



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1994

V Legislatura

Núm. 211

---

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES**

Sesión núm. 11

**celebrada el martes, 24 de mayo de 1994**

---

Página

### ORDEN DEL DIA:

- Comparecencia del señor Director General del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (Temes Montes), para informar acerca de la política farmacéutica que se está desarrollando en los hospitales dependientes del citado Instituto. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000498)..... 6466
- Preguntas:
- De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre medidas para resolver el problema relativo a la concesión del título de especialista en psiquiatría al colectivo de médicos becarios residentes de hospitales. (BOCG, serie D, número 72. Número de expediente 181/000579)..... 6477
  - De la misma señora Diputada, sobre criterios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la realización de contratos de refuerzo en atención primaria en la provincia de Huesca. (BOCG, serie D, número 67. Número de expediente 181/000561) ..... 6479
  - Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre infrautilización de equipos de material radiológico instalados en hospitales o centros de salud del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). (BOCG, serie D, número 67. Número de expediente 181/000571) ..... 6481

	Página
— Del mismo señor Diputado, sobre existencia de algún acelerador lineal de electrones comprado por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) que no esté siendo utilizado. (BOCG, serie D, número 67. Número de expediente 181/000572) .....	6484
— Del mismo señor Diputado, sobre previsiones acerca de la celebración de algún concurso o traslado de plazas de atención especializada en los próximos meses. (BOCG, serie D, número 76. Número de expediente 181/000627) .....	6486
— Del mismo señor Diputado, sobre fecha prevista para la provisión de plazas de atención primaria mediante concurso. (BOCG, serie D, número 76. Número de expediente 181/000628) .....	6486
— De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal IU-IC), sobre justificación de la decisión de dismantelar la lavandería del Hospital Ramón y Cajal para pasar a concertar este servicio con una empresa privada. (Número de expediente 181/000713) .....	6489

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

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD (TEMES MONTES), PARA INFORMAR ACERCA DE LA POLÍTICA FARMACEUTICA QUE SE ESTA DESARROLLANDO EN LOS HOSPITALES DEPENDIENTES DEL CITADO INSTITUTO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000498.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, buenos días. Vamos a dar comienzo a la celebración de la Comisión de Sanidad y Consumo correspondiente al día de hoy. El primer punto del orden del día es la comparecencia del Director General del Instituto Nacional de la Salud, don José Luis Temes Montes, para informar acerca de la política farmacéutica que se está desarrollando en los hospitales dependientes del mencionado Instituto. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista. ¿El Grupo Parlamentario Socialista desea hacer uso de la palabra antes de proceder a la comparecencia del señor Temes? (**Denegaciones.**) De acuerdo. Entonces, daríamos la palabra, al mismo tiempo que la bienvenida a esta Comisión, al Director General del Instituto Nacional de la Salud, señor Temes Montes.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Temes Montes): Señorías, en primer lugar, quiero mostrar mi satisfacción por comparecer de nuevo ante la Comisión Permanente de Sanidad y Consumo de esta Cámara, para informar a SS. SS. de las actuaciones que en materia farmacéutica vienen desarrollando los hospitales dependientes del Instituto Nacional de la Salud. Sin embargo, me parece importante señalar que las actuaciones que estamos realizando en este terreno no constituyen un hecho aislado. Por el contrario, se encuadran y tienen sentido en el contexto de una política far-

macéutica que viene llevando a cabo el Ministerio de Sanidad y Consumo durante los últimos años.

Esta política tiene como principal objetivo garantizar una buena prestación farmacéutica a todos los ciudadanos, una distribución que llegue a todos los núcleos de población y una sólida industria nacional y multinacional instalada en España. Todo ello con un coste que pueda ser financiado por el Sistema Nacional de Salud y orientado en una perspectiva europea. Por esta razón, me van a permitir que en mi exposición haga referencia a la evolución de las principales magnitudes de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud comparándola con lo acaecido en otros países de la Unión Europea. También haré mención a las medidas que están adoptando estos países y las tomadas por el Insalud para la contención del gasto farmacéutico. Finalmente, pasaré a tratar el asunto que es objeto de mi comparecencia.

Primero. Evolución de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. La prestación farmacéutica a través de recetas médicas supuso, en 1993, un gasto público de 609.399 millones de pesetas y un importe total de 673.767 millones de pesetas, lo que representa un 1,11 por ciento sobre el producto interior bruto y el 19 por ciento del gasto de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Ambas cifras son de las más altas de los países occidentales. La prestación ha venido experimentando un crecimiento interanual medio del 14,7 por ciento durante la última década.

Este gasto, para tener una referencia, fue superior en 1993 a la suma de los presupuestos para el año 1994 de los Ministerios de Asuntos Exteriores, Industria y Energía, Comercio y Turismo, Administraciones Públicas, Cultura, Asuntos Sociales y de la Presidencia, más los de las Cortes Generales, la Casa de su Majestad el Rey, el Tribunal de Cuentas, el Tribunal Constitucional, el Consejo de Estado y el Consejo General del Poder Judicial.

De los tres apartados que componen la prestación farmacéutica son las especialidades farmacéuticas las que constituyen el contingente fundamental, el 89 por ciento del total, seguidas de las fórmulas magistrales y varios, un

seis por ciento y, por último, los efectos y accesorios, un cinco por ciento.

El gasto citado supone un movimiento de 506 millones de recetas, de las cuales 318 millones se destinan a pensionistas y 188 millones a trabajadores activos y sus beneficiarios.

Como ya se ha señalado, el crecimiento del gasto farmacéutico ha sido continuo, partiendo de un aumento del 22,6 por ciento en 1962, se alcanza el mínimo porcentaje de incremento en el año 1984, un 6,9 por ciento y experimenta una aceleración en 1987 al 19,8 por ciento, que se mantiene durante los cinco años siguientes con crecimientos del 18,5 en el año 1988, del 18,9 en 1989, del 16,2 en 1990, del 17 por ciento en 1991 y del 14,9 en 1992. En 1993 ha disminuido de forma importante situándose en un 7,9 por ciento. Este crecimiento se debe a dos factores. En primer lugar, al aumento del coste por receta que en la década fue del 12,6 por ciento, debido a la introducción de medicamentos más eficaces y específicos, pero también y obviamente más caros. En segundo lugar, al incremento de la población pensionista y sus beneficiarios, que ha originado otro dos por ciento de aumento anual ya que el número de recetas por persona se ha mantenido prácticamente estable en los últimos diez años. También se ha producido un fuerte descenso de la aportación de los pacientes, que actualmente supone sólo el 9,6 por ciento del coste total y era de un 19 por ciento en el año 1981, lo que no se justifica sólo por el aumento de pensionistas, sino también por la bien conocida desviación de recetas desde este grupo al de personas activas.

En lo que se refiere al tipo de medicamentos que más se prescriben los vasodilatadores periféricos siguen ocupando uno de los primeros lugares en importe, 32.606 millones de pesetas en el año 1993, aunque, en número de unidades, el subgrupo de analgésicos aparece cada vez más, con 10.954 millones de pesetas en el mismo período de tiempo.

El análisis, por grupos de medicamentos, pone de manifiesto que el gasto no es del todo racional en el campo terapéutico o curativo. Son los pensionistas, con un 62,8 por ciento de las recetas y un 72,3 por ciento del gasto en 1993, los que constituyen el principal bloque de la prestación, a pesar de que representan sólo el 21,8 por ciento de la población protegida por la Seguridad Social. Así, un pensionista consume al año 39 recetas y 54.000 pesetas, mientras que un activo utiliza 6,7 recetas y 6.011 pesetas. En este grupo el aumento anual es más rápido, tanto en importe, un 390 por ciento en los últimos diez años, como en recetas, un 60 por ciento en este período, mientras que los activos han contraído su consumo de recetas.

La contención del gasto farmacéutico es indispensable para salvaguardar la propia prestación y garantizar los derechos que hoy disfrutan los ciudadanos españoles. El panel de derechos contenidos en las prestaciones farmacéuticas es el siguiente: los pensionistas y los enfermos ingresados en los hospitales no pagan por los medicamentos que consumen. Los pacientes crónicos pagan una cantidad razonable que no supera nunca las 400 pesetas por recetas y, por último, los activos abonan el 40 por ciento del precio

de los medicamentos. Este panel de derechos evidencia que España proporciona una prestación farmacéutica en las condiciones más ventajosas para el usuario puesto que, con la excepción de Alemania, es el país occidental en que es menor la aportación del beneficiario en la financiación de la prestación farmacéutica.

En el Ministerio de Sanidad y Consumo existe la voluntad política y el compromiso ético de mantener y garantizar estos derechos dentro de lo que sea posible y deseable, no sólo para hoy, sino también de cara al futuro. Igualmente, la contención del gasto farmacéutico permitirá liberar recursos para acometer otros programas sanitarios que es preciso impulsar, como la salud bucodental o garantizar la atención preferente de las patologías más graves y de aquellos colectivos que más lo necesitan, como los pacientes crónicos, los ancianos, los minusválidos o las personas con recursos económicos insuficientes. Pero con ser importantes las cifras y tasas de crecimiento de la prestación, no son, sin embargo, tan relevantes como el uso racional de los medicamentos concretos en cada caso.

Como ya señalé en una comparecencia anterior ante SS. SS., nadie discute que en las últimas décadas los avances de la terapia farmacológica han sido extraordinarios. Enfermedades antes graves e incurables son hoy tratadas con éxito gracias a los nuevos medicamentos. Sin embargo, en todos los países se ha evidenciado que un mayor gasto farmacéutico no está relacionado con una mayor calidad en la prescripción, ni con más salud, sino que en muchos casos puede ser al contrario. Incluso cuando el consumo de medicamentos se determina por estrictas necesidades terapéuticas hay que ser cautos a la hora de evaluar entre efectos beneficiosos y potenciales reacciones adversas. Por ello, se insiste en el concepto de uso racional del medicamento, que fue definido por la Organización Mundial de la Salud en su conferencia de Nairobi en 1985 como la prescripción del medicamento apropiado, disponible a un precio asequible, correctamente dispensado y administrado a la dosis y durante el tiempo adecuado. El medicamento debe ser, además, seguro, eficaz y de calidad contrastada. Por esta razón desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han potenciado actuaciones orientadas a que el médico prescriptor se encuentre lo mejor informado posible para que, haciendo uso de su mejor criterio clínico, prescriba un medicamento adecuadamente seleccionado, en la dosis necesaria, durante el tiempo apropiado y al menor coste posible.

Segundo. Medidas para la contención del gasto farmacéutico en los países occidentales. La preocupación por el gasto farmacéutico, como bien conocen SS. SS., no es exclusiva de nuestro país. Otras naciones mucho más ricas que España y con una industria farmacéutica fuerte y moderna como Alemania, Francia o Gran Bretaña, que contribuye sensiblemente al crecimiento de la renta nacional, han adoptado, en los últimos años, medidas rigurosas para controlar el aumento del gasto farmacéutico público. En general, estos países están estudiando una serie de actuaciones que son comunes, con frecuencia, en varios de ellos: entre ellas, destaca la inclusión de medicamentos en listas negativas o exclusiones de las positivas, variación de

la aportación del usuario, fomento de la prescripción de genéricos, control de precios, fijación de precios de referencia por encima de los cuales no será reembolsable el medicamento, acuerdos con la industria farmacéutica en cuanto a márgenes de beneficio o porcentajes destinados a promoción de medicamentos, medidas destinadas a persuadir a los médicos para que no prescriban por encima de ciertos límites, limitación de márgenes de la distribución y convenios con la industria para la obtención de descuentos.

Una característica común a todos los países de la Unión Europea es la existencia de listas positivas o negativas de medicamentos que son financiados con fondos públicos. De esta forma, cuentan con listas positivas Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Italia, Portugal, y con listas negativas Holanda, Alemania, Irlanda, el Reino Unido, Luxemburgo y, más recientemente, España. En cada caso, las listas tienen sus propias características, si bien para su concepción se tiene en cuenta como norma general los principios de eficacia y economía en comparación con otros medicamentos de la misma categoría.

En cuanto a la aportación del usuario, la tónica general es el establecimiento de categorías de medicamentos por su utilidad terapéutica, variando la aportación desde la exención hasta el abono de porcentajes elevados. Este es el caso de Bélgica —máximo del 80 por ciento de la aportación—, Francia hasta un 65 por ciento, y Portugal hasta el 60 por ciento. En el Reino Unido existe una cantidad fija por medicamento, mientras que en Italia e Irlanda la cuantía de la aportación depende del nivel de renta del paciente. En Grecia depende del organismo asegurador y en Dinamarca hay dos categorías de medicamentos con aportaciones del 25 y del 50 por ciento respectivamente.

Finalmente, en Alemania, Dinamarca y Holanda se establecen unos precios tope por medicamento, los llamados precios de referencia, siendo ésta la cantidad máxima que se reembolsa por la Seguridad Social.

La mayor parte de los países comunitarios están fomentando la prescripción de genéricos. Bélgica y Francia introducen en las listas positivas los medicamentos genéricos si son más baratos que el original. En Dinamarca, tras varios debates parlamentarios, se considera importante la prescripción de genéricos para conseguir un ahorro en el gasto farmacéutico público. Otros países como Holanda fomentan la dispensación de genéricos o importaciones más baratas a través de una incentivación económica a los farmacéuticos. Luxemburgo e Irlanda publican listas comparativas de precios de medicamentos, animando a los médicos a recetar genéricos. El Reino Unido mantiene la financiación de las especialidades excluidas que se consideran eficaces y baratas, casi todas bajo la denominación «Genérica». Finalmente, en Alemania una reciente legislación exige al médico indicar si autoriza o no al farmacéutico a dispensar genéricos. En el caso en que el médico prescriba un genérico, el farmacéutico está obligado a dispensar el medicamento más barato.

Otras medidas novedosas que se están introduciendo paulatinamente son los presupuestos indicativos o la cláusula de economía sanitaria. El presupuesto indicativo se

estableció en Gran Bretaña en 1991. A cada médico general se le asigna para gasto farmacéutico de sus pacientes una cantidad anual a la que se imputa el coste de los medicamentos que receta. El presupuesto se establece por acuerdo entre el médico general y las autoridades sanitarias del distrito, que, además, admiten que se sobrepase en casos justificados. Con ello, se pretende moderar el gasto, incrementar la prescripción de genéricos, descentralizar y racionalizar una parte de la gestión farmacéutica y estimular actuaciones en el campo de la promoción de la salud y prevención primaria de las enfermedades.

La cláusula de economía sanitaria se implantó en 1992 en Australia. La cláusula estipula que todo nuevo medicamento debe demostrar un valor socioeconómico superior a los de su mismo grupo terapéutico existentes en el mercado, para ser financiado por el sistema sanitario público u obtener un precio de venta más alto. En la práctica se trata de un análisis coste-beneficio o coste efectividad. La cláusula de economía sanitaria parece ajustarse a las directrices de la Unión Europea, aunque es un aspecto que debe ser definido con más precisión. En cualquier caso, estos análisis se han incluido de forma oficiosa en los expedientes de evaluación de los nuevos medicamentos en varios países: Gran Bretaña, Bélgica, Francia, Canadá, y los Estados Unidos en los fármacos reembolsados por el Medicaid.

En definitiva, como han podido ver SS. SS., los países más desarrollados están adoptando un conjunto de medidas para racionalizar la prestación farmacéutica. Estas medidas han surgido en los distintos países de forma progresiva con el paso del tiempo y al cambiar las circunstancias. Para que sean eficaces no se emplean aisladas, sino varias al mismo tiempo. Así, por ejemplo, el Reino Unido aplica a la vez el control de los precios, la participación del usuario, la promoción de los genéricos, las listas negativas y el presupuesto indicativo. En Holanda se contemplan los precios de referencia, la participación del paciente, el fomento de los genéricos y las listas negativas.

Política farmacéutica del Instituto Nacional de la Salud. Las actuaciones del Insalud en lo relativo a prestación farmacéutica se orientan a continuar con la implantación de un programa de uso racional del medicamento y, siguiendo esta directriz, adoptar medidas de gestión, algunas de las cuales ya se han puesto en marcha.

Como señalé en su momento ante SS. SS., una política de uso racional y un gasto asumible por el sistema sanitario exigen la adopción de medidas estructurales que reformen las prestaciones, puesto que las medidas de gestión no son de por sí suficientes para frenar el crecimiento del gasto. Por esta razón, llevamos trabajando desde hace tiempo con la Dirección General de Farmacia de la Secretaría General de Salud en el estudio de esas medidas estructurales, en línea con lo realizado en otros países de nuestro entorno socioeconómico y con lo establecido en la Ley del Medicamento.

En 1993 se han prescrito en el Insalud gestión directa más de 202 millones de recetas, que han supuesto un gasto público de casi 245.000 millones de pesetas. Esto significa que más de la mitad de los recursos empleados en atención primaria se destinan al consumo de medicamentos. Cada

médico ha recetado el año pasado una media de 17.250 medicamentos, lo que supone un importe de 21 millones de pesetas. Hay casos con más de 90.000 recetas y facturas superiores a los 100 millones.

Esta disparidad de prescripción entre distintos facultativos se ve acrecentada si examinamos algunos indicadores provinciales. Así, el gasto por persona protegida activa ha sido de 8.076 pesetas en Ciudad Real, mientras que en Segovia fue únicamente de 4.860. El gasto por pensionista representó en Las Palmas 67.872 pesetas y en Zamora, 37.272.

Si analizamos grupos terapéuticos de medicamentos, también se establecen marcadas diferencias. El subgrupo de hipolipidientes supuso en Las Palmas de Gran Canaria 246 envases por cada 1.000 personas protegidas y solamente 64, en las provincias de Ceuta y Palencia. En el subgrupo de vasodilatadores periféricos se consumieron en León 780 envases por cada 1.000 habitantes y 340, en Madrid. Antibióticos, como las cefalosporinas, en Soria supusieron 394 envases por 1.000 habitantes y únicamente 121 en Asturias. Así, podríamos repasar cada uno de los medicamentos o de los subgrupos con resultados muy similares. Esta situación, al margen de posibles diferencias epidemiológicas, no parece estar justificada ya que en sociedades desarrolladas la prevalencia de las enfermedades es muy parecida en todos los territorios y el saber médico tiene acuñadas en toda la literatura pautas de actuación suficientemente conocidas y difundidas.

Las medidas sobre uso racional son la forma de mejorar la prestación y evitar riesgos iatrogénicos y, a la vez, de contener el gasto. Por ello, durante 1993 se han generalizado en todo el territorio Insalud gestión directa una serie de iniciativas que se venían planteando desde hace tiempo en la Administración sanitaria para conseguir una mejor utilización de los medicamentos a través de una mayor información y formación de los profesionales y de la sensibilización de los ciudadanos en estos aspectos.

En la actualidad todas las gerencias de atención primaria del Instituto cuentan con farmacéuticos consultores, con misiones de uso racional conjuntas en los hospitales, sesiones clínicas farmacoterapéuticas regulares, listados de medicamentos de urgencia y edición de boletines farmacoterapéuticos trimestrales. Con ello, queremos facilitar una información sobre medicamentos objetiva, científica y contrastada a los profesionales sanitarios, así como diseñar un sistema de información sobre utilización de medicamentos ágil y a tiempo real que permita que cada médico conozca su propio perfil terapéutico y su situación con respecto a otros profesionales.

En la misma dirección se orientan otras medidas que hemos adoptado, como la modificación de la codificación de los sellos de receta y la previsión de que los directores médicos, en el caso de consumos alejados de la media por parte de algún facultativo, conozcan los motivos sociodemográficos o diferencias en la morbilidad de la población que así lo justifiquen.

Como habrán sospechado SS. SS., estas actuaciones son escasamente originales. A título de ejemplo, en el Reino Unido los médicos generales que superan la media

del gasto de prescripción de su distrito son visitados por un médico de gobierno que analiza las causas de la desviación. Otra medida que nos parece importante impulsar es la introducción progresiva de prestaciones genéricas en atención primaria. En este sentido, la Dirección General de Farmacia está preparando para el Insalud una relación de genéricos y asimilados que próximamente se dará a conocer a los profesionales. Con ello se pretende fomentar la cultura del genérico entre los médicos e informarles de las opciones terapéuticas similares que suponen un menor gasto.

Quiero aclarar a SS. SS. que este propósito también carece absolutamente de originalidad. Queremos pasar de un consumo de genéricos, que en la actualidad apenas llega al 1 por ciento del gasto, a cifras en torno al 10 por ciento inicialmente, para así aproximarnos a otros países como el Reino Unido, Alemania, Irlanda o los Estados Unidos, en los que el consumo de genéricos está entre el 25 y el 30 por ciento del gasto.

Otra de las medidas que estamos estudiando es pasar ciertos medicamentos que hoy se encuentran disponibles en atención primaria a uso hospitalario, como es el caso de algunos antimicrobianos.

A finales de 1993, la oferta financiada por el sistema sanitario público incluía 7.485 especialidades farmacéuticas. De esta cifra, el mayor grupo corresponde a los fármacos antiinfecciosos que, con 1.372 formatos, suponen el 18,3 por ciento del total de la oferta. La elevada presencia de principios activos y su rápida introducción exige un conocimiento profundo de los médicos responsables de la prescripción. Por otra parte, se detecta una aparición creciente de cepas de gérmenes resistentes a estos fármacos. Por todo ello, el Insalud constituyó recientemente un grupo de expertos en la materia que ya ha elaborado un documento técnico que próximamente será enviado a los facultativos del Instituto.

La revisión efectuada selecciona aquellos antiinfecciosos que han de continuar siendo de libre prescripción en atención primaria y propone cuáles deben quedar restringidos al ámbito hospitalario. También estamos actualizando la oferta de efectos y accesorios.

Otra línea de trabajo que tenemos gran interés en potenciar es el acercamiento de la prestación farmacéutica a los centros sanitarios para situaciones clínicas especiales, como es el caso del suministro de tiras reactivas para diabéticos y medicación de urgencia. En este contexto se enmarca la política farmacéutica que se está llevando a cabo en los hospitales del Insalud.

La Ley del Medicamento encomienda a los servicios de farmacia de los hospitales, entre otras funciones, la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales. Asimismo estos servicios están capacitados según la ley para la producción de preparaciones concretas y sus controles analíticos, a su vez, la Orden de 1 de febrero de 1977 sobre farmacia hospitalaria, que se encuentra vigente, les faculta para la preparación de fórmulas magistrales y otras que puedan ser necesarias o convenientes para el hospital; la adquisición de productos farmacéuticos; la garantía de su calidad y el fraccionamiento en envases normales o clí-

nicos y las entregas parciales del contenido de los mismos debidamente etiquetados.

Por otra parte, la propia naturaleza y cometido de los servicios de farmacia hospitalaria con alta cualificación profesional y técnica y exigencia de especialización, capacita a dichos servicios para realizar las funciones que son propias de la profesión farmacéutica. Concretamente, la directiva 85/432 de la Unión Europea dice expresamente que forman parte de las actividades profesionales de los farmacéuticos la preparación, control, almacenamiento y dispensación de medicamentos en los hospitales. Por tanto, no cabe ninguna duda legal, como no podría ser de otra manera, de que los servicios de farmacia hospitalaria debidamente establecidos y cualificados tienen capacidad plena para elaborar medicamentos. Los límites a dicha capacidad son, en líneas generales, los siguientes: No pueden elaborar especialidades farmacéuticas. Debe distinguirse entre el concepto de medicamento y el de especialidad farmacéutica de producción industrial, tal como lo hace claramente la legislación vigente; es decir, la farmacia hospitalaria elabora de forma individualizada cualquier clase de medicamento y los dosifica para los pacientes atendidos por el hospital. No puede distribuir sus medicamentos al mercado ni realizar ensayos clínicos no autorizados.

Los servicios farmacéuticos se implantaron en los hospitales del Insalud a partir de 1968, sumándose así a los que dependían de la universidad, de la Administración local y militar que por aquellas fechas ya contaban con una larga tradición.

Gran parte de las medidas a las que me he referido anteriormente, dirigidas a conseguir un uso racional del medicamento, se han implantado con éxito en los hospitales. Así todos los hospitales del Insalud disponen de un formulario o guía farmacoterapéutica, que es una relación consensuada de los medicamentos útiles para el hospital, seleccionados por médicos y farmacéuticos a través de la comisión de farmacia y terapéutica del hospital. Esto quiere decir que en los hospitales del Insalud no se prescribe cualquier fármaco, sino sólo aquellos que la comisión de farmacia y terapéutica considera que son los más apropiados en cada momento para su uso en el hospital, en concordancia con conocimientos científicos actualizados. Igualmente, la farmacia del hospital no almacena el sinnúmero de marcas comerciales que existen en el mercado. Por el contrario, sólo dispone de aquellas previamente seleccionadas que, cada vez más, coinciden con la denominación común internacional del medicamento.

Esta política de selección de medicamentos está funcionando en los hospitales del Insalud desde hace más de veinte años con resultados más que satisfactorios en cuanto a eficacia y coste. En esta línea también queremos impulsar protocolos terapéuticos para cada indicación, consensuados por el mismo procedimiento con el que se ha realizado el formulario del hospital; es decir, mediante el trabajo de la comisión de farmacia y terapéutica.

En el marco de esta política de selección y uso racional la práctica evidencia que para la correcta asistencia de los enfermos hospitalizados es absolutamente necesario que la farmacia del hospital elabore medicamentos en los supues-

tos siguientes: medicamentos no disponibles en el mercado farmacéutico, es decir, medicamentos que no suministran los fabricantes en ningún momento o en determinados períodos de tiempo. Son los llamados medicamentos huérfanos que están indicados en enfermedades poco frecuentes, algunas de progresión fatal si no se tratan, por lo que su fabricación y comercialización como especialidad farmacéutica no es rentable para la industria. Medicamentos no disponibles en el mercado farmacéutico con la dosificación precisa para su uso en grupos de enfermos con características especiales, es el caso de las dosis pediátricas o de las dosis en insuficiencia renal y otras. Medicamentos presentados por la industria farmacéutica bajo una forma de dosificación no adecuada para su administración directa al enfermo: antibióticos potencialmente productores de tromboflebitis que precisan diluirse en líquidos para perfusión, diluciones de antisépticos, etcétera. Medicamentos que son mezclas complejas de otros medicamentos con problemas específicos de estabilidad en el tiempo y de compatibilidad entre los componentes, como, por ejemplo, la alimentación parenteral. La elaboración de medicamentos para cubrir estas necesidades por los servicios de farmacia hospitalaria forman parte de la historia y de la tradición de muchos hospitales españoles con prestigio, como el Hospital San Cecilio de Granada; Basurto, de Bilbao; Santa Cruz y San Pablo de Barcelona; Hospital de Navarra, de Pamplona; Hospital de Valdecilla, de Santander, o el Hospital General de Asturias, de Oviedo, y otros muchos.

Por otra parte, la elaboración de medicamentos en hospitales no es un fenómeno exclusivo de nuestro país. Es una constante en organizaciones hospitalarias del mundo occidental y, en algunos casos, a mucha mayor escala tal como sucede en los hospitales americanos.

Por último, los medicamentos elaborados en las farmacias de los hospitales para que puedan ser utilizados han de cumplir estrictamente las características que las farmacopeas vigentes exigen en cada caso. La calidad del medicamento está garantizada por el servicio de farmacia del hospital y por el propio hospital y, además de esto, sujeta a la inspecciones de los organismos competentes de la Administración.

En resumen, señorías, las medidas que acabo de comentar se dirigen a someter la prestación farmacéutica a la razón. En ningún caso se cuestiona el principio de libre prescripción de los facultativos, ni mucho menos se pretende recortar prestaciones a los ciudadanos españoles. Por el contrario, su finalidad es conseguir que el medicamento que se prescriba en libertad sea el más apropiado, se administre y dispense correctamente y con las suficientes garantías de calidad, seguridad y eficacia contrastadas.

Termino aquí, señorías, agradeciéndoles la atención que me han dispensado. Quedo a su disposición para contestar a cuantas preguntas tengan a bien formularme.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General del Insalud.

¿Grupos que desean intervenir, además del solicitante para fijar su posición?

Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Bienvenido, señor Temes.

Señora Presidenta, señorías, señor Temes, yo esperaba de esta comparecencia que tranquilizara usted un poco ciertos rumores, que no lo son tanto después de esta comparecencia, que saltaron a la prensa especializada a comienzos de este año con noticias como que en el centro sanitario de Valdecilla, de Santander, se estaban elaborando antibióticos en unas condiciones que algunos laboratorios consideraban harto deficientes. Saltaba también la noticia de que en el Insalud había esa idea de fabricar medicinas para consumo hospitalario con objeto de rebajar los costes farmacéuticos. El Grupo Popular, el día 7 de febrero, solicitó al Gobierno información sobre estos temas, información que, por cierto, todavía no ha recibido.

Su comparecencia de hoy viene a confirmar que hay una política decidida para ir fabricando estos genéricos que tanto están preocupando a la opinión médica especializada y a alguna prensa especializada, no sólo en España, sino en otros países, algunos de los cuales usted ha mencionado cuando ha hecho ese amplio recorrido, curiosamente, como siempre suele hacer el Gobierno, utilizando dos países para una cosa y tres para otra, que nunca son los mismos. Ahora le hablaré de lo que está pasando en Francia con la política de genéricos, ya que allí también están suscitando ciertas suspicacias.

En la Ley del Medicamento, que según parece es la que todavía rige en este país en la política de medicamentos, en la exposición de motivos, se dice muy claramente que en España el Plan de Fomento de Investigación de la Industria Farmacéutica, integrado en el Plan Nacional de Investigación y Desarrollo Farmacéutico, debe ser apoyado por una legislación del medicamento que organice la admisión de productos de modo que beneficien en primer lugar a los enfermos y puedan recuperarse sin dilación las inversiones efectuadas en su descubrimiento. La industria farmacéutica necesita de un marco legal estable que constituya su referencia estratégica de futuro, para lo cual los mecanismos públicos de fiscalización sanitaria que regulan su acceso al mercado con nuevos productos e influyen en sus actividades de investigación y en el proceso de la competencia resultan vitales. El mercado español de medicamentos es el octavo mundial y las empresas establecidas en España tienen volúmenes agregados de producción, empleo y comercio exterior y realizan un esfuerzo de investigación y desarrollo tecnológico que hacen de éste uno de los sectores más dinámicos de la economía nacional.

Por otro lado, las estructuras productivas están sufriendo importantes transformaciones: adquisición y concentración de empresas, fusiones, tomas de participación en el capital y creación de nuevas empresas. El objetivo primordial de la ley es contribuir a la existencia de medicamentos seguros, eficaces, correctamente identificados y con información apropiada. Y con esto de la información

apropiada y el espíritu de la ley de favorecer la industria farmacéutica nos encontramos con que una de las razones que se daban para elaborar medicamentos genéricos era la no disponibilidad en el mercado por razones de suministro, de dosificación, pero el caso es que uno de los medicamentos que saltó como primera noticia al mercado era la vancomicina, que en España la fabrica Lilly, y que es un medicamento de muy restringido uso que se fabrica a través de principios activos importados. Se ha hablado también del AZT y de la ranitidina, que en España presenta muchísimas formas comerciales.

A mí me extraña que el Insalud no haya respondido a si se estaba o no fabricando vancomicina. Desde luego, los laboratorios implicados en este asunto tienen certeza de que sí se está fabricando y, además, como ya le expusieron al doctor Ferrandiz en Valdecilla, en la misma balda no puede estar el genérico que prepara el hospital y el comercial, porque los laboratorios nunca se harían cargo de las dificultades que surjan con la administración del genérico.

Yo quisiera que me dijera —es una de las varias preguntas que le voy a formular a lo largo de mi intervención— qué indicación hay para utilizar una vancomicina genérica en vez de una vancomicina preparada comercialmente, cuando ése es un medicamento de uso restringido a unas enfermedades en las que algunos antibióticos ya han resultado ineficaces, dado que, además, la vancomicina presenta graves interacciones medicamentosas que, por ejemplo, contradicen lo que usted decía antes de que a veces había que ponerlo en diluciones y hacía referencia a dosificaciones no adecuadas. La vancomicina muchas veces no se puede utilizar con otro tipo de medicamentos, como son los corticoides o la metacilina, en un suero porque presenta interacciones medicamentosas. Y, por ejemplo, en el caso de una endocarditis estreptocócica o de una colitis complicada del tipo de aquellas que utilizan la vancomicina no se puede pensar en el más mínimo ahorro. Además, son casos tan aislados, resistentes a otros antibióticos, que eso sería algo así como el chocolate del loro. Por otro lado, las indicaciones de ototoxicidad y nefrotoxicidad que tiene, que sabemos que son complicaciones de este antibiótico, no sabemos a qué se deben y hacen que el uso, como digo, sea limitado.

Además, en España tenemos un problema gravísimo, que usted ha expuesto bien. Hay una falta de cultura de genéricos porque esto no es fácil de solucionar. La situación actual, que continuará así en un futuro bastante largo, es que existen múltiples copias de un mismo medicamento original, todas ellas con marca registrada. A este efecto, estaríamos ante una competencia desleal con el mercado del medicamento, que tan importante es para la industria y para la investigación. No olvidemos que la investigación del medicamento es el motor que mueve la industria farmacéutica, el interés de lanzar un nuevo producto que sea aceptable.

Por otro lado, se ve como una gran panacea la repercusión económica que tendría la producción de genéricos. España ha tenido durante muchísimos años un régimen estricto de precios controlados y en este momento los precios de los medicamentos españoles, como también usted ha di-

cho en alguna ocasión, son más bajos que en la Unión Europea, pero da la casualidad de que la diferencia entre un genérico y un medicamento con marca es mucho menor que en algunos países de los que usted ha citado, como, por ejemplo, el Reino Unido u Holanda. A esto hay que añadir que en este momento solamente hay setenta genéricos en el mercado de medicamentos. Incluso si toda la prescripción de medicamentos se trasladara al genérico el gasto farmacéutico del Insalud bajaría aproximadamente, según estudios de la industria farmacéutica, un 5 por ciento, y a esto se tardaría muchos años en llegar. Aun en el muy probable caso en que se solicitase masivamente la autorización de genéricos se estaría penalizando también el sistema sanitario con un sistema de autorización, de control, lo que dificultaría que el número de genéricos del mercado se ampliara significativamente en poco tiempo y pasarían varios años —casi pasaríamos el siglo— hasta empezar a ver algunos resultados.

Para que una política de genéricos funcione hace falta no solamente la voluntad del legislador, del dispensador, del fabricante o de los prescriptores, sino un consenso y una colaboración. Las medidas de gestión en este momento se basan principalmente en el conflicto entre los tres estamentos en que ha de apoyarse la gestión primaria y en los contratos-programas, que en este momento todavía no están claros. No hay ningún incentivo para fabricar, prescribir o dispensar genéricos, porque en los puntos d) y e) del documento se dice que hay un aumento de calidad. Es un aspecto curioso que en ese documento se asevere que suministrar directamente medicamentos para crónicos en centros de salud o ampliar el listado de genéricos tendrá como efecto un aumento de calidad. Yo me maravillo de ese optimismo, que quisiera compartir. Es evidente que un genérico es más económico que el medicamento original, pero, que nosotros sepamos, nadie pretende que sea un producto de mayor calidad. Me parece que las exigencias comerciales que se le hacen a la marca autorizada ya exigen unos niveles de calidad que no tiene por qué estar por debajo de los genéricos. En todo caso, el problema suele ser el contrario. En esta Comisión se han planteado algunos casos relacionados con sueros y otros productos, aunque creo que no es éste el momento de exponerlos nuevamente aquí. No obstante, hay que recordar que, en muchas ocasiones, ello va en detrimento de la calidad, y usted sabe que las empresas comerciales están mostrando cierta suspicacia en relación con la pureza de algunos de los productos que se supone que se están fabricando. Digo que se supone porque a mí me gustaría saber si se están fabricando o no, o por lo menos que hubiese información al respecto.

En cuanto a la fiabilidad del medicamento, cuestiones como el mantenimiento de las mismas moléculas activas por un cambio de dispersantes o por problemas con el excipiente va a provocar una serie de problemas, aunque me imagino que se podrá alcanzar un nivel óptimo de calidad, si bien habrá que hacer un esfuerzo supletorio de investigación que ahora mismo no consta, señor Temes, que el Insalud no hace. Lo más importante en este tema es que las medidas a adoptar, a la larga, van a suponer una pérdida de empleo en los sectores de la industria y de la farmacia, así

como unos perjuicios económicos para el Estado, puesto que no solamente va a perder la Seguridad Social sino también los ingresos relativos al IRPF, a lo que hay que sumar los gastos provocados por el subsidio de paro por la pérdida de esos puestos de trabajo.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, le ruego vaya concluyendo.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Terminó, señora Presidenta, con su benevolencia, porque creo que el tema lo necesita.

Estamos viendo cómo la Comisión Nacional de Evaluación de Medicamentos ha tenido ciertas reticencias con relación, por ejemplo, al Instituto Catalán de la Salud para clasificar algún medicamento de uso hospitalario, como puede ser la hormona del crecimiento humano, tema que fue llevado a una de las últimas reuniones y que fue retirado a última hora.

Por otro lado, quería decirle, señor Temes, que se está hablando aquí de una serie de cosas que pueden contradecir la ley actual. Las conversaciones mantenidas con el Hospital de Valdecilla —usted sabe a qué me estoy refiriendo, y si no lo sabe creo que el señor Ferrandiz se lo tendría que haber comunicado— ponen de manifiesto que se está contraviniendo el artículo 36 de la Ley del Medicamento en todos sus apartados, porque los genéricos que se están fabricando ni siquiera cuentan con normas tan elementales como, por ejemplo, quién los sirve, el nombre del farmacéutico que lo prepara, es decir, carecen de una suficiente información al respecto. Hay una sentencia, del 7 de noviembre de 1991, del Tribunal Supremo, que usted conoce, que considera la situación que se está produciendo en Valdecilla como un caso de fabricación ilícita. No se están cumpliendo tampoco las condiciones del artículo 55, en sus apartados 5 y 6, de la Ley del Medicamento.

Usted se ha referido a Francia y a Bélgica como los impulsores de la política de genéricos. Pues bien, he de decirle que el Centro Francés de Sociología y Demografía Médica ha hecho un estudio, publicado entre otros por «Le Figaro» en el que se recoge que el 53 por ciento de los médicos generales se oponen a la producción de genéricos porque dicen que matarían algo a lo que yo también me he referido anteriormente; el incentivo de las compañías farmacéuticas para la investigación. Esto es importante puesto que la investigación la llevan las compañías farmacéuticas, no la hace el Insalud, porque ya me dirán ustedes qué investigación médica realiza el Insalud. El 73 por ciento también son contrarios a los genéricos porque manifiestan que contradicen su libertad a la hora de prescribir.

También quiero resaltar (a pesar de su sonrisa, señor Temes, que quiero hacerle llegar con la mía también) que se estaría vulnerando algo muy importante que hay que tener en cuenta: un principio constitucional que dice, al igual que la Ley del Medicamento y la Ley de la Seguridad Social, que todos los españoles tienen derecho a la misma atención sanitaria. El Insalud es solamente una de las partes que da cobertura a un territorio, pero hay otros, como pueden ser Andalucía, Cataluña, Valencia o el País Vasco,

que tienen plenas transferencias en materia sanitaria. Si se lleva a cabo solamente en el territorio Insalud y los efectos no son los deseados se estarían vulnerando los artículos 2.º y 3.º de la Ley General de la Seguridad Social, y si por el contrario se considera que es mucho mejor, se estaría dejando a esas comunidades autónomas en una situación muy poco deseable.

He podido comprobar que usted, con cierta euforia, se refiere a la capacidad que tienen hospitales como el de Bursurto o el Clínico de Granada. Le hago el honor de pensar que no conoce las condiciones de almacenamiento que tienen las farmacias hospitalarias de los mismos. Le hago el honor de pensar que lo desconoce, porque sería muy lamentable que pudiera mantener aquí esa afirmación cuando vemos cómo y de qué manera están almacenados allí los medicamentos.

¿A quién se prescriben los genéricos? Porque si estamos viendo que en casos como, por ejemplo, el de los antibióticos genéricos es para enfermos muy graves, restringir los costos, que serían mínimos, en antibióticos que son de muy poca prescripción, no lo veo el sentido. ¿Los anti-retrovíricos como el AZT se están fabricando porque van destinados a enfermos terminales? Quiero que me diga usted si es así ¿Qué control y qué seguimiento se hace de estos pacientes y qué estudios posteriores se están haciendo con pacientes que están siendo tratados con estos medicamentos?

No tenemos siquiera la firma del farmacéutico que los prepara (un farmacéutico único no está firmando el medicamento que prepara, a usted le consta que esto es así, y si no le consta le debería constar) y tampoco se están haciendo estudios posteriores, como usted muy bien sabe.

La señora **PRESIDENTA**: Concluya, por favor, señora Fernández de Capel.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Concluyo, señora Presidenta.

No pueden estar mezclados un un mismo hospital sin saber a qué enfermo se le está administrando un genérico y a qué enfermo se le está administrando otro tipo de preparación. Podremos seguir hablando en posteriores ocasiones largo y tendido del tema porque creo que el asunto lo requiere.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señor Temes, por su comparecencia.

Es verdad que en un primer momento no había pedido la palabra porque precisamente éste es uno de los temas que nosotros creemos que no está siendo objeto de preocupación social; desde luego, no es objeto de preocupación para mi Grupo Parlamentario. Más bien al contrario, me atrevería a decir que éste es uno de los pocos temas que, desde el punto de vista de la política sanitaria del Ministe-

rio, ha supuesto una buena noticia para el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

Lo único que comparto de la intervención de la señora Fernández de Capel es que la industria farmacéutica en España es uno de los sectores más dinámicos. Yo me atrevería a decir, con datos en la mano, que la industria farmacéutica es el sector que más beneficios está obteniendo en nuestro país desde hace muchos años y a pesar de la crisis económica. A ello hay que añadir que estos beneficios los está obteniendo, en un 75 por ciento de los casos, a partir de los presupuestos públicos del Ministerio de Sanidad y que, si bien la legalidad lo permite, la legitimidad de que una industria privada esté obteniendo unos beneficios sustancialmente más fuertes que los de otros sectores a partir de unos presupuestos públicos, desde mi punto de vista sí plantea problemas políticos de fondo.

A mí me parece que la decisión, si es que realmente se mantiene con la fuerza que el caso requiere, del Ministerio de Sanidad en el sentido de potenciar la utilización de genéricos en nuestro país, que por otra parte ha sido anunciado por la Ministra de Sanidad al comienzo de su ejercicio —aunque al haber sido anunciado en otras ocasiones sin que se haya producido yo tampoco lo daba demasiado crédito—, sabe el señor Temes y el Ministerio de Sanidad que cuenta con el apoyo decidido de nuestro Grupo, puesto que no hay ningún dato que permita afirmar que la calidad de los genéricos es inferior a la calidad de los productos con marca. En cualquier caso, la legislación europea y nacional de patentes permite, a mi juicio, garantías más que sobradas con respecto a los laboratorios en cuanto a los beneficios obtenidos en función de la investigación, y los genéricos tienen un espacio, desde mi punto de vista, más bien restringido a la hora de competir con las marcas en el mercado del medicamento.

En cualquier caso, como todos sabemos y como la señora Fernández de Capel ha dicho y, como por otra parte, yo citaba hace no mucho tiempo en el Pleno del Congreso de los Diputados palabras del doctor Mahler, presidente de la Organización Mundial de la Salud, la investigación de los laboratorios, en la medida en que la obtención de beneficios se produce fundamentalmente por la sustitución en el mercado de medicamentos exactamente iguales a los ya existentes, la investigación está dirigiéndose fundamentalmente a determinar cuáles son esas fórmulas que permiten la sustitución de medicamentos iguales, más que a la investigación sobre nuevos medicamentos, en función de las necesidades de salud existentes. La potenciación de los genéricos serviría como mecanismo de equilibrio para que la investigación por parte de la industria privada se destinara realmente al descubrimiento de nuevos medicamentos, en lugar de aquella gallina de los huevos de oro, que es la que garantiza el aumento de los beneficios.

Por otra parte, existe históricamente en nuestro país la experiencia de la sanidad militar, que no ha tenido, por lo menos que yo sepa, ningún problema en cuanto a la calidad de los medicamentos que se ofertan y, sorprendentemente, la sanidad pública no ha adoptado medidas semejantes a la de la sanidad militar por las cuales, manteniendo

los niveles de calidad, de eficacia y de seguridad, se permitirían ahorros importantísimos.

Yo he tenido la experiencia, hace pocos días, de comprobar cómo un polivitamínico, exactamente con la misma composición que un medicamento comercial, se obtiene en la sanidad militar con un 90 por ciento de ahorro. No son ahorros insignificantes. Es verdad que en unos medicamentos el ahorro puede ser mayor que en otro. En cualquier caso, me atrevo a afirmar que el ahorro obtenido por la sanidad pública, a partir de la potenciación de los genéricos, en ningún caso sería inferior al 30 por ciento.

Pienso que esto debería ir complementado, desde el punto de vista de mi grupo parlamentario —ya sé que probablemente pasen muchos años antes de que este tipo de políticas puedan ser realidad en nuestro país—, de una industria pública de fabricación de medicamentos esenciales y estratégicos.

En la pasada legislatura yo tuve la ocasión de demostrar cómo antes de la privatización de laboratorios, que han pasado, por azares de la vida, como la privatización de Rumasa, por manos públicas, hubiera podido ser factible en nuestro país la creación, por lo menos, del embrión de una industria pública destinada a medicamentos esenciales, en este caso como medicamentos hemoderivados.

He querido intervenir, señor Temes, simplemente para dejar constancia de la opinión del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida en un tema como el medicamento, que nos preocupa especialmente y en el cual la garantía de que el medicamento sirve fundamentalmente a las necesidades de salud de la población pasa por la potenciación de los genéricos y por otro tipo de medidas que ya se han anunciado por parte de mi grupo parlamentario en otras intervenciones.

En este caso, sólo me queda apoyar y animar, si realmente es decisión del Ministerio de Sanidad, este tipo de política y que sepa que cuenta con el apoyo decidido del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Bassets.

El señor **BASSETS RUTLLANT**: Muchas gracias a don José Luis Temes, Director General del Insalud, por su presencia en esta Comisión y por todo lo que nos ha explicado, tanto de hospitales como de política farmacéutica.

El Grupo Socialista ha pedido esta comparecencia porque cree que es un tema de gran actualidad que preocupa a todos los españoles y a todos los países de nuestro entorno, principalmente por la buena prestación que se está haciendo de la farmacia en el aspecto de servicio público. No nos olvidemos que en esta comparecencia se está hablando de política farmacéutica del sector público y parece que se están tocando otros temas que no son de ese sector público, pero bienvenidos sean todos.

También nos preocupa porque hay una industria farmacéutica importante. Esta industria farmacéutica sí está colaborando con el desarrollo y la puesta al servicio público

de esa especialidad farmacéutica, de su trabajo, de la investigación y de su contenido completo.

Los socialistas apostamos por mantener esta prestación farmacéutica, como no podía ser de otra forma, y no queremos que exista ninguna preocupación política ni social al respecto. Es verdad que el gasto farmacéutico es una de las partidas más nítidas y transparentes que existen dentro del presupuesto sanitario, de la cual tenemos datos absolutamente objetivos. Pero hay una realidad, y la realidad es el incremento de estos últimos años.

He tomado muy rápidamente los datos que usted ha dado, señor Temes, y vemos que este incremento del gasto en el año 1982 significó un 22 y pico por ciento, en 1987 un 19, en 1988 un 18, igual que en 1989, en el año 1990 un 16, en 1991 un 17, en 1992 un 14 y ya en 1993 se ve una inflexión que usted ha cifrado en el 7,9 por ciento. Es verdad que estos incrementos son difíciles de soportar, entre otras cosas para que la prestación siga funcionando en los términos actuales. Esta última caída del gasto viene de políticas que ha desarrollado el Gobierno socialista, por los Proseremes, no solamente desde el punto de vista económico, sino también desde el punto de vista científico. Desde el punto de vista económico respecto al gasto, en relación con el 3 por ciento de disminución registrada en la industria farmacéutica, la rebaja del IVA, que también es otro factor a considerar y, sobre todo, el decreto de financiación selectiva del medicamento, últimamente aplicado.

Precisamente el día 12 pasado se da un dato de Farma-industria en que se reconoce que en enero el crecimiento fue del 4,6, en febrero hubo un decrecimiento del 1,74 y en marzo también decreció el 0,8. Por ello, el gasto acumulado de la Seguridad Social hasta esos meses que he citado, dice Farma-industria, supone un incremento del 0,9 por ciento. Precisamente también sobre este mismo tema la Ministra intervino el miércoles pasado en el Pleno, como sabemos todos los que estamos aquí, y decía que aplicando estos puntos que he dicho anteriormente, en el ejercicio de 1994, en los primeros cuatro meses, de enero a abril ha crecido un 3 por ciento la sanidad pública y en el acumulado un 5 por ciento, tres puntos por debajo del año anterior. Este incremento ha sido debido por los nuevos fármacos que han salido, más eficaces, más específicos y también más caros; por una población que ha aumentado por la política socialista respecto a la universalización de la asistencia de los españoles y también por el aumento de los pensionistas: más expectativas de vida en la sociedad en la que vivimos.

Por tanto, el Grupo Socialista desea que este incremento del gasto sea compatible con la economía y con los Presupuestos del Estado que hemos aprobado en esta Cámara para el año 1994. Deseamos que se cumplan esos Presupuestos y que los problemas estructurales y de gestión mejoren aún más.

El gasto farmacéutico hay que contenerlo en el crecimiento, porque es evidente que el aumento del gasto a lo largo de los años podría poner en peligro, como he dicho, la prestación. Y, por otra parte, el no aumento del gasto serviría igualmente para ofertar otras nuevas necesidades sanitarias.

Además, como usted dice casi textualmente, el mayor gasto farmacéutico no está relacionado con una mayor calidad en la prestación ni con la salud. Y añadiría que inclusive puede significar lo contrario.

He tomado rápidamente apuntes de lo que usted ha dicho y el Grupo Socialista está conforme con las medidas que se han adoptado y se están adoptando.

Nos parece muy bien el Programa de Uso Racional del Medicamento en las tres vertientes: para mejorar la prestación, para evitar riesgos yatrogénicos y para contener el incremento del gasto; y también seguir trabajando, por ejemplo, con el Sifar, el Sistema Informático de Farmacia, que es donde se podrán obtener desde la Administración los datos oportunos para estudiar todo el sistema.

Nos parece oportuno que toda la gerencia de atención primaria tenga un farmacéutico, como usted ha dicho. Nos parece correcto las comisiones de uso racional conjunto en hospitales del Insalud e igualmente que existan listados de medicación de urgencia y la edición periódica de boletines trimestrales.

Nos parece muy importante que cada médico conozca su propio perfil terapéutico y el control del gasto es preciso. Es verdad que la Ministra también decía el miércoles pasado que las medidas más efectivas para el control del crecimiento del gasto no son, pese a su importancia, las relacionadas con la inspección o la supervisión, sino las que favorecen la seguridad, la confianza y la corresponsabilidad de los profesionales con el Sistema Nacional de Salud. Nosotros, el Grupo Socialista, estamos absolutamente de acuerdo, pero nos parece que además de la corresponsabilidad se ha de poner en marcha lo del perfil terapéutico y lo de controlar el gasto innecesario que se pueda producir.

Nos parece también oportuna la medida de potenciar el CIES, el Código que cada facultativo médico tiene para, precisamente estudiando la informatización de los datos, detectar los consumos alejados de la media. Es verdad que no a partir de 1993, sino antes, en los años 1989, 1990, 1991 y 1992, no sólo por parte del Insalud, sino por parte de otros sistemas que no son sólo Insalud gestión central, se han ido aumentando el número de recetas. En los últimos cuatro o cinco años, de 480 millones se pasa a 518 millones; es verdad que últimamente, en el año 1993, ha habido una disminución, llegando a 505 millones, pero hay que tener en cuenta que en otros países de nuestro entorno, por ejemplo, Alemania, que usted ha citado, los enfermos, los pacientes, van dos veces menos al médico al año y el número de recetas, a su vez, es dos veces menos de la media que se produce en España.

También nos parece oportuno, dentro de las medidas que usted ha señalado, que es de lo que se está hablando, los genéricos. Al Grupo Socialista nos parece que es muy importante, como usted ha dicho, que se dé a conocer a los facultativos la relación de genéricos. En España es una política que se ha llevado de una manera muy reducida, el uno por ciento, mientras que en Europa aproximadamente es de un 25 por ciento.

También es verdad que no se ha podido poner antes por problemas legalistas, en el sentido de que no existía la patente de producto que se pone en marcha el 7 de octubre

del año 1992 y nos parece muy correcto que se intente potenciar esta iniciativa de los genéricos, puesto que, a pesar de las manifestaciones que ha habido anteriormente, no he visto por parte de ningún sector que nadie vaya en contra de los genéricos. La prensa farmacéutica siempre está apoyando eso. Concretamente leía la semana pasada unas declaraciones del Vicepresidente de la FEFE diciendo que precisamente la solución a la contención del gasto por parte de la sanidad pública estaba basada en los genéricos, que apoyaban precisamente los farmacéuticos.

También nos parece muy oportuno, respecto a hospitales, la potenciación de la unidosis, de la que se ha estado hablando, y del formulario o la guía farmacoterapéutica realizada por médicos y farmacéuticos a través de la comisión de farmacia y terapéutica de cada hospital, y otras muchas medidas para contener el gasto, entre otras la que hemos aprobado el otro día en el Pleno del Congreso en una proposición no de ley sobre publicidad en relación a la trasposición de la directiva que, si bien es verdad el Grupo Socialista manifestó que eso ya estaba en marcha y que estaba pendiente del informe del Consejo de Estado, fue importante para que se ponga coto u orden en el aspecto de la publicidad.

Farma-industria daba un dato que es llamativo. Decía que se gasta en promoción 45.000 millones de pesetas y que, de éstos, 15.000 millones de pesetas son para los médicos y, por tanto, es importante que se regularice.

Para terminar, quiero manifestar mi agradecimiento por su presencia aquí y por los datos y las ideas que nos ha dado; animarle a seguir con las medidas tanto estructurales como coyunturales que permitan garantizar a los españoles una prestación farmacéutica con medicamentos puros, de calidad, eficaces, seguros y con un uso racional, para poder continuar mejorando el servicio sanitario público.

Quiero hacerle dos preguntas muy cortas y un ruego.

Primera pregunta: ¿Es cierto que en España el gasto público en farmacia por habitante es bajo?

Segunda pregunta: En su exposición usted ha recordado que los pensionistas enfermos ingresados en hospitales no pagan por los medicamentos que consumen, los enfermos crónicos aportan, como máximo, 400 pesetas por receta y los activos abonan el 40 por ciento del precio de las especialidades farmacéuticas, de los medicamentos. ¿Piensa la administración sanitaria tomar alguna medida para incrementar la aportación del usuario para sufragar el gasto farmacéutico?

Tenemos conocimiento de que el concierto con los farmacéuticos fue denunciado en su momento, y el ruego es que se pongan las dos partes de acuerdo cuanto antes, la Administración y la representación de los farmacéuticos, firmando un buen concierto para las dos partes para poder seguir ofertando a los ciudadanos una de las mejores prestaciones sanitarias que tiene la sanidad pública y la privada.

La señora **PRESIDENTA**: Para dar respuesta a las distintas intervenciones y preguntas que han formulado los representantes de los grupos que han intervenido, damos

nuevamente la palabra al señor Director General del Insalud, señor Temes.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (Insalud)** (Temes Montes): Yo creo, señora Fernández de Capel, que puede haber una tranquilidad absoluta sobre lo que se está haciendo en los hospitales, y no lo digo yo, sino que lo dice el informe de la sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que son personas que no trabajan en el Insalud, sino que son personas que trabajan en hospitales del Insalud y en hospitales de otras muchas comunidades autónomas, y que es de donde me he permitido extraer para la comparecencia la cita de los hospitales que he citado. Si yo no conozco los almacenes de algunos de esos hospitales, parece ser que la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria tampoco.

El informe dice, entre otras cosas, que la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria considera que la elaboración de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria, bajo las condiciones que creo que he expresado con claridad, es actualmente imprescindible para asegurar una asistencia sanitaria de calidad. Dice también que en la actualidad la elaboración de medicamentos dentro del hospital se ha tecnificado y consolidado como una actividad más compleja y necesaria para cubrir las necesidades de los pacientes atendidos en los hospitales, y, a modo de ejemplo, sería conveniente citar los medicamentos preparados, como nutriciones parenterales totales, parenterales periféricas, soluciones de morfina en la mayoría de los medicamentos utilizados en las unidades del dolor, la EMLA, la lidocaína base, mezclas de productos parenterales para los administrados en régimen ambulatorio, todos los placebos inertes o activos que se preparan en las unidades de psiquiatría, etcétera.

Es decir, está contando la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, bajo el prisma de la ley, lo que viene realizando en esos hospitales que he citado y en muchos otros.

A mí me parece que no debería haber ninguna preocupación, porque, además, entre los cometidos de las farmacias hospitalarias y, en concreto, en los nuevos planes de estudios de la licenciatura de farmacia, en el perfil de las enseñanzas se indica textualmente que el perfil del experto en el medicamento y en su entorno asistencial y en el análisis relacionado con las ciencias de la salud, permitirá el ejercicio de las siguientes actividades: extracción, síntesis y fabricación de medicamentos; puesta a punto de las formas farmacéuticas de los medicamentos; control de los medicamentos de un laboratorio; preparación, control, almacenamiento y dispensación de los medicamentos en los hospitales.

A mí me parece que el informe de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria es suficientemente claro.

Quisiera, sin embargo, también hacer algunos comentarios sobre el uso de genéricos. En primer lugar, una de las prioridades para el registro de los medicamentos se hace en base al esfuerzo investigador, y luego le daré unos datos para que se sepa que el porcentaje de dinero dedicado a la investigación en la industria farmacéutica en España es el más bajo de Europa. Estamos hablando del 6,5 por ciento, frente a porcentajes en otros países, por ejemplo, en el

Reino Unido, del 15,8 por ciento; en Alemania, del 15,4 por ciento, y en los Estados Unidos, del 16,5 por ciento. En definitiva, casi dos veces y media más que en España.

Asimismo, para fijar el precio, en el momento en que se fija el registro, se tiene en cuenta ese esfuerzo investigador de cada uno de los medicamentos y de cada una de las casas. Los medicamentos genéricos ya están fuera de patente; por tanto, el esfuerzo inversor en estos medicamentos creo que está recuperado. No sé si en algunos casos se ha confundido el término genérico con el de especialidad farmacéutica. Cuando me habla de la vancomicina, estamos hablando de dosis individualizadas para pacientes específicos exclusivamente y, por tanto, creo que entra dentro de las competencias de los servicios de farmacia hospitalaria. Las copias están recogidas en la legislación vigente; pero durante el año 1993 se han restringido enormemente y no ha aparecido ninguna nueva durante el presente año.

Me habla de la hormona de crecimiento. Yo le voy a dar un dato exclusivamente a nivel de conocimiento. La hormona de crecimiento no se ha llevado a la comisión de evaluación, y no tienen nada que ver con ello; se ha llevado a uso hospitalario. Quiero decirle que en alguna comunidad autónoma con Insalud transferido, como Navarra, es de uso hospitalario sin haber pasado por ninguna comisión, por decisión de las autoridades sanitarias de Navarra. Eso tiene un sentido: que la hormona de crecimiento creo que en muchos casos está justificado que sea de uso hospitalario; pero, además, por cada tratamiento, la sanidad pública, sea la navarra o sea el Insalud, se ahorra 850.000 pesetas al año. Por tanto, creo que es una política acertada.

Creo que lo que representa la política de genéricos no es más que lo que se está haciendo en todo el mundo, y creo que además se está haciendo —como ha señalado con exactitud la señora portavoz de Izquierda Unida— de forma tímida. Estamos pretendiendo alcanzar un porcentaje del gasto en productos genéricos del 10 por ciento. Le podría decir los países en donde está entre el 25 y el 30 por ciento; es decir, creo que no estamos pretendiendo poner patas arriba —si me permiten la expresión— el mercado, sino alcanzar una cifra razonable de uso de genéricos. Creo que no es excesivo.

En España, la prestación farmacéutica —que es otra de las cosas que no se dice, y enlazo también con la pregunta que me hacía el Diputado Bassets—, medida en cuanto a porcentajes sobre producto interior bruto, es del 1,1 por ciento, mientras, por ejemplo, en el Reino Unido es del 0,8 por ciento, y representa el 19 por ciento del gasto sanitario total, es decir, siete puntos por encima de la media de la Unión Europea. A mí me parece que son datos bastante elocuentes; opino que no estamos haciendo una política distinta a la que se está haciendo en los países de nuestro entorno y me he empeñado, a lo largo de la comparecencia, de dar datos comparados de lo que se hace en todos estos países. Quizás, me dice la señora Fernández de Capel que no he sabido elegir en todos los casos los mismos países; he dado ejemplos de cosas que se hacen y creo que los he dado con claridad y con honestidad, porque creo que son así, pienso que no hay ninguna falta a la verdad en lo que he dicho. Me parece que éste es el camino para tratar de

mantener una prestación farmacéutica de las actuales características, de la calidad que tienen y del nivel de aportación del usuario, que era la segunda pregunta que se me hacía desde el Grupo Socialista.

No hay intención de modificar la aportación del usuario de la sanidad pública en cuanto al gasto farmacéutico. Entendemos que es más lógico, más ético y más equitativo intentar que se reduzca el gasto a través del uso racional del medicamento, de los acuerdos a los que se pueda llegar con la industria farmacéutica o de los conciertos que se puedan establecer con las oficinas de farmacia.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General, por su comparecencia y le despedimos de esta Comisión.

Señorías, deseo comunicarles que, respecto al segundo punto del orden del día, contestación a preguntas por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, se nos informa que, de las siete preguntas, seis serán respondidas por el señor Subsecretario del Ministerio, don José Conde Olasagasti, y una de ellas, la pregunta número 579, de doña María Angeles Maestro Martín, del Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, será respondida por el Secretario General de Salud, don Jesús Gutiérrez Morlote. Ambos se encuentran ya en esta sala.

Señorías, ¿seguimos el orden previsto o, como quiera que el señor Gutiérrez Morlote sólo tiene una pregunta para responder, les parece que la pasemos al primer lugar, si no tienen inconveniente? (**Asentimiento.**) Así lo hacemos por asentimiento.

#### **PREGUNTAS:**

#### **— SOBRE MEDIDAS PARA RESOLVER EL PROBLEMA RELATIVO A LA CONCESION DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA AL COLECTIVO DE MEDICOS BECARIOS RESIDENTES DE HOSPITALES. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GIU-IC). (Número de expediente 181/000579.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta 579, que formula la señora Maestro Martín, del Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

¿La tiene localizada, señora Maestro? (**Asentimiento.**)

Iniciamos, por tanto, el segundo punto del orden del día, con esta primera pregunta.

Damos la bienvenida, en primer lugar, al señor Secretario General de Salud, don Jesús Gutiérrez Morlote, y trasladamos a la señora Maestro su turno para formular la pregunta sobre medidas para resolver el problema relativo a la concesión de título de especialista en psiquiatría al colectivo de médicos becarios residentes de hospitales, que figura con el número 579.

La señora Maestro tiene la palabra.

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

La verdad es que el asunto de la concesión de título de especialista en psiquiatría al colectivo de médicos becarios residentes de hospitales psiquiátricos es ya recurrente.

Como probablemente recuerdan todos ustedes, el 11 de noviembre de 1992 se aprobó por unanimidad una proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, en la cual se instaba al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para resolver, a la mayor brevedad posible, la concesión de este título de especialista a un colectivo pequeño de médicos que estaban ejerciendo como psiquiatras en hospitales públicos y que habían iniciado su formación en estos hospitales psiquiátricos con fecha anterior al Real Decreto sobre especialidades del 1984.

Según mis noticias, el Gobierno, en cumplimiento de este acuerdo de la Comisión, tomó las medidas necesarias y llegó a elaborar un proyecto de real decreto, que estaba escribo y que obra en mi poder, en los meses de abril o mayo del pasado año. Probablemente, en virtud de presiones de otros colectivos, que entendían con criterios, desde mi punto de vista, corporativos, que sus intereses como colectivo podían verse afectados por la concesión del título de especialista a este colectivo, así como —supongo— la coincidencia de estas presiones con la convocatoria de elecciones generales anticipadas, llevó al Ministerio a suspender la tramitación de este proyecto de real decreto.

La pregunta que hago al señor Gutiérrez Morlote es: Qué medidas se han tomado y en qué trámite se está en este momento. Quiero insistir en que, aparte de que el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya considera de justicia la concesión del título de especialista a este colectivo bien concreto y bien específico, también entendemos que no solamente se trata de asuntos de intereses de grupos, sino de intereses globales de la sanidad pública los que están en juego, ya que en este momento, como SS. SS. y el señor Gutiérrez Morlote saben, hay insuficiencia de este tipo de especialistas en la sanidad pública en una reforma de la salud mental que está corriendo por avatares más que difíciles y que, entre otros, cuenta con esta dificultad sobreañadida de insuficiencia de médicos psiquiátricos.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra, señor Gutiérrez Morlote.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Gutiérrez Morlote): Señorías, en primer lugar, quiero afirmar que compartimos la inquietud de S. S. por este colectivo de médicos formados en psiquiatría y que de ninguna manera ha sido intención del Ministerio de Sanidad y Consumo desatender la proposición no de ley que se aprobó en noviembre de 1992.

Quizá la pregunta oral podría responderse simplemente diciendo que ya el pasado 15 de marzo de este año, de 1994, hemos dado traslado al Consejo de Estado del proyecto de real decreto por el que se regula el acceso a la titulación de médico especialista de determinados colectivos, de determinados licenciados de medicina y cirugía. Pero, si me permiten SS. SS., quiero hacer un breve repaso

de la complejidad de esta tramitación que, a mi juicio, justifica el retraso en la materialización del cumplimiento de esa proposición no de ley. Deseo decirle que ya antes de que se formulara la propuesta, la proposición no de ley aprobada en noviembre, se habían iniciado actuaciones sobre la posibilidad de instrumentar vías para obtener el título de especialista de determinados colectivos profesionales. Es cierto que se trata de una norma compleja, en cuya elaboración se puso de manifiesto que existían intereses contrapuestos y que nos obligaron a un proceso laborioso de diálogo y de consenso. Es una disposición conjunta, como sabe S. S., de dos Ministerios, del Ministerio de Educación y Ciencia y del de Sanidad y Consumo. El proyecto inicial fue informado en su día por ambas Secretarías Generales Técnicas, por el Consejo General de Colegios de Médicos, por la Coordinadora de Facultativos Internos y Residentes de Cataluña, por la Asociación Nacional de Médicos Becarios, por la Coordinadora de Médicos y Ayudantes de Equipo y por diversas organizaciones sindicales.

En esa primera norma que se había elaborado, antes de la proposición no de ley, se incluía en un segundo artículo a los médicos ayudantes de equipo quirúrgico. De las alegaciones que se formularon por estos colectivos que le he citado se desprendían importantes puntos de discrepancia, debidos, fundamentalmente, a que para algunos constituía un agravio comparativo respecto de los especialistas formados por la vía MIR, en otros casos se alegaba un posible incumplimiento de la normativa comunitaria en materia de formación de especialistas y en otros la disconformidad de que el colectivo de médicos ayudantes de equipo quirúrgico pudiera adherirse a un sistema de obtener el título en base a funciones en unos puestos de trabajo que carecían de finalidad formativa.

Por eso, el 28 de mayo de 1993 el Director General de Ordenación Profesional —entonces ocupaba yo ese cargo— propuso a la Secretaría General Técnica la paralización del proyecto y la elaboración de un nuevo proyecto más restrictivo que abarcaba sólo el colectivo de los médicos becarios que se han formado en psiquiatría. Todo ello ha conducido a la redacción de un nuevo proyecto de real decreto que, como le he dicho anteriormente, se encuentra en el trámite preceptivo del Consejo de Estado, desde el mes de marzo, y espero que pronto pueda publicarse. Este proyecto consta de una exposición de motivos, de un artículo, de una disposición final, y el artículo lo que hace es delimitar los requisitos necesarios para acceder al título de especialista con la finalidad de garantizar la calidad de la formación impartida; define adecuadamente el supuesto de hecho al que se refiere el precepto, correspondiendo a la Comisión nacional de cada especialidad la emisión de un informe o propuesta después de verificar una formación que ya ha sido impartida, en su totalidad y, que, en consecuencia, no precisa ser completada con otros períodos formativos.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Solamente, señor Gutiérrez Morlote, para hacer algunas precisiones.

¿Qué plazo de tiempo calcula usted que puede transcurrir desde hoy hasta la promulgación del real decreto? He entendido que el trámite de información por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia está cubierto: según entiendo, el trámite sería su aprobación después del informe por el Consejo de Estado, en el Consejo de Ministros. Querría que me lo especificara.

En el informe de la Comisión Nacional de Especialidades está previsto algún tipo de filtro que evite, en lo posible, la avalancha de solicitudes de un colectivo más amplio supuestamente que el que, en principio, parece ser objeto de regulación por este real decreto.

Por otro lado, quiero aprovechar para trasladarle la preocupación de que, en la medida de lo posible, mi Grupo desearía que los plazos se acortaran al máximo, dado que la situación laboral y profesional de este colectivo es grave y en el caso de algunas personas concretas hay peligro del puesto de trabajo, sobre todo en Andalucía y el País Vasco. Es decir, que si es voluntad del Ministerio de Sanidad dar solución a esta situación porque estima que es conveniente y adecuada, el tiempo transcurrido puede obrar claramente en perjuicio de intereses que, en principio, deberían estar contemplados y que por el retraso en los plazos pudieran verse fuera de esta norma que regula su situación en cuanto a la concesión de la especialidad.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Gutiérrez Morlote, tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD** (Gutiérrez Morlote): El plazo de tiempo es el que tarde el Consejo de Estado en responder.

A mi juicio, ya se han evacuado los informes que prevé el artículo 130 de la Ley de Procedimiento Administrativo, ha sido informado el proyecto inicial que hicimos de real decreto y las observaciones que nos ha parecido que debieran estimarse se han introducido en la nueva redacción. Por tanto, creo que en cuanto el Consejo de Estado responde —pensamos que afirmativamente— al proyecto que hemos enviado, podría pasar al Gobierno para su aprobación en Consejo de Ministros.

Evidentemente, lo que quiero manifestarle, señoría, es que el Departamento coincide con su voluntad y con su preocupación de acortar los plazos de un colectivo que creemos es merecedor absolutamente al título de especialista, que, además, es un colectivo que se caracteriza por su dimensión numérica escasa —son muy pocos médicos los afectados—, se les conoce perfectamente, no existe ninguna duda respecto a dónde hicieron la formación y creo que eso facilita las cosas.

En cuanto a los filtros para que la comisión de la especialidad que tenga que emitir su informe no se vea sometida a presiones por otros colectivos, otras personas cuya situación no esté tan clara, quizá la propia redacción del artículo único del real decreto clarifique un poco la situación. Porque el artículo único lo que dice es que podrán solicitar la verificación de sus expedientes, con el fin de obtener el título de médico especialista, los licenciados en medicina y cirugía que hubieran accedido con anterioridad

a la entrada en vigor del Real Decreto 127/84, de 11 de enero, al que se refería también S. S., a una plaza de especialista en formación convocada por alguna Administración pública y que acrediten haber realizado, de modo ininterrumpido y bajo un mismo régimen docente, los años de formación establecidos para la correspondiente especialidad mediante nombramiento, contrato o beca de carácter docente, expedido por dicha Administración que implique relación profesional retribuida periódicamente con cargo a sus presupuestos.

Creemos que los criterios son —no diría muy restrictivos— lo restrictivos que tienen que ser para cumplir tanto el Decreto 127 como las directivas comunitarias que establecen cómo tiene que ser la formación especializada. Y en ese sentido creo que entra todo el grupo, todo el colectivo de médicos becarios de hospitales psiquiátricos que han motivado la proposición no de ley; no entra nadie más, y, si alguien más entra, es que cumple todos los criterios de la directiva y del Real Decreto 127 y no nos preocuparía. Pero, en la práctica creemos que es un filtro suficiente la redacción que se ha dado a este artículo único.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Gutiérrez Morlote. Le despedimos de esta Comisión. (Pausa.)

— **SOBRE CRITERIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) PARA LA REALIZACIÓN DE CONTRATOS DE REFUERZO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE HUESCA. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GIU-IC). (Número de expediente 181/000561.)**

La señora **PRESIDENTA**: Rogamos al señor Subsecretario, Conde Olasagasti, se acerque a la Mesa.

Preguntas sobre criterios del Instituto Nacional de la Salud para la realización de contratos de refuerzo en atención primaria en la provincia de Huesca.

Esta pregunta la formula la señora Maestro Martín, del Grupo de Izquierda Unida. Cuando quiera, señora Maestro.

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

La verdad es que la pregunta que le formulo viene determinada por una enorme alarma en el colectivo sanitario en la provincia de Huesca. Sin embargo, como usted y yo sabemos, el tema de los contratos de refuerzo en atención primaria no se circunscribe a esta provincia, sino que responde a una práctica —espero que no a una política— del Ministerio de Sanidad en cuanto a la forma en la cual se contempla la garantía de la atención continuada en atención primaria.

Los contratos de refuerzo, según creo, se destinan fundamentalmente a garantizar la atención continuada sumpongo que en el medio rural, creo que no es extensivo al medio urbano, y son contratos que se realizan para garan-

tizar la atención sanitaria en el tiempo del descanso semanal de los médicos que integran el equipo de atención primaria.

En primer lugar, yo quiero decir que, desde el punto de vista de política sanitaria, a mí me parece una práctica inadecuada y que si bien, obviamente, supone un desembolso por parte del Insalud menor que otras posibles alternativas, desde luego ese menor costo se hace en detrimento de la calidad de la atención. En este caso, teniendo en cuenta que la atención, fundamentalmente en el fin de semana, se centraliza en lo que son las urgencias, me parece que la falta de calidad en la atención, determinada, primero, por la eventualidad del contrato y, segundo, por su carácter esporádico y, por tanto, fuera de las prácticas y del trabajo normal del equipo de atención primaria, yo creo que es uno de los elementos que está contribuyendo a una sobrecarga de los servicios de urgencia hospitalarios, determinada no tanto por la urgencia en sí misma, sino por la insuficiencia de la atención primaria en resolver en su nivel patologías que deberían a todas luces resolverse con un personal y con unas condiciones de medios adecuada.

Sin embargo, la preocupación acerca del contrato de refuerzo no sólo es política, sino que desde hace poco tiempo ha habido una sentencia del Juzgado de lo Social número 33 de Madrid, que entiendo que es firme, ya que no ha sido recurrida por el Insalud, en la cual se afirma que los contratos de refuerzo, en la medida en que su objeto es cubrir situaciones periódicas, es decir, reconocibles y, por tanto, no esporádicas, son nulos como tales y que el contrato eventual por seis meses previsto en el Estatuto Jurídico del Personal Médico se refiere sólo a situaciones extraordinarias esporádicas o urgentes.

La sentencia dice exactamente que no es válido este tipo contractual porque la necesidad de asistencia sanitaria permanente es indudable en un equipo de atención primaria y también ha de presumirse permanente el hecho de que los facultativos en ella empleados hayan de continuar disfrutando de los descansos a que por disposición legal tengan derecho y que son causa determinante de la contratación. Por tanto, la sentencia sugiere que la modalidad contractual debe ser el nombramiento de interinos y que requeriría la creación de plazas específicas para su desempeño, las cuales han de ser ofertadas mediante concurso-oposición. Evidentemente, la sentencia sugiere un tipo de solución compatible, desde el punto de vista jurídico, con el tipo de contrato a que se refiere, pero a mí me parece que la alternativa más adecuada, repito, desde el punto de vista de la calidad e incluso desde el punto de vista del ahorro del gasto, contemplado no con criterios estrechos de lo que se ahorra el Insalud en un contrato, sino con criterios presupuestarios más amplios de cómo se gasta en la sanidad pública y teniendo en cuenta en este caso el exceso de gasto que se está produciendo en los servicios de urgencia hospitalarios por demandas de atención que no son resueltos en la atención primaria, es que debería contemplarse una ampliación de la plantilla de los equipos de atención primaria que permitiera cubrir los períodos de descanso repartiéndolos entre los miembros del equipo.

En concreto quería plantear el tema de la provincia de Huesca, debido a la alarma social que ha surgido en esa zona, pero entiendo que el tema es mucho más amplio y, por tanto, le rogaría, si no tiene inconveniente, que lo hiciera extensivo a los criterios del Insalud acerca de este tipo de personal.

Nada más y muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Quiero recordar al señor Subsecretario que, efectivamente, tal como ha dicho la señora Maestro, si tiene los datos a su disposición y desea aportárselos, podrá hacerlo, pero que no tiene por qué responder a algo que no ha sido objeto de pregunta previa. Sí se lo podrá responder por escrito o en otro momento, si es que ahora no tiene los datos.

Cuando quiera, señor Conde.

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señora Presidenta, señorías, la consideración que ha hecho la señora Maestro es de carácter general y, afortunadamente, creo que puedo responderla porque no requiero de datos para ello.

Como S. S. sabe bien, en la organización de la atención continuada en el ámbito de la atención primaria no es fácil compatibilizar tres cuestiones: una, el mantenimiento ininterrumpido del servicio con el nivel de calidad exigible; dos, el lógico, deseable y legítimo descanso de los profesionales, y, tres, una adecuada configuración de plantillas que no lleve, por mor de cubrir con plantillas extensas todas las horas posibles, a un sobredimensionamiento excesivo.

En razón a estos tres principios es por lo que se ha utilizado y se utiliza la figura del refuerzo, que no es otra cosa que contratos a tiempo parcial, pero que habitualmente están llevados a cabo por profesionales que repiten en el puesto y que, por consiguiente, mantienen un nivel de calidad suficiente. En todo caso, ello sucede cuando así lo quieren los componentes del equipo y no si ellos están dispuestos a hacerse cargo de la totalidad de la atención continuada.

Por lo que se refiere a la provincia de Huesca, hay que decir que la realización de contratos de refuerzo en esa provincia, al igual que en el resto de las provincias donde el Insalud gestiona la asistencia sanitaria de Seguridad Social, se ajustan a los criterios contenidos en el acuerdo celebrado entre la administración sanitaria del Estado y las organizaciones sindicales más representativas del sector, de fecha 3 de julio de 1992, aprobado por Consejo de Ministros de 20 de diciembre de 1992 y publicado en el «Boletín Oficial del Estado» el 2 de febrero de 1993. Es decir, este tipo de planteamientos ha sido sometido y ha sido objeto de negociación con la representación sindical.

Estos criterios de contratación responden a los siguientes objetivos: primero, evitar que los profesionales sanitarios excedan las horas de atención continuada máximas que se fijan en el acuerdo citado; segundo, atender la demanda suplementaria generada por los incrementos poblacionales que habitualmente se producen en ciertas zonas

geográficas y en ciertas épocas del año, y, por último, garantizar el descanso semanal ininterrumpido de treinta y seis horas a la semana de los profesionales sanitarios contemplado en el acuerdo.

Por lo que se refiere ya a Huesca concretamente, en una reunión celebrada en la Dirección Provincial el 24 de febrero de 1994 con los sindicatos representativos del sector en la provincia, se establecieron consensuadamente los criterios de contratación para el año 1994, aceptados por la mayoría de los representantes sindicales asistentes, que incluye a Comisiones Obreras, UGT y FASANET-CESIF, que se concretan en lo siguiente: En el ámbito rural, el objetivo es adecuar progresivamente el número de horas de atención continuada que realiza actualmente el personal sanitario, equipo de atención primaria, al máximo establecido en los acuerdos, que era de 425 horas/año. En este sentido conviene indicar que el acuerdo establecido entre la administración sanitaria del Estado y las organizaciones sindicales prevé que los equipos de atención primaria ubicados en el medio rural que inevitablemente superen las 425 horas/año de atención continuada establecida con carácter general tendrán como objetivo la progresiva minoración de esas horas de atención continuada, fijando como tope las 850 horas/año. Así, para 1994, el personal de atención primaria ubicado en el ámbito rural efectuará un máximo —estamos hablando de Huesca— de 750 horas, para lo cual asume la realización de la atención continuada de lunes a jueves desde las 17 horas hasta nueve de la mañana siguiente. Además, se acordó la posibilidad de que los equipos de atención primaria rurales dispusieran de refuerzo para realizar la atención continuada de días laborales, de lunes a jueves, en el tramo horario comprendido entre las 22 y las nueve horas del día siguiente, siempre —y así se lo mencionaba antes— que así se solicitara por los interesados de manera expresa e individual.

Hasta la fecha, el número de profesionales del ámbito rural que han decidido acogerse a esta posibilidad es escaso.

De otra parte —continúa diciendo—, la atención continuada de viernes a sábado desde las 17 hasta las nueve horas del día siguiente, así como los correspondientes a domingos y días festivos, se realizará por personal de refuerzo, siempre y cuando exista disponibilidad para su contratación.

En el ámbito urbano continúan realizando la atención continuada como lo venían haciendo: de lunes a viernes, de 17 a 22 horas, quedando los fines de semana, festivos y tramo horario de días laborales entre las 22 y las nueve horas del día siguiente a cargo del personal sanitario de refuerzo.

Esa es la situación en Huesca, que, en todo caso, respeta unos acuerdos marco generales y ha sido aceptada por la representación de los profesionales en la provincia.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias por su respuesta, señor Conde, pero hay una parte de la que no ha hecho usted mención y que a mí me parece —no soy ninguna

experta en temas legales— que modificaría el escenario. Si hay una sentencia firme que considera nulos este tipo de contratos y que no ha sido recurrida por el Insalud, parece que eso debería llevar a modificar el tipo actual de contrato de refuerzo por otro: la solución que yo le daba o la que sugiere la sentencia, en el sentido de trasladar el contrato eventual a contrato interino, que sería cubierto posteriormente por concurso-oposición. Es decir, ¿cuál es la situación desde el punto de vista del Ministerio a partir de esta sentencia?

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Ciertamente, he olvidado mencionar eso. La sentencia de la que yo tengo noticia —tendría que ver esa que usted ha enumerado con mayor detalle— no dice exactamente eso, según la información que yo tengo, sino que se ha utilizado una figura que no es la adecuada para hacer contratos a tiempo parcial, como es la contratación interina. Efectivamente, es cierto que un contrato interino estatutario no puede ser utilizado para este tipo de figuras —es lo que yo tengo entendido—, puesto que el contrato interino supone creación de plaza, existencia de la misma, sustitución, por ausencia o enfermedad, del que la ostenta o cobertura provisional mientras se cubre reglamentariamente. Parece ser que en algún momento se ha utilizado esa figura para hacer contratos de refuerzo, lo cual no es correcto desde el punto de vista legal.

De todos modos, lo que usted dice no es exactamente lo mismo. La sentencia de la que yo tenía noticia, con la interpretación que a mí me ha dado, es la que le acabo de mencionar. Leeré detenidamente el asunto.

Sí le quiero decir, en todo caso, que el volumen de plantilla necesario para cubrir absolutamente todas las eventualidades, incluso los picos estacionales y las demandas de presión en un momento determinado y en ciertas áreas geográficas crearía unas bolsas de ineficiencia muy importante al mantener recursos humanos ociosos durante mucho tiempo. Por consiguiente, tendremos que analizar bien esa propuesta, ya que, a mi modo de ver, motivaría un sobredimensionamiento de plantillas difícilmente asumible.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor Subsecretario.

— **SOBRE INFRAUTILIZACION DE EQUIPOS DE MATERIAL RADIOLOGICO INSTALADOS EN HOSPITALES O CENTROS DE SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO, DEL GRUPO POPULAR. (Número de expediente 181/000571.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta sobre infrautilización de equipos de material radiológico instalados en hospitales o centros de salud del Instituto Nacional de la Salud

(Insalud). Esta pregunta la formula, por le Grupo Parlamentario Popular, el señor Villalón Rico, que tiene la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Señor subsecretario, de las cuatro preguntas que le voy a realizar en la mañana de hoy podríamos hacer dos grandes clasificaciones: por un lado, lo que nosotros consideramos el control o la crítica del ejecutivo, que serían estas dos primeras, y, por otro lado —la tercera y cuarta pregunta— qué información nos puede dar el Gobierno en relación con las plazas que pueden salir a concurso, tanto de atención especializada como de atención primaria.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón, ¿quiere decir que desea formular las preguntas de manera agrupada, dos y dos?

El señor **VILLALON RICO**: No; he dicho esto a modo de resumen para encuadrar al señor Secretario la situación que vamos a plantear.

Remitiéndome a la primera pregunta y, como decía antes, un poco a modo de control o de crítica de lo que nosotros consideramos la gestión sanitaria por parte del Gobierno Socialista, a mí me parece oportuno hacer una introducción basándonos en algunas de las cuestiones que nosotros hemos venido criticando a lo largo de los últimos años.

Uno de los puntos que el Partido Popular y su Grupo Parlamentario en el Congreso ha criticado al Gobierno en política sanitaria es la gestión sanitaria. Consideramos que existe una mala utilización de los recursos materiales y humanos; creemos que hay un no bueno o mal control de lo que es el gasto presupuestario y un desconocimiento de lo que podríamos denominar gestión en sí misma, teniendo en cuenta que no hay una política de fijación de objetivos a la hora de alcanzar las ideas que se plantean en algunos de los proyectos incluso del mismo Gobierno o de la sociedad española en general.

Remitiéndonos a la atención primaria, que parece que era el gran objetivo de la Ley General de Sanidad, nosotros creemos —lo hemos manifestado en otras ocasiones— que no se han llevado a cabo todas aquellas cuestiones que se planteaban en la ley. Entrando un poco en la cuestión que hoy nos ocupa: el diseño de los centros de atención primaria con los aparatos de rayos X y todo lo que es el material radiológico y con sus salas de seguridad, nosotros creemos que las instalaciones no son las adecuadas en algunos centros de salud. Hay un buen material radiológico en algunos casos, pero a lo mejor no hay personal cualificado para utilizar estos medios.

La realidad —lo acabamos de decir— es que, teniendo unas instalaciones y un material que podríamos decir idóneo para lo que se pretendía con aquellos centros de salud, no hay personal cualificado, como decía antes, y no solamente es que lo diga yo, sino que me remito a una reciente manifestación que tuvieron ustedes delante del Ministerio de Sanidad de técnicos en radiología que reclamaban, entre otras cosas, el control de las instalaciones radiológicas,

normativas de seguridad y renovación de los conceptos de formación de los técnicos en radiología.

Lógicamente, también hay que referirse a las instalaciones hospitalarias dentro de lo que es el material radiológico, y si, por un lado, decíamos que en los centros de salud no se utiliza ese material y las instalaciones pueden ser aceptables, en los hospitales podríamos decir todo lo contrario: son aparatos que llevan muchos años utilizándose, puede haber por lo menos interrogantes con respecto a la seguridad; es decir que lo que se está utilizando en profundidad como sanidad, que son los centros de especialización, los hospitales, no reúnen los requisitos de modernidad de los aparatos de rayos X y, en cambio, aquellos otros centros, que serían los centros de atención primaria, donde no se presta esa atención sanitaria, realmente sí están en buenas condiciones.

Para terminar esta introducción, habría que decir que en el año 1990 se creó el censo nacional de instalaciones de radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear, y en base a la introducción que le acabo de realizar y a esta creación de este censo, nosotros le hacemos la siguiente pregunta: ¿tiene el Insalud conocimiento de que algún equipo de material radiológico instalado en hospitales o centros de salud no está siendo utilizado?

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Como ya he tenido ocasión de manifestar en esta Comisión, y me parece que al señor Villalón, en otra ocasión, hay toda la voluntad por parte del Ejecutivo de someterse al control Legislativo suministrando la información pertinente que se le solicite. El problema es que cuando se formula por escrito de una manera y luego se plantea de otra, y con la generalidad que se formula por escrito, resulta extraordinariamente difícil.

Quiero empezar por decirle que sí hay política de fijación de objetivos y justamente lo que en los dos últimos años se ha venido haciendo, a través de la instrumentación y formación del contrato-programa, ha sido precisamente esto, el establecer un compromiso muy preciso de objetivos asistenciales y económicos en todos y cada uno de los centros sanitarios para así vincular el gasto al servicio y para así poder responder ante la ciudadanía del mejor uso de los recursos que hacemos. Nunca más que ahora se está precisando tanto en materia de fijación de objetivos.

Se ha referido a continuación a los diseños de los centros de atención primaria y sus equipos de radiología. Si me hubiera formulado esa pregunta por escrito —y estoy dispuesto a ofrecérsela posteriormente— le daría con todo detalle cuál es la situación de los equipos de radiología en los centros de atención primaria. El problema es que me la ha formulado de manera tan general que no he podido atenderla.

Tengo que decirle que hay equipos de radiología en un número relativamente reducido de centros de salud: solamente en aquellos cuya distancia a los centros de especialidades es tal que lo justifican. En algún caso puede haber,

efectivamente, falta de algún tipo de personal cualificado, fundamentalmente técnicos de radiología.

Lo que ha motivado la protesta de los técnicos de radiología, a la que S. S. ha hecho referencia, básicamente no es otra cosa que la demanda de elevar el nivel de consideración académica del título de formación profesional de segundo grado que tienen en este momento, lo que tiene poco que ver con el uso mejor o peor de las instalaciones radiológicas.

Quiero decirle, en tercer lugar, que, efectivamente, nuestra red hospitalaria, que tiene una antigüedad en muchos casos mayor de los 25 años, está sufriendo el deterioro natural de las instalaciones radiológicas y estamos en un permanente proceso de renovación de aquellas instalaciones que estén manifiestamente obsoletas y deban ser modificadas.

Usted ha hecho referencia al censo, pero la pregunta es concretamente si tenemos conciencia de que haya infrautilización en algún lugar. Seguro que la hay, y le explico por qué. Pero no me ha sido posible responder, dada la generalidad de la pregunta y teniendo en cuenta que tenemos 87 hospitales, más de 100 ambulatorios y un número muy considerable de centros de salud (la referencia, además, es a cualquier tipo de instalación radiológica, lo cual me hace pensar que va desde el aparato para hacer una radiología simple de tórax hasta el angiógrafo digital, pasando por el mamógrafo y la tomografía axial computerizada); sobre ese parque, que sí está censado, no es posible conocer puntualmente en cada momento su grado de utilización.

Hay situaciones diversas que pueden dar lugar a que efectivamente en un momento determinado no se esté utilizando un equipo. En un extremo tendríamos aquellos equipos, a los que usted mismo se ha referido, obsoletos, aquellos equipos que en este momento no reúnen condiciones de seguridad y eficacia y que están en proceso de amortización. En el otro extremo tendríamos aquellos equipos adquiridos y pendientes de la ejecución de toda una normativa compleja, que usted conoce, sobre todos los temas de seguridad nuclear y que, aun estando adquiridos y muchos de ellos instalados, todavía no están en uso.

Yo le podría responder, y estoy dispuesto a hacerlo con mayor detalle, si la pregunta se formulara con mayor detalle. O sea, equipos instalados en centros de atención primaria, por ejemplo; mamógrafos, por ejemplo; salas de angiografía digital, por ejemplo.

Insisto: no hay ninguna voluntad en ocultar cuál es la situación, porque además para cada uno de los casos seguro que hay una buena explicación, y cuando no la haya también lo diremos, pero no es posible, reitero, responder con precisión a una pregunta tan genérica como la que S. S. me ha formulado.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: En primer lugar, quiero agradecer al señor Subsecretario que me indique cómo debo hacer las preguntas a partir de ahora. Yo se lo agradezco, porque así estaremos de acuerdo.

Entre algunas de las cuestiones que ha mencionado usted, por ejemplo, aunque no referida a la pregunta, tengo que hacer mención a que cuando habla usted de los objetivos dentro del contrato-programa este Diputado está pendiente de que se diga si se han cumplido los objetivos del contrato-programa tanto en atención primaria como en especializada en el año 1993, porque los datos que yo tengo —que seguramente son menos fiables que los que tiene el Gobierno— nos indican que no se alcanzaron esos objetivos. Por tanto, cuando yo hablo de objetivos no hablo solamente de establecer unos objetivos sino de llegar luego a alcanzarlos o cumplirlos.

La pregunta que le he hecho no ha sido la de si hay material radiológico infrautilizado, he dicho instalado y que no está siendo utilizado. Me ha parecido oportuno hacer referencia al censo porque, en principio, habría que pensar que cuando se establece un censo de material radiológico no solamente es una relación detallada de todos aquellos aparatos radiológicos que puedan existir en nuestro país sino que también habría que hacer una pequeña indicación de en qué estado o cómo están siendo utilizados esos diferentes aparatos.

Yo no considero que usted intente ocultarnos datos (no a mí personalmente, que sería de menor importancia, sino a la Comisión) sí creo que a lo mejor hay algunas cosas que usted no conoce y, aun estando de acuerdo con usted en que la pregunta puede ser un poco general, yo le agradecería que aquellas cuestiones muy concretas me las pudiera dar por escrito. Le voy a hacer mencionar algunos de los datos que tengo yo.

Por ejemplo, en Aragón tengo entendido que hay varios centros de salud con equipos de radiología, valorados más o menos entre cuatro y cinco millones de pesetas, que no están siendo utilizados, y se da la casualidad de que han de hacer largos desplazamientos los ciudadanos para que se les practiquen radiografías que normalmente, me parece que a este caso al que me refiero es en la provincia de Zaragoza, se tienen que trasladar a los hospitales de la ciudad de Zaragoza. En Madrid, en las áreas de salud 10 y 11 existen buenos equipos de radiología que, según mis noticias, no están siendo utilizados. En el hospital de Soria, hace ya algún tiempo y fue incluso noticia nacional, se adquirieron diferentes aparatos radiológicos que quedaron depositados en el almacén del hospital porque parece ser que no había personal cualificado para atenderlos. En Madrid, tanto en Puerta de Hierro como en La Paz, habría que hacer referencia al material que no está siendo utilizado, teniendo en cuenta que, como decía usted, hay material muy antiguo.

Para terminar esta relación, habría que decir que en el Doce de Octubre hay la necesidad de un tomógrafo de urgencias, que es solicitado por los servicios y que no está siendo adquirido, entre otras cosas por problemas presupuestarios, pero llama la atención que, mientras se está derrochando en algunas otras zonas o en otros hospitales o centros de salud, realmente cuando hay una necesidad imperiosa, teniendo en cuenta cuál es la asistencia al servicio de urgencias de este hospital, en él no se adquiere este tomógrafo.

Esto sería un poco a vuela pluma, y yo sé que es más fácil concretar, pero lo mismo que usted me puede concretar por escrito también le podría yo concretar por escrito, porque aquí seguramente nos íbamos a perder.

¿Cuál es la conclusión que nosotros sacamos de esto? Al final, me tengo que remitir otra vez al principio de mi intervención: la gestión y la asunción de responsabilidades por todos aquellos que en un momento dado deciden la compra de algunos aparatos. Ahora nos estamos refiriendo a aparatos radiológicos, pero en otros casos habría que establecer el regular las necesidades en relación con los presupuestos o los recursos financieros. Eso es lo lógico y nosotros creemos que eso no se hace.

Segundo, la gestión en general y la administración de los centros sanitarios, ya sean hospitales o centros de salud. Creemos que no están bien gestionados, y a nosotros nos da la sensación de que si se gestionara bien, si se administrara bien, seguramente esa crítica que el Partido Popular hace a la Ministra de Sanidad diciéndole «ustedes nos están amenazando con reducir prestaciones sanitarias» no se llevaría a cabo. Y no se llevaría a cabo porque no sería, lógicamente, lo que iban a hacer ustedes. Sin embargo, tenemos que decir que temas de transporte sanitario, de prótesis, de órtesis; en resumidas cuentas, de diferentes prestaciones sanitarias que están quitando ustedes a medio y corto plazo, o las van a quitar, por un problema económico, no se plantearían si se hubiera gestionado bien anteriormente y no se hubiera despilfarrado en algunas cuestiones.

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Villalón, a pesar de toda la cortesía que tenemos establecida usted y yo hace tiempo, no puedo admitir algunas de las afirmaciones que usted ha hecho.

En cuanto a los objetivos, de los que se dará cumplida cuenta, el contrato-programa, globalmente considerado, ha cumplido lo previsto, no evidentemente con la perfecta simetría de lo que podría imaginarse para, repito, ochenta y tantos hospitales y 900 equipos de atención primaria, pero en su globalidad se ha cumplido tal y como estaba previsto.

Ustedes vuelven a insistir en que retiramos prestaciones, y yo ya no sé cómo explicar y cómo decir que en el borrador de real decreto, mil veces presentado y planteado en todo lugar, no se retira ninguna de las prestaciones existentes. Pero éste parece que es un ejercicio estéril. Volvemos a insistir: lo ponemos por escrito, ustedes siguen diciendo lo mismo y podemos seguir así hasta el día del juicio.

No hay derroche de recursos sanitarios, señor Villalón; en modo alguno. Lo que sí es cierto es que es una organización extremadamente amplia y compleja, con diferentes niveles de actividad, de ejecución, de un montón de elementos, como autorizaciones administrativas, dotaciones de personal, incluso aplicación presupuestaria, y que no

todo sucede a la vez ni con el mismo grado de intensidad. Efectivamente, puede suceder que en un momento determinado un equipo adquirido esté sin utilizarse por una serie de circunstancias —y tendremos ocasión de mencionárselas con la siguiente pregunta que usted me formula— y que, en sentido contrario, puede haber otro lugar donde un aparato esté sobreutilizado y todavía no haya llegado la dotación presupuestaria para adquirir el nuevo, o no se hayan habilitado los procedimientos administrativos, conforme a derecho, que permitan su adquisición.

Ese tipo de asimetrías no es sorprendente, es normal en una organización de la envergadura de la que manejamos y en modo alguno eso quiere decir que haya ningún tipo de derroche.

Le agradezco mucho las formulaciones concretas que me hace, porque a todas ellas le contestaré por escrito. Desconozco, de verdad, si estos equipos a los que usted se refiere de los centros de salud de Aragón o de las áreas 10 y 11 de Madrid están en las circunstancias que usted dice, pero, en todo caso, le informaré puntualmente de cómo está.

La mención que ha hecho usted a Soria imagino que se refiere a la adquisición, en su día, de un angiógrafo digital, que fue objeto de enorme polémica, porque, adquirido para un hospital, se trasladó a otro donde, evidentemente, la rentabilidad sanitaria y la mejor atención a los pacientes así lo requería. Pero este problema creo que está resuelto hace bastante tiempo.

En todo caso —y termino por lo que a esta pregunta se refiere—, le enviaremos toda esta información.

— **SOBRE EXISTENCIA DE ALGUN ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES COMPRADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INSALUD) QUE NO ESTE SIENDO UTILIZADO. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALÓN RICO (GP). (Número de expediente 181/000572.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la siguiente pregunta, sobre existencia de algún acelerador lineal de electrones, comprado por el Instituto Nacional de la Salud, que no esté siendo utilizado. La formula, asimismo, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Villalón Rico, que tiene la palabra.

El señor **VILLALÓN RICO**: Lógicamente, al hacer esta pregunta no me queda más remedio que hacer —valga la redundancia— referencia al desgraciado accidente del acelerador del Hospital Clínico de Zaragoza, a finales del año 1990.

A partir de aquel accidente, la sociedad española en general, y creo que el mundo sanitario, en particular, se concienciaron sobre lo que son temas de seguridad en radiología y en aquellos aparatos más sofisticados como pudiera ser el acelerador.

Desde entonces se han establecido diferentes normas de seguridad, con mecanismos de protección radiológica. En

esta Cámara se aprobó una moción de seguridad y control de material radiactivo y se han establecido —lógicamente por iniciativa del Gobierno— varias unidades de protección radiológica en diferentes hospitales, estableciendo una relación detallada de las funciones que deberían tener, así como aquellas medidas que se deberían tomar en colaboración con el Centro Nacional de Dosimetría.

En principio, como es lógico, se tomaban esas iniciativas y estas medidas para que no volviera a presentarse ningún caso como el del desgraciado accidente de Zaragoza, que originó, como todos saben, varios fallecimientos a causa directa de lo que fue una sobreirradiación. Por esto es por lo que las medidas de seguridad deben ser encaminadas a la seguridad en sí mismos de los aceleradores, a la construcción de los *búnkers* y al personal capacitado para operar con este aparato.

Sin embargo, ante la posibilidad que a nosotros nos ha llegado de que, en algunos casos y en algunos centros sanitarios, se hayan adquirido aceleradores lineales y no tengan personal capacitado para utilizarlos o no estén en las condiciones de idoneidad para prestar un servicio, consecuencia de lo cual ha sido que no estén siendo utilizados estos aceleradores, es por lo que nosotros hacemos la siguiente pregunta: ¿Existe algún acelerador lineal de electrones comprado por el Insalud y que no esté siendo utilizado por el hospital para el que fue adquirido?

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Villalón, yo quiero agradecerle la introducción que ha hecho porque, efectivamente, enmarca bastante bien la situación que ha vivido nuestro país en los tres o cuatro últimos años de cara a dos cosas: de una parte, a necesidades existentes en materia de dotación de aceleradores lineales de electrones y, de otra, a que su instalación y puesta en funcionamiento reuniera el máximo de garantías posibles para así cubrir la seguridad de los pacientes y de los usuarios. Queda bien entendido que lo desgraciadamente sucedido en Zaragoza, tal y como ha sido recogido por las sentencias, ya en todas las instancias, obedeció a un error humano, que lo único que ha puesto de manifiesto es la necesidad de incrementar, aún más, los procedimientos mecánicos y automáticos de control porque, en todo caso, con la normativa vigente en aquel momento se podía haber producido, como de hecho se produjo.

Yendo concretamente al contenido de su pregunta, tengo que contestar —y aquí sí puedo hacerlo con todo nivel de concreción— que en este momento existen cinco aceleradores lineales adquiridos por el Insalud que se encuentran en distintas fases de instalación en los hospitales para los que fueron adquiridos, todos ellos en los hospitales para los que fueron adquiridos. Se trata de los aceleradores del Hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia; del Hospital 12 de Octubre, de Madrid; de la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid; del Hospital Clínico, de Zaragoza, y del Hospital Infanta Cristina, de Badajoz.

En el caso del Hospital Virgen de la Arrixaca se trata de un acelerador adquirido en el año 1991, que tras la realización de la oportuna obra civil de adecuación y acondicionamiento se encuentra ya instalado y calibrado. En este momento está únicamente pendiente de finalizar la formación y entrenamiento, en modo clínico, del personal del servicio de radioterapia del Hospital y obtener la autorización de puesta en marcha del Consejo de Seguridad Nuclear y de la Dirección General de Energía del Ministerio de Industria. Esto es respecto al acelerador del Hospital Virgen de la Arrixaca.

En cuanto al acelerador lineal del Hospital 12 de Octubre, se trata de un segundo equipo, ya que tiene otro en funcionamiento desde hace mucho tiempo. Este acelerador fue adquirido a finales del año 1989 y está igualmente instalado, calibrado y pendiente, para entrar en funcionamiento, de la obtención de los oportunos permisos del Consejo de Seguridad Nuclear y del Ministerio de Industria.

El acelerador lineal de la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid, se adquirió en el concurso 16/1992, resuelto en enero de 1993, y tenía una novedad importante: la de que incluía, junto con la compra del equipo, la obra de acondicionamiento y blindaje simultáneamente. En el momento actual la obra civil está concluida y se ha comenzado el anclaje del equipo, siendo previsible que esté finalizada su instalación en el mes de junio. A partir de ese momento se iniciará la solicitud de los oportunos permisos del Consejo de Seguridad Nuclear y del Ministerio de Industria, por lo cual entrará en funcionamiento, en modo clínico, en el tercer o cuarto trimestre del año 1994.

En el caso del acelerador lineal del Hospital Clínico de Zaragoza, se adquirió en el mismo concurso público que el anterior, el 16/92, adjudicándose el 29 de marzo de 1993 a la empresa Siemens, por valor de 140 millones de pesetas, un equipo modelo Megatrón. Las obras de acondicionamiento y construcción del búnker donde ha de instalarse, convocadas mediante concurso público del 10 de marzo de 1993, finalizaron en abril de 1994. Los trabajos de anclaje e instalación del acelerador se han iniciado en este mes de mayo, siendo previsible un plazo de sesenta días para su finalización. A partir de esta fecha se procederá a solicitar al Consejo de Seguridad Nuclear y al Ministerio de Industria el permiso de puesta en marcha, siendo previsible que esté en funcionamiento a finales de este año.

El acelerador lineal del Hospital Infanta Cristina, de Badajoz, se adquirió en concurso público 10/89, adjudicándose en octubre de ese año a la empresa Siemens un equipo modelo Megatrón también. El equipo se encuentra ya instalado, el personal sanitario dispone de las licencias de operador y supervisor y se encuentra pendiente, para su entrada en funcionamiento clínico, de la obtención de los oportunos permisos del Consejo de Seguridad Nuclear y del Ministerio de Industria, que se han solicitado en febrero de este año.

De cualquier modo, debe resaltarse que la instalación de equipos médicos emisores de radiaciones ionizantes, en concreto aceleradores lineales de electrones, es un proceso complejo, en el que hay que ir cumpliendo una serie de

procedimientos generales desde su fase previa hasta su puesta en marcha, tanto en el caso de equipos nuevos como en el de equipos previamente instalados sometidos a ampliación o modificación.

Por tanto, es inevitable que exista un período de tiempo entre la fecha de adquisición e instalación de estos equipos y su puesta efectiva en funcionamiento, que procuramos sea lo más corto posible. En este tiempo deben realizarse las obras de blindaje y acondicionamiento, efectuarse las calibraciones y comprobaciones de carácter técnico, así como obtener los permisos y acreditaciones que establece el Real Decreto 1.891/1991, de 30 de diciembre, sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico.

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

El señor **VILLALON RICO**: Agradezco al señor Subsecretario la concreción de los datos que me ha proporcionado.

A lo mejor me equivoco y usted me podrá corregir. Aparte de los hospitales que usted ha mencionado, aunque bien es verdad que no son competencia directa de la Administración central, de Sanidad, hay problemas en dos aceleradores, por lo menos en su instalación, en los hospitales de Cádiz y Granada, y tengo entendido que también en el Gregorio Marañón de Madrid. Usted me dirá que no son competencia suya, pero lo quiero poner de manifiesto.

Por otra parte, según mis noticias, parece ser que el Hospital de la Princesa también ha adquirido un acelerador que no ha sido instalado por el momento.

Esas son las noticias que tengo.

También es preciso hacer referencia al Hospital Clínico de Valladolid. Hace unos meses, cuando iba a ponerse en marcha, utilizando un término coloquial, se puso de manifiesto que hubo graves problemas que llevaron a que el aparato, por el momento, no esté siendo utilizado.

Estos son los datos que le doy. Respecto a los datos que nos da usted, me parece que son preocupantes y alarmantes. Hay dos hospitales que usted ha nombrado, el de Puerta de Hierro y el de Zaragoza, en que han sido adquiridos los aceleradores en el año 1993; estamos a mitad de año 1994 y todavía no han sido puestos en marcha. Si esto lo decimos de estos dos hospitales, qué no vamos a decir del 12 de Octubre y del de Badajoz, cuyos aceleradores fueron adquiridos en el año 1989. Volvemos a decirlo. Usted dirá que somos muy pesados, pero se trata de la gestión. ¿Cómo se puede comprar un aparato carísimo, como son esos aparatos, y tenerlo cinco años sin utilizar?

Yo creo que aquí se conjuga una serie de problemas que irían —vuelvo a incidir— desde la mala gestión de Sanidad a los problemas administrativos o burocráticos en sí. Desde un punto de vista de la Administración, entendiendo como tal administración los permisos que tienen que dar el Ministerio de Industria y el Consejo de Seguridad Nuclear, los permisos se confunden y hay problemas. No hay una relación establecida entre la compra del acelerador y aque-

lla empresa que va a hacer el *búnker* donde se va a instalar el acelerador. Me parece recordar que en Zaragoza, desde que se adquirió este aparato hasta que se empezaron a hacer las obra de *búnker* para protección, pasaron varios meses, incluso un año.

Sobre badajoz, tengo conocimiento de que no está siendo utilizado porque no hay personal preparado para operar este acelerador.

En resumidas cuentas, señor Conde, creo que habría que recapacitar. Vamos a controlar el gasto, vamos a tener en cuenta que aquello que se gasta va a ser utilizado en beneficio de los ciudadanos españoles, vamos a tener en cuenta que las adquisiciones prioritarias hay que presupuestarlas, pero por supuesto hay que utilizarlas.

Habría que decir, por último, que no es planteable que la Administración sanitaria en este caso tenga tan pocos proyectos a largo plazo, desde el punto de vista de que aquellas cosas que se adquieren en el año 1989 estén cinco años sin ser utilizadas.

La contestación que ha dado me parece francamente grave por el planteamiento que puedan hacer los ciudadanos, y sobre todo aquellos profesionales de la sanidad o los que se preocupan por la sanidad, que pensarán en qué manos estamos a la hora de discernir qué aparatos se deben comprar en los distintos hospitales de nuestro país. Considero que puedo ser excesivamente pesado, pero es que realmente, señor Subsecretario, a uno le llama la atención que sigan pasando las mismas cosas años y años debido a un problema de gestión. Piensa que se van a comprar unos aparatos porque quedan bonitos en el hospital, pero luego ni siquiera hay personal capacitado para operarlos.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Contestaré con mucho gusto al señor Villalón.

Empiezo por una de las afirmaciones que ha hecho al final: en qué manos estamos para la toma de decisión de qué tipo de equipos se adquieren. Le puedo asegurar que en las mejores posibles. La decisión de la adquisición de todo equipo de esta envergadura en el sistema público está asesorada por los mejores técnicos y las personas más cualificadas que existen en el país.

Se ha referido usted al gasto. Creo que no se ha producido mayor gasto por esta cuestión. Hay una preocupación tan importante como el gasto, si no mayor, que es la seguridad y la eficacia de todo lo que se utiliza. Usted mismo ha empezado su intervención haciendo referencia a un desgraciado accidente que ha motivado extremar las medidas de seguridad para la utilización de este tipo de aparatos. Ello da lugar a que hoy la instalación y puesta en funcionamiento clínico de un acelerador lineal de electrones exija una serie de requisitos de todo orden que efectivamente hacen lenta su instalación desde el momento en que se adquiere. Por ejemplo, tiene que autorizarse y aprobarse ulteriormente, no ya el aparato sino las características de la obra, por el Consejo de Seguridad Nuclear. Una vez termi-

nada la obra y aprobada tiene que autorizarse su instalación y, posteriormente, su entrada en funcionamiento. Es decir, hay un lapso de tiempo obligado por exigencias de seguridad de este tipo de equipos. Con ello, no quiero eludir algún lapso de tiempo que yo también considero inaceptable.

Voy a la última afirmación que ha hecho. Dice que las cosas siguen igual. No, no siguen igual. Por ejemplo, hemos aprendido que es mucho más razonable someter a concurso público y simultáneamente dar a la misma empresa, la que vende el aparato, la realización de la obra para instalar el mismo, porque se ha comprobado que el *decalaje* existente entre todo el proceso de adquisición del aparato y la obra correspondiente hace extraordinariamente largo este tipo de procesos. ¿Por qué? No se puede saber qué clase de obra hay que hacer hasta que no se sepa qué aparato se compra. No todos los aparatos son iguales y cada aparato requiere una obra distinta. En consecuencia, cuando en el año 1989 se adquirieron los dos primeros equipos, sucedió que, una vez adquiridos, posteriormente hubo que someter a consideración la obra, hubo *decalajes* presupuestarios en los momentos en que suceden unas cosas y otras, y ello motivó el que, efectivamente, en algún caso, el retraso desde la adquisición hasta la puesta en marcha del equipo fuera muy importante. Por ello, en los últimos tiempos, y mejorando nuestra gestión, hemos procedido a este otro tipo de concurso que permite instalarlo con toda agilidad. Esto es cuanto tengo que decir.

Por lo que se refiere al personal, depende del existente ya formado, el que haya que formar y, sobre todo, depende de las acreditaciones que nos proporcione el Consejo de Seguridad Nuclear. En todo caso, quede tranquilo porque, como he mencionado, estos aceleradores van a entrar en funcionamiento en este año. Alguno al que usted se ha referido, como es el de Valladolid, está funcionando. El de La Princesa yo no sé si tiene algún problema puntual en este momento; en todo caso, como usted sabe, el Hospital de La Princesa es un hospital que gestionamos compartidamente la Comunidad de Madrid y el Insalud, y no tengo noticia de que este acelerador fuera adquirido por el Insalud, sino por la Comunidad de Madrid.

Concluyendo, existe y va a existir siempre un lapso de tiempo importante entre el momento de la adquisición del aparato y su puesta en funcionamiento clínico, precisamente para garantizar la seguridad del aparato, y existen otros lapsos de tiempo que efectivamente hemos de mejorar y que creo sinceramente que estamos mejorando últimamente.

— **SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA CELEBRACION DE ALGUN CONCURSO O TRASLADO DE PLAZAS DE ATENCION ESPECIALIZADA EN LOS PROXIMOS MESES. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000627.)**

— **SOBRE FECHA PREVISTA PARA LA PROVISION DE PLAZAS DE ATENCION PRIMARIA**

**MEDIANTE CONCURSO. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/000628.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta sobre previsiones acerca de la celebración de algún concurso o traslado de plazas de atención especializada en los próximos meses, formulada por el señor Villalón Rico.

El señor **VILLALON RICO**: Señora Presidenta, si le parece bien, había pensado formular las dos siguientes conjuntamente.

La señora **PRESIDENTA**: Bien. Por tanto, el señor Villalón, del Grupo Popular, formulará la pregunta que acabo de leerles y la siguiente, que es sobre fecha prevista para la provisión de plazas de atención primaria mediante concurso.

Cuando quiera, señor Villalón, tiene la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Subsecretario, no sé si me equivocaré al hacer la afirmación de que, desde hace bastantes años, no se convocan plazas en atención primaria tanto para concurso-oposición como para traslado. Recientemente había una denuncia por parte de los sindicatos sanitarios diciendo que, a la hora de incorporarse aquellos facultativos que no pertenecían a los equipos de atención primaria que desde el Ministerio se les estaba ofertando esta incorporación, los sindicatos aducían que no se había celebrado ningún concurso-oposición o ningún concurso de traslado con respecto a lo que es la atención primaria, y tanto en atención primaria como lo que es atención especializada, desde el punto de vista de lo que es el concurso oposición, desde hace bastantes años. (La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)

Me parece recordar que hacia el año 1981, o algo así, salió un concurso en atención primaria que fue recurrido por la CEMS, me parece, o el Sindicato Médico, y ganaron el recurso, y que la última convocatoria de concurso-oposición en atención especializada es en torno a 1989 ó 1990, y recientemente, es verdad, ha salido una convocatoria de traslado en atención especializada, hace un par de meses, con respecto a algunos hospitales. La verdad es que a nosotros nos ha llamado la atención que ese concurso de traslado de los hospitales, de lo que se denomina territorio Insalud, podríamos decir que ha afectado a hospitales intermedios, no hospitales principales del territorio nacional, y yo creo, si me apura, que el único hospital de relativa importancia donde se han convocado plazas de traslado ha sido el «Miguel Servet», de Zaragoza; los demás son lo que pudiéramos considerar hospitales secundarios.

Creemos que nos podría usted informar (y es por lo que yo, al principio de mi intervención en las anteriores preguntas decía que si había preguntas a modo de control o de crítica al Gobierno éstas eran más bien de información) con respecto a la situación actual y las posibilidades, porque a nosotros casi nos gustaría volver a aquellos tiempos en los que se hacían dos o tres convocatorias al año; cada

cuatro meses se hacían convocatorias tanto de (entonces no se denominaba atención primaria) médicos de medicina general como de médicos especializados, y las plazas de hospital, como bien recordará usted, salían primero a traslado e inmediatamente aquellas que quedaban vacantes lógicamente luego salían a concurso-oposición para aquellos especialistas que pudieran concursar después de haber hecho su formación.

Teniendo en cuenta la situación actual y lo que parece que, por otro lado (por algunas afirmaciones de algunos responsables del Ministerio), da la sensación de que puede ser cambio en la organización fundamentalmente de hospitales, desde el punto de vista laboral, nosotros realizamos las dos preguntas que ya ha leído la señora Presidenta de la Comisión: que si el Ministerio de Sanidad y Consumo prevé sacar a concurso de traslado alguna plaza de atención especializada (aquí habría que quitar, lógicamente, lo de traslado) en los próximos meses, y lo mismo con respecto a la provisión de plazas de atención primaria.

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

El señor **SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señor Villalón, efectivamente su información es correcta en cuanto a las fechas aproximadas en las que se celebraron los últimos concursos. Los que están en marcha en este momento arrancan de un punto importante, y es que, al igual que en el resto de las Administraciones públicas y de los servicios públicos, hay unas instrucciones de carácter general de cara al número y volumen de plazas que pueden cubrirse en propiedad, en terminología habitual, y fruto de ese planteamiento general que se produce en el año 1991-1992, así como de unas negociaciones con los sindicatos, se llegó, en el ámbito del Insalud, a unas cifras globales de plazas que saldrían para su cobertura definitiva en propiedad.

Tengo que decir (y eso probablemente usted lo sabe) que no es el Ministerio de Sanidad y Consumo el que realiza las ofertas de concurso, puesto que es una competencia propia, bien de los Servicios de Salud, con competencia de asistencia sanitaria, o del propio Instituto Nacional de la Salud, gestión directa.

Por lo que se refiere a los servicios dependientes del Instituto Nacional de la Salud, la convocatoria de plazas de traslado se realiza al amparo de lo dispuesto en el capítulo III, sección 2.ª, del Real Decreto 118/1991, que es el último decreto que regula la provisión de vacantes.

En el «Boletín Oficial del Estado» del pasado 22 de marzo se publicó la resolución de 24 de febrero de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud por la que se convoca a concurso de traslado voluntario para personal facultativo especialista de área de los servicios jerarquizados del Insalud. Se oferta un total de 623 plazas, correspondientes a 43 especialidades. Una vez finalizada la tramitación de este concurso de traslado, está prevista la convocatoria de un concurso-oposición libre a tenor de lo dispuesto en el mismo Real Decreto. Es decir, lo que no

quede cubierto en este concurso de traslado, más un número (que yo aquí no tengo, pero desde luego bastante más importante) de plazas vacantes en este momento acudirían a concurso libre.

Usted ha mencionado que se han concentrado las plazas de este concurso de traslado en hospitales de tipo intermedio y, efectivamente, eso es así, con una finalidad clara: hay un tipo de hospital que sufre un altísimo nivel de rotación y de poca permanencia en el puesto de trabajo, y pareció en el Insalud en su momento que era bueno incentivar la cobertura de este tipo de puestos buscando su mayor estabilidad, y para ello nada mejor que ofertar precisamente el concurso de traslados a aquellas personas que tenían esa voluntad de instalarse en este tipo de hospital que justamente tenía un altísimo nivel de rotación.

Por lo que se refiere a atención primaria, también está regulado por el mismo decreto y en este momento estamos en una fase muy avanzada, pero que está centrada fundamentalmente en las actuaciones pertinentes para la composición de tribunales que habrán de actuar en los concursos de selección de plazas en medicina general, pediatría, matronas y fisioterapeutas de atención primaria. Asimismo, el 5 de mayo pasado se reunió la Mesa sectorial para estudiar, analizar y aprobar, en su caso, las bases de los baremos que van a regir en el concurso libre de provisión de estas plazas, porque un problema que había (que hay todavía) es que no está consensuado y aceptado el baremo que va a regir para este tipo de plazas.

En todo caso, como ve, a lo largo del presente año se va a proceder a concursos de bastante amplitud en el ámbito de atención especializada y en el ámbito de atención primaria, tanto de traslados como de concurso libre.

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

El señor **VILLALON RICO**: Señora Presidenta, a nosotros nos preocupaba, aparte del retraso en la convocatoria de plazas por traslado o por concurso, la relación laboral del personal sanitario, fundamentalmente médico, con la Administración o con la gestión del hospital, y es en razón de varias cuestiones. Por ejemplo, el señor Marín, miembro de alta responsabilidad en la Dirección General del Insalud, coordinador de asistencia colectiva, ha hecho diversas declaraciones diciendo que había que atender a la estabilidad laboral. Pero cuando él hablaba de atender a la estabilidad laboral del personal sanitario, de los médicos, introducía dos conceptos nuevos, dentro de lo que es hasta este momento es la relación laboral propiamente dicha con el hospital o con los centros de atención primaria. Primero, la laboralización del personal y, segundo, la movilidad geográfica.

A continuación de estas declaraciones del señor Marín, bien, por vía del Ministerio o por vía del Ministerio o por vía del Instituto Nacional de la Salud se establece lo que se llama la nueva organización hospitalaria, que habla de contrataciones laborales, retribuciones con una parte salarial fija, que no sería muy importante, en torno al 40 por ciento, creo recordar, y una retribución salarial variable en relación —me imagino— a diferentes conceptos. Luego,

también establece la modificación de plantillas, según lo que se denomina demanda —me imagino que demanda de los ciudadanos en relación con la zonas territoriales— y la oferta de empleo desde las Gerencias, en lugar desde el Instituto Nacional de la Salud. Eso me recuerda tiempos antiguos, cuando en la primera época del famoso Instituto Nacional de Previsión se hacía así entonces. A mí me extraña que se vuelva tan hacia atrás.

Otra cosa que me parecía importante es la modificación de la Ley 30/1984, en la que se volvía a hablar de la movilidad geográfica y la excedencia forzosa por supresión del puesto de trabajo.

Todas estas cosas (teniendo en cuenta, además, un debate que ha habido hace poco dentro del ámbito sanitario, en el que tuve ocasión de preguntar a la Ministra de Sanidad y Consumo qué es el complemento específico, que según dijo la Ministra iba referido a la plaza más que al personal en sí), todas estas cosas —digo— nos preocupan, porque nos preguntamos: A ver si es que, cuando no se quieren sacar las plazas, como hasta ahora (usted bien dice que a lo largo de este año van a salir otras plazas a concurso, las de atención primaria), se van a modificar los criterios que había hasta el momento en la relación personal sanitario-médicos, en concreto con la Administración o con la gestión de los hospitales. Y hago referencia a esto porque un debate importante habido en esta Cámara en el año 1992 ó 1993 —creo recordar—, a raíz de la Comisión Abril, uno de los puntos que suscitaba más polémica era el de la liberalización de los médicos o del personal facultativo. Yo quiero recordar que aquí el Grupo Socialista dijo que no asumía en ningún momento las recomendaciones de este informe de la Comisión Abril y, entre otras cosas, se refería a estos temas. A nosotros nos preocupa.

¿Se está dejando porque, cuando pase el tiempo, al final, se va a tender a la laboralización, a otra relación laboral entre médicos o facultativos y la Administración de los hospitales o la Administración de los centros de atención primaria? ¿O, simplemente, a partir de ahora, como dice usted, salen las plazas y se va a seguir con la misma sistemática de contratación o de relación laboral —valga la redundancia— en relación personal-Administración de hospitales? Esta es la pregunta que nos hacemos. Además nos preocupa porque, aunque sea a título de anécdota, quiero recordar unas manifestaciones que hizo un militante socialista de importancia, el señor Lamata, a la hora de tocar los asuntos sanitarios, quien decía que parece ser que en torno al 60 por ciento de los médicos de la sanidad pública votaban Popular. No sé de dónde sacaba eso. Incluso fue motivo de que nuestro portavoz en sanidad hiciera una pregunta en el Pleno a la Ministra. Nosotros nos preguntamos: ¿De dónde saca este señor esa conclusión, que a mí me parece un poco peregrina? Pero, luego, dando la vuelta a la frase, habría que pensar: Como hasta ahora, más o menos, en torno al 35 ó 40 por ciento son contratados en los hospitales los médicos especialistas, ¿pensará el señor Lamata que al tenerles contratados es un voto fijo o un voto seguro con respecto al Partido Socialista? A mí me pareció peregrina la afirmación, pero, dentro de lo que es la capacidad de disquisición política, preguntamos: ¿querrán desde el

Ministerio, querrán desde el Partido Socialista, en temas sanitarios, que de ahora en adelante todo el personal sea contratado o tenga una relación muy dependiente de lo que es el administrador o el gestor de los hospitales, o piensan ustedes que es mejor seguir como estábamos hasta ahora en la relación personal-Administración?

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Señora Presidenta, la verdad es que el señor Villalón ha aprovechado una pregunta sobre un concurso de traslado para poner encima de la mesa nada más y nada menos que presente, pasado y futuro de la relación estatutaria laboral o funcional del personal del sistema sanitario público. **(Risas y rumores.)** Yo, de todas maneras, no voy a eludir esa pregunta, porque es un asunto que me parece de extraordinaria importancia.

Primero, sobre estas declaraciones que se atribuyen al doctor Lamata, y mucho más sobre las interpretaciones y vericuetos de lo que el señor Lamata, supuesto que dijo eso, quiso decir y lo que significa, mejor es que lo dejemos de lado, porque no llegaremos a parte alguna.

Solamente quiero decir dos cosas. Primera, que en este momento tenemos una legalidad vigente perfectamente conocida, que es el Estatuto jurídico del personal médico, el Estatuto jurídico del personal sanitario de la Seguridad Social y el Estatuto jurídico del personal no sanitario de la Seguridad Social, que son la regla de juego con las que se rigen las relaciones entre trabajadores y empresa, por emplear términos sencillos. Existe además otra norma, que es el Real Decreto 118, de enero de 1991 —relativamente reciente—, al amparo de la cual se establece el sistema de cobertura de vacantes y con la que se han convocado estos últimos concursos y, en todo caso, estamos hablando inequívocamente de relación estatutaria de todo el personal que trabaja en el sistema de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y con arreglo a ella nos vamos a regir.

Dicho esto, segunda cuestión: tal y como se dijo en su día, no parece que la laboralización —entendida ésta como marco de relación laboral— por sí sola sea algo que vaya a resolver nada y, en principio, no es una posición del Gobierno ni del Partido ir hacia ese tipo de marco, porque, entre otras razones, no se acaba de ver que exactamente sea ése el camino que resuelva los problemas.

Dicho lo anterior, y en la relación con esas manifestaciones que parece ser que ha hecho el señor Marín que, efectivamente, tiene un cargo de responsabilidad en el In-salud, y con otras que yo haya podido hacer y que eventualmente haga, también he de decir que me parece a mí que ni Administración ni profesionales estamos absolutamente satisfechos con el modelo actual en lo que se refiere a acceso y selección para puestos de trabajo, en lo que se refiere a modelo retributivo y en lo que se refiere a posibilidades de promoción profesional con carácter general. De este asunto llevamos hablando mucho tiempo, y si no hemos llegado todavía a ningún puerto es, posiblemente, porque no es tema fácil y tiene muchísimas facetas.

Quiero decir que hay una legalidad que vamos a seguir cumpliendo y que seguimos trabajando en cuanto a qué tipo de modificaciones de esos elementos han de regir para el personal sanitario, y muy particularmente para los médicos. En todo caso, el horizonte de norma que se prevé para esto lo situaríamos, en principio, más en el ámbito estatutario que en el ámbito laboral, sin que, en principio, estemos absolutamente cerrados a nada, porque lo importante es fijarse en los contenidos de lo que queremos modificar y, a partir de ahí, decidir cuál es el marco en el que se mueve uno mejor, y nos parece que se mueve uno mejor en el marco estatutario.

— **SOBRE JUSTIFICACION DE LA DECISION DE DESMANTELAR LA LAVANDERIA DEL HOSPITAL RAMON Y CAJAL PARA PASAR A CONCERTAR ESTE SERVICIO CON UNA EMPRESA PRIVADA. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GRUPO IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA). (Número de expediente 181/000713.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Pregunta sobre justificación de la decisión de dismantelar la lavandería del Hospital Ramón y Cajal para pasar a concertar este servicio con una empresa privada, formulada por la señora Maestro Martín, del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Entenderá que en los dilatados plazos de tiempo transcurridos desde que se formula una pregunta hasta que, por avatares diversos, se produce la respuesta, la vida no se detiene esperando a esta Comisión y han ocurrido hechos que me obligan a modificar de alguna manera, no el contenido de fondo, pero sí algunas matizaciones en cuanto a la pregunta .

En el momento en el que formulé esta pregunta había datos en poder de la Dirección del Hospital Ramón y Cajal, expuestos por la misma dirección a los representantes de los trabajadores, en el sentido de que existía la voluntad de eliminar el servicio de lavandería de dicho Hospital, que en este momento, entre otras actividades, realiza el lavado y el planchado de los uniformes y de las batas del personal, de unas 4.300 personas, y en el que están empleados 40 trabajadores y trabajadoras.

La dirección del Hospital no justifica con ningún tipo de análisis, desde el punto de vista técnico o económico, esta decisión. Simplemente dice que el espacio ocupado por la lavandería es necesario para ampliar el archivo y que la experiencia previa habla de que este tipo de servicios es más rentable concertarlos con empresas privadas.

Como usted sabe, este tipo de manifestaciones y la voluntad de llevarlas a cabo tuvieron como consecuencia movilizaciones de los trabajadores en el Hospital que hablaban, en primer lugar, de la satisfacción general por la calidad del trabajo de estas personas que se ocupan de la lavandería, del interés por mantener los puestos de trabajo y

de un servicio propio en el Hospital, a lo que se añadía la constatación de que la lavandería del Insalud de Mejorada del Campo difícilmente podría asumir el volumen de ropa lavada en el Ramón y Cajal por cuanto estaba trabajando al máximo de sus posibilidades.

Decía que el tiempo ha transcurrido y, a partir de esta situación, conozco que ha habido unas manifestaciones del Director Territorial del Insalud en Madrid que modificarían sustancialmente los propósitos de la dirección del Hospital Ramón y Cajal. Por lo tanto, mi pregunta va dirigida no tanto en los términos en los que está formulada sino que pretende que el señor Conde suscriba o no, en su caso, las afirmaciones de la dirección Territorial del Insalud que irían en el sentido de si se plantearía el desmantelamiento del servicio en el Hospital Ramón y Cajal, pero, en función de la realización del Plan director del Hospital Clínico de Madrid, pasaría a contar el Hospital Clínico con una lavandería propia, hecho que supondría que el volumen de ropa de dicho Hospital no sería trasladado en plazo breve a la lavandería de Mejorada del Campo y que, en ese caso, el desmantelamiento de la lavandería del Hospital Ramón y Cajal no se produciría hasta tanto el traslado de ropa del Hospital Clínico no se hubiera producido y, por tanto, el destino final de la ropa del Ramón y Cajal sería la lavandería del Insalud de Mejorada del Campo, ocupando la cuota que dejaría libre el Hospital Clínico, con lo que los 40 trabajadores que están empleados en el servicio de lavandería conservarían su puesto de trabajo y se destinarían a otros servicios compatibles con su cualificación laboral o profesional, como celadores o pinches. **(La señora Presidenta ocupa la Presidencia.)**

Por lo tanto, en este momento la respuesta que requiero del señor Conde sería en qué medida suscribe o no estas

afirmaciones de la Dirección Territorial del Insalud en el sentido del destino final tanto de la ropa del Ramón y Cajal como de los trabajadores de este servicio.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Conde Olasagasti): Desconozco esas declaraciones al detalle, pero los dos elementos finales, que son, en primer lugar, que la ropa que todavía se está lavando en el Ramón y Cajal se va a terminar lavando en Mejorada del Campo y no en una empresa privada y, en segundo lugar, que la mayor parte del personal que en este momento está trabajando en dependencias de la lavandería del Hospital Ramón y Cajal van a seguir trabajando en dicho Hospital en funciones relacionadas con la lencería, el planchado y el manejo de la ropa, eso sí lo suscribo.

LA señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Me alegro de que así sea, que el tiempo transcurrido haya servido para conseguir el objetivo de la pregunta, es decir, para corroborar algunas impresiones y que en este caso el mantenimiento del servicio público esté garantizado.

La señora **PRESIDENTA**: Complimentado el orden del día, se levanta la sesión.

**Eran las doce y cincuenta y cinco minutos del mediodía.**

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

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

**Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid**

**Depósito legal: M. 12.580 - 1961**