, que rellene, si no lo tiene cumplimentado, el cuestionario correspondiente para proporcionarle su tarjeta individual y así, por ejemplo, poder sacarlo de una cartilla familiar en la que puede haber varias personas y colocarlo con esa tarjeta individual en el médico al que él ha elegido.

Estoy dispuesto a tratar de aclarar a qué se refiere esa circular, pero, en todo caso, le quiero dejar absolutamente claro que el modelo retributivo que respalda o que es consecuencia del principio de libre elección está absolutamente respaldado desde el punto de vista legal e instrumentado de manera tal que afecta por igual al personal de cupo que al personal del nuevo modelo de atención primaria. Es cierto que, obviamente, hay una primera asignación de número de personas a facultativo de medicina general o a facultativo de pediatría. Cuando se dispone en el área correspondiente de todas las tarjetas individuales sanitarias eso constituye el listado de las tarjetas individuales sanitarias. Cuando tiene cartillas asignadas que no se han traducido en tarjetas individuales, se hace una traducción mediante un coeficiente de lo que se supone que hay detrás de esa cartilla a personas individualmente asignadas hasta tanto se generalice y se universalice la tarjeta individual, que, por cierto, en este momento andamos ya en el 70 por ciento aproximadamente.

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta número 9 que formula el señor García Fonseca. (**Pausa**.)

La señora MAESTRO MARTIN: Señora Presidenta, ¿podría posponerse la pregunta?

La señora **PRESIDENTA**: Más que por posponerse, señorías, usted sabe que lo que ocurre al finalizar este período de sesiones es que la pregunta decae.

La señora MAESTRO MARTIN: Me refiero a aplazar la pregunta para formularla posteriormente en el transcurso de la Comisión.

La señora **PRESIDENTA**: Aplazarla para el final de la mañana sí es posible.

Pasamos a la siguiente pregunta.

SOBRE IMPORTE DE LAS CANTIDADES PAGA-DAS INDEBIDAMENTE POR LA SANIDAD PU-BLICA, EN CONCEPTO DE DEDICACION EX-CLUSIVA, A PROFESIONALES SANITARIOS QUE HAN VENIDO PERCIBIENDO SALARIOS POR PARTE DE SOCIEDADES MEDICAS PRI-VADAS. FORMULADA POR LA SEÑORA MAES-TRO MARTIN, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATA-LUNYA. (Número de expediente 181/000229.)

La señora PRESIDENTA: Pregunta número 10, que formula la señora Maestro Martín.

La señora MAESTRO MARTIN: El contenido de mi pregunta se refiere a las informaciones en medios de comunicación y a las actuaciones sanitarias relacionadas con el incumplimiento de la Ley de Incompatibilidades por parte de personal sanitario de diversos centros hospitalarios, fundamentalmente de Madrid. La información que yo tengo se refiere al Hospital Ramón y Cajal, de manera muy señalada, al Hospital de La Paz y al Hospital Puerta de Hierro.

En el Hospital Ramón y Cajal da la coincidencia de que iniciativas relativas a la gerencia de este hospital fueron realizadas por mi Grupo en la pasada legislatura, denuncias muy concretas acerca de graves irregularidades en la gerencia que, sorprendentemente, fueron desestimadas por parte de la administración sanitaria. En una primera comparecencia el Ministro de Sanidad, señor Griñán entonces, anunció la realización de una auditoría y posteriormente anunció que la auditoría no había llegado a conclusiones de las que pudiera derivarse ningún tipo de actuación por parte de la administración sanitaria. Algunas de las denuncias que allí se vertieron por parte de mi Grupo se referían al incumplimiento flagrante de la Ley de Incompatibilidades por parte de médicos del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y de una manera muy señalada de sus cargos directivos: subdirector médico, subdirector de enfermería, etcétera, que, como tuve

ocasión de demostrar, aparecían en el cuadro médico de otras entidades sanitarias. Como era evidente en ese momento, se conocía que el gerente del Hospital Ramón y Cajal instaba a los médicos del hospital a acogerse al régimen de dedicación exclusiva, a pesar de la evidencia de la realización de actividades incompatibles con la legislación vigente.

En este momento, según parece, las actuaciones del Insalud han dado como resultado la existencia de 50 expedientes y declaraciones de incumplimiento de la Ley de Incompatibilidades en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. La pregunta que dirijo en este momento al señor Conde es para que, independientemente de las actuaciones para impedir que esta situación se mantenga, me diga cuáles van a ser las actuaciones del Instituto Nacional de la Salud para reclamar a estas personas que cobraron indebidamente cantidades en función de la dedicación exclusiva, complemento específico, etcétera, por diferentes situaciones, habiendo incurrido durante años en incumplimiento conocido y demostrado de la Ley de Incompatibilidades.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Voy a tener que contestar a la señora Maestro en dos fases, porque el contenido de la pregunta que recibimos en su momento era de carácter bastante más general con relación a este tema y ahora lo que S. S. me plantea se refiere a un tema muy localizado en un solo hospital. Como no quiero eludir la segunda parte, pero me parece imprescindible contestar a la primera, lo haré de ese modo.

Los programas y actuaciones de control interno establecidos en el Insalud han permitido, efectivamente, detectar supuestos de facultativos que, estando afectados por la Ley de Incompatibilidades, venían simultaneando su actividad profesional en el Instituto y en sociedades médicas privadas. Estos facultativos que perciben complemento de dedicación específica y simultanean actividades profesionales privadas lucrativas incurren en una falta, por cobro indebido, conforme a la doctrina fijada por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo con la consiguiente consecuencia de proceder al reintegro de lo percibido, ello con independencia de lo dispuesto en la normativa sobre incompatibilidades y de la aplicación, previo expediente, de la correspondiente sanción disciplinaria.

En consecuencia, en estos casos se ha procedido a la apertura de la correspondiente información previa de carácter reservado que en caso de haber resultado positiva ha dado lugar al oportuno expediente disciplinario. Por este motivo en todo el territorio Insalud desde 1988 hasta la fecha, ha concluido la instrucción de 85 expedientes, de los cuales 65 han llevado a la imposición de sanciones de suspensión de empleo y sueldo de distinta duración y cuantía, y en un caso a la separación definitiva del servicio.

Las resoluciones administrativas que finalizan el procedimiento sancionador a las que se alude son susceptibles –como es conocido– de recurso en vía contencioso-administrativa, lo que supone el aplazamiento de la ejecución de la sanción y, en su caso, revisión de la falta cometida y tipificación de la infracción; situación de recurso –repito– en la que estamos en bastantes casos.

El procedimiento de recuperación de las cantidades celebradas irregularmente resulta de lo previsto en los artículos 1895 del Código Civil y demás disposiciones reglamentarias. Por este motivo será preciso esperar a la finalización de todo el proceso. Primero, tiene que finalizar la vía administrativa para iniciar a continuación la vía judicial civil que terminará con la sentencia en la que ordene el reintegro o no de las cantidades indebidamente cobradas durante todo el tiempo probado en que el sancionado estuvo incurso en incompatibilidad. En consecuencia, en cuanto a poder informar -como se me preguntaba- sobre el importe de las cantidades cobradas irregularmente, tengo que decir que es imposible conocerlas ahora hasta que no se termine todo el procedimiento. Esto es lo que contesto a su pregunta realizada con carácter general. A la cuestión que aquí se plantea y relativa a lo que ha sucedido últimamente en el Hospital Ramón y Cajal, he de comunicar a S. S. que la actual dirección-gerencia del hospital y a la vista de la existencia de un cierto grado de confusión en cuanto a lo que suponía y a lo que obligaba la percepción del complemento específico, dictó una instrucción interna a todo el hospital recordando y significando lo que suponía la percepción del complemento específico de dedicación exclusiva y, en consecuencia, requiriendo a todos lo que lo estuvieran cobrando para que se ratificaran en su voluntad de cobrarlo conociendo perfectamente esta situación de obligatoriedad de dedicación exclusiva o, en caso contrario, renunciaran al mismo.

Como consecuencia de esa nota se han producido no 50 expedientes, como usted ha mencionado, sino 50 renuncias a la percepción del complemento específico. A partir de ahí –y es el punto en el que estamos– parece que habrá que analizar qué es lo que ha sucedido en cada caso, puesto que las situaciones individualmente consideradas pueden ser muy distintas. Cabe imaginar la situación de la persona que en ese momento decide iniciar una actividad privada y, en consecuencia, renuncia a la percepción del complemento específico, y puede suceder, efectivamente, que haya habido situaciones anteriores. En todo caso, en el momento en el que estamos, repito, es en el de conocer que hay 54 renuncias y proceder al análisis posterior de cada una de las situaciones.

La señora **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestro. (**Denegaciones**.)

Gracias, señora Maestro.

- SOBRE FINANCIACION DEL HOSPITAL DE LOS DOLORES EN LA ISLA DE LA PALMA. FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENI-

TEZ DE LUGO, GRUPO POPULAR. (Número de expediente 181/000264.)

La señora PRESIDENTA: Pregunta número 16, que formula el señor Soriano Benítez de Lugo.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Muchas gracias, señora Presidenta.

El Cabildo Insular de la isla de La Palma ha venido prestando, desde muy antiguo, la asistencia sanitaria a lo que hasta hace poco se denominaba beneficencia insular, obligación que le venía impuesta por la legislación histórica sobre la materia, a través del hospital Nuestra Señora de Los Dolores, que cumplía la misma función que los conocidos hospitales de la beneficencia de las diputaciones provinciales peninsulares. La responsabilidad de ayuntamientos, diputaciones y cabildos en materia de beneficencia fue extinguida, como se sabe, por el Real Decreto 1888/1989, de 8 de septiembre, que reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos suficientes; dispone que la asistencia sanitaria a estas personas será la misma que la prevista en el régimen general de la Seguridad Social, y establece un mecanismo transitorio para la integración de las personas que en aquel momento tenían asistencia sanitaria benéfica. A partir de aquel momento son las entidades gestoras de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social las obligadas a las prestaciones correspondientes. Corresponde, en consecuencia, al Insalud el atender a la totalidad de las personas con derecho a aquellas prestaciones, y es obligación de las entidades gestoras el disponer de los medios necesarios para afrontar estas obligaciones.

El Cabildo Insular de La Palma acoge en el hospital de Los Dolores a más de un centenar de enfermos del Insalud, percibiendo unos ingresos insuficientes. El coste total por todos los conceptos del hospital de Nuestra Señora de Los Dolores rebasa los 500 millones de pesetas, lo que supone un 15 por ciento del presupuesto de la Corporación. Tengo aquí a la vista el presupuesto último del hospital y ante unos ingresos de 345 y pico millones tiene unos gastos de más de 534 millones, lo que supone un déficit de casi 189 millones de pesetas. Resulta insostenible para el Cabildo Insular continuar supliendo con el hospital de Los Dolores la carencia de medios del Insalud en La Palma, en base a unos convenios que le suponen unos ingresos muy por debajo del coste real de la plaza hospitalaria. En base a todas estas consideraciones el pasado día 5 de noviembre fue aprobada en el Cabildo Insular, a instancia de los grupos políticos Socialista, Partido Popular y CDS -aquellos dos gobernando conjuntamente en el Cabildo Insular de La Palma-, una moción en la que se acordaba resolver con efectos a tres meses de la comunicación de este acuerdo -ya han pasado casi dos meses- el convenio suscrito con el Instituto Nacional de la Salud, del 16 de marzo de 1990, en uso de las prerrogativas que al Cabildo Insular le confiere la estipulación novena de dicho convenio, con el objetivo de lograr la financiación al 100 por ciento de los costes del hospital de Los Dolores. En segundo lugar se acordaba también en aquella moción, como digo aprobada por la unanimidad de todos los grupos políticos, exigir que en el proceso de negociación de las transferencias en materia de Sanidad entre el Gobierno de la nación y el Gobierno de Canarias se contemple que la integración de los hospitales de los cabildos insulares en la red unificada de centros que ha de constituir el futuro servicio canario de la salud -y a esto me referiré en una pregunta posterior- ha de hacerse simultáneamente para todos los centros y deberá incluir, en todo caso, la financiación de sus costes al 100 por ciento. Esta petición del Cabildo Insular para que el Insalud asuma la financiación del hospital de Los Dolores, antes de que las competencias sanitarias sean transferidas a la Comunidad Autónoma, se produce como consecuencia de que, al parecer, es ésta también la intención del Insalud con relación al Hospital Universitario y Clínico de Tenerife, y parece lógico que si va a suceder con un hospital suceda también con el hospital de la isla de La Palma.

En consecuencia, este Diputado formula en concreto la pregunta de si tiene previsto el Insalud asumir la financiación del hospital de Los Dolores en la isla de La Palma o si, por el contrario, va a renovar el nuevo convenio que está denunciado y en qué condiciones se podría establecer en ese convenio que al Cabildo Insular de la Palma le está resultando realmente gravoso el mantenimiento de este hospital.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Conde tiene la palabra para responder a la pregunta.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Yo creo que puesto que ha hecho un largo preámbulo para justificar la pregunta, que nos parece perfectamente razonable, nos obliga también a hacer una buena explicación de cuál es la situación sanitaria de la isla de La Palma.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, esta isla tiene una población de 78.000 habitantes y debe quedar claro que para la asistencia sanitaria cuenta con un centro hospitalario propio del Insalud. Es decir, no se entienda que existe sólo el hospital al que usted se refiere, puesto que existe el Hospital Nuestra Señora de las Nieves que presta asistencia preferentemente a las patologías agudas. Existe efectivamente un centro concertado, el hospital Nuestra Señora de los Dolores, que tiene 129 camas, propiedad del Cabildo Insular de la isla de La Palma, que complementa la asistencia sanitaria del hospital de Las Nieves mediante el oportuno concierto centrado fundamentalmente en patologías crónicas. En consecuencia, el hospital está concertado para ese tipo de pacientes, conforme a los catálogos de concertación existentes en lo que llamamos grupo 1, nivel 2, lo que supone un coste por estancia y día del orden de las 3.800 pesetas. Se prevé que el Cabildo percibirá por asistencia sanitaria a beneficiario de la Seguridad Social en el presente ejercicio un total de 132 millones de pesetas. También conviene recordar que el Cabildo Insular de la isla de La Palma. y con el fin de cubrir los déficit que pudieran producirse, recibirá del Fondo de Asistencia Sanitaria del Ministerio de Economía y Hacienda, al igual que otros cabildos y diputaciones de todo el territorio nacional, en el presente año, una cantidad de casi 258 millones de pesetas. La posibilidad de que el Insalud asuma la financiación de este hospital requerirá, en todo caso, primero, un estudio detallado en el que habría de tenerse en cuenta, entre otras cuestiones, el tipo de asistencia que presta el centro, dado que sus actuales características en muchos supuestos parece que se producen a veces por necesidades más de orden social que de orden sanitario. De todos modos yo creo que ésta no es la cuestión fundamental, porque usted ha hecho una serie de preguntas y ha supuesto algo que yo le voy a aclarar inmediatamente que no es así.

Como bien se sabe, y tendremos ocasión de aclararlo en su otra pregunta, estamos en este momento a punto de llegar a la culminación del proceso de transferencias de la responsabilidad de asistencia sanitaria a la Comunidad Autónoma de Canarias. En semejante situación no parece razonable que ni para éste ni para ningún otro hospital, cuando hay un acontecimiento que se va a producir en un espacio muy breve de tiempo, el Insalud asuma responsabilidades sobre la gestión directa de un hospital cuando va a transferir esa competencia inmediatamente a otro organismo de la Administración, que es la Comunidad Autónoma de Canarias. No se va a producir tal cosa en el Hospital Clínico de Tenerife (por cierto, aprovecho la ocasión para informar que ya ha firmado el Presidente del Cabildo el oportuno contrato-programa hasta tanto se produzca la transferencia) y, por tanto, no se va a producir en ningún otro lugar. Será una decisión del servicio canario de salud, en el momento en que reciba la transferencia, si integra y absorbe ese hospital en su propia red o establece con él algún tipo de relación contractual de otra naturaleza que garantice su supervivencia. Tendré ocasión de aclarar un poquito más esto en la otra pregunta. En todo caso, a su pregunta concreta le diré que no está previsto por parte del Insalud. Es cierto que existe ese déficit, no en la cuantía que usted me indica, pero existe ese déficit de explotación que es problema que deberá ser resuelto de muchos modos, mejorando sus ingresos o disminuyendo sus gastos, en función de un dimensionamiento adecuado del hospital. Sé que existe ese problema. He recibido en su día al Presidente del Cabildo, que efectivamente está muy preocupado con esa cuestión, y repito que va a ser resuelta en el contexto general de la transferencia global de Canarias.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: En primer lugar, quiero agradecer al señor Subsecretario la claridad con la que ha expuesto el tema, pero indudablemente aquí lo que va a ocurrir es que al existir un problema económico supongo que en las negociaciones, a las que me referiré en la siguiente pregunta, entre el Insalud y la

Comunidad Autónoma de Canarias, la Comunidad Autónoma de Canarias antes de las transferencias va a pedir que se computen, a efectos económicos, los déficit que tienen los hospitales dependientes de los cabildos insulares, porque si no va a ocurrir que la Comunidad Autónoma va a asumir las competencias del Insalud, pero como se encuentra con unos gastos adicionales derivados de los hospitales y centros dependientes de los cabildos insulares no va a haber dinero para estas transferencias. Como en Canarias, va con las transferencias que han existido en Educación y en carreteras, siempre ha habido malos entendimientos o no se han hecho en debida forma y siempre han existido diferencias a la hora de cuantificar el coste, me temo muy mucho que la Comunidad Autónoma va a exigir del Insalud, si no lo ha exigido ya, que se cuantifiquen económicamente esos déficit. Me gustaría sólo saber si el Insalud estaría dispuesto a asumir esos costes adicionales, por llamarlos de alguna manera, o si por el contrario va a recaer en la Comunidad Autónoma de Canarias.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Yo creo que esa segunda parte podría ser contestada con motivo de la otra pregunta.

- SOBRE MECANISMOS DE SEGURIDAD QUE NO FUNCIONARON EN LOS INCENDIOS OCU-RRIDOS EN LOS HOSPITALES PUERTA DE HIERRO Y 12 DE OCTUBRE DE MADRID, FOR-MULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000236.)
- SOBRE OPINION DEL GOBIERNO ACERCA DE SI LOS CONTROLES DE SEGURIDAD EN LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) CUMPLEN LA NORMA-TIVA VIGENTE, FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000237.)
- SOBRE HOMOGENEIDAD DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN TODAS LAS DEPENDEN-CIAS DE LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). FORMU-LADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000238.)
- SOBRE MEDIDAS EN MATERIA DE SEGURI-DAD HOSPITALARIA PARA QUE NO SE REPI-TAN ACCIDENTES COMO LOS OCURRIDOS EN LOS HOSPITALES DE PUERTA DE HIERRO Y 12 DE OCTUBRE DE MADRID. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000239.)

La señora **PRESIDENTA:** Preguntas números 12, 13, 14 y 15, que formula el señor Villalón Rico, a quien queremos sugerir que, dadas las características del contenido de las cuatro preguntas que se refieren a medidas de seguridad en los centros del Insalud, tal como verbalmente habíamos quedado, las formule de manera agrupada.

El señor VILLALON RICO: Sí, señora Presidenta. Muchas gracias. Voy a formular de forma agrupada, en único debate, las cuatro preguntas dirigidas al Gobierno.

Señor Subsecretario, a mediados del mes de noviembre se producen dos incendios en los hospitales Puerta de Hierro y 12 de Octubre de Madrid. En el hospital Puerta de Hierro el incendio se produjo en el edificio de consultas. Al parecer, según el Director Territorial del Insalud de Madrid, no se sabía cuál era el motivo de ese incendio. Por lo visto descartaron que fuera por un problema eléctrico, pero nosotros hasta el momento actual no sabemos cuál ha sido la causa. En el hospital 12 de Octubre el incendio se produjo en el servicio de alergia, con destrucción de una sala de archivo y un laboratorio anexo a dicho servicio. A mí me parece también obligado indicar que no es la primera vez que se produce algún incendio en el hospital 12 de Octubre. Parece ser que se habían realizado por parte de los servicios técnicos del hospital, fundamentalmente a través del sindicato CGT, denuncias ante la Dirección del centro, no solamente porque se habían producido otros incendios sino por el peligro existente en dicho hospital ante la falta de medidas para mejorar la prevención y la seguridad de los hospitales. En la Clínica Puerta de Hierro ya se habían recibido notificaciones por parte del Ayuntamiento de Madrid, indicando que se incumplían diferentes normativas de seguridad en los edificios públicos y en los hospitales respecto a las medidas contra incendios. Tenemos dos casos que podríamos decir que no son aislados, sino que tienen antecedentes. Además, habían sido ya requeridas las distintas direcciones de los centros para que se tomaran las medidas. Por eso nosotros hacemos esta serie de preguntas.

Queremos saber cuáles han sido las causas y los mecanismos de seguridad que no funcionaron en ambos hospitales. Queremos saber si las medidas de seguridad que hay en la zona de hospitalización son las mismas medidas de seguridad que hay en el edificio de consultas, por ejemplo. Y también nos gustaría saber si hay una homogeneidad en todos los hospitales de la red del Insalud respecto a las medidas de seguridad y en este caso de prevención de incendios.

La señor **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Empezaré por una cuestión muy breve relativa a los motivos de los dos incendios a los que se ha referido S. S. Por lo que se refiere al 12 de Octubre, que es el más sencillo, hubo un cortocircuito

por un sobrecalentamiento en un espirómetro; y el de Puerta de Hierro, como S. S. bien conoce, a tenor del segundo incendio producido recientemente provocado, como bien sabe, sin que hayamos podido esclarecer y averiguar las razones ni las personas que lo hicieron, induce a pensar, sin que podamos asegurarlo, que puede haber algún tipo de relación de esta naturaleza, puesto que en la investigación practicada en su día no fue posible encontrar causa del primer incendio. No descartamos, por consiguiente, la posibilidad de que el primero también lo fuera, aunque -repito- no tenemos argumentos para apoyarlo, salvo que ha sucedido por segunda vez y hay una serie de leyendas, de llamadas, cosas escritas en las paredes que pudieran apuntar en ese sentido. Funcionaron los dispositivos que había, es decir, con los que en ese momento contaban ambos hospitales.

Paso a continuación a lo más importante, lo más sustancial, me parece a mí, de este debate: la normativa vigente en materia de protección y seguridad de incendios, qué obligaciones tiene el Instituto Nacional de la Salud con relación a esa norma y qué es lo que se está haciendo. La normativa de seguridad en materia de incendios está en este momento en la norma básica de edificación, control de protección de incendios, del año 1991, en que se establecen las condiciones de protección contra incendios en los edificios aprobadas por Real Decreto 279/1991, de 1 de marzo. Esta normativa que por vez primera contempla de manera específica los centros sanitarios es aplicable, a tenor de lo dispuesto en su artículo 2.°, a los proyectos de nueva construcción, así como a las obras de reforma que se inicien a partir del año 1991. Esto está contemplado en la propia norma y quiere decir –y así contesto de alguna manera a la pregunta que usted formulaba, el grado de homogeneidad de los dispositivos existentes— que la respuesta no puede ser otra que no es homogénea. Tenemos hospitales de veinticinco años y tenemos hospitales recientes. En cumplimiento de esa normativa, e incluso más allá de lo que la propia normativa dice, afirmo con absoluta rotundidad que absolutamente todas las nuevas obras, no sólo las nuevas obras sino cualquier plan de reforma, aunque sea mínima, que afecte a un ámbito de un hospital o un centro de salud, recogen en el proyecto arquitectónico la incorporación de todas y absolutamente cada una de las medidas y dispositivos que la norma básica -repito- del Decreto de 1991 obliga a cumplir. Esto es, pues, lo que estamos haciendo. La propia norma tiene un anexo técnico muy complejo en el que se definen los diferentes espacios que en un centro sanitario puede haber. No es lo mismo una habitación de hospitalización psiquiátrica que una sala de consultas externa pediátrica o un almacén de productos sanitarios o la cocina, donde las medidas y dispositivos de seguridad son diferentes y efectivamente existen, se lo puedo proporcionar, para cada uno de esos ámbitos diferentes exigencias, y cada vez que hacemos un almacén o lo trasladamos estamos cumpliendo con esta norma. Como ésta es preocupación importante, es un elemento adicional pensando en todos y cada uno de los procesos de reforma o planes directores de nuestros hospitales, que son muchos los que en este momento están en marcha.

Por tanto, hay medidas de orden estructural, de modificación de propia arquitectura que se irán haciendo en la medida que los hospitales se vayan reformando y desde luego se hacen en todos los casos en que son nuevos. Un segundo orden de medidas se refieren -son medidas estructurales- a medidas de seguridad activa relacionadas con los sistemas de detección, alarma y extinción de incendios, que están -repito- desarrollándose al ritmo que lo permiten las reformas arquitectónicas que se plantean. Por último, hay un tercer paquete de medidas, que son las de la respuesta del personal y de los ocupantes ante una situación de emergencia. En relación con ésas, y al ser una obligación que el propio Insalud se había impuesto, hemos preparado, editado y difundido una guía, que le puedo entregar, permanentemente actualizada para plantear las cuestiones en ese terreno.

Usted ha mencionado algo que me parece alude a algún tipo de inspección del Ayuntamiento de Madrid u ordenanza de Madrid. Tenemos una cuestión de orden jurídico formal. En nuestra opinión, en la voluntad de mejorar al máximo la seguridad de nuestros hospitales, estamos obligados hasta allí donde la norma básica de edificación nos obliga y en este momento -repito- nos obliga sólo para aquellas reformas que se inicien o aquellos nuevos edificios. Esta es un poco la situación. Insisto en que no se trata sólo de escudarse en una norma formal -que es importante pues las leyes cuando se hacen son para cumplirlas y su posibilidad de cumplimentación ha de fundamentarse en la realidad de las cosas-, sino que además tenemos una profunda preocupación por este problema y se insta desde el propio Insalud a que los hospitales planteen reformas internas que permitan la incorporación progresiva de todos estos sistemas de seguridad.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor VILLALON RICO: El señor Conde hace referencia a las normas de seguridad contra incendios a partir del año 1991, pero es que la mayoría de los hospitales de la red del Insalud son anteriores al año 1991 y, por tanto, habría que aplicar estas medidas a esos hospitales y no sólo a los nuevos.

Voy a hacer referencia a tres cuestiones aprobadas por la Cámara, incluso aprobadas por el Gobierno. El 18 de abril de 1991, a raíz del accidente del Hospital Clínico de Zaragoza, se aprobó una moción que en su punto quinto decía lo siguiente: Intensificar los mecanismos de control del cumplimiento de la normativa en vigor para verificar que se realicen en la forma, con la periodicidad y con la eficacia para la que han sido previstos. Por otra parte, tengo que hacer referencia también a un informe para poner ejemplos de distintos hospitales. Respecto al hospital geriátrico de Zaragoza, el Hospital San Jorge, en un informe del ingeniero técnico industrial, realizado en el año 1990, sobre el estado actual de las instalaciones eléc-

tricas se ponen de manifiesto irregularidades que hay en este momento y que lógicamente se deben corregir.

Ya le he hablado de las normas del Gobierno y usted me ha sacado a relucir un manual sobre seguridad. Yo también le saco a relucir este manual de Centros Sanitarios, en el que se especifican en diferentes apartados las funciones de la jefatura del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento: confeccionar los programas de seguridad de equipos e instalaciones; establecer un plan de emergencias y catástrofes en los centros sanitarios; establecer las funciones de seguridad participando de forma directa en la elaboración del Plan de Emergencias y Catástrofes del centro sanitario, y así una serie de relaciones y de normas que se establecen y que han sido editadas por el Ministerio y que nosotros creemos que se incumplen de forma sistemática. Es decir, no vamos contra que haya normas o no las haya; vamos contra el hecho de que se incumplan todas estas normativas existentes.

Para poner un ejemplo de lo que pasa en los hospitales españoles respecto a medidas de seguridad, hay que hacer referencia a uno de los hospitales accidentados, el 12 de Octubre, donde se toman decisiones para aumentar la atención sanitaria que van en contra de la seguridad de este hospital. Por ejemplo, aumentan los espacios asistenciales ocupando los espacios de circulación que se llaman, es decir los pasillos, los accesos a diferentes puertas; se establecen cerramientos a través de paneles entre diferentes localizaciones en la zona de hospitalización. Tengo que dar dos ejemplos que yo creo que son sangrantes. En la UCI de trasplantes de este hospital hay distintos paneles que cortan los pasillos de acceso a la escalera de emergencia, y lo mismo pasa en la unidad de poscirugía cardíaca. Por otra parte, es conocido también que en otros muchos hospitales con la instalación eléctrica que se hizo en su momento –posteriormente han aumentado los aparatos de electromedicina y se están utilizando en casi todos los servicios, y por supuesto en la Administración, los ordenadores-, el sistema eléctrico no está capacitado para aguantar las necesidades eléctricas de los distintos aparatos. Ante esta sobrecarga parece que se han hecho puentes -y tengo notificaciones- sobre las diferentes líneas eléctricas, lo que pone en grave peligro la seguridad de los hospitales.

Tengo que hacer referencia, además, a una cuestión clara. Gracias a Dios, estos dos accidentes que ocurrieron en los distintos hospitales de Madrid ocurrieron en zonas donde no había personal sanitario ni enfermos ingresados. Hay que pensar qué es lo que podría haber pasado si estos accidentes ocurren en la zona de hospitalización, como estaba comentando.

Para terminar –a mí me hubiera gustado que este debate hubiera sido más amplio, pero teniendo en cuenta la hora, el día y el contexto en que estamos en este momento no puede ser—, usted ha hecho referencia a que parece ser que fue una especie de sabotaje o algo así el incendio del hospital Puerta de Hierro. A nosotros nos llama la atención que desde el Insalud no se pida ninguna responsabilidad a los jefes de servicio de mantenimiento y a los directores gerentes. Hace poco, en un debate entre nues-

tro portavoz sanitario y la Ministra se hacía referencia a las responsabilidades de los diferentes gestores de los hospitales y la Ministra decía que como no había caso jurídico no las había. Nosotros tenemos que decir que las responsabilidades pueden ser de muy diferentes tipos, de tipo administrativo o de tipo político, porque los directores gerentes son personas de confianza de la dirección del Insalud. A nosotros nos llama la atención que ustedes no hayan pedido ninguna responsabilidad a los responsables de estos hospitales y que no asuman todas las responsabilidades que tienen ustedes en toda la red hospitalaria del Insalud, porque lo mismo que ha sucedido en estos hospitales puede ocurrir en cualquier otro, ya que el que conoce, aunque sea superficialmente, los hospitales de la red del Insalud sabe que están sobresaturados, como decía antes, el bloqueo de zonas de paso, etcétera, lógicamente va a originar un grave peligro para la seguridad de todas las personas que están en el hospital, tanto las que trabajan como las que están ingresadas.

La señor **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Voy a contestar brevemente.

Como primera cuestión y de carácter general, el conocimiento sobre los sistemas posibles de seguridad avanza considerablemente año tras año, y no sólo en el ámbito de los centros hospitalarios sino en el ámbito de la vida civil en cualquier lugar. La ley, yo creo que con buen criterio, va imponiendo que se mejoren todos los sistemas de seguridad en la medida en que sea posible, porque de lo contrario, el no estar a la última en todas las medidas de seguridad, no ya en un centro hospitalario sino en la propia casa de uno, obligaría a cerrar el centro hospitalario. Tenemos la obligación de seguir atendiendo a los pacientes y tenemos la obligación de ir introduciendo todas las medidas de seguridad conforme a las posibilidades reales porque, de lo contrario -digo-, tendríamos que cerrar los hospitales. Efectivamente hay hospitales de hace muchísimos años que estamos pretendiendo remozar, pretendiendo actualizar en todos sus aspectos, no sólo en el de seguridad pero también en el mismo.

Segunda cuestión. Usted ha mencionado ese manual que efectivamente es del Insalud, que forma parte de las obligaciones que han de cumplir los responsables de mantenimiento en todos y cada uno de los hospitales, y allí donde no se cumplan sí se exigirán las responsabilidades por su incumplimiento.

En tercer lugar, gracias a Dios que no pasó nada y gracias al guardia de seguridad que detectó rápidamente, en el caso de Puerta de Hierro, concretamente, que había señales de humo y que se estaba produciendo un incendio. En este sentido, ha expresado su tranquilidad de que no hubiera gente allí; naturalmente. Pero no le quepa la menor duda de que si la hubiera habido, el incendio se hubiera detectado mucho antes. Si se produjo fue porque eran zonas aisladas, distantes y separadas.

Por último, en cuanto a la cuestión de la responsabili-

dad, nosotros pedimos, como es obvio, explicaciones a los responsables cuando suceden incidentes y las explicaciones pueden ser satisfactorias o no serlo. En el caso de Puerta de Hierro, han sido absolutamente satisfactorias para el Insalud y para el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Subsecretario.

SOBRE SITUACION EN QUE SE ENCUENTRAN LAS NEGOCIACIONES CON EL GOBIERNO DE CANARIAS PARA CONCLUIR EL PROCESO DE TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD. FORMULADA POR EL SEÑOR SORIANO BENI-TEZ DE LUGO (GP). (Número de expediente 181/000234.)

La señora **PRESIDENTA:** Pregunta número 11, que corresponde al señor Soriano Benítez de Lugo, en sustitución de la anterior, que fue cambiada.

El señor SORIANO BENITEZ DE LUGO: Señora Presidenta, el asunto de las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Canarias es una especie de Guadiana, que aparece, desaparece y está permanentemente en los medios de comunicación, como una posibilidad que en algunas ocasiones parece que se toca con la mano y en otras parece que se demora en el tiempo.

El propio Presidente del Cabildo Insular de Tenerife y Diputado por la minoría nacionalista en este Congreso, que había formulado una pregunta sobre la situación en que se encontraba el Hospital Universitario dependiente del Cabildo en Canarias, el 29 de septiembre de 1993, retiró la pregunta argumentando que: Estando en este momento en tramitación la posible transferencia entre el Ministerio de Sanidad y la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejero de la Comunidad me ha pedido que retire la pregunta por creer que está en vías de solución.

El propio señor Subsecretario, que comparecía el día 23 de noviembre de este mismo año ante esta Comisión para responder a preguntas de este Diputado, decía, en relación con el Hospital Universitario de Tenerife, que viene a coincidir el problema del hospital con el fenómeno de las transferencias a Canarias. Y decía entonces: «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 de Canarias a ofrecerse como mediador para tratar de abrir unas negociaciones que estaban interrumpidas... Esta mediación tiene éxito...», nos decía entonces el Subsecretario, «... 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». El señor Subsecretario finalizaba diciendo: «Por consiguiente, estamos a punto de llegar a un 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, calidad y actividad, como económicos.» Y cifraba la cantidad en 9.800 millones de pesetas.

Para no hacer larga esta intervención, y teniendo en cuenta las horas en que nos encontramos, diremos que por aquellos días, el Consejero de Sanidad anunciaba también que el traspaso de competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma se llevaría a cabo en enero de 1994, y se precisaba incluso la fecha del 24 de noviembre para la firma del acuerdo. Al propio tiempo, el Cabildo y el Insalud acuerdan prorrogar el concierto con el Hospital Clínico Universitario hasta el día 31 de diciembre, y el Presidente del Cabildo decía que en el caso de que las transferencias no se efectuaran en la fecha prevista, es decir, el 1.º de enero de 1994, la situación volvería a ser conflictiva.

Nos ha anticipado el señor Subsecretario que, al parecer, se ha firmado ya el contrato-programa con el Cabildo de Tenerife. Ha debido de firmarse ayer o anteayer, porque yo no he leído la prensa de Canarias de ayer o de hoy, pero, sin duda, ésa será una noticia de primera página de la prensa de Tenerife si se ha producido en estos días, en los que no he tenido oportunidad de comprobarlo, porque, como digo, no la he leído.

En primer lugar, quisiera que, aprovechando estas circunstancias, nos explique en líneas generales en qué ha consistido ese concierto o contrato-programa con el Cabildo de Tenerife; en qué situación se encuentra el proceso de transferencias; si de alguna forma está vinculado a ese contrato-programa y, sobre todo, la cuestión capital, que es la que siempre termina reconduciendo todo este tema, que es el problema económico, porque, al final, todo estriba en que los cálculos del Insalud no coinciden con los cálculos del Cabildo, supongo que ahora tampoco coincidirán con los cálculos de la Comunidad Autónoma, y yo celebraría mucho que, por fin, se haya llegado a un acuerdo en cifrar ese cálculo económico y, sobre todo -que para mí es lo más importante-, que no tengamos luego que decir que las transferencias se han hecho sobre la base de datos económicos que no obedecían a la realidad, y que después se conviertan en un problema, como ha ocurrido en otras transferencias en materia de carreteras o en educación.

En aras de la brevedad, termino, señor Subsecretario, agradeciéndole en todo caso su contestación.

La señora **PRESIDENTA**: El señor Subsecretario tiene la palabra.

El señor SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CON-SUMO (Conde Olasagasti): Señora Presidenta, señor So-

riano, la verdad es que no ha podido ser más oportuno el momento de la firma, porque me permite comunicarle que, tal como en su día se anunció, ayer, concretamente, firmaba el Presidente del Cabildo. Queda pendiente, naturalmente, la firma de la otra parte, que es el Director General del Insalud.

El contrato-programa lo que hace es proporcionar al Hospital Clínico de Tenerife un tratamiento económico y funcional similar al que tenemos con nuestros propios hospitales; es decir, a partir de ese momento la relación de contrato supone el acuerdo en términos de actividad, de calidad y del contenido de la misma por parte del Cabildo, y por parte del Insalud el compromiso de financiar esa actividad, repito, en unos términos económicos similares a los de nuestros hospitales. Por tanto, debemos de felicitarnos por haber alcanzado ese acuerdo.

Por lo que se refiere a la transferencia, también tengo necesariamente que ser optimista, puesto que creo que estamos muy cerca de llegar al punto definitivo de encuentro que permita que la transferencia sanitaria se pueda producir no me atrevería a decir el 1.º de enero, puesto que estamos a 22 de diciembre, pero sí creo que en el mes de enero, y digo por qué. Se reunió la ponencia técnica el pasado día 1.º de diciembre para debatir lo más sustantivo de un acuerdo de transferencia, que es el volumen económico que ello supone y su participación en el gasto sanitario global. Con arreglo a la Ley General de Sanidad y del mismo modo en que se ha venido produciendo en las transferencias a otras comunidades autónomas, lo que se prevé es que en el momento de la transferencia, la Administración central, en el primer año -por así decirlo-, transfiere a la Comunidad Autónoma que recibe esa competencia el coste efectivo del año anterior, es decir, el mismo coste que la Administración central tuvo para mantener el dispositivo asistencial funcionando, que, a partir de ese momento, ésa es una cantidad que representa un porcentaje del gasto sanitario total del Estado, que puede coincidir o no con la que le correspondería a esa Comunidad Autónoma en función de la población protegida. Al hacer la transferencia, repito, primer paso, se transfiere el coste efectivo, y a partir de ese momento y a lo largo de diez años, se va ajustando la cantidad económica a la población protegida. ¿Qué quiere decir esto? Que en algún caso se parte de un gasto efectivo menor del que el que le correspondería con arreglo a la población efectiva. Por consiguiente, a lo largo de los años futuros, el ajuste debe ser al alza, caso de Galicia, por ejemplo: el gasto efectivo cuando se produce la transferencia es menor del que le correspondería por su población, y, a partir de ese momento, año a año, va subiendo su coeficiente de participación para llegar a ese ajuste. En el caso de Canarias es a la inversa: el gasto efectivo que tiene Canarias es superior al del que le correspondería con arreglo a su población protegida (ahí siempre tenemos una discusión con todas las comunidades autónomas sobre cuál es la población protegida), pero en todo caso lo que le puedo garantizar a S. S. es que, para el año 1994, el volumen a transferir a la Comunidad Autónoma y su coeficiente de participación en el gasto total del Estado español en materia sanitaria es importante y superior –repito– al que le correspondería con arreglo a la población protegida.

Estamos de acuerdo en el coeficiente. Tenemos una última fase de discusión, que se refiere al tema inversor. Con ese coeficiente y esa participación que va a recibir la Comunidad Autónoma de Canarias, en nuestra opinión se pueden absorber las inversiones que hay que hacer en el futuro. La Comunidad Autónoma de Canarias piensa que deberíamos instrumentar, dentro del proceso transferencial, algo que garantice las inversiones que el propio Instituto tenía previsto. Por consiguiente, yo creo que estamos muy cerca de llegar a ese acuerdo que permita que la transferencia se produzca a primeros del año 1994.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el señor Soriano.

El señor SORIANO BENITEZ DE LUGO: Brevemente

Ante estas buenas noticias sólo quiero desear que se lleve a cabo la transferencia en términos económicos satisfactorios para todos y agracederle su contestación.

- SOBRE PROMOCION EN ASTURIAS DE UNIDA-DES DE VIGILANCIA INTENSIVA (UVIS) MOVI-LES PARA EL TRASLADO URGENTE PRIMA-RIO DE PACIENTES DENTRO DE UN SISTEMA ARTICULADO DE EMERGENCIAS. FORMULA-DA POR EL SEÑOR GARCIA FONSECA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000228.)

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta número 9 del señor García Fonseca, que formula la señora Maestro Martín.

La señora MAESTRO MARTIN: El contenido de la pregunta se refiere a la situación en cuanto a la atención intensiva y de urgencia en la Comunidad de Asturias. Como SS. SS. saben, las probabilidades de supervivencia y de calidad de vida de las personas afectas de accidentes cardiovasculares agudos o accidentes de tráfico están directamente determinadas por la posibilidad de recibir en breve plazo una atención adecuada.

En el Principado de Asturias no existe ningúna UVI móvil para el traslado urgente primario de pacientes. Existen unidades de vigilancia intensiva móviles, concertadas algunas de ellas, para el traslado interhospitalario de pacientes. Por ello el contenido de la pregunta que dirijo al Gobierno es si el Ministerio de Sanidad tiene previsto adoptar alguna medida para dotar de un servicio de ambulancias de urgencia al Principado de Asturias, dotadas con personal médico y de enfermería, así como con el equipamiento necesario, cuyo objetivo primordial sea la más rápida atención in situ al enfermo o accidentado grave, a fin de que su traslado al servicio de urgencias de destino se realice tras un diagnóstico y estabilización

iniciales en condiciones de seguridad y con asistencia cualificada.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor SUBSECRETARIO DE ESTADO DE SANI-DAD Y CONSUMO (Conde Olasagasti): Hay dos cuestiones que definen bastante bien cómo está el problema en Asturias, que no es distinto a como pueda estar en otro lugar.

En Asturias el Insalud tiene, desde el mes de agosto, un sistema denominado transporte integral para la cobertura del transporte sanitario, que engloba las tres modalidades de asistencia para esta prestación: transporte convencional, asistido y colectivo. Al servicio de este dispoitivo tiene cinco UVI móviles para el traslado de pacientes que precisan medios asistidos en el mismo; tiene 50 ambulancias convencionales y, asimismo, 43 ambulancias de transporte sanitario colectivo. Este concepto integral de transporte sanitario en Asturias ha sido probablemente la primera vez que se ha instrumentado, que se ha presentado y se ha adjudicado en un coste aproximado de 541 millones de pesetas.

Hay otra cuestión que en el Principado de Asturias se está desarrollando a partir de una resolución que aprobó no sé si el Gobierno o el Parlamento. En todo caso se ordenaba, y así se ha hecho, la constitución de un sistema integral del Principado para la atención a urgencias y emergencias, en el que se implicaba a todas las administraciones que puedan tener algo que ver con ello. El Insalud tiene sus obligaciones para con sus pacientes, pero no es claro que corresponda sólo al Insalud el tener articulado un sistema que garantice, en todo caso y en todo momento, el transporte primario en situaciones de emergencia tales como un accidente de tráfico, por ejemplo. En ese sistema que se ha iniciado en Asturias y que de hecho está funcionando desde el ámbito de Protección Civil, se ha integrado el director regional de salud pública de la Comunidad Autónoma y el coordinador regional de urgencias del Insalud. ¿Con qué objetivo y pretensión? Poner nuestros recursos a disposición coordinada de todo ese dispositivo y, a su vez, utilizar los recursos generales para garantizar que el transporte primario en situaciones de emergencia y urgencia esté debidamente utilizado y coordinado. Así, pues, Insalud tiene montado su dispositivo para sus pacientes, que, efectivamente, en materia de UVI móviles, sobre todo afecta al traslado interhospitalario de pacientes que requieren asistencia, lo cual no quiere decir que ese tipo de UVI móvil no pueda utilizarse para otro tipo de traslado. Eso en primer lugar. Y, en segundo lugar, está integrado en la junta o grupo de trabajo, comité director del dispositivo regional de emergencia para, repito, poner nuestros recursos a disposición de ese dispositivo y, a su vez, utilizar los de los demás.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Subsecretario. ¿Señora Maestro? (Denegaciones.) Muchas gracias.

Concluido este punto del orden del día, agradecemos la presencia del señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Conde, a quien despedimos. (Pausa.) Nos transmite el señor Subsecretario sus deseos de que tengamos unas felices fiestas. Igualmente.

- PROPOSICION NO DE LEY SOBRE PRESCRIP-CION Y COMERCIALIZACION DEL FARMACO RU-486 EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZ-QUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALU-NYA. (Número de expediente 161/000025.)

La señora PRESIDENTA: Proposición no de ley sobre prescripción y comercialización del fármaco RU-486 en España. Está presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Debo decirles que existe presentada una enmienda a esta proposición no de ley por el Grupo Socialista, que SS. SS. conocen. La señora Maestro tiene la palabra.

La señora MAESTRO MARTIN: Como SS. SS. saben, es la tercera vez que se presenta en el Congreso de los Diputados una proposición de estas características, destinada a que un avance científico-técnico de primer orden en relación con la salud de las mujeres y con el derecho a decidir sobre su maternidad en el marco de la legislación vigente, pueda ser realizado en España.

Sus señorías ya conocen que el fármaco RU-486 es utilizado en diferentes países del mundo. Está comercializado en Francia, Suecia, Inglaterra y China; Noruega, Dinamarca y Holanda han adoptado resoluciones destinadas a su comercialización recientemente y también lo ha hecho Estados Unidos. La RU-486, cuyo componente químico se llama mifepristona, tiene un efecto destinado a impedir el avance de la gestación producida y se utiliza asociado con prostaglandinas; asociación que permite un índice de eficacia en la interrupción voluntaria del embarazo entre el 95 y el cien por cien, semejante al índice de eficacia del aborto quirúrgico, el aborto producido por aspiración. Sin embargo, hay que decir que el fármaco RU-486 tiene otras indicaciones en el ámbito de la salud en general y de las mujeres. Hay tumores cerebrales, como el meningioma, cuyo crecimiento es capaz de ser detenido por la mifepristona, al mismo tiempo, se utiliza en el tratamiento de los tumores de mama sensibles a la progesterona, hormona femenina que es capaz de neutralizar la RU-486. También se utiliza en el tratamiento de la endometriosis.

El que este fármaco no se haya comercializado en todos los países, específicamente en el nuestro, es el resultado de un complejo entramado de presiones políticas, religiosas, profesionales, desencadenado por los sectores más conservadores de la sociedad y específicamente de la profesión sanitaria, que ejercen eficaces y duras presiones sobre los profesionales sanitarios, con amenazas de boicot al resto de los productos del laboratorio si éste decide la comercialización del fármaco en el país de turno. Des-

graciadamente no es la única vez que las mujeres vemos limitadas nuestras posibilidades de acceder a medidas importantes para nuestra salud y para nuestra capacidad de decisión sobre nuestra vida como personas responsables y que la interferencia sobre esta libertad de las mujeres se ve realizada con las campañas más demagógicas y con tintes más exagerados.

Quiero recordar que en Francia la comercialización de este fármaco fue seguida de campañas furibundas por parte de los sectores que he mencionado anteriormente, hasta tal punto de que un mes después de obtenido el registro de la RU-486 el propio laboratorio solicitó su retirada. Entendió el Ministerio de Sanidad en Francia, dirigido por un socialista, que el laboratorio no era dueño ya de la RU-486, que debía ser considerada como patrimonio moral de las mujeres y, por tanto, impidió que se retirara del registro.

Como ustedes saben, la RU-486 permite la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en las dos primeras semanas después de la amenorrea, y tiene importantes reducciones respecto a los riesgos de la interrupción voluntaria del embarazo por medios quirúrgicos; reduce, como se desprende de sus propias posibilidades de utilización, el riesgo de infección, de hemorragias, de alergias a la anestesia, así como también reduce sensiblemente en más de la mitad el costo global de la interrupción voluntaria del embarazo.

Hay que decir que hasta hace poco la utilización de prostaglandinas, necesaria para el aumento de la eficacia de la RU-486, conllevaba limitaciones en su uso a mujeres menores de 35 años, fumadoras o con riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se ha descubierto que hay prostaglandinas, por otra parte comercializadas en España y en otros países para la prevención de enfermedades gastroduodenales, como consecuencia del tratamiento con antirreumáticos, que permiten eliminar estos riesgos, ya que no tiene los efectos secundarios de otras prostaglandinas y por tanto permiten ampliar su uso a este tipo de mujeres en principio excluidas con el otro tipo de fármacos anteriores.

Insisto en que la utilización de la RU-486 es un medio técnico que permite realizar la interrupción en mejores condiciones que el aborto quirúrgico, condiciones sanitarias y económicas, y al ser un instrumento técnico, no puede deducirse de ello que altere el marco legal vigente. Todos ustedes saben que Izquierda Unida, en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo es partidaria de una ley de plazos que garantice la libre decisión de la mujer en los primeros meses del embarazo; pero la RU-486 por sí misma es simplemente un procedimiento alternativo al aborto quirúrgico, y es el marco legislativo el que define su posible utilización por las mujeres. En este momento ustedes saben que la realización de la interrupción voluntaria del embarazo dentro del marco legal vigente está viéndose progresivamente condenada a su desaparición dentro del ámbito de la sanidad pública. La masiva objeción de conciencia, sin ningún tipo de control acerca de los elementos de conciencia que justificarían su declaración por parte de profesionales de la sanidad pública, indica que la realización en este ámbito es inferior al 2 por ciento y con tendencia progresiva a disminuir. La utilización de la RU-486 en el ámbito ambulatorio permitiría que un número creciente de profesionales, los de la atención primaria, pudieran prescribir esta forma de interrupción del embarazo con la correspondiente cobertura especializada que garantizara que la interrupción se habría producido en las condiciones adecuadas y que, por lo tanto, la disminución del costo económico, junto con la disminución del efecto concreto de la masiva objeción de conciencia por parte de ginecólogos que desarrollan sus actividades en centros hospitalarios, permitiría que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo no estuviera en este momento determinada y atravesada por dificultades económicas de las mujeres que no pueden hacer ejercicio de sus derechos por no tener medios económicos para dirigirse a la sanidad privada.

Yo soy consciente, y ha habido varios debates en esta Comisión, de que las objeciones por parte del laboratorio son muy importantes a la hora de comercializar este fármaco. También constato que en todos los países en los que está comercializada ha habido una intervención por parte de las autoridades sanitarias destinada a remover los obstáculos que impiden al laboratorio solicitar su comercialización en un primer momento. Por ello, en esta nueva proposición no de ley que Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya propone a debate en la Comisión de Sanidad se ha incluido un nuevo aspecto que no estaba en proposiciones anteriores, que permitirá, a nuestro juicio, establecer un período transitorio que facilitara la definitiva comercialización del fármaco en España. Tal es la propuesta de que en tanto el laboratorio no solicite formalmente su comercialización, sea el propio Ministerio de Sanidad el que importe como medicamento extranjero la RU-486, tal y como hace con otros medicamentos, y que se concretara su utilización en los centros sanitarios, de manera que la RU-486 no estuviera a disposición en las oficinas de farmacia y se dispensara en el marco exlusivo de los centros sanitarios.

Insisto en que, a juicio de Izquierda Unida, este fármaco, y por parafrasear las palabras absolutamente oportunas del Ministro de Sanidad francés, más allá de intereses económicos, más allá de intereses políticos, religiosos, etcétera, es un patrimonio moral de las mujeres españolas que consideramos absolutamente injustificado que no sea accesible a las mujeres que con esta legislación o con otras decidan interrumpir su gestación.

La señora **PRESIDENTA**: A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Socialista.

Para la defensa de la misma, tiene la palabra la señora Frías.

La señora FRIAS NAVARRETE: Efectivamente, mi Grupo ha presentado una enmienda de sustitución al texto de la proposición no de ley del Grupo proponente que paso a defender.

En primer lugar, señorías, el Grupo Socialista quiere señalar una vez más que comparte el sentido de esta proposición no de ley. Consideramos, tal y como lo reconocen organismos como la Organización Mundial de la Salud o el Parlamento Europeo, y como lo avalan los países de nuestro entorno ya citados, en los que se utiliza este fármaco, que constituye un método en la interrupción voluntaria del embarazo alternativo al quirúrgico, menos doloroso, menos traumático, tanto física como psíquicamente para las mujeres, y, por tanto, de interés para la salud de las mujeres. Simplifica, además, bastante el proceso y reduce los costes sanitarios. Aunque exige control médico, la cobertura sanitaria es mínima. La mujer asume menos riesgos y los efectos secundarios son menores, utilizado con las restricciones que ya han sido citadas por la portavoz de Izquierda Unida.

¿Por qué no se puede utilizar en España? En España no está comercializado. Los laboratorios que tienen la patente en la actualidad son la multinacional Hoechst, propietaria de la mayoría de las acciones, junto con la francesa Roussel-Uclaf. El Gobierno francés dejó de participar directamente en ellos y porque el Gobierno francés tenía la mayoría de las acciones cuando se produjo en Francia este anuncio de la retirada del fármaco, fue por lo que el Gobierno no pudo obligar a que se siguiera comercializando, porque era propietario de la mayoría de las acciones de estos laboratorios, lo que no sucede ya en la actualidad. Digo que los laboratorios que tienen la patente no quieren polémica, no quieren presiones de los grupos antiabortistas y, por supuesto, fundamentalmente, no quieren riesgos comerciales por el posible boicoteo a sus productos. Por ello no han solicitado la inscripción de este fármaco en el registro de medicamentos en el Ministerio de Sanidad y Consumo, condición «sine qua non» para poder ser comercializado. Como ya hemos explicado en debates anteriores, el Gobierno no puede legalmente obligarles a que lo hagan, la decisión les incumbe a ellos y son los únicos que pueden hacerlo.

Ahora bien, quiero recordar a SS. SS. que en el Sistema Nacional de Salud no cabría la posibilidad de boicot a los fármacos de estos laboratorios, ya que por el Decreto de financiación selectiva de medicamentos se concede a las autoridades sanitarias la autoridad para financiar el mejor medicamento al mejor precio; cumpliendo estos requisitos los productos de estos laboratorios, no podrían ser boicoteados en el Sistema Nacional de Salud. Pero los laboratorios que tienen la patente de este fármaco, la RU-486, exigen, además, que se cumplan ciertas condiciones previas antes de solicitar en España el registro. En primer lugar, que esté despenalizado el aborto.

Como saben sus señorías, en nuestro país sólo está despenalizado en tres supuestos. En los países en los que está comercializada la RU-486 la legislación sobre el aborto no se parece en nada a la que tenemos en España. En todos estos países la decisión última de interrumpir el embarazo corresponde a la mujer. Este es el principal obstáculo que tenemos para que los laboratorios se decidan a solicitar el registro de este fármaco. Las otras condiciones que exigen serían más fáciles de cumplir, como

son la existencia de centros especializados en interrupción el embarazo; que esté disponible la prostaglandina de síntesis y en España está autorizada efectivamente la comercialización de esta prostaglandina oral a la que se asocia, Misoprostol, aunque con indicaciones diferentes; que se garantice un rígido control de distribución del fármaco y que la distribución esté asegurada bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias, tal y como sucede en Francia. En Francia este fármaco, por sus características, se clasifica de uso hospitalario, sólo está a disposición en los hospitales, no se puede comprar en la farmacia y su comercialización y venta están sujetas a las mismas restricciones que rigen para los fármacos tóxicos. Es decir, es indispensable la receta de un hospital especializado y sólo se puede pedir cada vez el suministro para una semana. La mujer tiene que tomarlo delante del médico, éste tiene que certificar por escrito y con su firma que ha usado el fármaco, a quién se lo ha dado y que la mujer lo ha tomado en su presencia.

Respecto a la posible inclusión, en su caso, de la RU-486 como prestación farmacéutica de la Seguridad Social, tengo que volver a repetir a S. S. que, según nuestra legislación, artículo 94 de la Ley del Medicamento...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Frías, le ruego que vaya concluyendo.

La señora FRIAS NAVARRETE: Termino, señora Presidenta.

... Y Real-decreto 83/1993, de financiación selectiva del medicamento, en cada caso concreto se determina la inclusión como prestación farmacéutica de la Seguridad Social de los medicamentos.

Por otra parte, la Administración está sometida al criterio de órganos independientes como la Comisión Nacional para el uso racional de los medicamentos.

En cuanto a la importación del fármaco, su utilización en España, al igual que en cualquier otro país, debe estar respaldada por los laboratorios y por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, para garantizar su eficacia y seguridad, mediante el establecimiento de directrices previas que sólo se pueden cubrir a través del registro.

Teniendo en cuenta que estos laboratorios no tienen la intención por el momento de comercializar esta especialidad farmacéutica en España ni de promover la realización de más ensayos clínicos con este medicamento, no es posible su importación, al ser de investigación limitada.

Por todas estas razones, señora Presidenta, señorías, presentamos al Grupo proponente la siguiente enmienda de sustitución: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a establecer conversaciones con los laboratorios que tienen la propiedad de la patente del fármaco RU-486 para abordar y, en su caso, eliminar los obstáculos existentes en orden a posibilitar la comercialización en España de dicho fármaco.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Mendizábal.

La señora MENDIZABAL GOROSTIAGA: Señora Presidenta, voy a hacer una petición y es que queremos transformar esta enmienda a la totalidad, esta enmienda de sustitución de la proposición no de ley presentada por Izquierda Unida, en una enmienda al primer punto. Consultado el resto de los portavoces, aceptaban que pudiéramos presentar la enmienda «in voce».

La señora PRESIDENTA: ¿Están de acuerdo los portavoces? (Asentimiento.)

Esto quiere decir que donde dice «enmienda de sustitución» debe decir «enmienda de sustitución al primer párrafo».

¿Grupos que desean intervenir? (Pausa.)

En nombre del Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor CARDONA I VILA: Voy a intervenir muy brevemente, casi telegráficamente, dada la hora.

No vamos a hacer ninguna referencia a los debates anteriores, tanto al del año 1991 como al de 1993, porque sería reiterarnos, ya que nos mantenemos en lo expresado en aquel momento por el señor Hinojosa. Nosotros no vamos a apoyar la proposición no de ley por dos tipos de motivos: legales y sanitarios.

Desde el punto de vista jurídico, entendemos que el Congreso no debe instar al Gobierno, no lo creemos prudente ni conveniente. Que el Gobierno sea estrictamente respetuoso, estrictamente respetuoso –repito– con la legalidad vigente en la materia.

Y, desde el punto de vista sanitario, diremos que aún estamos en fase de experimentación clínica del fármaco. Precisamente no hace muchos días, concretamente la semana pasada, se hacía referencia en los medios de comunicación a un artículo publicado en la revista de la Academia Americana de Ciencias, que exponía las conclusiones a las que había llegado uno de los dos equipos de investigadores franceses. Decía que han descubierto que la RU-486 y sus derivados no comercializados bloquean la entrada del calcio dentro de los espermatozoides y, de esta forma, reducen su capacidad de movilidad y de fecundación; es decir, un nuevo concepto y un nuevo mecanismo de la conocida como píldora abortiva; en este caso, ya no sería un abortivo, sino un anticonceptivo. Puede haber diferencias. Ello nos lleva a la conclusión de que las experiencias clínicas no se han terminado. Entendemos que esto es una demostración de que no se ha llegado a una conclusión concreta y no sé hasta qué punto se pueden evitar los posibles efectos secundarios que, en un futuro, podría tener esta sustancia.

Nosotros, por estos motivos -ya digo que es una intervención telegráfica- no apoyaremos la proposición no de ley.

La señora PRESIDENTA: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Rudi.

La señora RUDI UBEDA: Voy a realizar también una intervención muy breve, porque el criterio de mi Grupo

ya fue suficientemente expuesto en los debates que en la pasada legislatura tuvieron lugar en esta misma Cámara.

Aunque estemos en la Comisión de Sanidad, me va a permitir, señora Presidenta, que no haga un debate sanitario, por cuanto desde el Grupo Popular entendemos que no es el momento adecuado ni oportuno para plantear este debate. Nosotros creemos, a diferencia de lo que defendía la portavoz de Izquierda Unida, que, con el actual marco legislativo sobre la interrupción voluntaria del embarazo que tenemos en España, no cabe la aplicación de la RU-486. Hay que tener en cuenta que el primer país en el cual se comercializó, que fue Francia, tiene una legislacióon sobre el aborto que en nada se parece a la legislación española hoy por hoy, la vigente en este momento. Allí hay una legislación que regula una ley de plazos, es decir, lo que venimos denominando en el argot un aborto libre, hasta un determinado período de tiempo. Una legislación muy semejante es la que existe en el resto de los países, en Inglaterra y en Suecia y, por tanto, entendemos que no es comparable el marco jurídico de estos países con el que a este respecto tenemos en España.

En cuanto a que sea un procedimiento alternativo al quirúrgico efectivamente sí puede serlo, en eso está todo el mundo de acuerdo, pero en un período de tiempo muy corto.

La señora portavoz de Izquierda Unida hacía referencia a la efectividad de este fármaco a partir de las dos primeras semanas de falta de la regla de la mujer. Lo que quizá le ha faltado por añadir es que su efectividad queda limitada a los 40 ó 42 días de la falta de la regla.

Creemos, desde el Grupo Popular, que esto tiene una influencia muy grande, por cuanto nuestra legislación que, como bien recordaba la portavoz del Grupo Socialista, sólo despenaliza el aborto en tres supuestos: salud física o psíquica de la madre, salud del feto o por violación. Condiciona y pone unos requisitos bastante extensos para llegar a efectuar este aborto. Creemos que en los 40 ó 42 días de falta de la regla en la mujer, indudablemente, no es posible cumplir los requisitos previstos por nuestra legislación actual, vigente, en materia de aborto.

Por ello, señora Presidenta, el Grupo parlamentario Popular va a votar en contra, lo mismo que lo hizo en ocasiones anteriores, a esta proposición no de ley de Izquierda Unida. Insisto, creemos que no es compatible con la actual legislación que existe en España sobre el aborto.

La señora PRESIDENTA: Señora Maestro.

La señora MAESTRO MARTIN: Quiero decir que como mal menor, para que quede explícita y expresamente clara la voluntad de Izquierda Unida, que es introducir avances en el derecho de la mujer a decidir sobre su maternidad, y, entendiendo que la RU es, sobre todo, algo explícitamente positivo para la salud de las mujeres, voy a aceptar la enmienda que plantea el Grupo Socialista, aclarando que se refiere, exclusivamente, al punto número uno, de los que tiene la proposición no de ley. Lamento que no haya sido valorado como período transi-

torio, en el marco de la comercialización definitiva de la RU, la posibilidad de importar este medicamento por parte del Ministerio de Sanidad, que hubiera hecho posible que, de una forma inmediata, este fármaco estuviera disponible para las mujeres españolas.

De todas maneras, acepto la enmienda al primer punto y, por tanto, también acepto que se realice votación separada del mismo.

La señora **PRESIDENTA:** Vamos, por tanto, a proceder a la votación. ¿Votación separada del primer punto y los tres siguientes o punto por punto?

La señora MAESTRO MARTIN: Primero el uno y los otros conjuntamente.

La señora **PRESIDENTA**: El texto que consta en la Mesa tiene cuatro puntos.

La señora **MAESTRO MARTIN**: El primero separado y los otros conjuntamente.

La señora PRESIDENTA: De acuerdo.

Sometemos a votación, por tanto, el punto primero de la proposición no de ley, según la enmienda presentada por el Grupo parlamentario Socialista. (Pausa.)

Efectuada la votación, dijo:

La señora PRESIDENTA: El resultado de esta primera votación es de 14 votos a favor, 14 en contra, dos abstenciones. Por tanto, debemos volver a repetir la votación. (Pausa.) Un momento, por favor. Señorías, contamos con un letrado asesor de esta Comisión, que es quien está haciendo la consulta. (El señor Fernández-Miranda pide la palabra.)

Señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA**: Si me permite, señora Presidenta, opinar en cuanto al resultado de la votación, lo haría.

La señora PRESIDENTA: Estamos a la espera de la opinión del señor Letrado. (Pausa. El señor Fernández-Miranda pide la palabra.)

Señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Para que figure en acta, la opinión del Grupo parlamentario Popular es que la aplicación del voto ponderado tan sólo es posible cuando se emiten los votos de la totalidad de los miembros de la Comisión. Si no es así, al no haberse conseguido más votos afirmativos que negativos no puede tomarse en consideración el mencionado punto de la proposición de ley.

La señora PRESIDENTA: Señora Frías.

La señora FRIAS NAVARRETE: Señora Presidenta,

propongo que se haga una consulta al letrado mayor del Congreso, antes de finalizar la Comisión.

La señora **PRESIDENTA:** El letrado va a proceder a leer el artículo 88.1 del Reglamento, que, con toda seguridad, nos aclarará el pequeño revuelo que hemos tenido.

El señor LETRADO: Si no se aplica el voto ponderado por entender que no se cumple el requisito de que tengan que estar presentes todos los miembros de los distintos grupos, entiendo yo que habría que aplicar el apartado 1 del artículo 88, que dice lo siguiente: «Cuando ocurriere empate en alguna votación, se realizará una segunda y, si persistiese aquél, se suspenderá la votación durante el plazo que estime razonable la presidencia. Transcurrido el plazo, se repetirá la votación y, si de nuevo se produjese empate, se entenderá desechado el dictamen, artículo, enmienda, voto particular o proposición de que se trate.» (El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

La señora PRESIDENTA: Señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Señora Presidenta, indudablemente no puedo afirmarlo con seguridad absoluta, pero creo recordar que el punto 1 del artículo 88 se modificó, precisamente cuando se llegó al acuerdo de que fuese el voto ponderado, en definitiva el voto de calidad en función de la proporcionalidad del pleno, el que dirimía los empates, cuando, en estos momentos, con 40 miembros en cada comisión, podría producirse, con repartos exactos de cada uno de los grupos.

En este caso, yo requeriría, para dar por bueno este punto 1, la consulta con el letrado mayor, porque entiendo que, efectivamente, fue modificado en el momento de aceptar la proporcionalidad sobre el pleno de la Comisión. Los empates, que pueden ser beneficiados por el voto ponderado, solamente pueden tener soporte reglamentario cuando se emiten por la totalidad de la Comisión; si no, la ausencia, que puede ser perfectamente voluntaria y, en este caso, por el voto de conciencia -esto es una realidad, independientemente de que le guste o no al resto de los Diputados del Grupo Socialista-, supondría que simplemente con que hubiese un miembro de cada Grupo Parlamentario se podría aplicar el voto ponderado que siempre beneficiaría a la mayoría constituida en el pleno. Por tanto, creo que no hay argumentos e insisto en la revisión de la validez del punto 1 del artículo 88, porque precisamente se modificó en función de las reflexiones que yo he hecho en este momento.

La señora PRESIDENTA: Señorías, voy a proponer el criterio de esta Presidencia y voy a dirimir definitivamente la cuestión, ateniéndome al Reglamento que tengo en mi poder y que me proporciona el letrado asesor de esta Comisión. Me comunica que lo que fue modificado, dentro del artículo 88, fue el apartado 3, pero no el apartado 1. Por tanto, en aplicación de ese apartado 1, vamos a proceder a una segunda votación. (El señor Fernández-Miranda pide la palabra.)

La señora PRESIDENTA: Señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Señora Presidenta, indudablemente, aceptando y acatando la autoridad de la Presidencia de la Comisión, el Grupo Parlamentario Popular quiere expresar que se reserva la posibilidad de cualquier tipo de reclamación a presentar ante la Presidencia de la Cámara.

La señora **PRESIDENTA**: Evidentemente, tomo esta decisión con la posibilidad de que cada Grupo adopte la decisión que crea oportuna.

Vamos a proceder a una segunda votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, 17; en contra, 14; abstenciones, una.

La señora PRESIDENTA: El resultado de la votación es: 17 votos a favor, 14 en contra y una abstención. (Rumores. Varios señores Diputados: Son 16, son 16.)

Señorías, independientemente de que sumen 16 ó 17 — digo independientemente, aunque efectivamente podemos comprobarlo—, es evidente que en la anterior votación hubo un error matemático al contar. (Rumores.) De acuerdo, sobran las explicaciones. Queda aprobado el primer punto de la moción, según la enmienda que presenta el Grupo Parlamentario Socialista. Votación de los siguientes puntos de la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dijo:

La señora **PRESIDENTA**: Quedan rechazados, por 30 votos frente a uno. (**Rumores.**)

Señorías, por favor, ruego un momento de silencio, no se ha levantado la sesión.

Esta Presidencia comprende el alborozo, y el alboroto, quizá como consecuencia del alborozo, debido a las fiestas y a la hora, pero quiere manifestar dos cosas.

En primer lugar y para que conste en el «Diario de Sesiones», a propósito de la primera intervención, al comienzo de la sesión, del señor Fernández-Miranda, que expresaba su protesta por lo que, a su juicio, considera una descortesía de la señora Ministra, debo manifestar que miembros del Ministerio presentes en esta Comisión me han hecho llegar que la señora Ministra se encuentra, a lo largo de toda la mañana, en Consejo de Ministros. Esa es la razón de su ausencia, que no es necesario que se dé –ustedes lo saben–, según el Reglamento, pero, para que conste en acta, quiero dejar constancia de ello.

La segunda cuestión es desearles felices fiestas y próspero, cordial y pacífico año 1994. (El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.)

Señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: Señora Presidenta, en este caso, quiero quejarme con respeto a la Presidencia, porque es indudable que conociendo previamente...

La señora PRESIDENTA: Previamente, no; a lo largo de la sesión me lo han hecho llegar.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Si me deja terminar, señora Presidenta.

La Presidencia debería conocer que, efectivamente, en la fecha de hoy se celebraba Consejo de Ministros...

La señora PRESIDENTA: Y usted también.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: La señora Presidenta no me deja terminar. Si me retira la palabra, me la retira, y, si no, me deja concluir mis argumentos. Después me callaré, como habitualmente hago, para que la señora Presidenta exprese su parecer.

La señora PRESIDENTA: Concluya, señor Fernández-Miranda.

El señor FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA: El Consejo de Ministros, como argumento para que la seño-

ra Ministra no acuda a esta Comisión, debe ser comunicado formalmente por el Gobierno –si ésa es la razón–, debe ser conocido por la Presidencia, según es su obligación, y debe ser comunicado previamente, para no utilizar argumentos que, en ese caso, sin duda ninguna, no tendrían validez. Por tanto, yo ruego a la señora Presidenta que comunique previamente a los miembros de esta Comisión la información que posee, y si no posee la suficiente que se esfuerce para recabarla.

Gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Señor Fernández-Miranda, gracias por su explicación. He hecho llegar a los miembros de la Comisión el comunicado oficial de quien venía a responder, en nombre de la señora Ministra, y, a continuación, cuando me han informado de dónde se encontraba, igualmente se lo he transmitido, sin más.

Se levanta la sesión.

Eran las tres de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961