



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1994

V Legislatura

Núm. 164

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 9

celebrada el miércoles, 13 de abril de 1994

ORDEN DEL DIA:

Preguntas:

- | | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| — Del señor García Fonseca (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre situación del servicio de ambulancias en la región asturiana. (BOCG, Serie D, número 52. Número de expediente 181/000449) | 5200 |
| — De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre medidas a adoptar por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para conseguir que el tiempo de espera para consultas en el Hospital 12 de Octubre, de Madrid, no supere los seis meses. (BOCG, Serie D, número 39. Número de expediente 181/000301) | 5203 |
| — De la misma señora Diputada, sobre aplicación de tarifas inferiores de pago por proceso en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a las establecidas para el mismo tipo de intervenciones en los hospitales privados. (BOCG, Serie D, número 67. Número de expediente 181/000549) | 5206 |
| — De la misma señora Diputada, sobre información acerca de la existencia de supuestos ensayos clínicos que pudieran ser ilegalmente utilizados como vía para incrementar las ventas de productos farmacéuticos. (BOCG, Serie D, número 67. Número de expediente 181/000551) | 5208 |

	<u>Página</u>
Proposiciones no de ley:	
— Sobre política sanitaria en relación con la mujer. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (BOCG, Serie D, número 13. Número de expediente 161/000023).....	5211
— Por la que se solicita la creación de una Ponencia que estudie los problemas de los afectados por el consumo del aceite tóxico. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG, Serie D, número 39. Número de expediente 161/000079)	5217
— Por la que se insta al Gobierno a constituir, en el plazo máximo de un mes, un comité consultivo del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (BOCG, Serie D, número 39. Número de expediente 161/000082)	5223
— Sobre ayudas a niños afectados de ceguera en Jaén. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG, Serie D, número 41. Número de expediente 161/000096)	5227
— Sobre incorporación a la red pública asistencial de los recursos sanitarios de la infraestructura sanitaria dependiente del Ministerio de Defensa. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG, Serie D, número 67. Número de expediente 161/000151)	5231

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

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- **SOBRE SITUACION DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN LA REGION ASTURIANA. FORMULADA POR EL SEÑOR GARCIA FONSECA, GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000449.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que obra en nuestro poder. En primer lugar, respuesta oral a preguntas formuladas por señores Diputados y, a partir de las 11, debate y votación de proposiciones no de ley.

Para la contestación a las preguntas formuladas por señoras y señores diputados se encuentra entre nosotros don José Conde Olasagasti, Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, a quien damos la bienvenida a esta Comisión.

Vamos a iniciar el turno de preguntas alterando un poquito el orden de las mismas. Será formulada primero la que consta en segundo lugar sobre situación del servicio de ambulancias en la región asturiana, presentada por el señor García Fonseca, del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor García Fonseca.

El señor **GARCIA FONSECA**: Este es un tema en el que mi grupo, y en este caso quien les habla como portavoz del mismo, viene insistiendo a través de varias iniciativas,

algunas de ellas formuladas inicialmente por escrito y cuya respuesta del Gobierno, también por escrito, obra en mi poder. Sin embargo, dada la no adecuación o, al menos, la no pertinencia o no validez de las respuestas que nos han sido suministradas, mi grupo se ve en la obligación de insistir en ello, provocando este debate oral sobre el tema del servicio de ambulancias en Asturias. Hay una serie de aspectos que sería muy largo sustanciar en una simple pregunta oral; por tanto, voy a enumerar algunos para luego ceñirme a los que quería referirme en esta pregunta específica.

En este tema se plantean muchas cuestiones, tanto por parte del personal médico, e incluso de los servicios de inspección, como por parte de los usuarios, en relación con el funcionamiento del servicio de ambulancias en Asturias; cuestiones que tienen que ser con el tema de cómo se producen las concesiones a las actuales empresas que prestan este servicio. Hay bastantes quejas, que incluso aparecen públicamente en la prensa, sobre los procedimientos utilizados y sobre quienes ostentan actualmente estas concesiones; se plantean también muchas cuestiones sobre por qué, de hecho, el servicio de ambulancias en Asturias, en su práctica totalidad, lo realizan empresas privadas, cuando existen servicios de ambulancias de Cruz Roja o de ayuntamientos que están prácticamente inutilizados. Es fácilmente constatable que el parque de ambulancias de Cruz Roja ha experimentado una gran modernización, siendo ambulancias que están equipadas con todos los instrumentos y requisitos que por supuesto la ley exige, e incluso que van más allá en lo que a utensilios o material se refiere, constituyéndose en auténticas UVI móviles; lo mismo se podría decir de las ambulancias de algunos ayuntamientos de diversos municipios. Sin embargo, mientras estas ambulancias, bien de instituciones públicas o bien de instituciones privadas sin ánimo de lucro, están prácticamente inutilizadas, la práctica totalidad del servicio de ambulan-

cias lo prestan compañías privadas que, desde hace bastantes años, están dando lugar a una serie de quejas ininterrumpidas por parte de los usuarios, de los ayuntamientos, e incluso de los propios servicios de inspección médica del Insalud. No son afirmaciones en el aire que hace este Diputado; por eso las voy a intentar documentar brevísimamente en el tiempo de que dispongo. Simplemente quiero decirle que, a partir de esta documentación, a mi grupo le resultan realmente sorprendentes las respuestas —porque han sido varias— que se nos han dado por parte del Ministerio, por parte del Insalud, en relación a este tipo de cuestiones. Por ejemplo, al preguntar sobre la forma en que se realizan las concesiones, se nos dice que en la asignación del servicio a nuevas empresas se valoran circunstancias como el conocimiento y la experiencia en el servicio y se nos dice también que el cambio de titularidad en las empresas que ha habido en algún caso, pero que no ha salido de la misma familia física o biológica, no se ha producido, como yo indicaba en la pregunta escrita, por las denuncias de los usuarios, sino simplemente en atención a esos criterios, porque se afirma que no ha habido prácticamente denuncia o queja en relación a estos servicios. Esto se me dice así, literalmente, en la primera respuesta.

En la segunda, que es una respuesta por vía doble, por el Gobierno y luego por carta del Director del Insalud de Asturias, pero que dicen prácticamente lo mismo, se nos dice que esta Dirección Territorial sólo tuvo conocimiento esporádico de algunas quejas, como sucede con el resto de las empresas, etcétera, no imputables a la calidad del servicio prestado. Es realmente sorprendente que el Insalud diga que sólo ha tenido alguna queja esporádica y, además, que no sea imputable a la calidad del servicio. Podría traerles kilos de recortes de prensa donde públicamente se está denunciando por parte de alcaldes, de usuarios, etcétera; y no es que podría traerles, sino que les traigo una parte de documentación que, si le digo la verdad, no la he traído completa simplemente a efectos de peso. Padezco un poco de la columna y no es conveniente para mí llevar demasiado peso a la espalda. Le voy a leer algunas cosas que se dicen. En los informes del servicio médico se dice que se envían a la subdirectora provincial una serie de quejas, como que, tras revisión de las horas de llamada de ambulancia al 006, se ha constatado que el problema, por motivos ajenos a la asistencia médica, se produce con la compañía de ambulancias de esta área. Me llama la atención —no sé si es la respuesta real o un simple trámite administrativo— que se ponga «a archivar».

Sigo con denuncias de las que se hace eco el servicio de inspección. Se dice que teniendo el paciente oxígeno permanente, subió el señor de la ambulancia a ayudarle a domicilio y le quitó el oxígeno para bajarlo a la ambulancia y cuando llegó a la misma, la botella de oxígeno estaba vacía, por lo cual el paciente lo acusó y falleció después.

Sigo con casos concretos recogidos por el propio servicio de inspección. La ambulancia enviada, perteneciente a equis, llega al domicilio a las 11,15 horas, suponiendo un considerable retraso de más de dos horas. (**Rumores.**) Manuel Espina Santos falleció en el traslado a la altura de Sebares, camino del Policlínico...

La señora **PRESIDENTA**: Un momento, señor García Fonseca.

Señorías, por favor, permitan que el señor García Fonseca se siga expresando sin dificultades. Al señor García Fonseca le ruego, si puede, abreviar, porque su tiempo se agota.

El señor **GARCIA FONSECA**: Un minuto porque, como no voy a poder, ni mucho menos, dar cuenta de todo, me comprometo a hacer llegar el dossier al propio Ministerio para que puedan examinarlo y le den una salida mucho más seria y rigurosa que la que han dado hasta el presente. Hay casos en los que por servicios absolutamente deficientes se producen situaciones gravísimas incluso muertes, en la atención a los enfermos.

Hay otro sinnúmero de denuncias que tienen que ver con todo tipo de déficit en el servicio, no sólo llegar tarde, sino no aparecer; casos difíciles porque se encuentran en lugares mal comunicados y que se los pasan entonces a las ambulancias municipales o a las de Cruz Roja y el servicio privado no acude. Hay casos tan peregrinos, de los que tengo documentación —y estoy utilizando un calificativo enormemente suave—, en los que se comprueba que se cobraron viajes de ambulancias que no se realizaron. Estos servicios de ambulancias si fueron seleccionados por su experiencia y por su conocimiento, hay que echarle valor para que suceda este tipo de cosas. Se dice de una de estas empresas que el empresario contrató como chófer de ambulancias a su esposa que, además, trabaja como limpiadora en el Ambulatorio de Nava y Mieres, desplazándose de uno a otro centro para realizar dicho trabajo en una ambulancia, con lo que priva de vehículo y conductor al servicio, etcétera. La verdad es que hay cantidad de datos, cantidad de denuncias sobre temas tan variopintos, algunos de ellos enormemente graves y desde luego muchos de ellos vulneran enormemente la legalidad. Señor Subsecretario, no tengo ningún ánimo, ningún interés de levantar ningún tipo de polvareda ni de remover ningún trapo sucio; en lo que sí tengo un gran interés es en que aborden con seriedad, con rigurosidad, que investiguen a fondo este tema y que le den una solución. Se lo agradecerán muchísimo los usuarios de las ambulancias en Asturias.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor García Fonseca, en primer lugar, agradezco su presencia y que me haya podido formular todas estas cuestiones directamente, porque cuando he tenido que acudir a responder preguntas de esta naturaleza, no he tenido ocasión de coincidir con usted y, por tanto, de matizar sus preguntas concretas. Digo esto porque el tenor literal de la pregunta que he recibido en el ministerio no guarda relación exacta con lo que S. S. ha venido a plantear en su intervención oral. Por consiguiente, empezaría por lo que usted ha venido a plantear y después respondería a lo que he recibido como pregunta por escrito.

Ha planteado dos tipos de cuestiones relacionadas con la calidad del servicio. Una, aparentes deficiencias en la calidad del servicio en cuanto a demoras, en cuanto a eventuales consecuencias no deseadas de un transporte inadecuado. Naturalmente todo cuanto se refiera a la calidad del servicio estaremos en condiciones de responderle en cada uno de los casos en qué punto está ese tipo de queja, puesto que cabe una gradación amplia, desde una contestación y resolución de la queja de oficio hasta la apertura de información previa y eventualmente un expediente disciplinario si presentara características que lo justificaran. En todo caso, al no haber dispuesto de esa información hasta ahora mismo, no le puedo responder sobre las cuestiones a que se refiere que son, en primer lugar, de deficiencias del servicio, y un segundo tipo de cuestiones de aparentes prácticas fraudulentas en el uso de la ambulancia. Estaré encantado de recibir esa documentación para poderle contestar, caso por caso, cómo se han abordado y en qué fase de resolución se encuentran.

Las preguntas que se formularon por escrito son las siguientes: ¿qué procedimientos se han seguido para la adjudicación del servicio de ambulancias a las empresas del ramo en la región? ¿Qué grado de adecuación con la normativa vigente tienen las ambulancias que trabajan en Asturias? y, por último, ¿cuál es y sobre qué criterios está establecido el funcionamiento y coordinación de ambulancias entre los distintos titulares de estos servicios?

Por lo que se refiere a la primera, el procedimiento seguido para adjudicación a las diferentes empresas de transporte sanitario, fue el concurso público, convocado mediante resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud de Asturias, publicado en el «Boletín Oficial del Estado» el 28 de abril de 1993 y publicado, a su vez, en la prensa local y nacional el 3 de mayo de 1993. El concurso fue resuelto y adjudicado definitivamente mediante resolución publicada en el BOE del 12 de noviembre de 1993.

Por lo que se refiere a la segunda pregunta, en cuanto al grado de adecuación, debe señalarse que todas y cada una de las ambulancias presentadas al concurso cumplen las prescripciones técnicas establecidas por el Insalud para este concurso público para la contratación del transporte sanitario terrestre en Asturias. Además, estas ambulancias han pasado y superado la revisión correspondiente, efectuada por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado, adecuándose, por tanto, a lo dispuesto en el Decreto del Principado de Asturias 57/1988, de 22 de abril, por el que se regulan las condiciones técnico-sanitarias que deben cumplir las ambulancias colectivas que realizan transporte sanitario en el ámbito territorial del Principado de Asturias. Igualmente, cumplen lo dispuesto en la circular del Gobierno civil de la provincia de Oviedo por la que se establecen las normas y procedimientos para la inspección técnico-sanitaria en ambulancias privadas.

En tercer lugar y por último, debe indicarse que la coordinación entre las diferentes empresas de ambulancias y los centros sanitarios se realiza a través del centro coordinador 006, ubicado en las dependencias de Protección Civil, y comunicado con los diferentes agentes intervinientes

en las urgencias y emergencias sanitarias mediante radio y/o busca personas. El centro dispone, además, durante las 24 horas del día, de un médico de guardia, máximo responsable con capacidad para resolver cualquier eventualidad y tomar decisiones para movilizar los vehículos.

Para mayor información puede indicarse que el sistema de transporte sanitario de Asturias, denominado transporte integral, dispone, entre otros recursos, de 51 ambulancias para transporte primario, distribuidas por áreas sanitarias y zonas básicas de salud, en función de criterios poblacionales, de demanda, de comunicaciones, etcétera, garantizando la presencia permanente de ambulancias en los principales municipios del Principado. Por tanto, es un sistema que, a nuestro modo de ver y en relación con el anteriormente existente supone una mejora en el traslado urgente de los enfermos al posibilitar una respuesta más rápida dada la distribución y ubicación de las ambulancias.

Quiero decir que, a nuestro juicio (y es una apreciación distinta de la globalidad del propio territorio) la organización del transporte sanitario en Asturias con esta modalidad de transporte integrado nos parece más que adecuada —yo diría que modélica—, con independencia de situaciones concretas que cuando se dan hay que denunciar y conocer en detalle.

Usted ha mencionado, por decirlo de alguna manera, la red pública y fundamentalmente la red de ambulancias de Cruz Roja que también estamos utilizando. Existe un convenio de carácter general entre Cruz Roja y el Ministerio de Sanidad para la utilización de la red disponible por parte de Cruz Roja, en aquellos lugares distantes, separados, donde sea difícil acceder, donde no exista, como parte de este transporte integral, empresa concesionaria capaz de hacerse cargo de esa situación. No hay que olvidar que estas redes públicas tales como la de Cruz Roja no están pensadas ni previstas para hacer transporte sanitario de los pacientes del Insalud; están más bien pensadas para cubrir todo tipo de emergencias, lo cual no quiere decir que no puedan ser utilizadas, y así lo hacemos mediante un convenio marco de carácter no nacional, pero sí del ámbito de Insalud gestión directa, no sólo para aquellas situaciones de emergencia, que evidentemente se utilizan, sino para aquellos lugares remotos, municipios alejados donde sea difícil el acceso de empresas concesionarias. En todo caso, esa red tanto el transporte integral adjudicado mediante concurso público como la red de recursos públicos existente en Asturias, están adecuadamente coordinadas a través de ese 006, por lo cual insisto en afirmar aquí que el transporte sanitario en Asturias, a nuestro modo de ver, es uno de los mejor organizados del territorio que es responsabilidad de este Ministerio.

La señora **PRESIDENTA**: Señor García Fonseca, tiene la palabra.

El señor **GARCIA FONSECA**: Brevísimamente ya. Ratifica usted uno de los puntos que he criticado porque me parece sorprendente, sorprendente depende desde qué lógica, obviamente. Usted ya me había respondido por escrito, en todo caso el Gobierno, que las ambulancias pro-

piedad municipal —se hace extensivo también a Cruz Roja— funcionan como sustitutorias de la cobertura de las ambulancias concertadas y usted añade, además, que se les reservan los lugares difíciles donde no quieren ir las privadas. Sin embargo —repito— y hable usted con la Presidenta de la Cruz Roja de Asturias, esa organización tiene un parque de ambulancias mucho mejor dotado que las privadas, puede atender perfectamente incluso las zonas de mayor afluencia de usuarios hacia los hospitales de mayores índices de accidentalidad, etcétera y no se entiende desde la lógica de mi grupo y yo entiendo que desde la lógica de un buen servicio público, que sean postergadas o preteridas en relación a las ambulancias privadas. Insisto, le voy a pasar la documentación simplemente para que ustedes la estudien y puedan obrar en consecuencia. Con esta documentación se hace muy difícil sostener que ustedes sigan afirmando que el servicio de ambulancias de Asturias es un servicio integrado y, además, modélico.

No es sólo mi grupo; en temas como éste la Junta del Principado, el Parlamento Asturiano, y creo que por unanimidad si no recuerdo mal, ha hecho serias críticas y observaciones al respecto. En todo caso, le pasaré la documentación y quizá después podamos continuar dialogando a nivel parlamentario o incluso a nivel personal.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Conde, tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Repito que estoy muy interesado en conocer los detalles de funcionamiento del servicio que damos y, allí donde no esté funcionando bien, tratar de corregirlo. He de insistir en que el Insalud, en tanto que organización prestadora de servicios sanitarios a los asegurados públicos, tiene que garantizar permanentemente un tipo de transporte ordinario normal muy relacionado con la circulación habitual entre centros de salud y hospitales, por ejemplo, que esté permanentemente garantizado a través de un dispositivo integral que habitualmente se concierta a través de concurso público. Esa es una cuestión y otra cuestión es un dispositivo que en todo caso tiene que existir porque el dispositivo de Cruz Roja en todo caso tiene que existir, aunque no existiera el Insalud, para poder atender cualquier tipo de emergencia de toda naturaleza y que utilizamos sincronizada o coordinadamente con el dispositivo que tenemos.

— **SOBRE MEDIDAS A ADOPTAR POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) PARA CONSEGUIR QUE EL TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAS EN EL HOSPITAL «12 DE OCTUBRE», DE MADRID, NO SUPERE LOS SEIS MESES. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN, GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000301.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta sobre medidas a adoptar por el Instituto Nacional de la Salud (Insalud) para conseguir que el tiempo de espera para consultas en el Hospital «12 de Octubre», de Madrid, no supere los seis meses. Esta pregunta la formula la señora Maestro Martín, del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Cuando quiera, señora Maestro, tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Subsecretario por su presencia en la Comisión.

El objetivo de la pregunta que realizó en relación con el Hospital «12 de Octubre», quiero dejar constancia, en primer lugar, de que se refiere a un hecho que ha sido objeto de tratamiento en los medios de comunicación que, sin duda, señala o enciende la luz roja de alarma sobre la situación en uno de los grandes hospitales del Estado español y que más allá de utilizaciones demagógicas, que me consta se han hecho en relación con las listas de espera, pretende reflejar la preocupación de mi grupo sobre algo —las listas de espera— que, sin duda es un indicador de resultados del sistema sanitario público que refleja el final de una cadena de insuficiencias en relación con los servicios sanitarios públicos.

La preocupación de mi grupo por la situación de las listas de espera en consulta tiene dos vertientes: una de ellas, la primera, la calidad de la atención sanitaria; es decir, la existencia de listas de espera para consultas de dos y tres años que suponen, en sí mismas, listas de espera para diagnóstico está conculcando en la práctica el derecho a la atención sanitaria a una atención sanitaria integral y de calidad.

El segundo aspecto es el que sin duda se deriva de esta situación, la existencia de listas de espera de esta cuantía de tiempo, es una medida poderosísima indirecta de fomento del incremento de la participación relativa de la atención privada en la atención sanitaria en nuestro país. Es evidente que una persona que recibe una citación para dentro de tres años para acceder a una consulta especializada y, por tanto, para iniciar el proceso de diagnóstico, si tiene posibilidades económicas va a dirigir su demanda hacia el sector privado, con lo que ello supone, indirectamente también pero de una manera muy clara, una falta de equidad en la atención sanitaria, por cuanto la calidad y la posibilidad misma de la asistencia sanitaria está determinada por los recursos económicos de la persona para acceder a otro sistema diferente del sanitario público. Yo creo que esto exige medidas de todo tipo. No solamente exige que el Ministerio de Sanidad se plantee la insuficiencia de los recursos sanitarios en atención especializada, sino que me consta es subsidiaria de otras medidas a tomar en relación con la coordinación entre la atención primaria y especializada, y con un adecuado servicio extrahospitalario de urgencias que resuelva los problemas al nivel de complejidad en el que se pueden resolver.

Quiero añadir que esta situación en las consultas, que era el objetivo primario de mi pregunta, no se resume exclusivamente en las consultas, sino que indirectamente está relacionada con las enormes listas de espera quirúrgicas en el propio hospital. Según mis datos y quiero decir

que me parece que los datos que poseo son recientes, son del primer trimestre de 1994, y no sé si han sido objeto —perdone usted, señor Subsecretario— del maquillaje propuesto por el Director General del Insalud de la situación de las listas de espera en nuestro país las cifras son relevantes, porque no revelan solamente el colapso de las consultas del «12 de Octubre», sino de la atención sanitaria quirúrgica derivada de esas mismas consultas. El número de personas en listas de espera de más de seis meses en cirugía general, en enero de 1994, es de 1.123; en urología, 432; en traumatología, 1.715; no voy a nombrar aquellas que son más numerosas; en oftalmología, 1.058; en cirugía vascular, 449. Estas cantidades se mantienen prácticamente estables a lo largo de los meses, por cuanto mensualmente las salidas de intervenciones quirúrgicas en listas de espera de más de seis meses son para cirugía general, 11; para urología, nueve; para traumatología, 40; para oftalmología, 31; para cirugía infantil, 37; es decir, la actividad quirúrgica derivada de las listas de espera de más de seis meses, de mantenerse al ritmo que se mantiene mes tras mes, no va a alterar en absoluto el volumen de lista de espera quirúrgica de más de seis meses.

Por todo ello, y siendo consciente de que el Hospital «12 de Octubre» probablemente, casi podría decir con toda seguridad, no es el único afectado de esta situación, es por lo que yo pregunto al señor Subsecretario, aparte de tomar medidas administrativas que puedan alterar el volumen de las cifras pero no la realidad, qué medidas piensa tomar el Insalud para que la atención sanitaria se provea por parte de la sanidad pública en las condiciones mínimas de calidad exigibles.

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): De nuevo me encuentro con una pregunta formulada para una cuestión concreta, que eran las consultas externas, referida a un tema mucho más general, como son las listas de espera en general en el «12 de Octubre». Con carácter general el tipo de medidas que se están tomando son de tres órdenes: en primer lugar, y es lo que usted ha llamado maquillaje, que yo no puedo aceptar con esa denominación, tanto en la lista de espera de pendientes de ingreso para intervención quirúrgica, como para realización de consultas externas, deben estar los que realmente están esperando; por consiguiente, no es razonable que esté incluido en lista de espera, por ejemplo para una consulta externa, una persona a la que se la ha citado para una revisión programada dentro de un año o dentro de dos años, y no es lógico que esté en una lista de espera para hacerse una intervención quirúrgica una persona que, en todo caso, no va a ser operada antes de una determinada fecha por patologías concurrentes o por el propio desarrollo de la enfermedad o del padecimiento que está ocasionando la necesidad de la intervención. Este tipo de trabajo es prolijo y minucioso y nos parece muy relevante, no sólo por un efecto de presentación pública de que haya más o menos número sino por

que nos parece que se genera una angustia innecesaria a una persona a la que se le dice que está incluida en una lista de espera para hacerse algo que, en todo caso, no está previsto que se haga hasta un determinado tiempo.

Aclarado esto, depuradas ese tipo de listas de espera, creemos que hay que reducir los tiempos de espera a límites más razonables, y ello sobre todo en función de la gravedad e importancia de las patologías; para lo cual se pretende, como ya se ha dicho en otras ocasiones, incrementar la actividad quirúrgica de los propios centros y, cómo no, simultáneamente concertar, como ya se produjo el año pasado, a través de procedimientos públicos y transparentes, la realización de procedimientos quirúrgicos más prevalentes por el sector concertado, sea éste público o privado.

En tercer lugar, S. S. ha señalado algo que a mí me parece extraordinariamente importante y que guarda mucha relación con lo primero, y es conseguir una adecuada coordinación entre los niveles de atención primaria y atención especializada, de tal manera que queden situadas y resueltas en la atención primaria multitud de cuestiones que están sobrecargando innecesariamente el nivel de la atención especializada. En el Hospital «12 de Octubre», de Madrid, durante el año 1993, se atendieron 943.000 consultas, de las cuales eran primeras, 349.000, y 594.000 sucesivas. Estas consultas se realizaron tanto en el propio hospital como en los centros de especialidades de su área. Los tiempos de espera para las diferentes consultas externas de adultos (para situarnos un poco y ver el tamaño del problema en consultas externas) es inferior a una semana en las especialidades de cirugía cardiaca, cirugía general, cirugía plástica, cirugía torácica, neumología, endocrinología y radioterapia oncológica. Entre una y dos semanas, en las especialidades de otorrinolaringología, siquiatria, rehabilitación, cardiología y traumatología. Entre dos y tres semanas, en las especialidades de aparato digestivo, nefrología, medicina interna, neurología, hematología y cirugía vascular. Entre tres y cuatro semanas, en oftalmología y urología; y más de cuatro semanas, en alergia, reumatología y cirugía maxilofacial. En cirugía maxilofacial se trata de casos referidos de otros centros con un tiempo de demora que oscila entre cuatro y seis meses. En alergia de adultos —seguimos hablando de adultos—, efectivamente la demora en diciembre de 1993 era de 15 meses. En este sentido, conviene aclarar que el Hospital «12 de Octubre» actúa para esta especialidad como centro de referencia de su área y, además, para las de Móstoles y Leganés, así como para determinados hospitales de Castilla-La Mancha. Para corregir la situación de alergia de adultos se ha incrementado el número de consultas destinadas a esta especialidad, lo que ha permitido aumentar un 35 por ciento el número de pacientes atendidos diariamente. Esta medida ha permitido una rápida reducción del tiempo de demora, que en este momento se encuentra en un promedio de ocho meses, estimándose que al finalizar el primer semestre se encontrará en torno a los seis, y que al terminar el año nos encontraremos con tiempo de demora por debajo de esta cifra. Reumatología es otra especialidad en la cual la lista de espera —que incluye como números gruesos el diagnóstico de la artrosis— tiene una demora de

hasta doce meses. Para el resto de los procesos reumatológicos no existe demora en consultas externas. Aquí, y sería un ejemplo de lo que hablábamos antes, la propuesta ha sido la elaboración de un protocolo conjunto de atención primaria y atención especializada, así como la potenciación de las consultas de traumatología para la resolución de procesos artrósicos. O sea, si todo aquello que lleva la etiqueta de diagnóstico de artrosis, que es, como S. S. sabe, numerosísimo, tiene que pasar por la consulta de reumatología del «12 de Octubre», evidentemente la lista de espera sería inacabable y yo creo que sin demasiadas ventajas para los pacientes. Creo más bien que una actuación coordinada con el nivel de atención primaria puede resolver muchos problemas sin generar esta aparente o real angustia de la lista de espera.

En pediatría la demora en todas ellas es inferior a un mes, salvo el caso de neumología, alergia y cardiología pediátrica, encontrándose en el resto de las especialidades entre dos y cuatro semanas. En el caso de la cardiología pediátrica, que fue una de las que dieron lugar a esta cuestión que apareció en la prensa, se han habilitado desde hace varios meses una serie de medidas para agilizar la situación que incluyen la derivación a consultas de acuerdo con un protocolo previo de exploración y el incremento de citación de pacientes, habiéndose destinado un cardiólogo más a las consultas externas, de manera que en el momento actual en cardiología pediátrica hemos conseguido reducir la demora alrededor de un mes.

En neumología y alergia infantil la demora se centra únicamente en pacientes mayores de tres años, no habiendo excesiva demora para los menores de tres años. En tal sentido, de nuevo, también en neumología y alergia pediátrica se ha establecido un protocolo de actuación con atención primaria, estando previsto que a medio plazo se establezca en torno a los seis meses.

Uno de los elementos que yo creo más distorsiona, insisto, las listas de espera es la tendencia a situar en el nivel especializado y en una aparente espera cuestiones que hemos de ser capaces de resolver en otro nivel con un adecuado procedimiento de coordinación, cuestión que comparto absolutamente con S. S.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Subsecretario, coincidimos en el tratamiento a dar al problema. Es evidente que el nuevo modelo de atención primaria, entre otras ventajas, mediante la adecuada dotación de recursos humanos y técnicos, permite resolver un mayor volumen de patología en el nivel más cercano al ciudadano, y seguramente con condiciones de calidad superiores, no solamente en cuanto al tiempo de asistencia, sino en cuanto a la posibilidad de contemplar la globalidad de las situaciones que afectan a un paciente que demanda una atención concreta. Mi preocupación viene por la adecuación de la realidad a sus palabras, es decir, no solamente el insuficiente desarrollo de la atención primaria, sino las medidas de tipo económico y gerencial en vías de implementación por parte del Insalud en atención primaria y en atención es-

pecializada, es decir, la autonomía presupuestaria, el contrato-programa tanto en centros hospitalarios como en atención primaria, tiene como objetivo prioritario, al que se subordina todo lo demás, la disminución del gasto, planteando el incremento del número de pacientes por médico y la posibilidad de gestionar las ILT y las vacaciones, repartiendo el trabajo entre los propios profesionales del equipo de atención primaria. Teniendo en cuenta que el Ministerio de Sanidad viene destinando una cantidad anecdótica a los programas de formación profesional, que se ha visto traducida en cero pesetas para el año 1994, las buenas intenciones del señor Subsecretario a la hora de dotar a la atención primaria de recursos y de condiciones para atender todo aquello que debe y puede atenderse al nivel de atención primaria no creo que se sitúen en otro orden de lo que viene siendo la actuación del Ministerio de Sanidad en muchas ocasiones: declaraciones de buenas intenciones, en mi opinión, de defensa de la calidad de la atención sanitaria pública que no se ven correspondidas con medidas presupuestarias y de política sanitaria. Me refiero a la formación de recursos humanos que puedan realmente plantear una adecuación entre los deseos y las realidades.

Pienso que, si no hay modificaciones al respecto, es muy fácil decir que la atención primaria va a resolver más cosas, pero lo que está claro es que eso exigirá mayor dotación de recursos humanos y cualificación adecuada del personal para poder realizarlo, así como la dotación de medios de diagnóstico de baja complejidad que pueden ayudar a resolver esos problemas en el marco de la atención primaria. Una vez más estamos de acuerdo en lo que hay que hacer; el problema es la adecuación entre los deseos y la práctica.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Sólo dos comentarios. Por lo que se refiere al contrato-programa, yo creo que una de las virtualidades que tiene es justamente vincular la asignación de recursos y el gasto al nivel de actividad y la calidad, y lejos de entorpecer el objetivo que pretendemos, yo estoy convencido de que va a ayudar y de hecho ya ha ayudado en el año 1993. Por ejemplo, uno de los objetivos que incluye el contrato-programa en atención especializada y que se contrata con el hospital cuando se firma el contrato-programa es justamente la reducción de los tiempos de espera, de manera que el gerente que no cumpla con ese objetivo no está cumpliendo con el contrato-programa y, de hecho, hemos mejorado considerablemente desde el punto y hora en que se ha puesto en marcha este procedimiento, que, repito, no es otra cosa que adecuar actividad a los recursos o viceversa.

Por lo que se refiere a la cuestión de la atención primaria y su capacidad de resolver cuestiones, no me parece que sea tanto un problema de los recursos disponibles como de profundo cambio conceptual y cultural de lo que un médico de atención primaria tiene que hacer. Yo creo que, aunque el nuevo modelo se ha desarrollado bastante en extensión, todavía no hemos llegado a donde debiera-

mos, y es a considerar al médico de atención primaria como el auténtico director de la biografía sanitaria del ciudadano que tiene asignado, y en la medida que eso es así que utilice los recursos especializados con el juicio que debe tener quien tiene esa condición. Repito, es mucho más actuaciones que produzcan ese cambio cultural y organizativo que en el ámbito de lo que son dotaciones de recursos propiamente dichas. Aun contando con esas deficiencias o limitaciones presupuestarias en materia de formación profesional, no necesariamente tiene que haber una partida presupuestaria para formación profesional para poder hacer un protocolo de actuación conjunta en cuestiones como las que hemos hablado anteriormente en el área pediátrica o en el área de adultos, y de hecho así se está produciendo. Por consiguiente, yo soy algo más optimista que S. S. y creo que la profundización en el desarrollo del nuevo modelo de atención primaria ha de permitir aumentar la capacidad de resolución de problemas y, por tanto, atenuar el de las listas de espera.

— **SOBRE APLICACION DE TARIFAS INFERIORES DE PAGO POR PROCESO EN LOS HOSPITALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) A LAS ESTABLECIDAS PARA EL MISMO TIPO DE INTERVENCIONES EN LOS HOSPITALES PRIVADOS. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN, GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000549.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta sobre aplicación de tarifas inferiores de pago por proceso en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud a las establecidas para el mismo tipo de intervenciones en los hospitales privados.

Para formular su pregunta, la señora Maestro Martín tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Subsecretario, en función de la aplicación en nuestro país de una serie de criterios de gerencia y de administración sanitaria —que, como usted sabe bien, yo no comparto—, todos los grupos de diagnóstico, los GDR, el pago por proceso, suponen la aplicación al sistema público de criterios administrativos y de financiación que corresponden a un sistema privado como el de Estados Unidos y que, en mi opinión, se han trasladado mecánicamente a nuestro país en unas condiciones absolutamente diferentes. Me parece que en la vida es muy difícil pensar —y perdone la palabra— que simplemente se trata de una especie de papanatismo tecnocrático, sino que yo creo que las medidas corresponden a intereses, y evidentemente evaluar el coste de un proceso determinado económicamente en una cantidad fija y cerrada supone el mejor instrumento para, en un momento determinado, plantear lo que el grupo situado a la derecha de la Cámara —no en esta Comisión— tiene planteado como objetivo de política sanitaria. Es decir, la libre elección entre sistema sanitario público y sistema sanitario pri-

vado, por cuanto la identificación de procesos concretos, bien determinados desde el punto de vista nosológico y también muy determinados en cuanto a la metodología de intervención en el tratamiento, como pueden ser las cataratas, es decir, los procesos tradicionales a los que se ha aplicado el coste por proceso, en general pueden plantearse como competitivos y, por tanto, precios más bajos en el sistema sanitario privado que en el sistema sanitario público.

A mí me parece que esta medida es esencialmente perversa, por cuanto en la sanidad pública jamás pueden establecerse los objetivos de su atención sanitaria en un catálogo cerrado de prestaciones, tal y como se va a llevar a cabo en próximas fechas, creo, por parte del Ministerio, sino que es la integralidad de la vida social, biológica y psicológica del individuo lo que tiene que ser atendido por parte de la sanidad pública. Por tanto, hay una enorme cantidad de situaciones que van a quedar fuera o por encima del coste por proceso señalado por parte del Ministerio que obligatoriamente van a tener que ser atendidos por la sanidad pública en condiciones desde luego menos competitivas que en la sanidad privada. Eso, evidentemente, plantea a la sanidad pública a medio plazo —ojalá sea a medio plazo y no a corto— situaciones de dificultad respecto a la sanidad privada, medidas desde el punto de vista estrictamente económico.

Sin embargo, este preámbulo que pretende situar la pregunta queda absolutamente desbordado cuando se lee que precisamente en esos costes por proceso, identificados en patologías bien concretas, en las que sin duda el sistema sanitario privado está en condiciones de ser más competitivo, es decir, de ofrecer precios más bajos, a una cirugía en serie, a una cirugía en muchos casos ambulatoria o con muy bajas estancias, los costes pagados por la sanidad pública para el mismo tipo de patología son superiores a los hospitales privados que a la sanidad pública, por cuanto se está sobrefinanciando la sanidad privada y se está descapitalizando la sanidad pública que, insisto, no solamente va a tener que hacer frente a las cataratas, a las varices, o a patologías bien concretas, sino que va a tener que hacer frente, en función de lo que la Ley le obliga, a todo el cúmulo de factores no exclusivamente sanitarios en un sentido estricto que afectan a la persona y que tienen que ser resueltos por el sistema sanitario público. Por ejemplo, los medios de comunicación han recogido que las cantidades son sensiblemente superiores; por una operación de cataratas la Administración pagará a los hospitales propios una cantidad de 112.000 pesetas, y las clínicas privadas concertadas recibirán para este mismo tipo de patología 140.000 pesetas. El coste de la cirugía hemorroidal es de 63.000 pesetas para el Insalud y 107.000 pesetas para los centros privados.

Pregunto las razones porque, evidentemente, se me escapan cuáles son las razones no solamente económicas sino de política sanitaria que pueden estar sustentando este tipo de actuaciones. (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, les ruego, por favor, que guarden silencio o bajen sensiblemente el tono de su voz para que podamos continuar el debate.

Cuando quiera, señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Su señoría ha formulado la pregunta y yo creo que lo ha hecho de manera interesante e inteligente al plantear dos tipos de cuestiones: una de carácter muy general, muy de fondo, sobre si es o no bueno que cuantifiquemos muy detalladamente lo que valen las cosas; y una segunda ya referida a un caso concreto de cómo estamos pagando determinado tipo de cirugía en el sector privado concertado o cómo lo estamos pagando en el sector propio.

Por lo que se refiere a su planteamiento inicial, tengo que decir que estoy en radical desacuerdo. A mi me parece que contar bien las pesetas que nos gastamos en sanidad no tiene nada que ver con que se esté apostando por un modelo de corte más liberal.

Su señoría estará de acuerdo conmigo en que la primera obligación, si no la primera desde luego una de las más importantes, que tenemos los administradores públicos de lo sanitario es obtener el mejor retorno en salud de cada peseta que nos gastamos en servicios sanitarios; pero para obtener ese mejor retorno en salud de cada peseta que gastamos en servicios, hemos de saber lo que valen todos y cada uno de los servicios, porque si no sabemos bien lo que valen difícilmente lograremos el objetivo de obtener ese retorno, difícilmente podremos distinguir dónde estamos haciendo un gasto innecesario y, por consiguiente, desviándolo de allí donde debiéramos hacer un gasto absolutamente ineludible y necesario.

En mi opinión no hay nada más reaccionario que el despilfarro, y el despilfarro en sanidad pública me parece tremendo. Por consiguiente, la incorporación de todo tipo de tecnología capaz de permitirnos conocer mejor cómo nos estamos gastando los recursos sanitarios, me parece es algo obviamente positivo. Ello no quiere decir que hagamos una traslación mecánica de modelos vigentes en países con sistemas sanitarios absolutamente distintos que los nuestros, porque además esos modelos tienen efectos indeseables dependiendo del lugar donde se apliquen, pero indudablemente aportan algún elemento de información y conocimiento útil. En todo caso, no hemos hecho esa traslación mecánica al Insalud y lo que hemos hecho ha sido aprovechar la información disponible para, repito, administrar mejor los recursos.

Como S. S. sabrá, dentro del dispositivo Insalud/gestión directa cuantificamos la actividad sanitaria especializada y le damos un valor económico utilizando dos tipos de método o asignándola para dos tipos de cuestiones: por una parte, el grueso de la actividad del hospital se traduce en una unidad de actividad que hemos denominado UPA (unidad ponderada de actividad), que tiene un valor económico distinto, dependiendo de los diferentes hospitales, y eso viene a constituir el grueso, el 80, el 90 por ciento de la actividad del hospital, puesto que casi todas las actividades se pueden traducir a UPAS. Pero, en un intento de avanzar en la pormenorización y el detalle del gasto y, sobre todo, de potenciar el desarrollo de cirugías sin ingreso, se han extraído una serie de procedimientos para los cuales se han realizado cálculos ya mucho más precisos, entre otros los que usted ha mencionado, la hernia, la cata-

rata, una serie de cirugías en las que hemos calculado realmente cuáles son los costos y, en función de las que cada hospital haga, se le asigne en su presupuesto una cantidad.

Pero aquí —y ésta es la explicación de la diferencia— cuando hablamos de lo que hemos concertado, o lo que hemos puesto como precio para concertación pública y lo que tenemos en el sector privado, que le aclararé, la metodología utilizada para el cálculo del coste es exactamente la misma, es decir, analizando cuál es para cada uno de los procedimientos el uso habitual de recursos, de quirófanos, de medicación, de tiempo de médico, de tiempo de enfermería. Tengo aquí un ejemplo concreto que es la hernia inguinal, el coste del preoperatorio, del uso de quirófano, del postoperatorio, de gastos generales de amortización, de consumos, para la hernia es de 77.000 pesetas en ambos casos, pero observen que en este cálculo de 77.000 pesetas en la hernia —y podríamos hacer lo mismo para cada uno de los procedimientos— no contamos el ingreso, porque ése es el precio que damos a una actuación quirúrgica sin ingreso, que es el que figura en los datos del contrato-programa del Insalud. Ese valor es el que se paga al hospital cuando lo hace sin ingreso. La explicación de por qué ese valor es distinto cuando lo hemos hecho aparecer en una orden ministerial o lo hemos convocado a concurso para realización en el medio concertado, es que en el medio concertado se supone que tiene que haber ingresos, puesto que no se pueden discriminar grandes paquetes que se mandan, y en concepto de ingreso, efectivamente, hay una diferencia del orden de las 25.000 pesetas, además del obvio y necesario beneficio industrial que la Ley de Contratos del Estado reconoce.

En consecuencia, la diferencia de precio que usted ha detectado entre cómo se le paga al Insalud y cómo se paga en el sector concertado se debe a que cuando hablamos del Insalud estamos hablando de un procedimiento sin ingreso, y cuando hablamos del sector concertado el procedimiento es distinto. Y algo más. Cuando el procedimiento se realizara en el ámbito del Insalud con ingreso, el sistema de cálculo por el que se le paga al hospital no es igual, es decir, se sale del medio de cuantificación por procedimiento y pasa al de cuantificación por UPA, por unidad ponderada de actividad. En el caso concreto que nos ocupa, para una hernia inguinal se estima una estancia media, cuando es con ingreso —y es una media baja—, de tres/cuatro días, y las estancias quirúrgicas en la UPA básica son del orden de 1.5, o sea, 45.000 pesetas por día, que, elevado a los tres días como mínimo, supone 130.000/140.000 pesetas.

Por consiguiente, no hemos dado un trato distinto, de favor en ningún caso, al sector privado sobre el sector público, puesto que había este elemento que posiblemente S. S. no conocía y que explica esa diferencia. Cuando hablamos de hacerlo en el mismo régimen, es decir, cuando hablamos de hacerlo en régimen de ingreso, el coste del procedimiento en nuestro ámbito es de ese orden, como mínimo.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Subsecretario, evidentemente, en el tema general seguimos sin estar de acuerdo, y desde luego no me arrego yo el privilegio de haber analizado de esta manera el sistema gerencial, puesto que hay prestigiosos especialistas en salud pública que están denunciando lo mismo, es decir, la traslación acrítica a sistemas sanitarios públicos de criterios de organización sanitaria, de financiación, que son propios de sistemas privados y que, a la larga, tienen tres consecuencias indeseables. La primera, un aumento enorme del porcentaje destinado a gastos administrativos del total del presupuesto sanitario. Un segundo aspecto es el incremento del gasto. A mí esto me parece muy importante, porque el incremento del gasto hay que mirarlo en términos globales. Lógicamente, si el sistema sanitario público tiene un presupuesto cerrado, no va a derivarse del mismo un incremento del gasto no presupuestado —desde luego, el tema de las desviaciones presupuestarias no es objeto de mi pregunta—, pero sí un incremento del gasto sanitario global y un efecto perverso, que es el incremento de la indicación de aquellas intervenciones sanitarias más rentables desde el punto de vista económico.

Y en tercer lugar, que a mí me parece el más grave, una disminución de la calidad asistencial, no en cuanto a la calidad asistencial del proceso específico, sino de todo el proceso sanitario, por lo que todo este tipo de actividad se traduce en un privilegio de los aspectos asistenciales y curativos mucho menos eficaces, en detrimento de otros aspectos como los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En cualquier caso, yo le agradezco su contestación a la pregunta concreta que justificaba mi preocupación. Evidentemente, yo no conocía en detalle ese tipo de aspectos. De todas maneras, quiero insistir en que, si eso es así, el beneficio industrial que se aplica a lo previsto por la Ley de Contratos del Estado va a suponer un encarecimiento de la atención sanitaria en centros privados respecto a la atención sanitaria pública, y creo que sería necesario reflexionar, una vez más, sobre si con medidas presupuestarias restrictivas, como son las que se están aplicando, que además, en detrimento de los recursos propios, supone un incremento de la concertación con clínicas privadas, no se está, en la práctica, aunque no en teoría, dando un giro importante al modelo sanitario en nuestro país.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario, tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Sólo dos palabras, aunque es un tema sobre el que a mí personalmente me gustaría estar hablando con la Diputada muchísimo más tiempo. En cualquier caso, yo creo que ni ésta ni ninguna administración sanitaria responsable puede renunciar, bajo ningún concepto, a contar bien en qué está gastando los recursos que se le asignan para dar asistencia sanitaria, y eso pasa necesariamente por procedimientos que permitan conocer lo que vale cada servicio que damos.

Con relación a los riesgos de la traslación mecánica, debo señalar que los mismos existirían si trasladáramos el modelo completo, es decir, no sólo el procedimiento de contar las pesetas sino el modelo de asistencia sanitaria completo, porque los aumentos de gasto de burocracia que ha supuesto en los Estados Unidos el desarrollo de estos sistemas vienen mucho más de la mano de la existencia de multitud de agencias aseguradoras, que multiplican por «n» el volumen de burocracia simplemente para facturar, que no es nuestro caso, y el vincular exclusivamente la asignación económica a la realización de procedimientos dispara el gasto. En consecuencia, yo creo que la aplicación de ciertos instrumentos, sin cambiar el modelo, no tiene por qué producir los efectos indeseados que sí produce la traslación del modelo completo. (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, por favor, ruego guarden silencio o trasladen sus discusiones o sus debates, que no dudo que tengan necesidad de hacerlos, a un lugar diferente a esta sala. Conocen las abundantes dificultades de sonido, de trasiegos y de ruidos de puertas que tiene esta sala, y les ruego, una vez más, que guarden silencio.

— **SOBRE INFORMACION ACERCA DE LA EXISTENCIA DE SUPUESTOS ENSAYOS CLINICOS QUE PUDIERAN SER ILEGALMENTE UTILIZADOS COMO VIA PARA INCREMENTAR LAS VENTAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS. FORMULADA POR LA SRA. MAESTRO MARTIN, DEL GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 181/000551.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta sobre información acerca de la existencia de supuestos ensayos clínicos que pudieran ser ilegalmente utilizados como vía para incrementar las ventas de productos farmacéuticos, formulada por la señora Maestro Martín, del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Cuando quiera, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: La verdad es que respecto al tema que traigo hoy aquí, aunque evidentemente está relacionado con uno de los puntos centrales de interés de mi Grupo, y creo que del Ministerio de Sanidad, como es el del gasto farmacéutico, quiero señalar que yo esperaba, probablemente con ingenuidad, que la aprobación de la Ley del Medicamento (aunque saben ustedes que debatimos y tenemos criterios contrapuestos en muchos de los aspectos que dicha Ley contempla) fuera instrumento legal suficiente en manos de la Administración para detener una práctica histórica y extendidísima en nuestro país, como es la utilización de falsos ensayos clínicos, por los que los médicos perciben una remuneración por parte de los laboratorios como manera de garantizar la penetración en el mercado de un determinado producto.

La Ley del Medicamento es del año 1990, es decir, tiene ya una vigencia de cuatro años, y la realidad es que la práctica, en hospitales y en atención primaria, de falsos ensayos clínicos como manera de garantizar el incremento de las ventas o la penetración en el mercado de determinados productos, se ha multiplicado en nuestro país en relación directa, entiendo yo, con los intentos, por parte del Ministerio de Sanidad, de frenar el gasto farmacéutico por otros medios.

Como ustedes saben —y la propia industria farmacéutica reconoce—, el incremento de beneficios económicos para los laboratorios no viene tanto del aumento del consumo farmacéutico, del número de envases de determinados productos consumidos o del número de recetas en el sistema sanitario público, sino por la sustitución de productos más baratos por otros más caros vía registro, que me parece que puede calificarse de perverso, por cuanto que la sustitución de un producto por otro tiene como objetivo primordial el incremento fraudulento del precio, obviando el control administrativo del mismo y sustituyendo el nombre de un producto por otro previamente existente en el mercado. Dicho sea de paso, fue objeto de una de las enmiendas centrales de nuestro Grupo, que pedía a la introducción de una norma vigente en otros países europeos —es decir, no estamos hablando de sistemas lejanos a nuestro sistema económico—, que es la cláusula de necesidad que hubiera permitido, sin más, rechazar el registro de un medicamento que ya existiera con anterioridad y con características terapéuticas y de dosificación similares.

En cualquier caso, lo que yo afirmo —y estoy en condiciones de aportar documentación al Ministerio de Sanidad, aunque me parece un poco superfluo por cuanto es algo conocido por todo el que se acerca a un hospital— es que los laboratorios favorecen, de manera continuada, la existencia de llamados ensayos clínicos multicéntricos, que no son ensayos clínicos por cuanto afectan a productos ya registrados y se realizan sobre indicaciones ya admitidas y reconocidas en el propio hecho administrativo del registro del medicamento, no pasan por la Comisión de Ensayos Clínicos de los hospitales, no gozan de la autorización del Ministerio de Sanidad y suponen que profesionales de la sanidad pública se vinculan a estos protocolos o ensayos clínicos multicéntricos de manera individual, sin el consentimiento de los pacientes y percibiendo cantidades por cada uno de ellos que, en ningún caso, son inferiores a las 25.000 pesetas aunque en los datos que obran en mi poder alcanzan las 80.000 pesetas. Además, es difícil de identificar, por lo menos en una primera investigación acerca de los recursos destinados por los laboratorios a este objetivo, por cuanto la sofisticación llega a que los laboratorios contratan terceras empresas para esconder los presupuestos destinados a «actividades especiales» —entre comillas—, como son las que le indico.

Por otra parte, quiero decir que curiosamente este tipo de ensayos solamente se realiza en la sanidad pública, porque el medicamento objeto de este supuesto ensayo clínico es comprado por la propia farmacia del hospital. Es decir, es la sanidad pública indirectamente la que, al menos en

una buena parte, está financiando este instrumento fraudulento, en mi opinión, ilegal con respecto a la propia Ley del Medicamento, y utilizado para la penetración en el mercado de nuevos productos.

Quiero decir que esto se traslada a la atención primaria con remuneración por paciente inferior y que el propio prestigio de determinados profesionales hospitalarios es utilizado como anzuelo para extender este tipo de ensayos clínicos a protocolos, en este caso de tratamientos en atención primaria.

Soy consciente de que no estoy descubriendo nada nuevo. Lo que pregunto es: ¿qué información consta en el Ministerio de Sanidad acerca de lo que —insisto—, por desgracia no es una excepción, sino una generalidad dentro de la propia sanidad pública? Y lo que es más importante, ¿qué medidas piensa adoptar la administración sanitaria para garantizar el cumplimiento de la Ley en este caso?

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Tengo que empezar diciendo que el Ministerio de Sanidad y Consumo no tiene información probada procedente de las comisiones de ensayos clínicos a las que alude S. S., o de otras fuentes, sobre la realización de esos supuestos ensayos clínicos, estudios o protocolos que afecten a medicamentos ya registrados y que pudieran ser utilizados como vía para incrementar las ventas de esos productos. Yo agradeceré muy mucho cualquier información que se nos aporte en este sentido para actuar en consecuencia, porque, como S. S. ha señalado muy bien, todo lo que afecta a ensayos clínicos está perfectamente reglamentado, existen comisiones de ensayos clínicos en prácticamente todas las gerencias de atención especializada, y, por tanto, nada que circule fuera de esos circuitos puede tener semejante consideración y debe ser estudiado cuidadosamente.

Los procedimientos de inspección habituales, tanto de inspección farmacéutica como de inspección médica, velan por el cumplimiento de este tipo de cuestiones. Y por lo que yo tengo conocimiento en el tiempo que he sido, primero, director de Insalud y ahora Subsecretario, sí detectamos un caso concreto que dio lugar a la apertura de una información y expediente disciplinario —en este momento con propuesta de sanción y previsto su desarrollo— a algunos médicos por realizar algo parecido a lo que está comentando S. S., y que se refería a la utilización de un medicamento en un supuesto protocolo multicéntrico para una indicación aún no autorizada por la Dirección General de Farmacia, sin que ello fuera incluido como tal ensayo clínico y, por tanto, con receta corriente de la Seguridad Social.

En consecuencia, quiero insistir y repetir que no tenemos información probada fehaciente de que esto esté pasando en los términos en que S. S. lo plantea, y agradeceremos muy mucho la que se nos remita para proceder a la comprobación o investigación correspondiente.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Subsecretario, usted es médico como yo y sabe que lo que le estoy diciendo es práctica habitual; es decir, algo fundamental está fallando en los servicios de Inspección del Insalud para que esto no se detecte, porque, afirmo, es práctica habitual.

Yo le remitiré la información de la que dispongo. Ahora bien, me parece que el objetivo no sería en este caso identificar a culpables concretos, que son culpables casuales de una práctica generalizada.

Usted hablaba antes del despilfarro. El despilfarro es lo más reaccionario, pero el despilfarro no se controla desde el punto de vista administrativo eficazmente con presupuestos cerrados. El despilfarro tiene puntos concretos, personas concretas y niveles de responsabilidad concretos, que son competencia exclusiva de la Administración detectarlos. Lo que yo le estoy diciendo esconde incrementos del gasto farmacéutico probablemente de miles de millones de pesetas. No son situaciones anecdóticas. Aparte del incumplimiento de la Ley que existe para todos y que la Administración debiera ser la más interesada en hacer cumplir, es que está derivándose fraudulentamente, y desde luego sin necesidades sanitarias que lo justifiquen, una parte importante del presupuesto sanitario público, con intermediarios concretos dentro de la sanidad pública y en función de incrementos sustanciales en los beneficios de los laboratorios farmacéuticos.

Yo estoy hablando de algo conocido por parte del colectivo de trabajadores de la sanidad pública —esto es de realización histórica y generalizada, evidentemente, con todas las excepciones honorables que haya que hacer y que yo también reconozco que existen— y es la práctica habitual utilizada e incrementada en estos últimos tiempos por los laboratorios para asegurarse la adecuada penetración en el mercado de nuevos productos con precios superiores a los ya existentes. Y es otro caso diferente del que usted dice. Se trata de falsos ensayos clínicos, porque el caso al que usted hace referencia era un ensayo clínico que no gozaba de la autorización del Ministerio de Sanidad para una nueva indicación de un producto. Lo que yo le digo tiene un contenido esencialmente económico, por cuanto se hacen ensayos clínicos para indicaciones ya autorizadas, es decir, sin ningún objetivo reconocible de investigación sanitaria, y que evidentemente pasa al margen de las comisiones de ensayos clínicos de los hospitales, me consta.

Aunque también me consta, aplicando la lógica más elemental, que el hecho de que no tengan constancia documental de la existencia de estas pruebas no significa que no haya conocimiento fehaciente de estas prácticas.

Ustedes han hecho una encuesta para detectar posibles fraudes en recetas de pensionistas en el año 1992, y el resultado fue más bien modesto con respecto a la calificación de ese fraude. Destinan recursos a la identificación de estas prácticas fraudulentas, que le aseguro que va a ser un objetivo mucho más sustancioso desde el punto de vista de dimensión real del fraude existente, y estarán tocando la llaga en uno de los factores fundamentales de despilfarro,

por tanto, de aspectos reaccionarios en el gasto y que no tienen la más mínima consistencia ni relación con necesidades sanitarias de la población.

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señoría, el mejor modo de asignar recursos a la salud en materia de medicamento es el uso racional del mismo. En ese sentido, S. S. conocerá que trabajando fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria se están desarrollando protocolos consensuados con los profesionales para el uso racional del medicamento. Se ha asignado un farmacéutico por cada gerencia de área de atención primaria justamente para colaborar con los médicos en el desarrollo y seguimiento del perfil terapéutico de cada uno de los componentes de esos equipos de atención primaria, y, evidentemente, ello ha de redundar en un mejor uso del medicamento.

Digo todo esto porque habrá que conocer con detalle algunas de las cuestiones que S. S. ha mencionado para ver si merecen el calificativo de práctica fraudulenta o similar, ya que, dicho de otra manera, puede haber protocolos de actuación terapéutica consensuados, correctos y que responden a indicaciones clínicas bien precisas, y ser un modo de actuar conjunto de varios profesionales que deciden tratar tal o cual procedimiento con arreglo a un protocolo preestablecido entre ellos. No mezclemos eso con otro tipo de cuestiones. Por eso hay que conocer exactamente de qué estamos hablando para desarrollarlo, puesto que actuaciones protocolizadas se pueden estar dando.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Conde Olasagasti.

Concluido este primer punto del orden del día de contestación a preguntas, despedimos de la Comisión al señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo agradeciéndole su asistencia a la misma. **(Pausa.)**

Vamos a pasar al segundo punto del orden del día correspondiente al día de hoy; debate y votación de proposiciones no de ley. Quiero decirles a SS. SS., antes de iniciar este segundo punto de orden del día, que esta Presidencia, atendiendo las demandas de algunas señoras y señores Diputados de distintos grupos de esta Comisión, demandas derivadas de dificultades propias de no tener nadie el don de la ubicuidad y de confluencias de comisiones y de participación de los distintos señores Diputados en otras sesiones coincidentes en el mismo momento, dificultades que, como saben SS. SS., son ajenas a nosotros por las circunstancias en las que en este momento, y en estos años, desgraciadamente ya, se encuentra el edificio del Congreso de los Diputados, y atendiendo también a la facultad que tiene esta Presidencia de ordenar y agrupar las votaciones, vamos a proceder al debate de las proposiciones no de ley, agrupando las votaciones al final del debate de todas ellas, o, en todo caso, no antes de las trece treinta horas, lo que pongo en conocimiento de SS. SS. para que, en

la medida de lo posible, estén en esta Comisión, si así lo creen conveniente y necesario, y también puedan cumplir con otras obligaciones confluyentes en el mismo momento.

El señor Fernández-Miranda tiene la palabra.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA:** Señora Presidenta, en el caso de que a las trece treinta horas no se hubiese concluido el segundo punto del orden del día, ¿qué criterios o qué planteamiento se llevaría a cabo?

La señora **PRESIDENTA:** He comunicado a ustedes que, en todo caso, las votaciones serán al final de los debates, pero nunca antes de las trece treinta; es decir, que si se hubieran terminado los debates a las trece quince, esperaríamos a las trece treinta para que se reincorporasen todas las señoras y señores Diputados. Si no se ha terminado el debate a las trece treinta, que es un margen de dos horas, al finalizar el debate de todas las proposiciones no de ley.

DEBATE Y VOTACION DE LAS SIGUIENTES PROPOSICIONES NO DE LEY:

— SOBRE POLITICA SANITARIA EN RELACION CON LA MUJER. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL IU-IC. (Número de expediente 161/000023.)

La señora **PRESIDENTA:** Señorías, continuamos con el orden del día.

En primer lugar, vamos a ver la proposición no de ley sobre política sanitaria en relación con la mujer, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Para la presentación y defensa de dicha proposición no de ley tiene la palabra la señora Maestro Martín.

La señora **MAESTRO MARTIN:** La proposición no de ley que paso a defender en nombre de mi Grupo Parlamentario es antigua en el registro de proposiciones no de ley de esta Comisión, antes Comisión de Política Social y Empleo.

Quiero hacer hincapié en que, desde el punto de vista de la salud pública, la propuesta que se recoge en esta proposición es central en función de los criterios de política sanitaria con los que trabaja mi Grupo Parlamentario. Es decir, es una proposición no de ley que pretende instar al Gobierno al desarrollo de actividades, con la correspondiente dotación de recursos que permita llevar a cabo eficazmente en nuestro país el programa de salud pública por antonomasia desde que se habla de salud pública en el mundo: el programa de salud de la mujer, no por planteamientos feministas que tienen otras dimensiones, sino por el simple hecho biológico y social del carácter central de la salud de la mujer con respecto al resto de la salud de la población. Es decir, las intervenciones de salud pública en relación con la mujer no se evalúan ni tienen su ámbito exclusivo en el grupo de población femenino, sino que extienden sus

beneficios a otros grupos de población, muy claramente al grupo de población infantil, aunque son extensibles al conjunto del núcleo familiar.

El programa de salud de la mujer es un programa de intervención de carácter universal de la sanidad pública sobre los colectivos identificados como de riesgo o más vulnerables en función de cada una de las actividades.

Como saben ustedes, y ha sido objeto de mención en diferentes ocasiones por parte de mi Grupo Parlamentario, la existencia en la sanidad pública de este programa de salud de la mujer se remite no solamente a la Ley General de Sanidad, sino al Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud del año 1984, del cual se cumplen en estos momentos diez años de existencia.

La preocupación de mi Grupo, por tanto, no se refiere a la insuficiencia en la formulación de los contenidos programáticos en relación con la mujer, sino a las enormes insuficiencias en su aplicación.

En la última Memoria del Insalud conocida por mi Grupo, que es la de 1992 —a mis manos no ha llegado todavía la correspondiente al año pasado— el porcentaje de equipos de atención primaria —estoy hablando solamente del nuevo modelo, no estoy hablando del modelo tradicional del ambulatorio— que llevan a cabo alguna de las actividades que componen el programa de la mujer puede calificarse como de anecdótico, incluido el control de embarazo. Es decir, el control de embarazo realizado en equipos de atención primaria apenas supera el 50 por ciento de la población femenina, teniendo en cuenta, además, que indicadores internacionales reconocidos identifican como el punto más sensible para el establecimiento de desigualdades en la atención sanitaria las diferencias por clases sociales en cuanto al número de visitas y a la calidad del control de embarazo en su conjunto.

Por tanto, la proposición no de ley que presentamos insta al Gobierno a acordar con las comunidades autónomas con transferencias sanitarias, y al propio Insalud no transferido, la dotación de recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo el programa de la mujer globalmente, que se pasa a pormenorizar a continuación.

El primer punto se refiere a la participación de colectivos femeninos en la toma de decisiones en relación con el programa de atención a la mujer. Cualquier intervención activa sobre la población, no a demanda sino desde el punto de vista de salud pública, exige la participación de la misma, sin la cual jamás se llegará a las bolsas de prioridades desde los puntos de vista sanitario, económico y social, que componen los colectivos más necesitados de la intervención en salud pública. Además, es una interpretación del contenido de participación que la Ley General de Sanidad sitúa como uno de los objetivos de la atención sanitaria, tanto desde el punto de vista de planteamientos democráticos como para garantizar la propia calidad y eficacia de dicha atención sanitaria.

Nosotros planteamos aquí, y tiene relación con la conversación que hemos mantenido antes con el señor Subsecretario, que si no se incrementa la dotación de recursos en atención primaria es absurdo hablar de la introducción de programas o de protocolos a realizar por equipos desbor-

dados ante una atención sanitaria masificada que, por sus propias dificultades de recursos sanitarios, apenas ha modificado las pautas y los contenidos de comportamiento y de realización del trabajo profesional del modelo tradicional de ambulatorio, curativo y centrado en la asistencia sanitaria. Por tanto, indicamos unos ratios máximos de profesionales y de trabajadores sanitarios en relación con la población que nos parecen los mínimos necesarios para la garantía del desarrollo de estos programas por parte de los equipos.

Respecto al programa de planificación familiar, insisto en que nuestro Grupo Parlamentario, a la hora de hablar de planificación familiar, se refiere al derecho, fundamentalmente de las mujeres pero también de las parejas, a gozar de una sexualidad satisfactoria y en condiciones de salud, por lo que se requiere el acceso a los programas de planificación familiar de toda la población.

Los datos que constan en nuestro poder hablan de que la sanidad pública apenas atiende el 15 por ciento de la demanda en planificación familiar, insistiendo en que esa demanda solamente es una pequeña parte de las necesidades reales, por cuanto en este tema coinciden planteamientos culturales de diverso orden que hacen que las necesidades estén encubiertas y no se traduzcan en demanda en una buena parte de los casos.

Ha sido motivo de denuncia, e incluso a veces de chascarrillo, en los medios de comunicación la negativa de los profesionales farmacéuticos a incluir los preservativos entre los productos sanitarios a expender en las farmacias. A mi Grupo Parlamentario esta situación le parece absolutamente anacrónica, por cuanto estamos hablando de uno de los instrumentos más eficaces y recomendados como método de planificación familiar, muy especialmente en el grupo de riesgo para el embarazo de las adolescentes, y la ausencia de este método de planificación familiar en las farmacias —sobre todo en el medio rural donde la farmacia es el único centro al que se puede recurrir para su obtención— está conculcando, en la práctica, el derecho de todas las personas a contar con este método entre los que pueden facilitarles medidas de planificación familiar.

En la misma línea nosotros creemos que el precio de algunos métodos anticonceptivos, muy especialmente de los preservativos, hace que para determinadas capas sociales sea imposible acceder de forma continuada a este método de planificación familiar que, insisto, es uno de los más elegidos por la población y sería uno de los más utilizados si no fuera por la barrera económica, lo que justifica el tomar medidas por parte de la Administración sanitaria para la inclusión en la Seguridad Social de todos los métodos anticonceptivos.

En relación con la comercialización en España de la RU-486, como recuerdan SS. SS., en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso se aprobó un punto de una proposición no de ley de Izquierda Unida que instaba a la Administración a remover los obstáculos existentes para su comercialización y, por tanto, estamos a la espera de la respuesta del Ministerio de Sanidad acerca de sus gestiones.

Otro de los aspectos es el aseguramiento por parte de la sanidad pública de la posibilidad de realizar interrupciones voluntarias del embarazo en todas las áreas sanitarias, entendiendo que el derecho que nosotros reconocemos a la objeción de conciencia, por parte de los sanitarios que así lo estimen oportuno no debe ser la barrera que, por su extensión, impida en la práctica, en las condiciones legales vigentes, la propia realización de su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Además, insistimos en que, de cara a la necesaria confidencialidad que este proceso requiere, pudiera plantearse la libre elección de centro sanitario dentro de la red sanitaria pública.

El octavo punto es, en mi opinión, elemental. Al menos cinco visitas de control de embarazo deben garantizarse a todas las mujeres junto a la domiciliaria posparto. Me consta que en algunos equipos de atención primaria esto se está realizando, y con niveles de calidad más que aceptables. En lo que insisto es en que, desde luego, está muy lejos de ser la generalidad de los equipos la que lleve a cabo este tipo de prácticas.

El noveno punto se refiere a la existencia de evidencias en otros países de programas de detección precoz del cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino, con protocolos bien identificados en los que aconsejan la realización de mamografías con una frecuencia temporal determinada y en unas edades bien concretas. Los objetivos conseguidos en el caso de Suecia han producido un descenso de la mortalidad por cáncer de mama de un 40 por ciento. Insisto en que ésta es, sin duda, la primera causa de muerte para las mujeres en nuestro país y, en función de la publicación de indicadores de salud por parte del Ministerio de Sanidad, la causa de muerte que está teniendo un incremento más espectacular en los últimos años.

No puedo entender cómo las autoridades sanitarias, teniendo identificados procedimientos diagnósticos eficaces, asumibles económicamente y con una incidencia espectacular en la reducción de la mortalidad (es decir, no estamos hablando de calidad de vida, no estamos hablando de años de vida, sino de mortalidad), se mantenga el programa de detección de cáncer de mama y detección de cáncer de cuello uterino en niveles aislados en algunas comunidades autónomas, sin que el conjunto de las mujeres españolas pueda acceder a una conquista nada reciente por parte de la ciencia.

Por otra parte, se plantea el aseguramiento en todas las zonas básicas de salud del programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, que es uno de los elementos de preocupación reiterados por parte del Ministerio de Sanidad en cuanto al incremento de la morbilidad y, en algún caso, de la mortalidad derivada de la extensión de este tipo de enfermedades.

También se plantea algo que es una relativa novedad en el campo de la atención de la mujer, como es la atención sanitaria social y psicológica a los problemas derivados del climaterio, y que es un programa de salud que debiera considerarse progresivamente como prioritario, dado el envejecimiento de la población y el incremento de la expectativa de vida por parte de las mujeres, que hace que el co-

lectivo de las de más edad vaya siendo progresivamente más numeroso en nuestro país.

Finalmente, dada la constatación también reiterada por parte de todas las investigaciones de la presencia de la mujer en sectores productivos con baja cualificación, en muchos casos sometidos a riesgos laborales, la participación de la mujer mayoritariamente en la economía sumergida y en los empleos en precario, por parte de los propios servicios sanitarios públicos se deben desarrollar programas específicos de protección y prevención de los riesgos de la mujer trabajadora en general y, por supuesto, aunque no se incluye en la letra de la proposición no de ley, muy específicamente en los períodos de embarazo y lactancia.

La señora **PRESIDENTA**: A esta proposición no de ley han sido presentadas por el Grupo Parlamentario Popular siete enmiendas, que se refieren a distintos puntos de la proposición no de ley del Grupo de Izquierda Unida. Dichas enmiendas han sido repartidas y SS. SS. las conocen. Para su defensa, tiene la palabra, por el Grupo Popular, la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: En primer lugar, yo quería hacer una pequeña precisión lingüística en el título de la proposición no de ley. Quizá sea una deformación profesional atávica mía, pero cuando se dice «en relación con», como se habla de la mujer y se intenta dignificarla y señalarla como persona, aunque gramaticalmente no es incorrecto, sería más más correcto decir «con relación a»; entonces tendríamos una persona directa; «a» ya nos da un complemento concreto de persona. Yo pido casi disculpas por lo que digo, pero por eso de que cuando se pierde el sentido de la lengua se pierden también muchos de los valores que sabemos expresar con ella, mejoraría en algo el título de la proposición.

En realidad, ésta es una proposición no de ley bastante compleja, en la que se tocan muchos temas que están muy diversificados en el mundo de la sanidad, y nosotros hemos pretendido, con nuestras enmiendas, mejorar, en su conjunto, toda la proposición no de ley; por eso sería irrenunciable cualquiera de las enmiendas que presentamos.

En relación al punto primero, nosotros proponemos una enmienda que desde luego modificaría bastante el texto en el sentido de que nuestro Grupo no puede entender por qué la participación de organizaciones de mujeres y de trabajadores sanitarios en la toma de decisiones en el Programa de Desarrollo de la Mujer. Trabajadores sanitarios sí, pero no organizaciones de mujeres. Nosotros creemos que la sanidad ha de hacerse de una manera profesional y seria, y que, desde luego, la mayor participación de la población femenina (aparte de que a las mujeres nos satisface mucho personalmente ver nuestra incorporación en cualquier área de actividad, política, social, sanitaria o de cualquier tipo) no implica necesariamente la eficacia, el rigor sanitario y la adecuación de unas medidas oportunas que hagan deseable todo lo que pueda salir de estas reuniones de mujeres. Por ello, no podemos hablar de los trabajadores sanitarios en su conjunto sin especificar su especialización, porque a veces vemos que se producen tomas de decisiones en las que

intervienen profesionales sanitarios que a lo mejor se dedican al mantenimiento del circuito eléctrico y que tienen muy poco que hablar en una cuestión de planificación sanitaria.

Deberíamos hablar de que la condición «sine qua non» es que estos programas sean llevados a cabo por los profesionales de la sanidad, pero no por esas organizaciones que, a veces, no representan, como sería deseable, la mayor o menor profesionalidad de estos sanitarios.

Nuestra enmienda al punto 3 —lo digo sin ánimo de molestar— es de sentido común. En atención primaria se está haciendo planificación familiar y se desvía a especialidades; lo que no podemos pensar es que la planificación familiar sea algo tan fácil y tan de poca importancia —me parece que en este artículo se le da poca importancia— que se pueda hacer en atención primaria. Todos sabemos que los anticonceptivos tienen unos problemas hormonales añadidos, unas repercusiones sistémicas que deben ser tratadas por los especialistas, y nos parece que en este caso también se rebaja el derecho de la mujer a tener una atención de mucha mejor calidad. Vemos que hay una serie de problemas añadidos, por ejemplo, el caso de los DIU, de las complicaciones que todos conocemos, que no pueden ser atendidos sino por especialistas en el tema.

En cuanto a las prestaciones farmacéuticas de los anticonceptivos y su gratuidad, nuestro Grupo ya se manifestó en los años 1990 y 1991 en cuanto a favorecer estas cuestiones, y no vemos por qué haya que hacerlo otra vez. Está clarísima nuestra posición, ya que fuimos incluso los que en algún momento instamos al Gobierno para solucionar estas cuestiones.

Respecto a la enmienda al punto número 6, lo mismo. Decir que ya en la Comisión de Sanidad del 22 de diciembre de 1993 quedó clara la posición de nuestro Grupo en cuanto a que, de acuerdo con la legislación vigente, no es aplicable la RU-486 en España; además, las medidas que se tomaron en ese momento, como bien ha dicho la señora Maestro, todavía no se han llevado a efecto desde el punto de vista legislativo.

La enmienda al punto número 7, de supresión, es también fácilmente aceptable, porque lo que no se puede hacer es obviar lo que está expreso, explícito y clarísimo en la Constitución española, en el Capítulo II, de derechos y libertades, artículo 16.1, donde se refleja claramente la objeción de conciencia de todo tipo. Esta objeción de conciencia, que no se puede ignorar, es especial, y está clarísimo. Hay doctrina del Tribunal Constitucional, pero yo me quiero referir en este momento a la sentencia del 11 de abril de 1985, en la que se dice que la objeción de conciencia forma parte del contenido de derechos fundamentales reconocidos en el artículo 16.1 de la Constitución. El Tribunal Constitucional ha indicado, en esta y en otras ocasiones, que cuando se habla de la Constitución es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales. Y éste es un caso en el que nosotros no podemos entrar ni siquiera a discutir, porque se trata de la Constitución. Yo le diría aquello del mandato bíblico del «non limitandere». Desde una Comisión, como es este caso, con una proposi-

ción no de ley, no se puede entrar en algo tan importante como la objeción de conciencia.

Respecto a la enmienda al punto número 8, de hecho ya se hace un control de visitas, pero nosotros no entendemos por qué la visita posparto a una persona a la que se ha dado el alta tiene que ser domiciliaria, cuando está asistiendo a sus visitas controles. Si surge algún problema, para eso la sanidad pública tiene o debe tener, el control adecuado para la urgente hospitalización, ya que las medidas necesarias y oportunas en el plano domiciliario en ningún caso van a mejorar la atención sanitaria.

En cuanto a las medidas para el tratamiento y prevención de enfermedades de tipo sexual, se reflejan en el punto número 9, que dice: Garantizar a todas las mujeres en edades de riesgo y con cáncer precoz de mama y cuello uterino la dotación de mamógrafos, etcétera. No quiero leer la enmienda entera por agilizar un poco la Comisión, pero nosotros proponemos un texto alternativo, ya que nos parece que lo que sí se debe evitar es esta terrible lista de espera de más de seis meses que hay en la sanidad pública ahora mismo para acceder a una mamografía. Hay que garantizar el acceso sin dilaciones a los medios de detección precoz del cáncer de mama y de cuello uterino, asegurando una dotación de mamógrafos suficientes para la rápida realización de mamografías necesarias por indicación médica, siempre que se sospeche riesgo de cáncer de mama, y arbitrar los recursos especializados para la realización de una citología al año a mayores de 25 años, porque lo que ya es discutible, señora Maestro, es la mamografía como un método de «screening» diagnóstico. Usted sabe que en este momento el diagnóstico a base de mamografía está teniendo una revisión por parte de países donde la sanidad pública es muchísimo mejor que la nuestra, y nosotros ni siquiera podríamos soñar con tenerla igual.

Referente al punto número 10, se habla de asegurar el control de enfermedades de transmisión sexual, pero no se dice nada en absoluto, por ejemplo, de algo muy grave que sucede en nuestro país a diario, que es el tratamiento de estas enfermedades cuando se diagnostican, que es obligatorio en la mayoría de los casos. No se está cumpliendo, insisto, el tratamiento obligatorio, a pesar de las demagogias que se puedan hacer, casi en ninguno de los lugares de riesgo de transmisión sexual. Desde ese punto de vista nosotros tendríamos que incluir, naturalmente, la obligatoriedad del dicho tratamiento en estas enfermedades.

Las dos últimas propuestas podríamos aceptarlas, si se aprueban todas nuestras enmiendas en su conjunto, pero teniendo en cuenta que cuando se habla de los riesgos de la mujer trabajadora a nosotros nos gustaría destacar que es de la mujer trabajadora en su conjunto, porque se dan casos curiosísimos, como el de que los riesgos de la mujer trabajadora sean solamente a ciertos niveles. En los laboratorios del Estado vemos que las mujeres médicos no tienen riesgo de peligrosidad, mientras que la auxiliar de laboratorio está cubierta por medidas de riesgos y plus de peligrosidad, como si quien lleva más peso y tiene más contacto con esa serie de elementos peligrosos no fuera mujer trabajadora, pero la mujer trabajadora en su conjunto y a

todos los niveles de la escala profesional. Nosotros seríamos partidarios de apoyarlo, insisto, pero todo.

Quiero dejar claro que nuestro Grupo Parlamentario considera que si no se admiten todas y cada una de nuestras enmiendas, esta propuesta diversificada y coja en algunos aspectos y excesiva en otros, quedaría un tanto desvirtuada en sus planteamientos y no podríamos apoyarla.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean intervenir en esta proposición no de ley?

Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: En primer lugar, entendemos que esta proposición no de ley incluye temas de muy diversa índole y muy inconexos; por ejemplo, el relativo a la financiación de las comunidades autónomas en cuanto a aquellas que tienen el Insalud transferido; la creación de programas en el territorio del Insalud no transferido, y después esos doce puntos en los que se tocan temas tan diversos como el del aborto, que será tratado en su momento, ya sea en la reforma del Código Penal o en una ley específica; la comercialización de la píldora abortiva, que se trató ya aquí en una de las Comisiones últimas del año pasado, o bien la objeción de conciencia de los profesionales, como se refiere uno de los puntos concretos, el séptimo. Entendemos que cada uno de estos temas tiene entidad suficiente para ser tratados de forma separada, y no es conveniente, por tanto, hacerlo de forma global.

Por otra parte, hablar de atención sanitaria a la mujer va mucho más allá de considerar sólo ese ámbito de la reproducción. Creemos que los programas sanitarios dirigidos a mejorar la salud de la mujer y, por tanto, su calidad de vida, tienen que englobar diferentes cuestiones. Una de ellas es una información adecuada que permita la educación sanitaria pertinente, así como la asistencia sanitaria. En este sentido, Cataluña —lo decimos con orgullo— ha sido pionera en la elaboración de un programa sanitario integral de la mujer, que fue aprobado por Decreto 282, de 21 de noviembre de 1990, y que ha sido reconocido por la OMS. Dicho programa fue elaborado por responsables en el tema de la mujer, profesionales de la sanidad, así como organizaciones de mujeres directamente relacionadas y especializadas en cuestiones sanitarias.

Como puede comprobarse las comunidades autónomas con competencias transferidas ya están llevando a cabo sus programas de atención a la mujer de acuerdo —esto es fundamental— con las características y necesidades concretas de sus territorios y dentro de lo que es el marco del Estado de las autonomías.

Las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular nos parecen asumibles en algunos aspectos concretos, pero encontramos dificultades inherentes al presentar cuestiones tan diversas y consideramos que difícilmente pueden agruparse en una sola proposición no de ley. Por ello, nosotros no apoyaremos esa proposición no de ley presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Alberdi.

La señora **ALBERDI ALONSO**: Señores Diputados y señoras Diputadas, mi Grupo coincide con el planteamiento global que hace la portavoz de Izquierda Unida al presentar la proposición no de ley. Es evidente que los programas de atención sanitaria específica a las mujeres no sólo redundan en mejorar la calidad de vida de las propias mujeres —que somos la mitad de la población—, sino que también redundan en mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud del conjunto de la población.

No tenemos ninguna divergencia en los objetivos y en el planteamiento que anima a la presentación de esta proposición no de ley por parte del Grupo Federal de Izquierda Unida, ahora bien, en su propia exposición de motivos sí que tenemos una discrepancia fundamental. Creemos que desde que se promulga el Real Decreto de Reforma de las Estructuras Básicas de Salud y desde que se aprueba la Ley General de Sanidad ha habido un cambio y un proceso de mejora en la atención específica a la salud de las mujeres. Nos vemos en la tesitura de no poder apoyar esta proposición no de ley no por divergencia ideológica, sino porque plantea una serie de medidas diversas —todas ellas de gran importancia— que en muchos casos o se están realizando los programas que se proponen o no se pueden realizar —como después iremos viendo— desde las propias competencias del Insalud, porque está en contradicción con las competencias de las comunidades autónomas, o —como ocurre con lo que se propone en el último punto— está pendiente de una legislación sobre la salud laboral donde se contemplarían específicamente los problemas de la salud laboral de las mujeres.

Como bien ha dicho la portavoz de Izquierda Unida no se trata de un problema de diferencias programáticas porque, como ustedes recordarán, en el catálogo de prestaciones sanitarias que recientemente hemos debatido en esta Comisión, en relación con el tema de atención específica a la mujer se dan una serie de prestaciones con carácter general, como son la captación precoz y seguimiento de la mujer embarazada, la administración y seguimiento de anticonceptivos orales y otros métodos anticonceptivos, la preparación al parto, la visita en el primer mes del posparto, la detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y de mama, de acuerdo con los protocolos establecidos, y el control médico de la menopausia, según protocolos establecidos. En definitiva, son las mismas prestaciones —con su desarrollo y su cobertura universal— que las que plantea la portavoz de Izquierda Unida. Lo que sí hay es una diferencia en cuanto a la valoración que se hace en estos momentos del desarrollo de estos programas en la sanidad pública. Creo que el desarrollo de estos programas en la sanidad pública es, evidentemente, perfectible, mejorable, que se pueden hacer campañas para detectar colectivos que no acuden a la demanda y que su introducción en todos estos programas de carácter preventivo podría mejorar el estado de salud general de las mujeres y del conjunto de la sociedad; ahora bien, creo que incluso los niveles de cobertura que usted, señora Maestra,

ha mencionado respecto a lo que puede ser la formación o preparación al parto —el 50 por ciento aproximadamente de los embarazos que se atienden en la red pública— son datos que, aunque no sean los más deseables, sí suponen una mejora y un avance en lo que es la atención a la salud de las mujeres.

Respecto a los programas de planificación familiar, en relación con los cuales usted ha dicho que tienen que tener cobertura, creo que realmente la tienen. A lo mejor hay que intentar lo que usted decía: detectar grupos que no presentan una demanda directa y que deberían ser captados para conducirlos a este tipo de programas.

Luego hay otros puntos en la propia proposición no de ley, como, por ejemplo, el tema que se aborda en el punto 4, de los preservativos. Realmente ya se han regulado las condiciones técnicas y sanitarias de los mismos, pero lo que usted plantea de su administración en las farmacias con carácter obligatorio es competencia en este momento, según la Ley del Medicamento, de las comunidades autónomas, que todas tienen jurisprudencia en lo que es la ordenación farmacéutica. En este sentido la Dirección General de Farmacia está preparando un documento sobre ordenación farmacéutica que tendrá que someter y proponer en el Consejo Interterritorial de Salud.

En relación con otro tema que usted plantea, los métodos anticonceptivos, le diré que, evidentemente, en este momento todos los métodos anticonceptivos, orales o inyectables, salvo los espermicidas vaginales, son una prestación general farmacéutica. Es verdad que en muchos casos los métodos anticonceptivos, como puede ser el DIU o los preservativos, pueden tener a veces unos precios que a determinados colectivos o grupos sociales les supone un gasto desmesurado. No creo que en estos momentos en que hay que controlar el gasto farmacéutico se pudiera ir, con carácter genérico y universal, a este tipo de prestaciones, pero sí se podría estudiar que sean prestaciones farmacéuticas en casos de necesidad o de niveles de renta que no se lo puedan permitir.

Con respecto al punto 6, ya ha hablado usted de que en esta misma Comisión hubo un debate en el que la portavoz del Grupo Socialista hizo una exposición de cuál era nuestro planteamiento.

En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo diré que es verdad que la cobertura en la sanidad pública es mínima, pero yo creo que es más por una cuestión de cómo está planteada esta misma ley y la carencia de garantía jurídica para los profesionales de la sanidad pública, como hemos visto a veces en determinados juicios, como puede ser el de Pamplona. En ese sentido, mi Grupo cree que la solución, en principio, vendrá por una ley de despenalización del aborto, que genere garantías jurídicas para los profesionales sanitarios, que espero que llegue cuanto antes a esta Cámara.

Con respecto al control de embarazos yo le diría que es una atención que está garantizada en lo que es la atención precoz y el seguimiento de la mujer embarazada, que se efectúa mediante protocolos, contemplándose entre siete y ocho consultas. También tiene la preparación al parto y las visitas domiciliarias en el primer mes del posparto. Evi-

dentemente, lo que hay que conseguir con este programa es una cobertura mayor de la que tiene en este momento.

En cuanto a la prevención del cáncer, existe ya en el Insalud una estructura que hay que organizar para que pueda haber controles de mamografía para las mujeres, pero lo que habrá que decidir entre los profesionales y las personas a las que les afecte, de la forma más consensuada posible, es cuál es el criterio, porque hay quien dice que las mamografías hay que espaciarlas de una manera y quien no comparte esas ideas. Yo coincido con usted en que el cáncer, tanto de mama como de útero, puede ser controlado con una buena política de prevención desde el sistema sanitario público y puede, así, evitarse uno de los factores que causa una mayor mortalidad entre las mujeres.

En relación con las enfermedades de transmisión sexual quiero manifestar que esta cuestión realmente existe en los programas de educación para la salud y que tanto en la atención primaria como en la especializada se produce esta prestación. Lo mismo pasa con la atención al climaterio. Las pacientes se detectan en atención primaria y se derivan a la atención especializada. Respecto a los riesgos de la mujer trabajadora le diría que está elaborándose un proyecto de ley de salud laboral, en colaboración con los interlocutores sociales, que creo que solucionará el problema que usted plantea en el punto 12.

Respecto a las enmiendas que ha presentado la portavoz del PP, yo diría que hay algunas que quizá en redacción o en cuanto planteamiento mejoran y expresan de forma más sencilla lo mismo que plantea la proposición no de ley de Izquierda Unida, sin embargo, hay otras en las que no podemos estar de acuerdo. Un tema, por ejemplo. Yo entiendo que la objeción de conciencia evidentemente es un derecho que no se puede negar y hay que regularla de tal manera que quede claro quién es objetor y quién no lo es —en eso coincido con usted—, pero creo que Izquierda Unida no habla de que la objeción de conciencia no exista, sino de que no conculque los derechos que las leyes reconocen a las mujeres. Es decir, entiendo yo que lo que quiere Izquierda Unida es que se arbitren sistemas para que en la sanidad pública, en las unidades donde se realicen interrupciones voluntarias del embarazo con arreglo a la Ley existente en este momento o a otra más permisiva que pudiera existir en el futuro, se arbitre un sistema por el cual haya siempre personal sanitario no objetor que asegure a las mujeres el ejercicio de sus derechos en la red pública. Así lo entiendo yo.

De todas maneras, aunque el Grupo Popular tiene en sus enmiendas algunos aspectos que yo creo que mejoran y hacen más sencilla la redacción de algunos puntos —en los que puedo coincidir— hay otro en los que no estamos de acuerdo por una cuestión que la portavoz ha ido explicando en sus enmiendas. Nosotros entendemos el planteamiento de la proposición no de ley de Izquierda Unida desde otro análisis y coincidimos más en el planteamiento general que lleva a Izquierda Unida a hacer esta proposición no de ley.

De todas maneras, no vamos a poder votar en bloque ni las enmiendas del Grupo Popular ni la proposición no de ley de Izquierda Unida; lamentamos, evidentemente, que

teniendo un planteamiento general semejante al que, creo, impulsa esta proposición no de ley, al abordar tantas cosas tan diferentes en un solo debate y en una sola proposición no de ley, nos sea imposible llegar a un acuerdo general que nos permita votar conjuntamente con el Grupo de Izquierda Unida.

La señora PRESIDENTA: Para la aceptación o no de las enmiendas presentadas por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora MAESTRO MARTIN: En primer lugar, quisiera reafirmar, a juicio de mi Grupo, la oportunidad de hacer una proposición no de ley que contemple de una manera integral la diversidad de la problemática que afecta a la salud de las mujeres, y todo ello creo que trascendiendo criterios exclusivamente políticos para enmarcarnos dentro del ámbito de lo que son planteamientos de principios de política sanitaria en el ámbito de la salud pública y reconocidos desde hace muchos años.

En cuanto a la enmienda al punto 1, del Grupo Popular, quiero decir que podría aceptarla como enmienda de adición. Me parece que el objetivo del punto número 1 es incrementar la participación de las mujeres en el desarrollo de programas de salud que se refieren a ellas como colectivo social, es decir, añadir a la participación de las mujeres la información a la población femenina, me parece que podría ser algo perfectamente complementario. En cualquier caso, como entiendo que es una enmienda de modificación, y por tanto de sustitución de un texto por otro, me remito a unas recientes jornadas de colectivos femeninos en relación con la participación de la mujer, en cuyas conclusiones, punto 4, se reclama que las organizaciones de mujeres, como agentes sociales, sean interlocutoras en los foros de diálogo social y en los espacios de toma de decisión. Es decir, aquí entramos ya en conceptos de democracia y de participación democrática en los cuales no parece que compartamos planteamientos el Grupo Popular y el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. En cualquier caso, yo entiendo que pasar de la mera información a la participación de los colectivos sociales, en este caso femeninos, es un requisito indispensable para el desarrollo democrático que permita superar una sociedad desarticulada y poco participativa como es la nuestra.

La enmienda al punto número 3, en la que se cuestiona la participación de la atención primaria en el desarrollo de programas de planificación familiar, quiero decir que aquí nos situamos ante planteamientos completamente diferentes. En cualquier caso, el objetivo de Izquierda Unida no es rebajar la calidad de la atención sanitaria, por cuanto se plantea que los programas de atención primaria tengan la adecuada cobertura especializada, lo que sí es evidente es que, en actividades de educación para la salud, en actividades de control hormonal, etcétera, de determinados medios anticonceptivos, puede y debe participar la atención primaria para garantizar la extensión de los programas y la calidad de los mismos. Por otra parte, hay que señalar que la propia Organización Mundial de la Salud plantea la par-

tipificación de personal sanitario no médico tanto en programas de planificación familiar que contemplan la inserción de DIU como en la propia interrupción del embarazo por aspiración; es decir, la propia Organización Mundial de la Salud plantea la formación de personal de enfermería en estas actividades.

Con respecto al punto 6, que se refiere al tema de la píldora abortiva, sinceramente creo que el interés ideológico del Grupo Popular en mantener restringido al máximo el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo les lleva a hacer un salto lógico absolutamente injustificable, por cuanto la utilización de un método concreto, de un instrumento técnico en la interrupción del embarazo es aplicable a cualquier tipo de legislación y, por tanto, a la vigente en estos momentos. También hay que decir que, como es evidente tras la propia lectura de la proposición no de ley, Izquierda Unida no plantea la modificación de la legislación actual en esta proposición no de ley puesto que tiene presentada hace meses, esperando turno en la Cámara, una proposición de ley de plazos que entendemos que se adecua más a las necesidades de las mujeres en este ámbito.

En cuanto a la enmienda al punto 7, yo creo que la Diputada portavoz del Grupo Socialista ha entendido perfectamente lo que nosotros decíamos, cosa que no parece que esté sujeta a interpretaciones difíciles de la propia lectura del punto. Lejos del interés de mi Grupo conculcar el derecho a la objeción de conciencia de ninguna persona, lo que sí pretendemos es que la falta de una intervención por parte de la administración sanitaria, destinada a regular asimismo otros derechos que pudieran verse conculcados por la extensión del derecho a la objeción de conciencia, no se traduzca en impedimento real para que las mujeres hagan uso de sus derechos en la sanidad pública.

El tema de las visitas posparto es un tema absolutamente fundamental en el programa de la mujer; la visita domiciliaria, realizada generalmente por personal de enfermería (que, por otra parte, se está llevando a cabo, sin que haya ningún tipo de problema, por parte de algunos equipos de atención primaria), vistas las condiciones concretas en las que se va a desarrollar tanto en el posparto de la mujer como en el propio desarrollo de los primeros meses de vida del niño en relación con aspectos tan importantes como la lactancia materna o la adecuada alimentación infantil en condiciones de higiene adecuadas, etcétera, supone un instrumento fundamental de conocimiento de la realidad de las mujeres que acaban de tener un hijo y, por tanto, de posibilidades concretas de intervención sanitaria sobre su propia realidad.

En cuanto a la enmienda presentada al punto 9, no sé qué bibliografía científica maneja el Grupo Popular, pero el propio Ministerio de Sanidad y las sociedades científicas de radiología y de ginecoobstetricia identifican en determinadas edades de la vida los mecanismos de «screening» del cáncer de mama, a través de la mamografía, como algo aceptado universalmente en la comunidad...

La señora **PRESIDENTA**: Perdón, señora Maestro, le ruego abrevie, manifestando si acepta o no acepta las enmiendas presentadas, sin entrar en mayores disquisiciones.

La señora **MAESTRO MARTIN**: De acuerdo.

En fin, creo que es aceptado universalmente, y termino con este punto.

Respecto a la enmienda al punto 10, del Grupo Popular, yo no tendría inconveniente en aceptarla, añadiendo, tras la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, la especificación de su tratamiento, aunque yo creo que el mismo concepto de control difícilmente puede entenderse si no incluye el tratamiento de las enfermedades detectadas.

Finalmente, señalar que el desarrollo del programa específico de prevención de riesgos de protección de la mujer trabajadora no tiene por qué esperar a la existencia de una ley de salud laboral por cuanto la propia Ley General de Sanidad contempla en un artículo específico la participación de los servicios sanitarios públicos en la atención de salud laboral, cosa que desgraciadamente está por desarrollar reglamentariamente hasta la fecha.

Por lo tanto, dado que, también sorprendentemente, aunque una de las críticas que se hace a la proposición no de ley es la...

La señora **PRESIDENTA**: No, no repita las críticas, por favor, señoría, y límitese a su aceptación o rechazo.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Estaba haciendo referencia a la condición por parte del Grupo Popular de la aceptación en bloque de enmiendas a una proposición no de ley compleja, justificada en su integridad, pero que el mismo Grupo proponente admite que contempla aspectos diferentes. Mi Grupo entiende que la aceptación de las enmiendas en bloque desvirtuaría el fondo del objetivo de la proposición no de ley.

— **POR LA QUE SE SOLICITA LA CREACION DE UNA PONENCIA QUE ESTUDIE LOS PROBLEMAS DE LOS AFECTADOS POR EL CONSUMO DEL ACEITE TOXICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000079.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la proposición no de ley por la que se solicita la creación de una Ponencia que estudie los problemas de los afectados por el consumo del aceite tóxico. Esta proposición no de ley es presentada por el Grupo Popular del Congreso. Para su defensa, tiene la palabra el señor Villalón Rico.

El señor **VILLALON RICO**: Señoras y señores Diputados de la Comisión de Sanidad, el Grupo Popular ya ha presentado en otras ocasiones otras iniciativas parlamentarias sobre el síndrome del aceite tóxico, y bien tendríamos que decir que, muy a pesar nuestro, presentamos esta nueva iniciativa. Y digo muy a pesar nuestro porque lo que nosotros deseáramos es que este asunto ya estuviera resuelto, ya solamente fuera un triste recuerdo de lo que pasó por la negligencia y por la actuación de unos desaprensivos.

vos y que realmente estuviera ya en la historia de los acontecimientos tristes de nuestro país.

Pero la realidad actual no es así, la realidad actual es cruda, hay que decir que persisten los problemas de índole sanitario, problemas de tipo social, problemas de tipo económico y, en resumidas cuentas, una gran mayoría de los afectados en su momento por el aceite tóxico siguen con problemas de lo que podríamos denominar calidad de vida.

Decía al iniciar mi intervención que esta proposición no de ley, que nosotros presentamos ahora para debate y votación, es una más de las que se han presentado a lo largo de anteriores legislaturas. Hay que recordar que, no solamente por parte de nuestro Grupo sino por parte de otros grupos, desde solicitudes de comparecencias del Gobierno a interpelaciones, desde mociones a proposiciones no de ley, hemos presentado desde diferentes grupos las distintas posibilidades parlamentarias para intentar, por lo menos, esclarecer e incluso ayudar a los afectados por este síndrome, siempre enfrentándonos con lo que ha sido la mayoría socialista en el Congreso de los Diputados. Es por esto que, seguramente, debido a la variedad y a las numerosas intervenciones que ha habido sobre este tema, será difícil que en el debate de hoy aportemos algunos motivos nuevos sobre la situación actual de los afectados por el síndrome del aceite tóxico.

Si es difícil aportar nuevas cuestiones sobre ello, sí que hay que decir que la situación antigua y actual de los afectados en este momento se incrementa por dos hechos básicos: porque los problemas persisten y no se han solucionado y porque se van a cumplir 13 años de aquellos hechos, tiempo más que suficiente para que los ciudadanos que sufrieron las consecuencias de los desaprensivos vieran resueltos sus problemas.

Nosotros nos alejamos de esos posicionamientos y creemos que quedan lejos los tiempos donde, a través de un atentado contra la salud pública, con intoxicación de más de 20.000 ciudadanos españoles, algún Grupo político utilizó la demagogia más cruda para actuar contra el Gobierno existente en ese momento. Nosotros, como decía, estamos lejos de esos posicionamientos. Lo que a nosotros nos lleva a presentar esta iniciativa es plantear las posibles vías de solución para proteger a los afectados, para que se lleven a efecto los acuerdos parlamentarios del año 1984 y para que se liberen todas las trabas que parece que persisten para solucionar estos problemas.

Brevemente, señora Presidenta, voy a explicar un poco los motivos que nos inducen a presentar la proposición no de ley en sí misma. Creo que se podrían resumir en una sola frase, y el resumirlos en una sola frase es abundar en cuestiones ya dichas: no se han solucionado de forma definitiva los gravísimos problemas que afectan a estos ciudadanos. La cantidad y calidad de problemas relacionados en los primeros tiempos, como decía, ahora hace casi 13 años, persisten. La calidad de vida de los ciudadanos está totalmente deteriorada y podemos decir que está muy por debajo de lo que es la media de la calidad de los ciudadanos españoles. Esto que podríamos resumir en una sola frase también podemos concretarlo con exactitud en varios puntos. Y, ¿cuáles son esos puntos? Pues mire, señora Presi-

dent, en el hecho en sí del envenenamiento masivo de los ciudadanos, en que un Estado de Derecho, lógicamente, tiene que dar respuesta satisfactoria a los ciudadanos que viven en ese Estado. Cuando me estoy refiriendo al Estado español en sí no sólo me estoy refiriendo a lo que es el Gobierno de la nación —bien hay que decir que el Gobierno de la nación es el máximo responsable de la situación de estos ciudadanos—, sino que también me estoy refiriendo a otras instituciones y, por lo tanto, dentro de esas otras instituciones, al Congreso de los Diputados, que entendemos que debe canalizar cualquier instrumento posible para solucionar estos temas.

¿Por qué presentamos esta iniciativa? Presentamos esta iniciativa por las gravísimas consecuencias que a lo largo de estos años se han producido: la mortalidad y morbilidad de los ciudadanos. Hay que recordar que son casi mil personas, mil ciudadanos los que han fallecido por causa directa del envenenamiento; hay que recordar, como decía antes, que son el resto, 19.000 ciudadanos españoles, los que tienen una disminución en su calidad de vida desde el punto de vista sanitario, de la educación, económico, social, en resumidas cuentas, de lo que es el conjunto de la vida de un ciudadano en nuestro país. Por supuesto, aquel envenenamiento fue, además, causa que provocó otras enfermedades secundarias al envenenamiento en sí y que también ha producido la muerte de otros ciudadanos.

¿Por qué presentamos esta iniciativa? Pues presentamos esta iniciativa porque tenemos conocimiento de que no se han terminado las investigaciones científicas en relación con este tema. Seguramente es conocido por todos que diferentes universidades americanas, que universidades de otros países europeos siguen investigando este acontecimiento, mitad científico, mitad de especulación, que, en resumidas cuentas, ha jugado con la vida de unos ciudadanos. También, como decía antes, porque los acuerdos de las Cortes Generales, tanto en aquella moción que se aprobó en el Senado como en otra moción origen de una interpelación que se aprobó en el Congreso en el año 1984, creemos que no se han cumplido y, además, se han descuidado parcelas importantes en lo que es la vida de estos ciudadanos españoles, vuelvo a insistir, sobre todo en materia de educación y sanitaria, además de lo que es el control parlamentario. En resumidas cuentas, lo que se consideró en su momento de gran trascendencia social, en estos momentos no se ha elaborado.

También es motivo fundamental la situación de los afectados, la situación de estas personas, que consideramos dramática después de los años transcurridos. Y muchas veces no hay mejor muestra para explicar las palabras de una persona que poner el ejemplo, como se dice, el botón de muestra de las manifestaciones propias de algunos de los afectados. Coincidiendo con esta iniciativa que ahora defendemos, nuestro Presidente Aznar ha recibido recientemente una carta de un ciudadano de la provincia de León. Es una carta con la que a uno se le ponen los pelos de punta cuando esta persona explica su situación personal, desesperada, de incredulidad ante lo que le está pasando y ante la poca defensa por parte de los poderes públicos de su situación. Es un ejemplo que nosotros tenemos

—aquí tengo la carta por si quieren disponer de ella la señora Presidenta de la Comisión o el resto de los miembros de esta Comisión—. Esa es la situación de la generalidad de las personas, de los hombres y mujeres que fueron afectados, que fueron intoxicados. Podríamos considerar que la situación actual de este grupo de personas es de injusticia social en un Estado que se llama social y de derecho.

¿Cuál es el motivo por el que nosotros presentamos esta proposición? Por lo que le decía antes, porque si nos consideramos que formamos parte de un Estado social, de un Estado de derecho democrático, y nos hemos dado instrumentos a través de la vía legislativa para cuidar de la salud de los ciudadanos españoles, para mejorar su calidad de vida, por ejemplo, me puedo referir a la Ley de Protección de los Consumidores, a la Ley General de Sanidad o incluso a la Ley de leyes nuestra, que es la Constitución, eso lógicamente lo tenemos que llevar a efecto. Señora Presidenta, fíjese, incluso sin echar mano de todos estos argumentos legales que tiene el pueblo español, utilizaría en este caso, si usted me apura, lo que podríamos llamar la ley natural y la ley natural no es otra cosa que el prestar auxilio, apoyo y solidaridad, entre todos aquellos que lo podemos hacer, a los más debilitados, a los que tienen menos armas para combatir por lo que podríamos denominar los grandes derechos de la humanidad. Estos son los motivos, las causas que nos han llevado a presentar esta iniciativa.

Para terminar, señora Presidenta, ¿por qué dentro de la iniciativa planteamos la existencia de una ponencia? Podríamos haber hecho la proposición no de ley con otro texto, pero nos hemos inclinado a presentar esta iniciativa para que se constituya una ponencia dentro del seno de esta Comisión por la experiencia parlamentaria anterior. Hemos visto que diferentes iniciativas parlamentarias, diferentes acuerdos tomados, al final no se han ejecutado —como decía antes—, y, además, creemos que a través de esta ponencia utilizamos las herramientas o el vehículo más adecuado para intentar dar satisfacción a los afectados y solucionar los conflictos entre las diferentes partes o por lo menos para satisfacer plenamente las necesidades de estos ciudadanos, para que los afectados tengan vía de expresión, y cuando consideramos a la Cámara, al Congreso de los Diputados, como la vía de participación ciudadana, que dicha vía de participación ciudadana no sólo sea a través de los Diputados y Diputadas de la Cámara, sino que en casos muy específicos, muy concretos, como pueden ser éstos, sean los mismos afectados, entre otras personas, los que puedan acudir a esta Comisión y expliquen directa y oficialmente qué es lo que ellos consideran que no se ha solucionado y cuáles son las posibilidades de hacerlo, para que los diferentes niveles o estamentos de la Administración expliquen sus planteamientos y sus posturas que muchas veces conocemos a través de la prensa, donde existe el debate entre los afectados e incluso entre algún grupo social que les está ayudando, aunque por otro lado la Administración dice que lo que cuentan los afectados no es así y que sí se están cumpliendo todos los requisitos de tratamiento en este caso; y para que al final haya una sensación de protección —creo que es lo que denominaría el gran determinante de esta proposición no de ley—, sensa-

ción de protección por parte de los afectados para que estas situaciones de desamparo no se vuelvan a dar y, por supuesto, se solucionen sus problemas.

Ya termino, señora Presidenta, diciendo que la conclusión por la que nosotros llegamos a esto, por la que presentamos la proposición no de ley y por la que consideramos que se debe constituir una ponencia es por ser —como decía antes— el Estado de derecho el baluarte de protección y de las libertades de los ciudadanos. Estamos formando parte de una estructura multinacional, como es la Unión Europea, y quiero recordar para que nos sirvan de ejemplo, a otros países en los que ha habido tragedias o desgracias colectivas.

La señora **PRESIDENTA**: Le ruego concluya, señoría.

El señor **VILLALON RICO**: Hace poco salía a relucir una cuestión que algunos de ustedes recordarán, como es el problema de la talidomida en las embarazadas, en su momento, con gravísimas repercusiones. Esos Estados, creo recordar que eran Bélgica y Holanda, han mantenido una postura de ayuda indefinida a todos aquellos afectados. Nosotros, lógicamente, si estamos en esa estructura, debemos compartir también sus planteamientos. Al final del siglo XX, entrando en lo que parece que va a ser el desarrollo del mundo moderno en el siglo XXI, no podemos dejar de lado a los afectados por el síndrome tóxico.

Por todo ello, solicito a las señoras y señores Diputados de esta Comisión, a todos los grupos parlamentarios, que apoyen nuestra proposición no de ley, que apoyen la constitución de esta ponencia, con un fin único, el de dar soporte y apoyo a los afectados, y que no hagamos nuestra aquella manifestación política de Henry Adams —cínica creo yo—, que ya he señalado en otras ocasiones, donde decía que la política práctica consiste en ignorar los hechos.

Nosotros, señora Presidenta, no podemos ignorar los hechos, debemos ser conocedores de la realidad y apoyo de nuestros ciudadanos y, por tanto, pido el apoyo a esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: A esta proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, para cuya defensa tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Mi Grupo, como es bien conocido en la anterior legislatura, comparte la preocupación del Grupo Popular, que se ha manifestado a través de esta proposición no de ley, por lo que estamos de acuerdo en la pertinencia de la misma. El largo calvario de los afectados del síndrome tóxico, que —como señalaba el interviniente del Grupo Popular— va a cumplir próximamente trece años, desde el envenenamiento masivo por el aceite de colza, no ha sido algo ajeno en las intervenciones en este Parlamento. Desde el primer momento este Parlamento conoció —como en mi opinión era su obligación— de la situación de estas personas y propuso determinadas

medidas, complejas e integrales, para abordar el problema en toda su magnitud y en todas sus consecuencias. Sin embargo, la realidad palmaria es que las administraciones públicas, los ministerios, los gobiernos que se han sucedido desde el año 1981 —aunque es verdad que son todos del Partido Socialista— no han implementado medidas adecuadas y suficientes para que el tema se abordara adecuadamente. Es conocido de todos que aún no existe un registro de la globalidad de los afectados; que los afectados denuncian con pruebas concretas la insuficiencia de las medidas de protección e integración social que se están llevando a cabo y las insuficiencias en materia sanitaria, aspecto éste que en opinión de mi Grupo está deteriorándose en este momento, lejos de avanzar. Tanto los afectados como el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida estuvieron de acuerdo, cuando se planteó la reforma de la atención primaria, en la desaparición de unidades específicas de seguimiento de los afectados del síndrome tóxico para incluir su atención integral en los nuevos equipos de atención primaria. Pues bien, la situación hasta este momento, trece años después de que se produjera la tragedia, es que, según datos del propio Ministerio de Sanidad referidos al cuarto trimestre del año 1993, el grado de seguimiento de afectados por protocolos específicos del síndrome tóxico, elaborados por el FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias), es de una insuficiencia notoria. Es decir, no supera el 20 por ciento en el mejor de los casos, y además se da la curiosa circunstancia de que en el único caso en el que se supera este porcentaje y llega hasta el cien por cien el número de afectados seguidos por estos protocolos, se refiere a un universo de dos personas. El Ministerio de Sanidad, curiosamente, y alterando todas las leyes del álgebra que evidentemente son aplicables al caso, suma ese cien por cien que afecta a dos personas con respecto a otros porcentajes que afectan a universos mucho mayores y llega a la conclusión, para ellos satisfactoria, de que el colectivo de personas afectadas seguidas por protocolos específicos es del 21 por ciento. Evidentemente, esta cifra es mucho menor, pero aun imaginando que las leyes del álgebra no existen y que las cifras del Ministerio son correctas, es inaceptable que a estas alturas solamente el 21 por ciento de la población estuviera seguida por protocolos específicos.

Otro de los datos que evidentemente sustenta la opinión de mi Grupo y que ha llevado a la presentación de la enmienda que planteamos al Grupo Popular es la trayectoria inacabable del procedimiento judicial. No voy a cansar a SS. SS. con las incidencias particulares, pero quiero decirles que el Juzgado Central de Instrucción incoa el sumario en junio del año 1981. A finales del año 1983 se acuerda su remisión a la Sección Segunda de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional. En el año 1985 el Juzgado Central de Instrucción número 1 acuerda el sobreseimiento provisional de la causa sin haber practicado ni una sola diligencia de investigación desde que se incoó la correspondiente instrucción del sumario. En septiembre de 1985 se emite un nuevo auto ordenando la reapertura de la causa. En el año 1990 el Ministerio Fiscal pide el sobreseimiento de la causa, y a partir de aquí hay un largo rosario de intervenciones por parte de los acusados, de recursos de forma, de

recursos de queja, de nulidad, etcétera, que sistemáticamente son desestimados y sobreesidos, pero que han producido el hecho de que hasta este momento no haya concluido la instrucción del sumario seguido sobre los altos cargos de la Administración implicados en la producción de los hechos que tuvieron como consecuencia el envenenamiento masivo. Esta Diputada conoce perfectamente la independencia del Poder Judicial que nuestra Constitución defiende y ampara, pero también entiende que es de aplicación el artículo 24 de la misma, que reconoce el derecho de todas las personas, de todas las ciudadanas y ciudadanos españoles, a la tutela judicial efectiva y a un proceso público sin dilaciones indebidas que, a todas luces, podrían estarse produciendo en este proceso.

No es la intención de mi Grupo Parlamentario —como aquí se ha dicho— hacer una utilización política con intereses partidistas de la tragedia, de la inseguridad y de las deficiencias en cuanto a la calidad de vida y a su salud que está padeciendo un colectivo de ciudadanos como resultado de una actitud asesina por parte de unos empresarios aceiteros, con la connivencia, por acción u omisión, de responsables entonces de la Administración sanitaria, pero sí entiende, y por eso compartimos en lo fundamental la pertinencia de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, que esta situación no puede prolongarse, que es evidente que por parte de las diversas administraciones implicadas no se están tomando medidas suficientes para que este problema se resuelva adecuadamente. Por tanto, hemos planteado una enmienda a la proposición no de ley del Grupo Popular, con la que, compartiendo el fondo y la oportunidad de la creación de una ponencia, pretendemos ampliar sus objetivos y definir sus plazos, entendiendo que el objetivo no es académico ni supone crear una ponencia que pueda profundizar desde el punto de vista científico en los avatares del síndrome tóxico, sino que el objetivo es plantear soluciones eficaces a los problemas, por lo cual —insisto—, los plazos son consustanciales a la propia esencia de la enmienda y —entiendo— al objetivo de la proposición no de ley del Grupo Popular. Por consiguiente, lo que se pide es crear, en el plazo de un mes, una ponencia mixta Congreso-Senado que en un período de tiempo no superior a tres meses elabore un informe acerca de los diferentes aspectos relacionados con el síndrome tóxico, especialmente los relacionados con las indemnizaciones derivadas de la sentencia contra los empresarios aceiteros. La ponencia —como entendemos no puede ser de otra manera, hecho que, de no ser así, también desvirtuaría el objetivo de la enmienda y de la proposición del Grupo Popular, me atrevo a afirmarlo— debe tener en cuenta de forma especial la información y valoraciones procedentes de las organizaciones de afectados; asimismo, la citada ponencia valorará la pertinencia de recomendar la creación de una comisión mixta Congreso-Senado que, con la participación de las organizaciones de afectados, proponga medidas concretas para la resolución de los problemas pendientes en relación con el síndrome tóxico.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean intervenir?

Por el Grupo Parlamentario de Socialistas Vascos, PNV, tiene la palabra... (**Risas. Rumores.**) Perdone el *lapsus*, señoría. Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarria.

El señor **GATZAGAETXEARRIA BASTIDA:** Señora Presidenta, queda perdonada, queda disculpada, porque entendemos que en labores de la Presidencia es lógico que se produzcan *lapsus* de esta índole.

Entrando al fondo de la cuestión, a nuestro Grupo Parlamentario le parece oportuno el planteamiento que hace el Grupo Popular. Creo que se han fundamentado con bastante soporte y con bastante lógica las razones de la presentación de la proposición no de ley.

Nosotros queríamos incidir en la política que el Gobierno ha seguido de las ayudas, en la asistencia sanitaria, social y de Seguridad Social. Entendemos que, al fin y al cabo, el Gobierno también está realizando, en la medida de lo posible, todo lo que puede a favor de estos colectivos, y creemos que la ponencia, en definitiva, puede ayudar a que analicemos y profundicemos en la problemática de este sector, sin perjuicio de que el Gobierno esté desarrollando su propia política.

Se ha hablado también sobre la problemática que se suscita con el sumario todavía pendiente. Nosotros hemos estado en contacto con el juez D. Carlos Bueren, tuvimos ocasión de entrevistarnos con él para conocer el estado en que se encontraba el sumario penal, y a la vista de la información que allí se nos ha dado, vemos que el asunto puede ser muy largo, porque la situación jurídica y los instrumentos que cada una de las partes está utilizando a la hora de llevar a cabo el juicio hacen que se dilate enormemente. Como es lógico, cada uno está utilizando sus propias armas; están utilizando, tanto la acusación como la defensa, armas legales y armas que no podemos de ninguna manera criticar, puesto que forman parte de los instrumentos procesales que el ordenamiento jurídico prevé para las partes en un juicio. Sin embargo, también vemos que, judicialmente, la solución va a ser difícil, puesto que, en su día, si se llega a una determinación de los daños y perjuicios y a su reconocimiento en sentencia firme, puede suponer demasiado tiempo, por lo que habrá personas —como está ocurriendo— que hayan fallecido para entonces.

Por tanto, nuestro Grupo Parlamentario hace una valoración ponderada sobre lo que ha expuesto el Grupo Parlamentario Popular y también sobre la política que está llevando a cabo la administración sanitaria y de Seguridad Social del Gobierno central. Estimamos que es oportuno y nos parece pertinente que, en su caso, la ponencia determine qué ámbitos va a tener, puesto que hay una investigación judicial y, a nuestro juicio, hay asuntos en los que no podríamos entrar. Nos parece oportuno y sensato que se realice un análisis del estado en que se encuentra este colectivo de más de 20.000 personas afectadas y creemos que es de justicia social atender una demanda que hay en este momento en la sociedad española. Por tanto, nuestro Grupo Parlamentario va a apoyar, de conformidad con las valoraciones que he efectuado, la proposición no de ley presentada por el Partido Popular.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA:** Señoras y señores Diputados, este tema, como las señorías que han estado en otras legislaturas saben, ha tenido trámites parlamentarios de todo tipo, y el Parlamento se ha manifestado en Pleno dando sus orientaciones al Ejecutivo. Mi Grupo va a oponerse a la creación de esta ponencia y lo va a hacer por las razones siguientes. Primero, mi Grupo cree que no debe utilizarse política ni periodísticamente a este colectivo que arrastra la tragedia de su enfermedad desde hace mucho tiempo, como aquí se ha dicho. Segundo, la creación de una ponencia con las características tan abiertas que se proponen aquí hoy facilitaría precisamente eso, el desfile de todas las organizaciones —que no es una sola, son distintas organizaciones— de afectados, las noticias periodísticas y la publicación, probablemente, de cartas como las que pueden haber recibido el responsable de Sanidad o el responsable del Partido Popular, el Presidente, señor Aznar, y que ha trasladado a su portavoz aquí, lo cual daría la sensación de que estamos utilizando, incluso en contra de la voluntad de los grupos, a este colectivo que no tiene más que una aspiración que después mencionaré. Por tanto, nos oponemos a ello, nos oponemos en esta Comisión y este portavoz se ha opuesto cuando estas personas me han venido a ver, porque igual que a todos ustedes, nos han venido y nos vienen a ver sistemáticamente para recordarnos su situación, y yo les he dicho textualmente que éste es un problema no del Legislativo sino del Ejecutivo, y el Ejecutivo tiene medios para intentar la solución de sus problemas en las dos vertientes que ellos reclaman. Lo que pasa es que no coincidimos con los criterios del Ejecutivo y de ellos. El Ejecutivo dice que uno de los aspectos de asistencia está cubierto y otro de los aspectos que ellos reclaman no lo está por razones jurídicas, pero les hemos dicho a ellos, repito, lo que estamos diciendo en este momento aquí. Creemos, por otra parte, que éste no es precisamente el mejor momento para hablar de esta situación, porque a pesar de lo que acaba de decir el portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, es verdad que el juez Bueren ha acabado en principio la instrucción del expediente y parece que el tema puede entrar en una vía más rápida —que no digo rápida, digo más rápida— de solución en el terreno jurídico.

En cualquier caso, en las intervenciones que se han producido aquí hasta ahora yo encuentro a faltar que se contemple el problema con profundidad. Todas las organizaciones que les han visitado a ustedes y a mí como problema de fondo no presentan el problema del registro ni el de la asistencia sanitaria; hay detalles de registro y hay detalles sanitarios, pero el problema de fondo, y hablemos claro, es el problema de las indemnizaciones, éste es el problema que nos plantean, y yo les insto a ustedes, a los que quieran seguir en este debate, a que cuantifiquen cuál es el porcentaje de las indemnizaciones, que hagan un plazo de amortización de esas indemnizaciones y que digan de dónde salen y cómo, para poderse lo decir a los damnificados, porque esto es lo que ellos quieren saber.

Los damnificados saben que hay una sentencia de unos industriales que están condenados en la cárcel y que son insolventes y lo que pretenden, lógicamente, es que haya el segundo juicio en el que se implique al Estado, que se le haga responsable subsidiario y se abonen las indemnizaciones. Esto es lo que pretenden en el fondo los damnificados, y tienen razón para pedirlo; lo que pasa es que opino que no tiene menos razón la institución cuando dice: ya lo haremos, pero necesitamos tener la garantía jurídica, porque ese dinero que utilizamos no es dinero del Gobierno, es dinero de todos los ciudadanos, que tienen tantos derechos a que se administren bien sus dineros como los propios damnificados a que se les paguen sus indemnizaciones. Ha habido ofertas concretas de indemnizaciones —y tampoco se ha dicho aquí— a los damnificados, ofertas que no han sido aceptadas porque consideraron que no eran aceptables. En esa línea podría seguirse.

Yo creo que nosotros tenemos varias posibilidades. El registro sanitario no es correcto, dice el portavoz del PP, y ni siquiera se han acabado los estudios. ¡Qué más quisiéramos todos y qué más quisieran los que están investigando que haber acabado los estudios y haber sabido de dónde procede el drama de la intoxicación! Ya quisiéramos que eso ocurriese, pero parece que los científicos no han acabado su trabajo; dejémosles que lo acaben.

Finalmente, como SS. SS. ven, me opongo —y quiero concretarlo porque todos utilizamos los argumentos como nos parece, y es lógico que sea así— a la creación de esta ponencia porque la creo inútil, y SS. SS. también lo saben. Sus señorías saben que una ponencia de esta naturaleza acabaría haciendo, ¿qué? Una recomendación al Ejecutivo, que no le vincula, porque al Ejecutivo le vincula la ley pero no una recomendación. Bien, hagamos otra cosa: si ustedes tienen pruebas de que no hay un registro adecuado, no hay una atención adecuada sanitaria, instemos al Gobierno, hagamos venir a los Ministros implicados y digámosles que eso se haga, pero hagámoslo con un proposición de ley, hagámoslo de una manera distinta a la creación de una ponencia que, como todos ustedes saben es una manera simplemente de alargar los temas y, en todo caso, de darles una plataforma publicitaria, pero, difícilmente podrá resolver el problema que es exactamente lo que quieren los damnificados, que se les resuelvan sus problemas. Y no vale hacer discursos sentimentales que todos podemos hacer. No vale decir que la calidad de vida de este colectivo tiene muchos déficit porque lo sabemos y lo saben. Lo que vale es dar vías de solución, soluciones concretas y las sabemos y están cuantificadas, más o menos, y el Parlamento ya se ha manifestado muy concretamente y el Ejecutivo tiene la palabra.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Frías.

La señora **FRIAS NAVARRETE**: Mi Grupo comparte los argumentos que acaba de exponer el portavoz de Convergència i Unió y por tanto voy a intentar no repetirlos. Nosotros también consideramos innecesaria la creación de esta ponencia fundamentalmente por lo que se dice en el

mismo texto de la proposición no de ley. El Grupo Popular se basa en que los acuerdos adoptados en mayo de 1984 por el Congreso de los Diputados y las recomendaciones de la OMS no se han cumplido en su totalidad, sobre todo porque no hay una relación total y detallada de los afectados, ya que está todavía pendiente de realizar.

Quiero indicar a SS. SS. a este respecto que las recomendaciones de la OMS, en relación con la investigación, se han cumplido escrupulosamente, máxime si se tiene en cuenta que la dirección de la investigación sobre el síndrome tóxico la ostenta una comisión mixta OMS-Fondo de Investigaciones Sanitarias que coordina y supervisa todo el trabajo científico que se desarrolla, tanto en el

Fondo de Investigaciones Sanitarias como en el resto de la comunidad científica. Todas las líneas de investigación propuestas por esa comisión mixta OMS-FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias) se están realizando, con resultados, por supuesto, a veces negativos, otras veces positivos y prometedores en relación con el conocimiento científico tanto epidemiológico como clínico y etiológico de la enfermedad.

Respecto al censo de afectados el único censo existente es el que se elabora por la oficina de gestión del síndrome tóxico. Este censo no es un censo cerrado, sino abierto, es decir, al que se incorpora o se pueden incorporar personas que sean calificadas como afectadas por los servicios sanitarios del Instituto Nacional de la Salud mediante un informe vinculante. Esta resolución de inclusión o exclusión en este censo puede ser impugnada por vía jurisdiccional ante los juzgados de lo Social.

En cuanto a los acuerdos aprobados por unanimidad en esta Cámara en mayo de 1984 y que dieron lugar a dos decretos por los que los Ministerios de Sanidad y Trabajo debían llevar a cabo actuaciones y medidas a desarrollar con este colectivo se están cumpliendo. Así, por lo que respecta al Ministerio de Sanidad y los datos remitidos por este Ministerio con fecha febrero de 1994, afirman que el 60 por ciento de los afectados son atendidos en equipos de atención primaria y el 40 por ciento en unidades de seguimiento, hecho condicionado al compromiso adquirido con la Dirección General de Ordenación de la Investigación y Formación de mantener abiertas dichas unidades a fin de favorecer algunas líneas de investigación que este organismo tiene en marcha.

El seguimiento clínico de los pacientes afectados se realiza mediante un protocolo específico, dada su consideración como grupo de riesgo, protocolo también utilizado por los equipos de atención primaria y que son evaluados periódicamente por el Instituto Nacional de la Salud. Durante 1993, se han incorporado a la tarjeta individual sanitaria las características diferenciales que permiten identificar a este colectivo.

En relación con las prestaciones farmacéuticas de estos usuarios, y tras la entrada en vigor del Real Decreto 83/1993, sobre financiación selectiva de medicamentos y la Orden Ministerial que lo desarrolla, el Instituto Nacional de la Salud dictó instrucciones concretas sobre prescripción y dispensación de especialidades farmacéuticas excluidas de la financiación del Sistema Nacional de Salud

y que usan estos afectados, instrucciones transmitidas a todas las direcciones provinciales, al Instituto Nacional de la Salud, al Consejo General del Colegio de Farmacéuticos y a los servicios de Salud transferidos.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social también ha dado cumplimiento a todos los acuerdos adoptados por el Pleno del Congreso el 23 de mayo de 1984 y, a través de la Oficina de Gestión de Prestaciones Económicas y Sociales del Síndrome Tóxico, se lleva a cabo con regularidad la gestión de dichas prestaciones. Se mantiene, además, un diálogo permanente y fluido con las distintas asociaciones de afectados mediante frecuentes reuniones con sus representantes. En este marco se integran las actuaciones de este Ministerio, actuaciones encaminadas a la reinserción social de los afectados, que no voy a enumerar. Me remito a la comparecencia del Ministro de Trabajo ante la Comisión de Política Social y Empleo, del 29 de mayo de 1991, en la que informó sobre la aplicación y actualización de todas estas actuaciones.

En consecuencia, señorías, y por encima de las diferentes apreciaciones sobre el grado de cumplimiento de los acuerdos y de las medidas puestas en marcha por el Gobierno, debemos señalar con claridad que se están cumpliendo los acuerdos adoptados y las actuaciones previstas; que no estamos ante un colectivo desprotegido; que mi Grupo y el Gobierno mantienen la disponibilidad clara y abierta, mediante el diálogo con los afectados y sus asociaciones, a revisar y corregir cualquier aspecto del vigente sistema de protección, a fin de subsanar posibles carencias. Mi Grupo, como todos los de esta Cámara, así como el Gobierno, se siente solidario con este colectivo y está comprometido con él mientras siga necesitando protección.

¿Para qué la Ponencia, si el único problema pendiente, como se ha señalado aquí por los diversos intervinientes, que queda por resolver es el de las indemnizaciones, y éste no lo puede resolver una Ponencia? En este asunto no cabe sino repetir la posición manifestada reiteradamente por el Gobierno, en el sentido de que el pago de tales indemnizaciones tiene que ser respuesta a una decisión judicial, en la medida en que el Estado administra recursos de todos los españoles y, por consiguiente, tiene que estar sometido a los principios de la ley y del derecho. El Gobierno entiende que sólo debe abonar las indemnizaciones cuando exista una sentencia firme de condena al Estado que así lo determine y en la cuantía que en la misma se señale.

Por todo lo expuesto, señora Presidenta, señorías, no consideramos necesaria ni oportuna la creación de dicha Ponencia.

La señora **PRESIDENTA**: Para manifestar su aceptación o rechazo de la enmienda presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Nosotros tenemos que manifestar lógicamente que algunas de las intervenciones que se han producido...

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, le recuerdo que se centre en el tema para el cual tiene la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Brevemente, para que me sirva de introducción a la aceptación de la enmienda.

Algunas de las intervenciones que aquí hemos escuchado ponen de manifiesto lo que se hacía en otros tiempos, que había una gran discordancia entre lo que se llama la España oficial y la España real, entre lo que es la vida diaria de los ciudadanos y los que están en ciertos estamentos de las administraciones públicas; viven, por lo que se ve, en dos mundos diferentes. Yo estoy en contacto con los afectados y cuentan cosas totalmente diferentes de lo que han manifestado algunos de los diputados en este momento.

Dos cosas, señora Presidenta. Si un grupo parlamentario dice que hay otras vías de solución para los problemas de los afectados, nosotros pedimos que las planteen, que nosotros las apoyaremos.

Tengo que remitirme a la atención sanitaria. La atención sanitaria en concreto a este grupo de ciudadanos es deficiente, tanto desde el punto de vista del seguimiento, como en lo concerniente a los equipos médicos que atienden a los afectados...

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, le insisto, céntrese en la aceptación o rechazo de la enmienda.

El señor **VILLALON RICO**: Me llama la atención el malabarismo o equilibristismo político que hacen ciertos grupos parlamentarios en esta Cámara... (Rumores.)

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, ¿acepta o no acepta la enmienda?

El señor **VILLALON RICO**: Me resultan increíbles los planteamientos que hacen...

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, no me obligue a repetirle la palabra, ¿acepta o no acepta la enmienda?

El señor **VILLALON RICO**: Para terminar, aceptamos la enmienda del Grupo de Izquierda Unida.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A CONSTITUIR, EN EL PLAZO MAXIMO DE UN MES, UN COMITE CONSULTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC. (Número de expediente 161/000082.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a constituir, en el plazo máximo de un mes, un Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud.

Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Para su defensa, tiene la palabra la señora Maestre.

La señora **MAESTRO MARTIN**: La historia de la existencia de la Ley General de Sanidad, como en algún

otro aspecto de la legislación vigente, en algunos casos es más que dudosa. La Ley General de Sanidad, como ustedes bien saben, plantea un cambio de modelo que ni está financiado, ni, en muchos casos, corresponde a la voluntad política del Gobierno ni a las líneas generales de política sanitaria que, no en la teoría, sino en la práctica se llevan desarrollando. Tan es así que la Ley General de Sanidad es una bella inútil en la medida en que la mayoría de los casos no se ha adoptado desarrollo reglamentario alguno de los preceptos que en ella se establecen. Por otro lado, la inexistencia de una ley de financiación y la ausencia de voluntad política del Gobierno de llevarla a cabo por la vía presupuestaria anual, convierten a los objetivos políticos de la Ley General de Sanidad en algo parecido al ataúd de Mahoma suspendido entre el cielo y la tierra.

Sin embargo, hay aspectos concretos, como este que pretende abordar la proposición no de ley que defiendo. En la medida en que no suponen elementos fundamentales de modificación de la política sanitaria, ni dotación presupuestaria para su realización, el que a estas alturas, desde el año 1986, no exista el comité consultivo del Sistema Nacional de Salud, refleja con una evidencia que no es fácil encontrar de manera tan clara en otros aspectos de la Ley General de Sanidad, el que por un lado está la ley y por otro la realidad de la política sanitaria que está respondiendo a otros principios no explicitados pero bien diferentes de los que se recogen en la Ley General de Sanidad.

La creación del comité consultivo vinculado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se contempla en el artículo 47.5. En el año 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad, pero no es hasta el 11 de diciembre de 1992 cuando se emite el Real Decreto 1.515 que establece la creación del citado comité consultivo, así como sus competencias, composición y funciones. La realidad es que hasta la fecha no se producido su constitución.

Quiero decir que las ideas y los planteamientos políticos de Izquierda Unida acerca de la forma de desarrollar la participación de la población, de los colectivos sociales en la asistencia sanitaria, no circula por los mismos derroteros del artículo 47.5. En nuestra opinión, y como he manifestado en la proposición no de ley anterior, la capacidad decisoria de los colectivos parece un contenido indispensable para que se pueda hablar de participación real y no de mera participación anecdótica o decorativa.

Sin embargo, con realismo aceptamos y defendemos los avances que en esa dirección pudieran darse y, por tanto, entendemos injustificable que este comité consultivo del Sistema Nacional de Salud no se haya constituido hasta la fecha. Por ello, la proposición no de ley es tan simple como instar al Gobierno a constituirlo en el plazo máximo de un mes, porque entiendo que SS. lo aceptarán como suficiente, ya que todas las medidas reglamentarias están adoptadas. El que hasta la fecha no se haya constituido responde exclusivamente, en mi opinión, a factores de voluntad política que esta proposición no de ley pretende apoyar en un sentido determinado.

Quiero decir finalmente que esta dilación indebida en la constitución de los órganos de participación no se refiere solamente al comité consultivo del Sistema Nacional de

Salud, sino que se refiere también a órganos de participación hospitalaria, a órganos de participación en áreas básicas de salud. Entendemos que la existencia del comité consultivo podría agilizar y llevar a la práctica instancias de participación que o bien no existen o bien están funcionando poco menos que al ralentí.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa**.)

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarria.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Señora Presidenta, voy a fijar la posición del Grupo Vasco respecto a la proposición no de ley presentada por Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya que nuestro Grupo va a apoyar.

El artículo 47.5 de la Ley General de Sanidad crea un instrumento en el seno de una organización pluriadministrativa, como es el Consejo Interterritorial, que es el que diseña la política sanitaria entre las diferentes administraciones públicas. Consideramos que la ausencia de constitución de este órgano consultivo del Consejo Interterritorial quizás sea debida a problemas de orden interno de las diferentes administraciones sanitarias y colectivos que tienen que determinar y fijar sus representantes de conformidad con lo previsto en el artículo 2.º del Real Decreto 1.515/1992, puesto que hay una representación de asociaciones empresariales, organizaciones de consumidores y organizaciones sindicales.

Por el conocimiento que tenemos nosotros, las diferentes administraciones públicas sanitarias con responsabilidades en la materia han efectuado ya en la reunión del último Consejo Interterritorial que fue, creo recordar, a finales de 1993, el diseño de nombramientos de estas administraciones. El problema puede estar en los diferentes representantes de sectores sociales, de consumidores y usuarios, sindicatos y asociaciones empresariales. El Gobierno en definitiva tampoco podría, en su caso, proceder a la constitución en regla y en forma del órgano consultivo en la medida en que no existen designados representantes. Nuestro Grupo sí instaría al Gobierno a que, en la medida de lo posible, recabe de estas asociaciones que deben tener su representación en el órgano consultivo que, con la mayor brevedad posible, designen sus representantes para que entre en funcionamiento el órgano consultivo del Consejo Interterritorial.

Con esas consideraciones, vamos a apoyar la proposición no de ley del Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

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

El señor **CARDONA I VILA**: Señora Presidenta, señoras y señores Diputados, voy a fijar la posición de nuestro Grupo en este caso.

Como se ha dicho, la Ley General de Sanidad prevé la creación de este comité consultivo y a su vez, tal como co-

responde al desarrollo reglamentario de esta Ley, en el Real Decreto de 11 de diciembre de 1992 se recogió la composición y funciones de este comité consultivo.

El tiempo transcurrido desde el 11 de diciembre de 1992, que de hecho ha retardado la constitución de este comité, podría ser debido a la elección de los representantes, tal como ha dicho el portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra, puesto que, en el artículo 2.º, que trata de la composición de dicho comité consultivo, está previsto que sean seis representantes designados por las organizaciones sindicales que hayan obtenido la condición de más representantes, seis representantes designados por las organizaciones empresariales que gocen de capacidad representativa, seis representantes de las organizaciones de consumidores y usuarios que a tal efecto designe el Consejo de Consumidores y Usuarios, y dieciocho representantes de las administraciones públicas presentes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y distribuidos de la forma siguiente: nueve en representación de la Administración del Estado y los nueve restantes en representación de las comunidades autónomas. El tiempo transcurrido para que las organizaciones sindicales, empresariales o las de consumidores y usuarios no hayan elegido a sus representantes, no nos parece motivo suficiente para ese retraso. En cualquier caso, no puede entorpecer la constitución de un comité consultivo que nosotros entendemos necesario y que, como decimos, contempla la Ley General de Sanidad.

Por estas razones, si no se nos dan justificaciones, nosotros votaríamos a favor de la creación de este comité consultivo del Sistema Nacional de Salud, a no ser que su constitución sea ya inminente.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: Sin lugar a dudas, la primera observación que me viene a la cabeza en relación con esta proposición no de ley es que resulta un tanto decepcionante que, una vez más, los grupos parlamentarios, en este caso Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tengan que recurrir a una iniciativa de estas características, que tiene un carácter vinculante en lo político y no tanto en lo jurídico, para que el Gobierno desarrolle una serie de preceptos contenidos en una ley tan importante para la sanidad como es la Ley General de Sanidad. Decepcionante y preocupante por lo que evidencia, desde nuestro punto de vista, de desinterés, de falta de compromiso y, yo diría también, de falta de confianza en el alcance y en las propias posibilidades de una Ley como ésta, que los socialistas generaron con muy poca voluntad de acuerdo, por cierto, y que ellos mismos están dejando morir por inacción reglamentaria, si se me permite la expresión. Al fin y al cabo, las leyes, y ésta especialmente, son un instrumento para la aplicación de unas políticas determinadas. Desde ese punto de vista, la devaluación de esos instrumentos supone también la devaluación de la política a la que sirven. En cualquier caso, ése es el problema con el que nos en-

frentamos: la devaluación de todo un modelo de política sanitaria en nuestro país.

Desde luego, el que una ley socialista no satisfaga las necesidades del país resulta algo bastante corriente, pero que ni siquiera resulte ya satisfactoria para aquellos que la redactaron en su momento y que pusieron en ella todas sus convicciones más profundas, desde el punto de vista de entender la sanidad de una forma concreta, ya es como para bordear el patetismo. Que ocho años después de la promulgación de esta Ley —recordemos que fue promulgada el 25 de abril de 1986 y estamos a 13 de abril de 1994— estemos debatiendo aquí el incumplimiento de una disposición de la Ley General de Sanidad, contenida en su artículo 47.5, es un claro síntoma de cómo están las cosas en este Departamento. Mi Grupo no sabe ya qué resulta peor, si que la Ley se desarrolle o que se quede como está. Les aseguro que no lo tenemos nada claro, y se lo digo con toda franqueza. En todo caso, nos parece que tal vez sea dudosa la eficacia de este debate. Resultaría un tanto esperpéntico, señorías, que el Ministerio decidiera desarrollar la Ley a golpes de iniciativas parlamentarias e instar a que, en el plazo de un mes, se haga lo que no se ha hecho en ocho años, no deja de constituir un cierto ejercicio de ingenuidad a estas alturas.

Señorías, el rosario de incumplimientos de las disposiciones de la Ley General de Sanidad sigue siendo la muestra más palpable del fracaso de un modelo concreto de sanidad. Y no creo equivocarme si digo que tal vez la creación de ese comité consultivo, previsto en el artículo 47.5 de la Ley, es un aspecto bastante secundario si lo comparamos con todas las manifiestas carencias en el desarrollo de esa misma Ley.

Si los grupos parlamentarios nos decidiéramos a presentar en esta Comisión una proposición no de ley por cada uno de los aspectos nula o insuficientemente desarrollados contenidos en la Ley General de Sanidad, ocuparíamos probablemente todas las sesiones de esta Comisión en lo que queda de legislatura, que, por cierto, no parece que sea mucho dada la situación que se vive en algunos ámbitos. **(Rumores.)**

Pero veamos algunas carencias, sin ánimo, señora Presidenta, de ser exhaustivo y a título orientativo para sus señorías. La Ley General de Sanidad presenta carencias en su desarrollo, entre otras...

La señora **PRESIDENTA**: Señor Burgos, si me permite, no se trata tanto de hacer el análisis de todas las carencias que presenta la Ley, sino que la proposición no de ley que se ha presentado hoy habla de una en concreto. Le ruego que tenga la amabilidad de centrarse.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Sí, señora Presidenta, pero yo creo que el debate sobre esta aportación nos permite también hacer un análisis de lo que no es más que una muestra de un rosario de incumplimientos que, como digo, afectan a un montón de artículos de la propia Ley prácticamente en la totalidad de su contenido.

En todo caso, y ya que la Presidencia está hoy un tanto restrictiva en la concesión del uso de la palabra, hay que

decir que el Comité no se ha constituido todavía, ciertamente; que es buen ritmo el que lleva el Ministerio: seis años para sacar adelante un Real Decreto y otros dos años sin llevarlo a efecto, lo cual, sin duda, es un ejemplo de agilidad normativa y de gestión. La elaboración del Reglamento de régimen y funcionamiento podría llevarnos otros tres o cuatro años a partir de su constitución. Al final, la intervención y la proposición no de ley de Izquierda Unida en esta Comisión me lleva a reflexionar sobre si éste es realmente el camino acertado para resolver los problemas que tiene nuestra sanidad.

Votaremos a favor de la proposición, porque lo que se pide es que se cumpla lo dispuesto en una ley, pero también queremos poner de manifiesto esa reflexión. El exceso de regulación y la proliferación inacabable de órganos, de comisiones, de consejos puede hacernos al final perder a todos una cierta idea de la realidad.

Nos hemos vuelto, bien es verdad que unos más que otros, tan obsesivos con las normas según las cuales tienen que hacerse las cosas, regulando todos los procesos, interviniendo de mil maneras, que estamos ignorando los resultados de nuestra sanidad, que no son en absoluto buenos. El resultado es que quedan en suspenso leyes que no se desarrollan, que no se cumplen, que no alcanzan los objetivos para los que fueron concebidos y, al final, la parálisis, la ineficacia y el desánimo cunden por doquier.

El modelo socialista, desde nuestro punto de vista, está agotado y, desgraciadamente, ninguna de estas propuestas que se pueden llevar a cabo de forma aislada va a insuflar ya el aire que necesitan para volver al rumbo perdido.

La Ley General de Sanidad no resuelve los problemas de la sanidad y cuanto más se desarrolle, más se hundirá la sanidad en el desánimo y en el descontrol. A nuestra sanidad no le hace falta más burocracia, no le hace falta más papel, no le hace falta más órganos, siquiera consultivos, ni más organismos. Lo que le hace falta es un modelo distinto y todo lo que no sea esto será enfangarnos aún más en esa falta de criterio y en esa falta de actuaciones concretas.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias por atender la recomendación de esta Presidencia.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACHA**: Intervengo para fijar la posición del Grupo Parlamentario Socialista sobre la proposición no de ley de Izquierda Unida-Iniciativa por Cataluña que estamos debatiendo y por la que se insta al Gobierno a constituir, en el plazo máximo de un mes, un comité consultivo del Sistema Nacional de Salud.

Espero que con mi intervención críticas de algunos grupos que se han vertido en este debate sean acalladas. Desde luego, queremos demostrar que en ningún caso el desarrollo de la Ley General de Sanidad responde a impulsos de iniciativas parlamentarias de esta Cámara.

He de decir al portavoz del Grupo Popular que el modelo de política sanitaria que defiende no puede nunca ser coincidente con el que defienden el Grupo Parlamentario

Socialista y el Gobierno. Eso precisamente es una de las virtualidades del sistema democrático.

Efectivamente, señora Maestro, la Ley 14/1986 General de Sanidad en su artículo 47.5 prevé la constitución del comité consultivo del Sistema Nacional de Salud y la Ley del Medicamento 25/1990, convierte este comité consultivo en un órgano de representación paritaria de las administraciones presentes en el Consejo Interterritorial y las organizaciones sindicales, empresariales y de consumidores y usuarios. Por último, el Real Decreto 1115/92, de 11 de diciembre, desarrolló las normas anteriores y reguló la composición y funciones del citado comité consultivo.

Hasta aquí, señorías, los antecedentes legales a los que se han hecho referencia por parte de distintos portavoces y sobre los que se fundamenta la iniciativa del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Quiero empezar indicando a SS. SS. que ya se han puesto en marcha por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo todos los mecanismos necesarios para la constitución formal del comité consultivo del Sistema Nacional de Salud. A este respecto, quiero indicarles que en la reunión del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sesión celebrada el día 20 de diciembre de 1993, se adoptó el acuerdo de que la representación de las administraciones presentes en el Consejo se constituyera conforme a lo establecido en el artículo 3.º del Real Decreto anteriormente citado, quedando conformado de la siguiente forma: cinco representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, entre ellos el Subsecretario del Departamento y el Director General de Alta Inspección y Relaciones Internacionales; un representante de cada uno de los Ministerios de Administraciones Públicas, Asuntos Sociales, Economía y Hacienda, y Trabajo y Seguridad Social; un representante de cada una de las comunidades autónomas de: Baleares, Canarias, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y Valencia. La representación de las organizaciones sindicales y empresariales se ha establecido en la proporción indicada por la Ley Orgánica de Libertad Sindical, correspondiendo un representante a la organización ELA-STV, un representante a CIGA, dos a Comisiones Obreras y dos a UGT. Finalmente, integrarán este comité consultivo seis representantes de las organizaciones empresariales.

Por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo se cursó en su momento solicitud a los distintos organismos y organizaciones para que efectuaran la designación correspondiente de representantes y hasta la fecha se ha recibido respuesta de todos los organismos y organizaciones, salvo de una concreta, lo que permite que el Ministerio de Sanidad prevea la constitución inmediata del citado comité consultivo. Si no está en estos momentos ya constituido es porque hasta fechas muy recientes el número de organizaciones y organismos que no habían notificado al Ministerio de Sanidad y Consumo quién sería su representante en el referido comité, no lo habían formulado todavía.

Creo que esta información agrada no sólo a la señora Maestro sino a la totalidad de los portavoces de los respectivos grupos parlamentarios. Es por ello por lo que a mi

Grupo Parlamentario no le parece oportuno que esta Cámara vote una iniciativa que insta al Gobierno a que haga algo que está a punto de concluir y de hacer. Como decía el portavoz del Grupo Catalán (Convergència i Unió), se puede afirmar que es inminente la constitución del mismo. Por esta razón, el voto del Grupo Parlamentario Socialista será contrario a la toma en consideración de esta iniciativa.

Para finalizar, señora Presidenta, quiero expresar la coincidencia de mi Grupo Parlamentario con la portavoz proponente de esta iniciativa en la importancia de la participación de la población en la gestión y control de la sanidad pública, pero en ningún caso puedo aceptar el reproche de falta de voluntad en política, que de alguna forma se ha insinuado por la señora Maestro. No podía ser de otro modo pues, si la Ley General de Sanidad establece esta participación es porque existía en su momento y existe una voluntad política de que los usuarios de la sanidad pública tengan ese papel de participación en la planificación y control del sistema sanitario.

Nada más.

— **SOBRE AYUDAS A NIÑOS AFECTADOS DE CEGUERA EN JAÉN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000096.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley sobre ayudas a niños afectados de ceguera en Jaén, que presenta el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa y presentación, tiene la palabra el señor De Torres.

El señor **DE TORRES GOMEZ**: Cuando presenté esta proposición no de ley sentía un cierto pudor... (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Un momento, señor de Torres. Señorías, por favor, ruego guarden silencio.

Continúe, señor Diputado.

El señor **DE TORRES GOMEZ**: Decía que cuando presenté esta proposición no de ley sentí un poco de pudor al pensar que niños con estas disfunciones pudieran ser utilizados. Al menos en la mente de mi Grupo no está esa idea ni muchísimo menos; con estos niños, por lo menos, no.

Lo que ocurre es que últimamente he tenido contacto con estas familias, he convivido con ellas y he visto que a lo largo del tiempo todo el problema que tenían referente a su nacimiento se había visto agravado por la edad, precisamente en unas familias modestas que se desesperan porque... (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señor de Torres, un momento por favor.

Vamos a permitir que las condiciones acústicas de la sala hagan posible que se exprese S. S., que le escuchemos y le entendamos. (**Pausa.**)

Puede proseguir.

El señor **DE TORRES GOMEZ**: Decía que el tema se había agravado con la edad y máxime en familias modestas que se desesperan al ver que el futuro de sus hijos, si no se les ayuda, y no quieren verlos así, sólo tiene una solución, que es la de vender cupones.

Señorías, durante los primeros seis meses del año 1988, el servicio de pediatría del Hospital General de Especialidades de Jaén trató a 183 recién nacidos prematuros. De ellos, quince se verían afectados por distintas lesiones en el aparato ocular, resultando ocho de ellos totalmente ciegos.

El hecho de que no hubiera precedentes en dicho centro en un caso de estas características ni, curiosamente, después y la sospecha de que hubiera podido producirse una negligencia en el manejo de la incubadora del citado servicio, confirmada después mediante un anónimo, motivó la correspondiente denuncia presentada por los padres de los afectados. Sin embargo, las diligencias a que dicha denuncia dio lugar fueron archivadas por el Juzgado de Instrucción número 2 de Jaén, archivo que la Audiencia Provincial confirmó, tras el oportuno recurso de apelación interpuesto por los interesados en enero de 1991, o sea, a los tres años de haberse producido el hecho. Este archivo se produce a pesar de que en los razonamientos jurídicos de la sentencia, en el punto tercero, se dice, y cito textualmente: Pasando a la comprobación de los hechos denunciados, del examen pormenorizado de las pruebas practicadas, especialmente de las historias clínicas, aparece que los aparatos utilizados durante el tratamiento de los ocho niños en algunos casos no siempre ha funcionado correctamente el oxímetro de la incubadora. Asimismo, tampoco en algunos casos se han seguido las pautas que se recogen en el informe del doctor Molina Font (el doctor Molina Font es uno de los mayores especialistas en oftalmología de Andalucía) e incluso se puede decir que a algunos de los prematuros no se les ha aplicado tratamiento de ninguna clase. Fin de la cita de los razonamientos jurídicos de la sentencia. Y se archivó con estos fundamentos el caso. Caso cerrado, pero que seis años después lo cierto y verdad es que quedan siete familias con ocho hijos ciegos —una de ellas tuvo la desgracia incluso de tener mellizos—, algunos de los cuales no sólo no ven, sino que padecen otras afecciones colaterales graves, como son subnormalidades, problemas locomotrices, algunos de ellos incluso no hablan, sólo emiten una especie de balbuceos y roncós sonidos guturales, mientras mantienen la cabeza agachada con los ojos perdidos en el vacío de un suelo que ni siquiera ven, y a los que la Seguridad Social ha despachado con 3.000 pesetas al mes, que ha aumentado recientemente a 6.000, cuando deberían estar protegidos de por vida al menos con el salario mínimo y cuando menos hasta que puedan valerse por sí mismos.

Posteriormente, señorías, y con ocasión de recibir el abogado de éstos —por cierto, por ser todos de origen humilde incluso tuvieron que endeudarse para poder promover la causa— un anónimo en el que se aportaban nuevos datos sobre el caso, se solicita la reapertura de la causa, decretando finalmente el antedicho Juzgado no haber lugar a la misma, basándose en que era un anónimo. A tal efecto recuerdo a la Comisión que el caso Ollero se destacó gra-

cias a las investigaciones derivadas de un anónimo. ¿Qué decía el anónimo? Parece ser que un estudiante de enfermería, que es el que lo remitió incitado por remordimientos de conciencia fácilmente explicables, explicaba lo que pudo pasar en la sala de incubadoras para que los niños quedaran ciegos. Según éste, las enfermeras del turno de tarde de la sala de incubadoras habrían delegado sus funciones en un grupo de estudiantes de segundo de enfermería que había estado allí haciendo prácticas, y hago abstracción de otros datos por no venir a cuento. Los alumnos —dice la carta— no sabíamos nada de patología de prematuros ni sobre parámetros de oxígeno recomendados ni de dosímetros que estuvimos manipulando. Sentimos, de verdad, lo que ha sucedido, pero nos mandaron hacerlo. Caso archivado, señorías. Resulta, por tanto, en el orden penal, la inexistencia de responsabilidades personales, pero las circunstancias del caso nos hacen pensar a cualquiera, sin embargo, en la concurrencia de factores vinculados al funcionamiento de las incubadoras como los causantes de las graves lesiones sufridas por los recién nacidos con el resultado final de una ceguera total en ocho casos, así como las secuelas derivadas de tal actuación. Que todos ellos sufrieran el mismo mal: fibroplasia retrolental, en un espacio de tiempo por lo reducido e inusual de tres meses, en los cuales quince niños tenían problemas oculares, ocho de ellos ciegos, todos habían ocupado las incubadoras en los meses de febrero, marzo y abril de 1988, dándose la circunstancia de que ni con anterioridad a esos meses ni con posterioridad a los mismos han vuelto a repetirse nuevos casos de ceguera en prematuros, el que todos ellos sufrieran el mismo mal, repito, y el que se admitieran disfunciones en el tratamiento recibido así nos lo hacen pensar.

Observando la diferencia entre lo ocurrido en esos tres meses de 1988 y lo que podríamos decir normal en el resto del tiempo y de los años anteriores y posteriores, arroja una vehemente sospecha de que hay un elemento nuevo que incide en los primeros meses de 1988 y que produce tremendos efectos, elemento que a nuestro juicio no puede ser otro que la disfunción de las incubadoras. Todos los niños que contrajeron la ceguera pasaron por las mismas incubadoras sobre las que, además existían serios indicios de un mal funcionamiento en cuanto al oxímetro. Y aunque en las diligencias penales que como consecuencia de estos hechos se siguieron los órganos judiciales no encontraron responsabilidad penal por culpa, ello no obsta a que exista un serio atisbo de responsabilidad civil de la Administración. Al parecer, responsabilidad penal, ninguna, pero moral, toda.

Cinco años después de ocurridos aquellos hechos, sin embargo, no se trata con la presente proposición no de ley de poner en cuestión, repito, las soluciones judiciales ni de establecer responsabilidades que han quedado salvadas, pero sí de poner de manifiesto ante esta Comisión la existencia de un caso de ocho niños prematuros que desde la óptica del Estado de derecho de ninguna manera puede quedar sin respuesta por los poderes públicos, caso en el que, además, el tiempo no hace sino acrecentar sus dimensiones. Y, bien por esta razón o siquiera sea por una mera

actitud asistencial, lo que sí parece claro es la necesidad de que siendo como son todos los perjudicados familias modestas, este Estado, que seguimos llamando del bienestar, concurra a aliviar de alguna manera los trágicos e irreversibles males causados y no los despache con seis mil pesetas al mes. La preocupación de estas familias lo es ahora en el presente, pero lo es mucho mayor de su futuro. Señorías, lavar la conciencia pública con una actitud de ayuda a quienes, no ciertamente, pero sí muy probablemente, hemos perjudicado, constituye, sin duda, un ejercicio de la equidad y modera siempre las inevitables aristas que especialmente en este caso ha tenido la justicia. Sabido es que la justicia es ciega, así al menos nos la representan, pero en este caso, señorías, la injusticia, además de idiota, sería ruin. Seamos, desde esta Comisión del Congreso de los Diputados, una especie de lazarillo de estos niños, a los que alguien tendrá que explicar algún día por qué están ciegos y qué se hizo por ellos.

Por todo ello, señorías —y termino— este Diputado reitera la petición que contiene esta proposición no de ley en cuanto a instar al Gobierno a que disponga las medidas oportunas y los medios necesarios con el fin de que ocho niños afectados, estos ocho niños reciban los tratamientos adecuados a su enfermedad, a su educación y a su formación humana.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Qué grupos desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió, tiene la palabra el señor Cardona.

El señor **CARDONA I VILA**: Señoras y señores Diputados, desde nuestro punto de vista entendemos que es necesario garantizar la asistencia sanitaria adecuada a esos niños afectados, aunque fuera por una simple razón de humanidad. De todas maneras, no sabemos si es necesaria y pertinente la proposición no de ley para garantizar precisamente esa asistencia, pues el sistema sanitario público tiene ya la obligación de atenderles, y en este sentido tenemos que recordar lo de las transferencias sanitarias al sistema andaluz de sanidad.

En el texto de la proposición no de ley se hace referencia a que reciban el tratamiento adecuado a su enfermedad y a las secuelas producidas por ésta. Indudablemente, el tratamiento sanitario es competencia del sistema andaluz de sanidad y tendría que ser sufragado por él.

Ahora bien, en la intervención que ha hecho el portavoz del Grupo Popular ha añadido algunos aspectos colaterales, de los cuales participamos totalmente, precisamente por la preocupación del Grupo parlamentario proponente, así como de su portavoz, por sensibilidad y, además, por simple solidaridad, así tenemos que entenderlo. También participamos de la preocupación que representa el futuro de estos afectados en cuanto —como ha añadido muy bien— a la educación y formación, así como a la atención adecuada a su situación.

Ahora bien, aquí lo que se debate, desde nuestro punto de vista y de acuerdo con nuestro concepto del Estado de las autonomías, no es una cuestión menor la del reparto de

competencias, tanto las que tiene la Administración central, como las de la Administración autonómica. Y nosotros, sinceramente, dando por sentado esa participación en la preocupación del Grupo proponente, la cuestión competencial, no vemos con buenos ojos en absoluto que esta preocupación pudiera ser un motivo, una causa, una «excusa», por decirlo entre comillas, de que cada Administración no tuviera un estricto cumplimiento de las competencias que conlleva. A tal efecto, lo de educación y formación son competencias transferidas y lo de la atención social adecuada entendemos, si no se nos demuestra lo contrario, que también es competencia transferida a la comunidad autónoma de referencia.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa por Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Intervengo simplemente para manifestar la posición de mi Grupo de acuerdo con los argumentos manifestados por el portavoz del Grupo Popular.

Creemos que, independientemente de las sentencias judiciales a las que ha hecho referencia, desde el punto de vista estrictamente médico hay una relación etiológica reconocida entre la falta de oxígeno en prematuros y la fibroplasia retrolental, que parece ser que es la enfermedad que afecta a estos niños.

Comparto los argumentos manifestados por el portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), en relación con la posibilidad de que los aspectos relacionados con las necesidades sanitarias o extrasanitarias o colaterales desde el punto de vista sanitario de estos niños pudieran ser objeto de competencias transferidas a la Comunidad Autónoma de Andalucía. En cualquier caso, yo entiendo que hay algo previo, y es el funcionamiento del sistema sanitario público y, por lo tanto, las incidencias ocurridas en su funcionamiento de las que pudieran derivarse alteraciones tan graves como las que afectan a esos ocho niños, así como —hay que decirlo— que el número de niños afectados no es una cantidad grandísima como para que desde el punto de vista presupuestario no se pudiera asumir. Yo pienso que el Grupo Catalán debería —mi Grupo lo va a hacer— apoyar esta proposición no de ley del Grupo Popular, entendiendo que manifiesta la preocupación global de esta Comisión instando al Gobierno a actuar en un determinado sentido para garantizar que eso no se produzca, sin que eso pueda realizarse en detrimento o al margen de competencias atribuidas a la Comunidad Autónoma de Andalucía, en cuyo caso, creo que podría ser un buen ejemplo de coordinación entre diferentes niveles de la Administración del Estado, de cuyas deficiencias no pudiera derivarse la falta de adecuación de las prestaciones sociales sanitarias, educativas, etcétera, con la especificidad que la enfermedad de estos niños reclama, por dificultades presupuestarias o en la coordinación de las administraciones sanitarias, que serían argumentos perfectamente justificables desde el punto de vista administrativo, pero, en mi opinión, difíciles de comprender por familias afecta-

das a un nivel tan serio como el que se ha producido por el incidente ocurrido en un hospital de la sanidad pública en Jaén. **(El señor De Torres Gómez pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: ¿Señor De Torres?

El señor **DE TORRES GOMEZ**: Para hacer una rectificación personal.

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

El señor **DE TORRES GOMEZ**: El hablar de ceguera me ha hecho calificar al doctor Molina Font como oftalmólogo. Quiero rectificar porque sabía que no lo es, pero hablando de ceguera se me ha ido el santo al cielo. Es catedrático de Pediatría de la Universidad de Granada.

La señora **PRESIDENTA**: De acuerdo. Queda reflejada, señor De Torres, su precisión.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Rodríguez Ortega.

La señora **RODRIGUEZ ORTEGA**: Señorías, debatimos una iniciativa presentada por el Grupo Popular que, en opinión de mi Grupo Parlamentario, está presentada en unos términos bastante incorrectos, lo que le lleva a ser impreciso en lo que insta al Gobierno, en la formulación exacta de su iniciativa. Además, está redactada en términos obligadamente incorrectos, puesto que está planteando que debatamos en esta Comisión, y de hecho lo estamos haciendo, la política sanitaria, materia en la que el Gobierno de la nación no tiene competencias, están absolutamente todas transferidas a la Comunidad Autónoma de Andalucía. Por tanto, entiendo que no debe ser éste el ámbito si lo que queremos es precisamente hacer referencia al tratamiento sanitario y médico del caso de estos ocho niños afectados de ceguera en la provincia de Jaén.

Además, el señor Portavoz del Grupo Popular conoce que el proceso de transferencias a la Comunidad Autónoma Andaluza se inicia ya en la etapa preautonómica, en el año 1981, y se lleva a cabo en los años siguientes. Insisto, en estos momentos la Junta de Andalucía, en este caso la Consejería de Salud, tiene competencias plenas en esta materia, que se llevan a cabo no solamente en el ámbito competencial, sino también en cuanto a los servicios y las funciones referidas al Instituto Nacional de la Salud.

Quizá bastaría esta argumentación de mi Grupo Parlamentario para dar respuesta a esta iniciativa parlamentaria. Sin embargo, estimo conveniente hacer algunas reflexiones a continuación.

En primer lugar, quiero expresar de forma clara y rotunda la solidaridad del Grupo Parlamentario Socialista, y la mía como Diputada por la circunscripción de Jaén, con las familias, con los padres y las madres de estos niños afectados que, sin duda, viven una situación dolorosa por el caso que analizamos, que provoca la pérdida de visión en ocho niños recién nacidos prematuros. Eso es algo de lo que quiero dejar constancia, pero entiendo que el ámbito de esta Comisión no solamente debería utilizarse para po-

ner de manifiesto este sentimiento por parte de los Grupos Parlamentarios, sino para algo más. Entiendo que debemos ser especialmente cuidadosos y que debemos tratar estos temas con absoluta prudencia y seriedad. (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Un momento, señora Rodríguez. (**Pausa.**)

Puede continuar.

La señora **RODRIGUEZ ORTEGA**: Gracias, señora Presidenta.

Decía que yo creo que estamos razonablemente obligados a aportar elementos de racionalidad en estas situaciones en las que estamos abordando casos de minusvalías producidas por determinadas lesiones, pero que, además, y al mismo tiempo, tocan lo que son los sentimientos de las personas y las familias de estos niños.

Se trata, efectivamente, señorías, como ya se ha puesto de manifiesto, de una lesión conocida como fibroplasia retrolental que se produce en ocho niños nacidos en los primeros meses del año 1988, que son atendidos en el Hospital General de Especialidades de Jaén. Sin embargo, no se ha dicho de forma expresa que estos niños son bebés prematuros, que, por tanto, presentan cierto riesgo y que necesitan una terapia específica y realmente compleja, complicada.

La situación, al producirse este problema, lleva a las familias, a los padres afectados a presentar una serie de denuncias que son archivadas, como también ya se ha dicho, y en algún momento yo he tenido la sospecha, quizá, de que parece que estábamos intentando suplantar aquí una actuación judicial y un archivo de las diligencias que se abren, y tampoco creo que ésa debe ser la función que debemos plantear en esta Comisión. Debemos ser absolutamente respetuosos con un posicionamiento, con unas declaraciones del fiscal encargado de instruir estas diligencias, que, además, cuenta con informes de médicos especialistas, descartando cualquier tipo de responsabilidad penal de los especialistas que atendieron a estos niños y, por supuesto, también se dice que la causa no se produjo por el mal funcionamiento de las incubadoras o porque existiera ausencia total de tratamiento ni que hubiera intención de realizarlo en ningún momento. Cualquier otra manifestación que se haga en cuanto a pruebas de anónimos, etcétera, me parece que está fuera de lugar y resta seriedad realmente a todos los componentes y a esta misma Comisión.

Se trata, sencillamente, de que los propios informes médicos ponen de manifiesto que el factor de riesgo mayor, más importante y más grave es la propia situación de inmadurez, de bebés prematuros, como decía, que están expuestos a estas situaciones y que, además, tienen bajo peso. Tampoco se ha dicho en ningún momento, y aparece en los informes, tanto del fiscal como en los informes médicos que se dictaron con motivo de la instrucción de este caso, que el peso de estos bebés no superó en ningún caso los 1.000 ó 1.200 gramos y que, por tanto, en estas situaciones, si estos niños no hubieran sido tratados con oxígeno en incubadora habrían fallecido. Incluso algún espe-

cialista ha llegado a hablar de que se trata del precio del progreso que a veces, lamentablemente, hay que pagar para que estos niños salgan adelante. Insisto en que lo lamentamos, pero la propia situación del avance médico y tecnológico a veces nos juega estas malas pasadas.

Quizá también, por la lectura de la proposición no de ley, pudiera deducirse que el sistema sanitario público no ha prestado la debida atención a estos niños en ningún momento. Yo quiero decir que se ha puesto en marcha un mecanismo por la vía de urgencia, de atención hospitalaria y sanitaria a estos niños no solamente en el Hospital de Jaén sino también en la Clínica de «La Paz», en la Residencia «Valle de Hebrón», en Barcelona, en clínicas sevillanas. Realmente ha habido un seguimiento y un tratamiento hecho con seriedad y por el sistema sanitario público.

Entiendo que no debemos poner en cuestión, en tela de juicio la actuación de nuestros equipos médicos de la Seguridad Social. Se ha hecho, insisto, por la vía de urgencia, se han abonado los gastos de desplazamiento, porque, efectivamente, son familias que tienen pocos recursos económicos, y debemos atender por solidaridad y por justicia social estos casos. Y esta misma atención sanitaria se seguirá prestando siempre que sea necesario, siempre que así lo requieran estos niños y cualesquiera otros que se encuentren en situaciones similares.

Por tanto, yo creo que sería malo dejar alguna sombra de duda o de sospecha en la Comisión a lo largo del debate de esta iniciativa del Grupo Popular.

Y, además, señora Presidenta, señorías, yo soy consciente de que, ante situaciones como ésta, difícilmente se puede ofrecer fórmulas, ni desde el Gobierno de la nación ni desde la administración autonómica en este caso, que reparen o que hagan olvidar la difícil situación de los padres y de los niños afectados. Pero tampoco es menos cierto que, basándose precisamente en el desarrollo de este Estado de Derecho, al que se alude en la proposición no de ley, y basándose en estos principios de solidaridad y de justicia social, a los que antes me refería, el propio Gobierno y la Junta de Andalucía han puesto en marcha toda una serie de medidas y de programas que van encaminados a facilitar y a favorecer la incorporación social y educativa que permitan corregir estas situaciones de desigualdad.

No me voy a extender mucho más...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Rodríguez, la ruego vaya concluyendo.

La señora **RODRIGUEZ ORTEGA**: Terminaré con toda brevedad. Pero tenemos leyes importantísimas, como la LISMI, la LOGSE, que están priorizando la educación especial para estos colectivos y que están dedicando muchos recursos materiales y humanos precisamente al sistema educativo y formativo a través de la integración escolar. Hemos conseguido ahí importantes avances y seguiremos trabajando en esa línea.

Concluyo, señora Presidenta, expresando de nuevo nuestro sentimiento de solidaridad con estas familias afectadas por este problema y, además, también deseando que estos temas se aborden con la prudencia necesaria, con to-

tal responsabilidad (como estoy segura de que era la intención del Diputado Popular), que también seamos capaces de transmitirlo a las personas afectadas de esa forma, para evitar, en todo caso, confusión o una utilización incorrecta en estas situaciones.

— **SOBRE INCORPORACION A LA RED PÚBLICA ASISTENCIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE LA INFRAESTRUCTURA SANITARIA DEPENDIENTE DEL MINISTERIO DE DEFENSA. PRESENTADA POR EL G. P. POPULAR. (Número de expediente 161/000151.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley sobre incorporación a la red pública asistencial de los recursos sanitarios de la infraestructura sanitaria dependiente del Ministerio de Defensa. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Popular. Para su defensa, tiene la palabra el señor Burgos Gallego.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Haré un breve resumen de los antecedentes que dan lugar a esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular.

El Ministerio de Defensa ha decidido llevar a cabo una importante remodelación —racionalización, dicen— de la red de hospitales militares. Es un hecho conocido que los últimos años los responsables de Defensa han venido cerrando varios centros sanitarios que dependían del Ejército de Tierra. Así, los hospitales militares de Algeciras, Badajoz, Córdoba, Gerona, Granada, Mahón, Málaga y Vitoria han seguido ese camino. Pese a ello, los recursos sanitarios militares siguen considerándose excesivos desde el punto de vista humano y material o, al menos, mal distribuidos desde el punto de vista geográfico.

El Ministerio de Defensa posee en la actualidad 28 centros sanitarios repartidos por la geografía española, que acumulan un total de 7.600 camas hospitalarias, aunque de ellas sólo están en funcionamiento alrededor de 5.160. Como consecuencia de esta reestructuración, el Secretario de Estado de Administración Militar anunció la reducción de camas militares a un montante global de 4.000, incluyendo la llamada reserva logística, que comprendería también alrededor de un 30 por ciento de recursos para casos de extrema necesidad. El Ministerio decide mantener una serie de hospitales existentes, redimensionar otros y cerrar una serie de hospitales o transformarlos en enfermerías llamadas de guarnición, que viene a ser una indisimulada manera de reducir a la mínima expresión dotaciones y recursos asistenciales existentes.

En definitiva, señorías, y estando de acuerdo en esa necesidad de redimensionar la sanidad militar y de racionalizar servicios de acuerdo con las necesidades, y no entrando a plantear dudas que se le presentan a mi Grupo parlamentario en relación con las decisiones tomadas por el Ministerio de Defensa, porque no competen a esta Comisión, sí nos gustaría plantear la pregunta clave que se nos viene a todos a la cabeza en relación con este proceso. ¿Qué hacer

con el excedente de más de 3.600 camas existente en estos momentos en la sanidad militar?

El objetivo de nuestra proposición no de ley es muy claro. Pretendemos asegurar que las camas que vayan a ser desafectadas de la sanidad militar en este proceso sean incorporadas a la red pública asistencial, para, en ésta, proceder a su reordenación y adaptación a las necesidades de la población.

Señorías, España y su Sistema Nacional de Salud no pueden permitirse desaprovechar unos centros y unos servicios sanitarios existentes en un país con graves carencias asistenciales, masificación hospitalaria constatada diariamente y largas listas de espera. Así lo reconoció el propio Ministro de Defensa en su comparecencia ante el Congreso de los Diputados, donde estableció como prioridad de su Departamento la transferencia para uso civil, para disfrute de toda la sociedad española, de toda su población, de estos recursos excedentarios.

Sin embargo, en todo este oscuro proceso que ha seguido al anuncio de esta reestructuración, resulta cuanto menos injustificable el silencio y la pasividad del Ministerio de Sanidad, que parece olvidar que, por encima de la titularidad efectiva de cada uno de esos recursos, es competencia suya la coordinación de la red asistencial pública, su efectiva integración y la planificación y utilización racional de todos los recursos sanitarios existentes en nuestro país, y los militares no deberían ser una excepción a este planteamiento.

A estos efectos, conviene recordar que éste puede ser un caso típico más del grado de ineficacia galopante que han alcanzado en este país los gestores de la sanidad pública. Sólo en un modelo rígido, burocrático, compartimentalizado e ineficiente como el que el Partido Socialista nos depara es posible que hayan venido coexistiendo en las mismas áreas de salud inacabables listas de espera en algunos hospitales y unidades hospitalarias utilizadas al 30 ó 40 por ciento de su capacidad durante muchos años.

No hay justificación, señorías, para esto y mucho menos la que se ampara en la titularidad del Ministerio de Defensa de esos recursos. Yo les preguntaría a todas SS. SS., en definitiva, quién es la autoridad sanitaria máxima en este país y quién tiene en estos momentos la fuerza política para hacer efectiva una integración de todos los recursos sanitarios de nuestro país. Cómo puede explicarse, por tanto, que tras la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, que establecía en su disposición final tercera que el Gobierno, mediante Real Decreto, dispondría la participación y la colaboración de los hospitales militares y los servicios sanitarios de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional de Salud, se haya tardado más de seis años, hasta el 16 de diciembre de 1992, en firmar un acuerdo, un convenio entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad para que los hospitales militares pudieran prestar una asistencia sanitaria a la población civil. Seis años, y llevamos hoy un día de constatación de carencias en el desarrollo de esa Ley General de Sanidad, y ésta, por cierto, es una más.

Cómo es posible que el Gobierno socialista haya sido incapaz de conseguir en todos estos años utilizar los servi-

cios de la sanidad militar para descongestionar precisamente el sistema público. Señorías, con la excepción del Hospital Militar de Las Palmas (por cierto, denunciado su convenio como insatisfactorio por el propio Ministro de Defensa), que es el único que desde hace años atiende a pacientes de la Seguridad Social, no hay otro servicio militar que preste esos mismos servicios a los ciudadanos civiles.

El Hospital Naval de Cartagena firmó un convenio para su utilización por la sanidad pública el pasado 15 de octubre, pero ya se han puesto de manifiesto las insuficiencias, la incompetencia y la ausencia de previsión contenida en ese mismo convenio y el mismo ha sido impugnado incluso por el propio personal sanitario de ese hospital naval.

Cómo es posible, por ejemplo, que el Insalud haya esperado hasta julio de 1993 en algunas provincias —y cito la mía, la provincia de Valladolid— para empezar a evaluar si las instalaciones y los servicios de los hospitales militares reúnen condiciones para ser utilizados por el Servicio Nacional de Salud. Yo me preguntaría, señorías, qué han estado haciendo el Insalud y el Servicio Nacional de Salud hasta este momento, aparte de maquillar las cifras estadísticas de su funcionamiento.

En definitiva, y podría enseñarles a ustedes las estadísticas de utilización de algunos de los hospitales militares, al final, de lo que se trata es de conocer cómo es posible que el Ministerio de Sanidad contemple sin ningún tipo de rubor el cierre y la desafectación de centros sanitarios dotados de la más alta tecnología y de extraordinarios medios materiales y humanos, precisamente en lugares donde el déficit de camas es elevado y la situación de dichos hospitales es privilegiada por su ubicación, por su concepto y sus posibilidades. Hay que recordar, por ejemplo, en cuanto a ubicación, concepto y posibilidades, la situación del Hospital Militar de Valladolid, de la Policlínica Naval de Madrid o del propio Hospital de La Coruña, que se adaptan como ninguno, probablemente, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en estas materias.

Se están produciendo, señorías, situaciones absolutamente kafkianas en relación con esta materia. Por ejemplo, el Insalud de Valladolid ha estado mano sobre mano todos estos años a la hora de suscribir cualquier tipo de colaboración con el Hospital Militar y, ahora, que Defensa anuncia la desaparición del mismo, afirma que presentará una oferta para concertar procedimientos quirúrgicos. Yo me preguntaría con quién va a concertar el Insalud procedimientos quirúrgicos, tal vez con las señoras de la limpieza que serán las únicas que queden en el Hospital Militar de Valladolid.

El Hospital Militar de La Coruña se encuentra en un área sanitaria con graves deficiencias asistenciales, puestas en evidencia en numerosas ocasiones, entre ellas los estudios que se realizaron para el plan estratégico del Hospital Juan Canalejo de esa misma ciudad, que eran suficientemente explícitos al respecto y que calificaban la situación en La Coruña de máxima ineficacia por parte de las autoridades sanitarias. Sin embargo, el Partido Socialista de Galicia presenta una proposición en el Parlamento gallego

para que se evite el cierre del hospital traspasándolo directamente al Sergas.

El propio Secretario de Estado de Administración Militar afirmó que se haría todo lo posible para que el Hospital Militar de La Coruña pasara a ser civil. Yo me pregunto qué tiene el Hospital Militar de La Coruña para que exista esa voluntad por parte del Ministerio de afectarlo a la sanidad pública que no tengan, por ejemplo, el Hospital de Valladolid, el Hospital de Tenerife, el de Barcelona o la Policlínica Naval de Madrid.

Cuando hablamos de la eficacia, de la racionalidad en la gestión sanitaria cabría recordar que en algunos de estos hospitales de la sanidad militar, que se van a perder si nosotros mismos no actuamos consecuentemente, se han producido importantísimas inversiones en los últimos años. Citaría, por ejemplo, a título solamente anecdótico...

La señora **PRESIDENTA**: Señor Burgos, le ruego que vaya concluyendo.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Voy terminando.

Citaría que en el Hospital Militar de Valladolid se han invertido más de 1.200 millones de pesetas en los últimos cuatro años para dotarle de unos servicios de primerísima línea —por ejemplo, quirófanos o consultas externas— y, sin embargo, en estos momentos ese Hospital está abocado al cierre.

En la presentación de esta proposición no de ley no queremos debatir responsabilidades del Ministerio de Defensa, incluso podemos entender sus intereses. Lo que no podemos admitir es que ante esta situación el Ministerio de Sanidad mire hacia otro lado, desatienda sus responsabilidades como autoridad sanitaria que le confiere la Ley General de Sanidad; haga caso omiso a los criterios que marca esa misma Ley, uno de los cuales es la integración y la superación de diferentes redes asistenciales públicas desconectadas entre sí y el establecimiento de una sola que integre todos los recursos disponibles.

Queremos que se cumpla lo dispuesto en la Ley General de Sanidad en lo que se refiere a la participación y colaboración de los hospitales militares en el Sistema Nacional de Salud y nuestra proposición no de ley en su punto segundo pretende que la negociación global de este problema se lleve a cabo en el Consejo Interterritorial de Salud que, como establece la Ley General de Sanidad en su artículo 47.2, es el órgano permanente de comunicación e información de los diferentes servicios de salud. Nos parece el órgano idóneo para establecer un proceso satisfactorio de traspaso al Insalud o a los servicios autonómicos de salud de los recursos y servicios sanitarios excedentarios en la sanidad militar.

El proceso para esa transferencia puede ser de muy variada naturaleza. Se pueden utilizar todos los mecanismos que se quiera, excepto la coartada de la propia Ley de Patrimonio de la Defensa que no puede ser esgrimida nunca como un obstáculo para la integración efectiva de todos esos servicios en la sanidad pública.

Finalizando, señora Presidenta, diría que nos parece absolutamente imprescindible, como dice el texto de nuestra

proposición no de ley, que desde un criterio de eficiencia y, sobre todo, de justicia social, aquellas inversiones realizadas con recursos públicos en la red sanitaria militar que no sean necesarias para la utilización de nuestras Fuerzas Armadas repercutan finalmente en una mejor y más rápida atención a todos los ciudadanos. Cualquier cosa que no sea esto será un ejemplo más de despilfarro, de falta de previsión y de ausencia de racionalidad en el diseño de una sanidad moderna, eficiente y consagrada realmente a satisfacer las demandas asistenciales de todos los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que deseen intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXE BARRIA BASTIDA**: Voy a fijar la posición de nuestro Grupo... (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Un momento, señor Gatzagaetxebarría, por favor. Vamos a ver si conseguimos finalizar la Comisión en un mínimo silencio.

Puede continuar.

El señor **GATZAGAETXE BARRIA BASTIDA**: Voy a fijar la posición de nuestro Grupo Parlamentario sobre la proposición no de ley del Grupo Popular.

El planteamiento que se hace con carácter general puede parecer correcto a primera vista —aprovechar excedentes de un sector como la red sanitaria militar—, pero si descendemos al terreno práctico entendemos que el planteamiento que se efectúa en la proposición no de ley no dispone de fundamentación suficiente.

Nosotros queremos hacer las siguientes consideraciones. En primer lugar, se dice que hay un nivel importante de deficiencia en la red sanitaria pública y que coexisten recursos públicos sobresaturados. Nosotros haríamos una valoración diferente. Los déficit quizá se produzcan por falta de organización, no por falta de medios económicos suficientes.

Por otra parte, la duda que se nos plantea es si la mayoría de los servicios o recursos de la red militar son aprovechables en la red civil, en primer lugar, por la obsolescencia de la infraestructura del Ministerio de Defensa destinada a fines de asistencia sanitaria. Posiblemente sería mejor utilizar, en algunos casos, esos edificios con otra finalidad o, incluso, construir unos nuevos edificios cuando la red sanitaria general o de carácter civil tuviera necesidad de ello. En segundo lugar, por las características y la especificidad de la función para la que se concibieron. ¿Por qué se constituyó esta infraestructura sanitaria militar? Para hacer frente a los objetivos sanitarios de hace unos años, que no son los mismos que los que demanda hoy la realidad social española. En tercer lugar, por la ubicación de esta infraestructura. Dichos centros se encuentran cercanos a cuarteles o viviendas militares, por tanto, la ubicación no es la más adecuada para prestar servicios sanitarios a la generalidad de los ciudadanos.

Por lo tanto, creemos que se podrían resolver las disfunciones y necesidades que pudiera haber, caso por caso, pero con carácter general no entendemos la necesidad de trasladar a la red sanitaria civil los recursos que se prevén en la red sanitaria militar. Decimos esto por las argumentaciones que anteriormente se han dado y, además, porque esa infraestructura se caracteriza por disponer de una serie de grandes pabellones en los que están ubicados los enfermos de forma distinta al modelo de arquitectura, de diseño y de utilización del que actualmente se utiliza en la arquitectura sanitaria moderna. En definitiva, existe un desfase entre la tecnología y el diseño de ingeniería y arquitectura de la sanidad, tanto del Insalud como del de las comunidades autónomas, y la infraestructura que tiene el Ministerio de Defensa en los hospitales militares.

Se nos plantea otra duda en la proposición no de ley cuando se habla de recursos. ¿De qué tipo de recursos estamos hablando? ¿Recursos económicos, materiales y personales, o no está incluido el personal militar, puesto que la proposición no de ley hace referencia a las plazas asistenciales? Cuando habla de plazas, ¿se está refiriendo al personal militar o no? Ahí surgen, a nuestro juicio, dudas importantes. Y lo que es más importante: ¿qué pasa con los recursos que tiene el Ministerio de Defensa? Creo que en lugar de hablar aquí del Ministerio de Sanidad o sobre las comunidades autónomas con servicios autonómicos de salud, debemos hablar sobre el Ministerio de Defensa. El Ministerio de Defensa, curiosamente, ahora tiene medios económicos, tiene consignación presupuestaria dedicada a finalidades asistenciales sanitarias militares, pero no las está ejerciendo, es el Insalud y progresivamente los servicios autonómicos de salud los que están cubriendo las necesidades asistenciales del personal del Ministerio de Defensa y del personal del Ejército español. Por tanto, ahí hay una disfunción importante dentro de una política presupuestaria. Resulta que quien tiene la función, que es el Insalud, el Ministerio de Sanidad o las comunidades autónomas, no dispone de los medios económicos suficientes para atender este incremento de personal que ha experimentado la red sanitaria general civil y, en cambio, los presupuestos con una finalidad militar sanitaria siguen en el Ministerio de Defensa, cuando el Ministerio de Defensa ya no tiene la función más que en una pequeña medida.

Yo quería hacer una reflexión para que desde el Gobierno se produzca una adecuación de medios, puesto que el problema fundamental que tienen actualmente el Insalud y las comunidades autónomas es la financiación. Si hay recursos públicos con una finalidad sanitaria en el Ministerio de Defensa, deben ir dirigidos a los servicios y las finalidades del Insalud y de las comunidades autónomas. No tiene sentido que se produzca esa disfunción de que quien tiene la función no tiene el suficiente dinero y quien tiene el dinero está ejerciendo la función cada vez menos. Nosotros, al albur de estas consideraciones realizadas a la proposición no de ley, entendemos que es necesario un planteamiento distinto al que se ha efectuado por parte del Grupo Popular.

Para finalizar, quería únicamente repetir que quizá el planteamiento del Grupo Popular sería oportuno, pero caso por caso, porque no con carácter general le puede ser necesaria al Insalud la infraestructura militar, por las consideraciones que antes he hecho de su ubicación, obsolescencia, etcétera, y lo mismo ocurriría en el caso de las comunidades autónomas, pero sí queríamos constatar que esa infraestructura se podría utilizar, en su caso, para otro tipo de finalidades, incluso sociales. Por ello apelaríamos a las comunidades autónomas, al Ministerio de Asuntos Sociales, para que, quizá, esa infraestructura pudiera utilizarse como residencia integrada de tercera edad. Queremos hacer esa reflexión por sí, políticamente, vale de alguna manera a los responsables, bien de las comunidades autónomas, bien del Gobierno Central, pero no es, a nuestro juicio, oportuno tender a hacer una transferencia de carácter general, sino que, como digo, caso por caso, cuando sea necesario y puntualmente se pueda dar la salida que plantea el Grupo Popular. En consecuencia, mantenemos una discrepancia de fondo en cuanto al planteamiento efectuado en la proposición no de ley.

Nada más.

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, quiero decir, muy brevemente, que estando de acuerdo en el fondo de la cuestión —es decir, en que hay que aprovechar todos los recursos públicos, y no sólo públicos, sino también privados, para que la asistencia sanitaria sea lo más eficaz posible y en este caso los recursos desafectados de la sanidad militar, tal como propone la proposición no de ley, dada la reorganización de las Fuerzas Armadas—, nos preocupa también, como ha dicho el portavoz del Grupo Vasco, la redacción de los dos puntos de la proposición no de ley en el sentido de que todos los recursos y los servicios del segundo apartado se entiendan objeto de su utilización por los ciudadanos, incorporándose a la red pública asistencial. **(El señor Vicepresidente, Blázquez Sánchez, ocupa la Presidencia.)** Qué duda cabe que algunas instalaciones serán totalmente adecuadas a las necesidades sanitarias del territorio correspondiente, pero también las habrá que serán totalmente obsoletas o bien —una tercera posibilidad— que serían más óptimamente utilizables en otros menesteres, en otras actividades o en otras funciones, como las de asistencia social u otros aspectos de la atención pública. Por ello, tanto en el primer punto como en el segundo no nos satisface la contemplación del ámbito de todos los recursos y servicios y preferiríamos que se viera contemplada la salvedad de que siempre que su utilización fuera la más adecuada a las necesidades sanitarias —entiéndanse en este caso las necesidades de cada territorio—, no fuera que, valga la expresión, para vestir a un santo, desnudáramos a otro.

Nada más.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blázquez Sánchez): Tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Quería manifestar que la opinión de mi Grupo coincide en lo fundamental con las preocupaciones manifestadas por el Grupo Popular; que asimismo y en otras Comisiones y en otras intervenciones hemos planteado la voluntad política de mi Grupo en orden a garantizar que los recursos sanitarios públicos, tal y como se plantea en la Ley General de Sanidad, estén integrados en una sola red y, también, yo misma he insistido en numerosas ocasiones en que uno de los elementos de despilfarro y de ineficacia del sistema sanitario público venía de esa falta de coordinación, de la duplicación de actuaciones sanitarias por parte de diferentes administraciones, en este caso en relación con la infraestructura sanitaria del Ministerio de Defensa, pero también en relación con recursos sanitarios municipales, de diputaciones, etcétera, que todavía, ocho años después de la Ley General de Sanidad, aparecen dispersos, sin coordinación alguna y, por lo tanto, carentes del más elemental principio de racionalidad en la política sanitaria. **(La señora Presidenta ocupa la Presidencia.)**

Quiero señalar que es verdad que la proposición no de ley del Grupo Popular viene en relación con las últimas manifestaciones del Ministerio de Defensa en cuanto a la drástica reducción de recursos en función de sus exclusivos intereses y de sus exclusivas necesidades y que plantean la reducción de un número importantísimo de camas sanitarias públicas de las cuales la sanidad pública, el Insalud, es absolutamente deficitario.

Igualmente quiero señalar que la Gerencia de Infraestructuras de Defensa lleva una política de cierre de instalaciones militares, pero también sanitarias, la cual, sorprendentemente, está guiándose por objetivos de realización de operaciones urbanísticas que están suponiendo un número importante de miles de millones de pesetas a ingresar por la propia Gerencia de Infraestructuras de Defensa que, además, curiosamente, por decisión de la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1991 no se incluyen en los presupuestos del Ministerio de Defensa, y no está actuando en coordinación alguna con el Ministerio de Sanidad.

En opinión de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, el convenio firmado entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Defensa era de eficacia limitada y en absoluto correspondía con la voluntad política que debiera haberlo regido, que es que desde el Ministerio de Sanidad se hiciera una indicación acerca de las prioridades, de las necesidades de recursos sanitarios que hubieran permitido esta integración de recursos en una sola ley.

No voy a cansar a SS. SS. repitiendo algunos datos que han sido señalados en la intervención del Diputado del Grupo Popular. Simplemente quiero señalar que hay datos tan sarcásticos como el del Hospital Militar de Málaga que se vende a la iniciativa privada para después ser concertado por el Servicio Andaluz de Salud, independientemente de matizaciones que han hecho otros grupos, que en mi opinión son pertinentes y se inscriben en el marco de la más elemental lógica como que, por supuesto, el Ministerio de Sanidad no debería dedicar atención sanitaria a recursos procedentes del Ministerio de Defensa que no fue-

ran a servir a la satisfacción de necesidades de la población, u otros aspectos, como también han señalado otros portavoces, de que el uso que pudiera darse a determinadas instalaciones no fuera el idóneo, sino que fuera para otros usos sociales.

En cualquier caso entendemos que el objetivo fundamental de la proposición no de ley se puede compartir y entra de lleno, insisto, en la filosofía que ha presidido otras iniciativas parlamentarias, dentro de mi Grupo, incluidos en su propio programa electoral. Por tanto, vamos a votar a favor de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señora Presidenta, aunque intervengo para fijar la posición del Grupo Parlamentario Socialista sobre la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular que estamos debatiendo, las afirmaciones efectuadas en concreto por el portavoz del Grupo popular sobre la calidad y efectividad del sistema sanitario público, rondando en su análisis casi el catastrófico, me fuerzan a formular algunas observaciones.

Señor Burgos, indicadores como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de enfermedades infecciosas y otras (**El señor Fernández-Miranda y Lozana: La tuberculosis.**) nos sitúan a la cabeza en algunos casos, como puede ser el de esperanza de vida o mortalidad infantil, y, en otros, en una situación homologable a los países de nuestro entorno europeo respecto al estado de salud de los españoles.

En cuanto a la dotación de recursos y su efectividad, los datos publicados indican que nos movemos en una «ratio» más que aceptable, con una actividad que se va incrementando, y en algunas actividades muy complejas, como en el caso del programa de transplantes, con una calidad que nos permite ocupar uno de los primeros lugares en el «ranking» sanitario mundial. (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, por favor, ruego guarden silencio.

Continúe, señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Ahora sí paso, señora Presidenta, a fijar la posición del Grupo Parlamentario Socialista respecto a la iniciativa del Grupo Parlamentario Popular. (**El señor Fernández-Miranda y Lozana: Ya era hora.**)

Efectivamente, señorías, la asistencia sanitaria de las Fuerzas Armadas presenta unas disfunciones que se generan, en gran medida, como consecuencia del proceso de reducción de efectivos a que están sometidas las Fuerzas Armadas, así como por la racionalización del despliegue y rediseño de los ejércitos acometida desde hace varios años. Para corregir estas disfunciones, el Ministerio de Defensa tiene en curso una reforma para la reestructuración de la sanidad de las Fuerzas Armadas, a fin de adaptarlas a las exigencias presentes y a las que se estiman para el fu-

turo. A este respecto, la Ley de Plantillas ofrece, para la culminación de este proceso, un horizonte temporal de cinco años.

Como es obvio, esta reforma conllevará desafectación de infraestructuras que, a juicio del Grupo Parlamentario Socialista, podrán, efectivamente, incorporarse a la red pública asistencial, pero no de forma global y en su totalidad, como propone el Grupo Popular en su iniciativa, porque no hay que olvidar, señor Burgos —otros portavoces ya han hecho referencia a ello—, que la distribución de los recursos militares hospitalarios obedece a una estrategia distinta a la que rige en la ubicación de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Los criterios determinantes para la instalación de hospitales militares fueron y son de naturaleza logístico-operativa, además de dar cobertura sanitaria a las Fuerzas Armadas. Sin embargo, la distribución de la red hospitalaria civil obedece a criterios demográficos y de estado de salud de la población de las diferentes áreas de salud, así como a la demanda sanitaria existente en las mismas.

Por esta razón, pretender, como pretende el Grupo Popular, que todos los recursos excedentarios de la sanidad militar sean incorporados a la red pública, a juicio del Grupo Parlamentario Socialista, es romper con todo principio de planificación sanitaria que exige que estas incorporaciones respondan a criterios de utilidad, de efectividad y de eficiencia de los recursos, para lo cual es necesario analizar previamente, caso por caso, cada uno de los hospitales militares que se vean desafectados en el proceso de reordenación del Ministerio de Defensa, valorando la demanda sanitaria del área en el que se ubiquen, su idoneidad, su rentabilidad, etcétera. (**Rumores.**)

La señora **PRESIDENTA**: Un momento, señora Novoa.

Quiero recordar a SS. SS., y espero que sea por última vez, que disponen de los pasillos de la Cámara para debatir las cuestiones personales que no tengan relación con la proposición no de ley que debemos estar atendiendo. Muchas gracias.

Continúe, señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: La Ley 28/1984, de Creación de la Gerencia de Infraestructuras de la Defensa, prohíbe taxativamente las cesiones de carácter gratuito, con lo cual, señorías, si no se procede del modo a que he hecho referencia, es decir, valorando caso por caso, nos podríamos encontrar con áreas de salud sobredimensionadas en recursos, o bien que la Administración sanitaria tuviera que afrontar obras en centros procedentes de las Fuerzas Armadas cuya reforma resultase más costosa para fines sanitarios civiles que construir una infraestructura nueva. La casuística con la que nos podríamos encontrar, de asumir la incorporación de todos los centros que resulten desafectados de la ordenación de la sanidad militar, sería variada y, desde luego, nada beneficiosa para el Sistema Nacional de Salud.

Señorías, bajo estos criterios a los que me vengo refiriendo a lo largo de mi intervención vienen trabajando ya

desde hace tiempo el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad y Consumo, con el objetivo de establecer una coordinación y participación entre las redes hospitalarias militares y el Sistema Nacional de Salud. La concreción máxima de este trabajo se alcanzó al suscribir el 16 de diciembre de 1992, previa presentación al Consejo Interterritorial de Salud, un convenio-marco que permite el establecimiento de fórmulas de colaboración diversas entre la red hospitalaria militar y las redes asistenciales de las diferentes administraciones públicas. Resultado de la aplicación de este convenio-marco ha sido concertar la utilización del Hospital Militar Regional de Las Palmas o del Naval de Cartagena, así como las negociaciones en curso para concertar la utilización del Hospital Militar de Valladolid.

Por otra parte, la cláusula octava del convenio-marco de colaboración prevé que el Ministerio de Defensa pondrá en conocimiento del Instituto Nacional de la Salud y, en su caso, de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas los planes sobre los centros sanitarios cuya actividad pueda cesar para la asistencia sanitaria militar, con el fin de que los servicios citados estudien sus necesidades y la viabilidad de utilizarlos en su red asistencial. La información acerca de la reforma de la red hospitalaria militar ya se ha proporcionado al Ministerio de Sanidad y Consumo, e igualmente el Ministerio de Defensa ha pedido a la Ministra de Sanidad y Consumo asistir a la próxima reunión que celebre el Consejo Interterritorial, a fin de explicar las líneas básicas de la reforma iniciada y de ofrecer la capacidad hospitalaria militar excedente. Por tanto, señorías, mi Grupo Parlamentario entiende que la posibilidad de incorporar a la red del Sistema Sanitario de Salud los recursos excedentarios de la sanidad militar está ya prevista, tratándose en todo caso de incorporar sólo aquellos que respondan a las necesidades del sistema.

En esta misma línea argumental se ha manifestado el Secretario de Estado de Defensa en una sesión de la Comisión de Defensa celebrada recientemente en esta Cámara, en la cual decía: «En relación con la utilización de la capacidad hospitalaria excedente, es voluntad de este Departamento —como ha quedado repetidamente señalado— hacer todo lo que esté de su parte para que las instalaciones innecesarias para las Fuerzas Armadas que han tenido un uso hospitalario sanitario conserven ese uso —al ser desafectadas como sanidad militar— preferentemente en el seno de la sanidad pública. Los modelos posibles evidentemente son varios. Aquellos hospitales que permanezcan como necesarios para la asistencia hospitalaria de las Fuerzas Armadas preferimos moverlos en la línea de conciertos con el Insalud o las sanidades autonómicas (modelo Cartagena; en vías de llegar a un acuerdo semejante con el Hospital de San Fernando, de Sevilla); y aquellos hospitales que van a ser desafectados por no ser necesarios para la sanidad hospitalaria militar mediante la cesión total o parcial de estas instalaciones, mediante contraprestación económica, no a título gratuito, ya que, además de cualquier otro argumento, otra cosa está prohibida por la Ley de la Gerencia de Infraestructura, a la iniciativa preferentemente pública, aunque, lógicamente, no cabe descartar otras al-

ternativas. Por consiguiente, cada caso habrá de tratarse por separado.»

La señora **PRESIDENTA**: Le ruego concluya, señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Inmediatamente, señora Presidenta.

Así, pues, el Grupo Parlamentario Socialista no puede aceptar la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, y su voto obviamente será en contra. **(El señor Burgos Gallego pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: ¿Para qué pide la palabra, señor Burgos?

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señora Presidenta, para hacer algunas precisiones en el sentido de lo que han comunicado los diversos portavoces de los grupos que han intervenido.

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, es evidente que se han vertido opiniones, criterios y valoraciones políticas diferentes y no coincidentes, como así es la diversidad de esta Cámara. Por lo tanto, no se tiene necesariamente que coincidir unos grupos con otros. No ha lugar a reabrir un turno de réplicas, contrarréplicas y reabrir el debate. Si se trata de una precisión, exclusivamente de una precisión, o una aclaración, S. S. tendría la palabra por un minuto.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Simplemente me gustaría conocer, señora Presidenta, si la propuesta de Convergència i Unió se plasma en una enmienda concreta, puesto que el portavoz de Convergència nos ha manifestado en su intervención que estaría dispuesto a plasmar en un voto favorable la posición de su Grupo si se modificara en algún término la redacción de la propia proposición no de ley. Me gustaría conocer, si es posible, incluso aunque sea ya muy tarde, si eso se concreta o no en una propuesta, porque no ha quedado suficientemente claro en la exposición.

La señora **PRESIDENTA**: No sé si el señor Cardona quiere hacer alguna aclaración. No obstante, le recuerdo que en este momento no cabe la posibilidad de introducir ninguna enmienda, pero S. S. tiene la palabra para dar una explicación.

El señor **CARDONA I VILA**: Sabíamos que podíamos presentar una enmienda hasta las ocho de la noche, no lo hicimos y ahora no sé si es permisible. Si no es permisible, entonces no podemos hacer nada; en otra ocasión.

La señora **PRESIDENTA**: No es posible.

Finalizado, por tanto el debate de las proposiciones no de ley, vamos a proceder a las votaciones.

Debo recordar a los portavoces de los distintos Grupos que, puesto que vamos a proceder a las votaciones, deberán facilitar a esta mesa los nombres de las Diputadas o Di-

putados que sustituyen, en su caso, a titulares de esta Comisión. **(Así se hace por los distintos portavoces.)**

Señorías, comunicadas las sustituciones, vamos a proceder a las votaciones.

Votamos en primer lugar, la primera de las proposiciones no de ley debatidas en el día de hoy: proposición no de ley sobre política sanitaria en relación con la mujer, presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, que va a ser votada en los términos originales, tal como fue presentada, puesto que no ha sido aceptada la enmienda del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, tres; en contra, 33.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Proposición no de ley por la que se solicita la creación de una ponencia que estudie los problemas de los afectados por el consumo del aceite tóxico. Esta proposición ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular y se somete a votación en los términos resultantes de la aceptación de la enmienda presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 20.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Siguiente proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a constituir, en el plazo máximo de un mes, un

comité consultivo del Sistema Nacional de Salud, proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 20.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Proposición no de ley sobre ayudas a niños afectados de ceguera en Jaén, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Proposición no de ley sobre incorporación a la red pública asistencial de los recursos sanitarios de la infraestructura sanitaria dependiente del Ministerio de Defensa, proposición presentada por el Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 21.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Finalizado el orden del día de la Comisión, se levanta la sesión.

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

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961