



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1994

V Legislatura

Núm. 394

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 17

celebrada el martes, 20 de diciembre de 1994

Página

ORDEN DEL DIA:

Comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para:

- | | |
|--|-------|
| — Informar de los problemas sanitarios suscitados por los movimientos migratorios estacionales. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000297) | 12168 |
| — Informar del diagnóstico y control de las enfermedades de tratamiento obligatorio. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000298) | 12175 |

Preguntas:

- | | |
|---|-------|
| — Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre opinión del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de los objetivos sanitarios y presupuestarios del año 1993 previstos en el Contrato-programa para la atención primaria. (BOCG serie D, número 154. Número de expediente 181/001085) | 12181 |
| — Del mismo señor Diputado, sobre opinión del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de los objetivos sanitarios y presupuestarios del año 1993 previstos en el Contrato-programa para la atención especializada. (BOCG serie D, número 154. Número de expediente 181/001086) | 12181 |

	Página
— Del mismo señor Diputado, sobre objetivos que se pretenden alcanzar con el Contrato-programa de atención primaria para el año 1995. (BOCG serie D, número 154. Número de expediente 181/001087)	12186
— Del mismo señor Diputado, sobre objetivos que se pretenden alcanzar con el Contrato-programa de atención especializada para el año 1995. (BOCG serie D, número 154. Número de expediente 181/001088).....	12186

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

COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (AMADOR MILLAN) PARA:

— INFORMAR DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS SUSCITADOS POR LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS ESTACIONALES. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 213/000297.)

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días, señorías. Bienvenidos a esta última sesión del año 1994, inaugurando sala y equipo de megafonía sobre el que ahora mismo, según me sugieren, les voy a trasladar una única instrucción, que es la que de momento sabemos. Señorías, para hablar deberán darle a la tecla verde que pone micro, exclusivamente. El micrófono es direccional. Las demás instrucciones nos las estudiaremos más despacio otro día.

Vamos a iniciar la sesión de la Comisión con el orden del día que tienen en su poder: la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo y la contestación a preguntas. En las dos primeras comparecencias vamos a intentar ser lo más breves posibles. De manera rigurosa aplicaré el Reglamento en la utilización de los tiempos, puesto que me ha solicitado la señora Ministra terminar a su hora por reuniones y compromisos que tiene ya adquiridos en el Ministerio. Por tanto, dedicará a las comparecencias todo el tiempo necesario y que el Reglamento permita, pero sepan que esta Presidencia no va a hacer uso de la generosidad que le caracteriza habitualmente.

Damos la bienvenida a la señora Ministra de Sanidad y Consumo a esta Comisión, a la que viene para informar sobre la primera comparecencia: los problemas sanitarios suscitados por los movimientos migratorios estacionales. Esta comparecencia ha sido formulada por el Grupo Parlamentario Popular. ¿Desea este Grupo intervenir previamente para explicar a qué se refiere la comparecencia o la señora Ministra entra directamente en ella?

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Querría aclarar simplemente que se refiere a los problemas sanitarios que hay todos los años en las fronteras con Marruecos, ocasionados por el paso de gran número de emi-

grantes que vienen desde Europa cruzando España entera, y que son aproximadamente un millón y pico según unos datos, según otros 800.000, y según otros datos hasta cerca de dos millones; en algunos días claves se contabilizan en las fronteras españolas más de 40.000 personas que pasan en un solo día. Querríamos que nos hablara sobre esta cuestión y los problemas que suscita, que se han visto agravados en estos últimos días con algunos problemas en las fronteras españolas.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señorías, celebro tener la oportunidad de comparecer en la última sesión de la Comisión en este período de sesiones, así como de compartir con ustedes la satisfacción de estrenar una nueva sala, en la que deseo a S. S., que seguro que la utilizan más que yo, un trabajo fructífero.

Como su petición de comparecencia, señora Fernández de Capel, estaba formulada en términos más amplios, yo había preparado una información más general, una información sobre la asistencia sanitaria y los problemas que suscita no sólo el movimiento del paso del Estrecho, sino los movimientos de población debidos a razones vacacionales, razones que en España son de una cierta trascendencia habida cuenta del número de visitantes que recibimos todos los años. Pero como quiera que en este momento S. S. concreta el contenido de la comparecencia, voy a referirme a las operaciones del paso del Estrecho, por las que S. S. se interesa, obviando el resto de la información, que, como digo, se refiere al resto de medidas sanitarias, ordinarias o extraordinarias, que el Ministerio adopta con ocasión de movimientos de población y que, en todo caso, pongo a disposición de S. S. por si es de su interés.

Efectivamente, dentro de los movimientos estacionales, que, como digo, constituyen uno de los elementos a la hora de planificar la asistencia sanitaria, uno de los más importantes es el de los ciudadanos magrebíes que cada año atraviesan el territorio español con destino a sus países de origen o de vuelta de ellos. Las características de estos desplazamientos han hecho necesario coordinar las actuaciones de todos los organismos implicados en las llamadas operaciones Paso del Estrecho, que son organizadas por la Dirección de Protección Civil del Ministerio de Justicia e Interior. En ellas participan diversos ministerios, las comu-

nidades autónomas y las entidades dedicadas al transporte marítimo, como, por ejemplo, la compañía Trasmediterránea. La actividad de todos ellos se articula a través de un plan director, que se elabora para cada operación, en el que se establecen los objetivos, la estructura orgánica, la estructura operativa, las fases y las actuaciones a realizar por los organismos que participan. Aparte de que en este período se intensifican los controles habituales que se realizan por los servicios de sanidad exterior en todo el año en las fronteras, la actuación de las administraciones sanitarias se concreta en prestar la atención urgente que requieran los transeúntes extranjeros, fundamentalmente en los puertos de Algeciras, Málaga, Almería, Ceuta y Melilla. Esta atención se presta en las instalaciones existentes en los propios puertos, que son habilitadas por las juntas de obras, y en los casos necesarios se traslada al enfermo al centro hospitalario correspondiente. La información que se desprende de las sucesivas operaciones indica que en la mayoría de los casos se atienden patologías de poca importancia. Los recursos materiales y humanos necesarios para dispensar esta atención son aportados por el Insalud y por el Servicio Andaluz de Salud.

Como ya conocen SS. SS., concluida la operación, la Dirección General de Protección Civil realiza un informe que incluye datos estadísticos y la valoración de las actuaciones en la operación cada año. Aunque ése es el organismo responsable de la operación en su conjunto, de la coordinación de todas las intervenciones, voy a facilitar a S. S. algunos datos significativos de la operación Paso del Estrecho 1994, última de la que disponemos información.

Comenzó oficialmente el 15 de junio y acabó oficialmente el 15 de agosto la operación de ida y el 15 de septiembre la de retorno. La tónica general ha sido la ausencia de incidentes de relevancia porque la experiencia de anteriores años ha permitido mejorar la organización, la operatividad y la eficacia de los servicios afectados. El número total de vehículos que han atravesado el Estrecho en sus fases de salida y de regreso ha sido de 340.667 y el de pasajeros 1.608.550. En el caso concreto de la atención sanitaria, la prestación ha estado garantizada a través de cinco médicos asistenciales instalados en los puertos de Melilla, Ceuta, Málaga, Algeciras y Almería. Para ello se contrataron 22 médicos y 22 ayudantes técnico-sanitarios, de los cuales el Ministerio de Sanidad y Consumo contrató 10 médicos y 11 ayudantes técnico-sanitarios en los casos de Ceuta y Melilla y el Servicio Andaluz de Salud fue quien contrató en los otros puertos. Además de este primer escalón de atención, que ha resultado de gran efectividad, se estableció un dispositivo de transporte a centros hospitalarios para los casos necesarios cubierto con ambulancias de la Cruz Roja. El funcionamiento de este segundo nivel de atención no ha alterado en ningún momento la actividad normal de los servicios de urgencia de los hospitales y, por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha aportado todo el material sanitario necesario durante los tres meses de la operación. El número total de asistencias sanitarias realizadas en los cinco puertos ha sido de 7.142, lo que representa 297 más que en 1993, y los puertos de Algeciras y Málaga han sido los que han experimentado in-

crementos frente al retroceso en los restantes puertos. En general, las patologías de mayor relevancia que se han atendido han sido las traumalógicas, oculares, gástricas, cutáneas y las cefaleas.

Esta es, señorías, la información que puedo facilitarles en este momento sobre la operación concreta del Paso del Estrecho. En todo caso, reitero que están a su disposición todos los datos pormenorizados que se derivan del informe que se elabora por la Dirección General de Protección Civil y que resume todas y cada una de las incidencias producidas en la operación de cada año.

La señora **PRESIDENTA**: Además del Grupo solicitante de la comparecencia, ¿qué grupos desean intervenir? **(Pausa.)**

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

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: En primer lugar, querría hacer una aclaración, que los movimientos vacacionales no pueden ser considerados movimientos migratorios estacionales porque los movimientos migratorios, por definición geográfica, son la emigración y la inmigración, teniendo como causa unas estancias prolongadas a un lado y a otro del viaje. El caso que nos ocupa entra, por tanto, de lleno en este concepto de migratorio estacional.

En segundo lugar, agradezco a la señora Ministra que haya hablado de las responsabilidades del Ministerio, en este caso, porque a veces se nos ha hecho llegar la idea de que no era responsabilidad suya sino solamente de las comunidades autónomas; aparte de que en una serie de artículos, incluido el propio punto de definición de la constitución de la Carta de la Organización Mundial de la Salud, Ceuta y Melilla son territorios Insalud. Además, estos movimientos no llegan a Andalucía por vuelo directo, como las aves, sino cruzando toda España y originando a su paso algunos problemas de tipo sanitario que se acumulan de forma más palpable en los puertos, por la dificultad del embarque, a pesar de que las compañías intentan paliarlos en todo momento aumentando el tráfico de buques.

El Grupo de Sanidad Exterior, directamente, según el informe que nos ha enviado el Gobierno, nombra un director comisionado del Ministerio de Sanidad y hay un inspector médico de Sanidad Exterior también nombrado por este Ministerio, que a través de la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales forma parte todos los años de este operativo para facilitar esta migración. En primer lugar, señora Ministra, quiero decirle que no tengo los datos de 1994, porque la operación ha terminado en septiembre y todavía no nos han sido facilitados, pero tengo los de todos los años anteriores —unos facilitados por el Gobierno y otros que he conseguido directamente a través de las oficinas implicadas en este asunto—, y lo primero que hay que tener en cuenta es que a veces las fechas que nos facilita el Gobierno no coinciden con las fechas en que se hace llegar a los responsables —y esto ya se le dije, señora Ministra, en un Pleno— los preparativos de la operación. Y en segundo lugar quería decirle que uno de los más

graves problemas con que se encuentran los puertos y las autoridades sanitarias, a las que se implica directamente en esta operación, es la falta de previsión a la hora de advertirles. En el año 1993 les han llegado con menos de una semana las órdenes precisas por parte del SAS y del Ministerio. Todos los años tenemos el mismo problema, que llegan tarde e imprecisas. Le puedo decir que bochornosamente algunos años son copia exacta de las órdenes del año anterior, casi la fotocopia de la misma orden, en el mismo formato y hasta en la misma página; no se ha modificado en ninguno de sus aspectos.

Señora Ministra, cuando se habla de estos movimientos siempre nos centramos en Algeciras, Málaga y Almería, pero son muchos otros puertos españoles los que se ven implicados en esta operación, aunque no de una manera tan masiva como la que produce la afluencia de emigrantes que llegan de Europa. Por ejemplo, este año se dio el caso de que por la situación fronteriza con Argelia —que no es ahora el momento oportuno de explicar— el puerto de Alicante se vio sorprendido con una avalancha de gente y la atención ha tenido enormes deficiencias. Pero es que hay otros puertos desde los que se embarca a Marruecos —algunos diariamente y otros periódicamente, dos o tres veces semanales— y le quiero recordar solamente los *ferries* de Benalmádena, Tarifa, Barcelona y Valencia, puertos españoles donde embarcan también emigrantes que proceden de la Comunidad Europea.

Por otro lado, señora Ministra, con todo el respeto que me merece su informe, cuando se dice que se dota con 24 médicos estamos hablando de cifras absolutamente globales, porque en las medidas sanitarias que fija el SAS dicen siempre: facultativos, médicos y ATS, en turnos de 24 horas; no se detalla casi nunca cuántos son estos facultativos y cómo son. Pero yo se lo voy a explicar. Son un médico y un ATS en turnos de 24 horas —de forma que entran en servicio cada cuatro días— que algunos días tienen que atender a una población que aparte de ser de riesgo porque viajan muchos niños y muchos ancianos (no olvidemos las características familiares y socioculturales de los emigrantes que utilizan estos servicios, la situación de los puertos, el calor, los problemas de agua que a veces por mucho que desde los ayuntamientos se intenta paliar no se consigue, la venta ambulante de alimentos) presenta una serie de problemas que no aparecen resueltos, sobre todo en algunos puertos, y esta situación se hace dramática en los de Algeciras y Almería, que son los que yo conozco más directamente porque lo he vivido, lo he visto y la verdad es que la situación se torna algunas veces alarmante. Este médico y este ATS son el primer nivel asistencial del puerto. El segundo nivel son los hospitales: en Algeciras el Hospital de Punta Europa (posteriormente se ha incorporado el de la Cruz Roja), en Málaga el Carlos Haya y el Torrecárdenas en Almería. Ahora les hablaré de lo que pasa con ese segundo nivel asistencial donde se da paso a lo que ya no se puede atender en el puerto. En los hospitales se ha establecido una especie de picaresca. En el informe sobre el embarque y la asistencia en el segundo nivel, si se estudian los datos, con toda sorpresa se ve que son atendidos en un alto porcentaje, muy por encima de los demás porcentajes de

riesgo, los hombres. Lo lógico sería que a ese segundo nivel llegaran las poblaciones más susceptibles de enfermar, niños y ancianos, pero llegan hombres entre 28 y 49 años, en un altísimo porcentaje, casi el 90 por ciento. ¿Y por qué sucede esto? Porque las personas que son atendidas en segundo nivel son inmediatamente embarcadas, ellas y toda su familia, por lo que, como digo, se ha establecido la picaresca de que cualquier varón conductor de una de esas furgonetas múltiples —que ya están causando un problema no sólo de sanidad sino de tráfico— después de pasar el primer nivel pasa al segundo, y el hospital Punta Europa se ve bloqueado en sus urgencias mientras dura la operación retorno casi al 100 por cien. Igualmente pasa en Torrecárdenas, así como en el hospital de Málaga. Además, estos hospitales ven saturada su asistencia también por el período vacacional, que supone una mayor población de tránsito, con lo cual el servicio se agrava. Pero el servicio se agrava mientras que los profesionales son los mismos y a veces, por vacaciones, son menos de los que prestan asistencia durante el período invernal, con lo cual el problema en algunas urgencias llega a ser dramático.

Por otro lado, quisiera hablarle, señora Ministra, de ese informe del SAS. Como profesional de la sanidad, el informe que presenta el SAS sería para reír si no fuera lamentable, si no fuera dramático que en un país de la Unión Europea se hagan unos informes con unos diagnósticos que dicen: garganta, ojos, cefaleas y, sin embargo, en el gasto de material se especifican hasta cuatro tetinas de biberón, 29 rollos de esparadrapo y también el tipo, 20 cajas de aspirina y bicarbonato, aunque éste de una manera muy extraña. Se dice: Bicarbonato, tres. ¿Tres kilos, tres toneladas, tres cucharadas? No lo sabemos. Ya que se ha descendido a estos niveles en gastos y atención, a nosotros nos gustaría que el diagnóstico (comprendemos todos los problemas que en este momento tienen nuestros compañeros de la sanidad para poder hacer un informe medianamente presentable) contuviera algunos detalles más, sobre todo porque estamos hablando de una población que se mueve en unas zonas de alto riesgo epidémico, por la cantidad de enfermedades endémicas que se producen a uno y otro lado de la frontera con España.

Yo quisiera, señora Ministra, que en la medida de lo posible estas cuestiones se investigaran, que se intentara ver de forma más realista, y que se intentara acabar con esa picaresca reforzando la atención del primer nivel, porque decir que hay veintitantos médicos y luego sólo exista un médico y un ATS en los puertos de Algeciras o Málaga es como para abocarlos casi al suicidio; algunos días, con 40 grados y 100 personas gritando, solicitando y exigiendo asistencia, si no al suicidio, a una depresión crónica o por lo menos estacional sí que los estamos abocando.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, ha concluido su tiempo y le ruego vaya terminando.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Un segundo, señora Presidenta, con su benevolencia, porque acabo enseguida.

Pero hay otros niveles en los que también la sanidad deja mucho que desear. No le voy a decir nada de la venta ambulante de alimentos, de bebidas, de la situación de las letrinas, de la suciedad que se produce al paso de toda esta gente, a pesar de las áreas que se establecen en Los Barrios y en las cercanías de Tarifa; concretamente la de Los Barrios ha experimentado una mejora en los últimos años, pero, por ejemplo, la situación sanitaria del barco, señora Ministra, sobrepasa ya todos los niveles. En estos días, los barcos (nosotros somos médicos y podemos decirlo sin cierta repugnancia) son auténticamente intransitables porque uno va pisando vómitos, restos de comida, heces de niño, etcétera. Pero el problema de esta operación se complica, señora Ministra, con el regreso. Usted sabe que en la operación de regreso no hay ningún tipo de control sanitario. Están deseando las autoridades españolas que pasen (y en cierto modo hay que darse cuenta del problema que suscita), pero bajan del barco ya en el coche y nadie revisa esos coches. Yo le puedo decir, porque tengo conocimiento, y el Ministerio me parece que también lo tiene, que entran perros, gatos, niños sin vacunar; estamos hablando de una zona, Ceuta y Melilla, en la que la rabia urbana está sin erradicar, según datos de la Organización Mundial de la Salud y, según esos mismos datos tampoco lo está en la zona de Marruecos; no es la rabia vulpina, salvaje, que tenemos a 300 kilómetros de la frontera norte, sino la rabia que tenemos en Marruecos, que está sin erradicar, y enfermedades transmisibles de todo tipo, incluido el tracoma, que en España hace muchísimos años que fue erradicado. En las calles de Ceuta y de Melilla, señora Ministra, usted sabe que todavía se ve el tracoma y que pasa nuestra frontera, que no está perfectamente protegida desde el punto de vista sanitario.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Vasco, PNV, tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarria.

El señor **GATZAGAETXE BARRIA BASTIDA**: Queríamos plantear a la señora Ministra de Sanidad y Consumo una serie de consideraciones de orden general respecto a los movimientos migratorios, no solamente de los ciudadanos norteafricanos sino de los ciudadanos que disponen de la condición de miembros de la Unión política y económica europea y de los terceros países no pertenecientes a la Unión política y económica europea. También querríamos conocer cómo se articula la cobertura de la asistencia sanitaria respecto a los ciudadanos de la Unión y también a los que no pertenecen a ella y que tiene la cobertura del Sistema Nacional de Salud con ocasión de su estancia en España durante el verano, en el ejercicio de la actividad turística, y los flujos que ello origina. Tenemos información de que hay regímenes diferenciados con algunos países donde hay un acuerdo expreso, un convenio específico para la cobertura e incluso para el establecimiento de los flujos financieros que han de cubrir la asistencia en el Sistema Nacional de Salud. Hay otros casos en los que, como el tratado de la Unión política europea reconoce el derecho a la asistencia ésta se presta pero es facturada por el Estado que lo presta a cada miembro de la Unión. Así

ocurre, por ejemplo, en Francia, que factura por la asistencia que presta a otro nacional de la Unión Europea. Y existen países como Italia (y nos gustaría conocer la información más rigurosa y más exacta del Ministerio que otorgan una asistencia que en ningún caso luego es compensada por los correspondientes flujos con el Estado español. En tercer lugar existen, como decía al principio, países como Noruega que dispone de un convenio que supone, al final de año, que haya un flujo financiero entre el Gobierno central y el Gobierno noruego. Por ello queríamos conocer cómo se opera en estos casos, dentro del ámbito de protección de la Unión, puesto que el Tratado de Maastricht viene a reconocer la prestación y la cobertura sanitaria a los miembros de la Unión política, así como con terceros países: qué criteriología se utiliza por parte del Sistema Nacional de Salud para dar cobertura a ciudadanos miembros de terceros países ajenos a la Unión política europea.

El Grupo Popular ha planteado esta cuestión en relación a los ciudadanos norteafricanos. Tal como está solicitada la comparecencia, nuestro Grupo Parlamentario también había enfocado la problemática que se suscita con los movimientos que se producen dentro del territorio español entre comunidades autónomas. Es un problema complejo para el que en este momento está pendiente de buscarse una solución, tanto económica como política. Entendemos que es difícil abordarlo porque —y nos gustaría saber si es así— no existe una información detallada, exacta, del flujo económico entre comunidades autónomas y el flujo de personas que se produce para la asistencia sanitaria. Yo creo que la tendencia es ir hacia los sistemas protectores de salud efectivos, muy consolidados y muy garantistas, como puede ser el Insalud de Madrid, el Servicio Catalán de Asistencia Sanitaria en Barcelona, o en menor medida la Comunidad Valenciana o el País Vasco. Queríamos conocer también cómo ve el Ministerio este tema, que reconocemos es complejo y de difícil solución, y que requiere de un análisis, de una participación y de un puesta en común de experiencias en un foro como el Consejo Interterritorial. Nos gustaría conocer, al menos en un avance, la opinión política del Gobierno sobre esta cuestión.

La señora **PRESIDENTA**: Por el grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Sánchez López.

La señora **SANCHEZ LOPEZ**: Agradezco la información de la señora Ministra, incluso la aclaración de la verdadera intención del Grupo solicitante de la comparecencia, ya que tengo que confesar que la primera lectura de su solicitud animó mi imaginación y llegué a encontrar hasta cuatro temas a los que podría referirse la misma. Incluso se me ocurrió que alguno de ellos podía ser el de las enfermedades que se podían derivar de los movimientos migratorios de aves entre África y Europa, que proporcionan, como todo el mundo sabe, una importante riqueza ecológica y un importante movimiento de defensa de su hábitat en nuestro país. Creo que también ha animado la imaginación de los demás grupos a la vista de la intervención del representante del Grupo Vasco, que se ha referido fundamentalmente a temas muy distintos de los que pretendía la

petición de comparecencia. He visto con asombro que no ha sido sólo mi imaginación la que ha funcionado, sino que me ha superado en ello la interviniente del Grupo Popular, ya que los datos a los que se ha referido y que ha dado forman parte, yo creo, de la imaginación sobre lo que podría ser la situación de los ciudadanos de origen magrebí que atraviesan nuestras fronteras, más que resultado del conocimiento de la realidad. Ha dado datos increíbles y yo, no por informes del SAS sino por conocimiento directo (vivo en Málaga, muy cerca del puerto), quiero decir a la señora diputada que la fotografía que nos traslada no tiene absolutamente nada que ver con la realidad actual. Yo creo que está hablando de un pasado felizmente superado en nuestro país.

Respecto al tema que realmente nos ocupa, me gustaría decir algunas cosas. Sobre la operación Paso del Estrecho hay que aclarar, en principio, que está coordinada (como ha dicho la señora Ministra) por la Dirección General de Protección Civil del Ministerio del Interior, y no lo está por casualidad sino porque ha ocasionado y podría ocasionar, si no se tratara adecuadamente, muchos problemas y muy variados a los cuales se tiene que responder desde diversas instancias administrativas, todas ellas coordinadas por esta Dirección General y no son precisamente problemas sanitarios los más importantes que ha habido que solucionar en este caso. Quizá por ello la interviniente del Grupo Popular ha tenido que hacer funcionar su imaginación y, desde mi punto de vista, inventarse muchos de los problemas que nos traslada.

Los problemas fundamentales que teníamos con la operación Paso del Estrecho eran de tráfico, que se han solucionado yo creo que felizmente, habilitando áreas de descanso en las carreteras y con una adecuada señalización de todas las carreteras que van desde la frontera del norte hasta los puertos del sur y viceversa. Otro de los problemas, yo creo que también felizmente resuelto, era el de la espera excesiva que tenían que sufrir estos visitantes de origen magrebí por la falta de transporte. También está solucionado ya fundamentalmente por las compañías navieras, y ahora el tiempo de espera se ha reducido tremendamente. Por tanto, las aglomeraciones que se producían en los puertos de Málaga, Algeciras y Almería no son tales. Se han solucionado también los problemas de infraestructura que existían en estos puertos, adecuando áreas especiales para la espera de estos ciudadanos y de sus vehículos. Los problemas sanitarios que se producen creo que están perfectamente resueltos con la atención que se presta fundamentalmente por parte de Cruz Roja, a través de un convenio con el Ministerio de Sanidad, que proporciona los medicamentos. Están perfectamente cubiertos con la red de asistencia primaria del Servicio Andaluz de Salud y con la red de asistencia hospitalaria.

Vuelvo a decir que no tiene ninguna relación con la realidad la situación dramática que nos ha pintado la portavoz del Grupo Popular. Tengo perfecto conocimiento de que en la *Residencia Sanitaria Carlos Haya*, de Málaga, y en el resto de los hospitales no ha existido ningún problema en las dos últimas operaciones de Paso del Estrecho y que se tratan perfectamente en los servicios de urgencia los casos

que llegan de visitantes magrebíes. Además, tengo que decir una cosa, me he puesto en contacto tanto con el Parlamento andaluz como con el SAS (Servicio Andaluz de Salud) y curiosamente para esta comparecencia, que tendría que producirse más adecuadamente en el Parlamento andaluz, no ha existido petición de ningún grupo parlamentario, salvo una pregunta del grupo Parlamentario de Izquierda Unida que se retiró antes de poder ser contestada. Por tanto, teniendo en cuenta que el Partido Popular existe también en la Comunidad Autónoma andaluza y que tiene unos cuantos representantes en el Parlamento andaluz, lo lógico sería que esta petición de información se hiciera precisamente en ese ámbito, puesto que la compareciente ha hablado del Servicio Andaluz de Salud mucho más que las responsabilidades ministeriales.

Para terminar sólo tengo que decir que ninguno tenemos demasiado tiempo, yo creo que la Ministra menos que los demás (**el señor Fernández-Miranda y Lozano: Nosotros sí, todo el que haga falta**), por lo que habría que enfocar correctamente el esfuerzo de esta Cámara y del Ministerio para aprovecharlo sobre todo en función de nuestros representados. (**La señora Fernández de Capel Baños pide la palabra.**)

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, como sabe, corresponde ahora a la señora Ministra dar respuesta a todas las intervenciones. Su señoría me ha solicitado antes la palabra, supongo que para contestar a algunas alusiones. La tendrá luego, pero continuamos el procedimiento habitual.

Tiene la palabra la señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Muchas gracias por la consideración. Yo lo único que he pedido ha sido si podíamos cumplir el horario, pero naturalmente que estoy a disposición de esta Comisión el tiempo que sea preciso.

Señora Fernández de Capel, las informaciones que tengo son consecuencia del informe que hace —como le he dicho—, todos los años, la unidad responsable, la Dirección General de Protección Civil. Tengo los datos de 1994, la descripción que contiene el informe respecto al ámbito sanitario verdaderamente no coincide con la descripción de preocupación que S. S. ha expuesto y que yo voy a revisar cuidadosamente por si hay algún ámbito de actuación y de competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo en el que no estemos llevando a cabo nuestra función con la suficiente diligencia. Sin embargo, señoría, los datos, que son bastante específicos y concretos, lo que dicen es que se ha caracterizado la operación Paso del Estrecho del año 1994 por la normalidad.

Además de los datos que he dado en mi primera exposición, y que no voy a reiterar, me parece que no he hecho referencia antes a las inspecciones higiénico-sanitarias en las zonas destinadas a aparcamiento y zonas de espera dispuestas para la operación que se han realizado. Su señoría habla de la revisión de los coches de los inmigrantes. No estoy en condiciones de asegurar que se hayan revisado todos, pero sí que se han hecho zona de inspección, como

digo, higiénico-sanitarias en las zonas destinadas a aparcamiento y en las zonas de espera.

El nivel de efectividad, señoría, en el escalón de atención sanitaria ha sido del 98,5 por ciento. En los restantes puertos los porcentajes son similares. Se constata el normal funcionamiento de los servicios de urgencia en los citados hospitales. Las asistencias sanitarias de la operación salida han sido 5.482 (tenemos el detalle de los casos que las han originado y su resolución) y en la operación retorno han sido 1.660. Cuando S. S. habla de situación fraudulenta, no sé si se refiere a este aumento notable de asistencias en la operación salida. En todo caso, que demanden asistencia las personas que entran en el territorio creo que se puede calificar como se quiera, pero nuestra obligación es tratar de darla en la mejores condiciones posibles. Me parece que eso no es discutible.

He dicho antes en qué han consistido las causas por las que se ha requerido atención. Sobre la terminología, que a S. S. no le parece la correcta en el informe del SAS, que no estoy manejando, no tengo que hacer ningún comentario, salvo uno, y es que ese cuadro que ha descrito de repugnancia no hace falta ser médico para que sorprenda para los demás, aunque no seamos médicos, es chocante el cuadro que S. S. ha descrito y que no se corresponde con la información que yo tengo.

Tengo a su disposición, señoría, todas y cada una de las asistencias sanitarias generadas con motivo de la operación Paso del Estrecho; el desglose entre las causas bucales, cardiovasculares, cefaleas, cutáneas, que para no hacer más premiosa esta comparecencia le facilito. Desde luego sí tengo que resaltar, como ha hecho la portavoz del Grupo Socialista, que no se corresponde, en absoluto, el informe emitido *a posteriori* de la realización de la operación con todos los datos, con la constatación de que han funcionado los servicios, con la constatación de que la urgencia ha funcionado bien, que el transporte sanitario ha funcionado bien, que el número de pacientes asistidos no ha presentado ninguna complicación. Repito que no coincide (y éste es un informe basado en la realidad de cómo se ha producido la operación) con el cuadro verdaderamente dramático que S. S. ha presentado.

Por tanto, éste es el informe que yo conozco, éstos son los datos de que dispongo. Me gustaría tranquilizar a S. S. sobre el hecho de que ha funcionado bien y que hemos adquirido una notable experiencia en la organización de estas operaciones anuales y cada vez funcionan mejor. De hecho, comparando los datos con los de años anteriores, se ve que han disminuido las incidencias. El informe empieza valorando cómo se ha producido la asistencia sanitaria hablando de absoluta normalidad. La prueba, señoría, es que con todas esas enfermedades a las que S. S. hace referencia —y es cierto— en España en el año 1993 no se ha notificado ningún caso de fiebre amarilla o de peste, y sólo han existido tres casos de cólera notificados y 170 de paludismo, todos ellos importados. Con el cuadro que S. S. ha descrito la consecuencia lógica sería que tuviéramos otras cifras y fuera otra la trascendencia del problema sanitario. No es así. Por tanto, independientemente de cuáles hayan podido ser sus percepciones en algún momento, en general

el servicio ha funcionado de manera muy satisfactoria porque ha sido capaz de resolver todas las incidencias.

Al señor portavoz del Grupo Vasco (PNV) le diré que efectivamente comparto —y me he excusado al principio porque yo había orientado la comparecencia a todos los movimientos— que es opinable si las migraciones pueden referirse sólo a los inmigrantes o a otro tipo de movimientos de población. En todo caso, yo había enfocado esta comparecencia pensando también en que podía interesar a S. S. esos movimientos de población que se producen en España de manera muy sustancial. De modo que si a S. S. le interesa puedo darle algún dato sobre los movimientos de población que se producen en España sobre todo en las épocas de verano, con motivo del período estival. Hasta tal punto es así la previsión de grandes aglomeraciones turísticas o vacacionales en zonas muy concretas que en el acuerdo entre la Administración Sanitaria, el In-salud, y los sindicatos está expresamente previsto en su marco general el reforzamiento de servicios con motivo de la concentración de personas en períodos vacacionales.

Voy a dar algún dato a S. S. Desde el punto de vista asistencial hay lugares muy concretos en los que la modificación que se produce en verano es muy importante como son: Mallorca, Santander y Cartagena, concretamente la Manga del Mar Menor y Mazarrón. Por comunidades autónomas tenemos bastante precisadas ya las provisiones de planificación para hacer frente a la atención sanitaria en esos períodos vacacionales. De manera que si a S. S. le interesa tengo los porcentajes de aumento que se producen por comunidades autónomas. Sabemos, por ejemplo, que en Baleares en atención especializada se produce un 20 por ciento de aumento en las urgencias, y naturalmente tenemos las provisiones para reforzar esos servicios. Sabemos, por ejemplo, que en Cantabria el incremento de las urgencias en julio y agosto produce un pico máximo en agosto de un 29 por ciento sobre la media anual de asistencias, y ello se traduce en la contratación de dos médicos para el servicio de urgencias del Marqués de Valdecilla en ese período en que ya sabemos que todos los años se produce ese pico. En Torrelavega también hay refuerzos. En Murcia, por ejemplo, en el mes de agosto se produce el crecimiento máximo, con un 12 por ciento respecto a la media anual. A eso se corresponden las provisiones que hacemos de contrataciones concentradas en esas fechas: número de médicos, número de ayudantes técnico-sanitarios, número de unidades de cuidados intensivos móvil y vehículos de desplazamiento rápido. Por tanto, sí tenemos clasificados los dispositivos extraordinarios que prevemos con una cierta aproximación y que venimos constatando a lo largo de los años en función de los movimientos de población, que, como digo, son muy importantes.

Su señoría se interesa también por otra de las facetas importantísimas a la hora de hablar de variaciones, y es el régimen de protección que tienen los ciudadanos que transitan o que residen en nuestro país. Los ciudadanos de la Unión Europea, los residentes, tienen el mismo tratamiento de reciprocidad en virtud de un convenio. Incluso tienen la posibilidad de ser atendidos en un país miembro de la Unión cuando en el suyo de origen no sea posible. El

objetivo es el tratamiento en las mismas condiciones que el nacional de origen. Ese es el tratamiento de los ciudadanos de la Unión.

Respecto a los de terceros países, como sabe S. S., la Ley General de Sanidad reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de los residentes. De manera que respecto a los residentes en nuestro país procedentes de terceros países, cuya situación está legalizada, que trabajan y cotizan a la Seguridad Social, no hay ninguna duda sobre su derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que un nacional. Naturalmente no todos los casos son tan claros, pero puedo decir a SS. SS. que toda persona que necesita asistencia sanitaria es objeto de atención en nuestro país, cualquiera que sea su condición. Es decir, la sanidad y los responsables sanitarios no estamos para controlar la situación administrativa de nadie, sino para dar asistencia sobre todo en los casos que se producen de urgencia. En grandes ciudades como Madrid con notable frecuencia hay personas procedentes de otros países que requieren asistencia urgente y se les atiende naturalmente, sin ninguna duda, en los centros asistenciales. De manera que la situación *de facto* es ésa. En cuanto a terceros países me he referido a los fenómenos de inmigración que en España están adquiriendo, como S. S. sabe, una importancia enorme. Con la Unión Europea hay convenios de reciprocidad para la asistencia sanitaria. De manera que en convenios bilaterales, de los que España tiene suscritos muchos, se reconoce al originario de otro país el mismo tratamiento que tienen los nacionales en virtud de la reciprocidad. En España reciben el mismo tratamiento y en el país de origen, en virtud de ese convenio, hay reciprocidad en la asistencia sanitaria de los sistemas de Seguridad Social. He repasado el fenómeno de la inmigración en situación legal o en situación ilegal. Me parece que con esto tenemos el panorama de cuál es la situación de la asistencia sanitaria respecto a personas que circulan, que transitan, de paso o que llegan a nuestro país por diferentes causas.

Agradezco a la portavoz del Grupo Socialista, por su conocimiento y proximidad al terreno, la clarificación de algunas de las afirmaciones que aquí se han producido. (La señora Fernández de Capel Baños pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, ¿necesito preguntarle para qué quiere intervenir?

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Por alusiones y por algunos datos que...

La señora **PRESIDENTA**: Sabe S. S. que solamente puede tener la palabra por alusiones. Por tanto, le ruego no reabra el debate, por favor.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: No reabro el debate, señora Presidenta.

El tema ya había sido tratado y clarificado por la señora Ministra en Pleno, y la señora Ministra tiene bastante centrado el tema. Yo lamento que la señora representante del Grupo Socialista haya seguido estos trabajos parlamentarios y no sepa que...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, las alusiones son las alusiones. No tienen nada que ver con lo que S. S. está diciendo todavía. Céntrese en las alusiones.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Me centro en las alusiones.

Agradezco que se valore tanto mi capacidad de imaginación por parte de la señora representante del Grupo Socialista y comprendo su ardor repito, no profesional, en materia sanitaria. Yo también soy de la zona y comprendo la situación, pero tengo que decir a la señora Presidenta y a la señora Ministra que todos los datos que se nos han dado hasta el 30 de mayo de 1994, incluidos los de 1990, 1991, 1992 y 1993, han sido suministrados por la Junta de Andalucía, por el Servicio Andaluz de Salud, y por el Ministerio de la Presidencia. Hubiéramos deseado que los datos de 1994, puesto que esta comparecencia lleva muchísimo tiempo pedida, hubieran sido suministrados con tiempo a esta Diputada, pero ya que no ha sido así, tenemos que atenernos a los datos que tenemos y que pongo a disposición de la señora Presidenta y de la señora Ministra para que estudien, si les parece, lo que esta Diputada ha dicho y si en algo se aparta de la verdad. Lo que no puedo admitir —y la señora Presidenta tendrá que darme la razón— es que se diga que los datos son producto de mi imaginación. Me niego a ello como profesional de la sanidad, como representante del pueblo y como representante del Grupo que en este momento tiene la palabra. (La señora Sánchez López pide la palabra.)

La señora **PRESIDENTA**: Señora Sánchez López, no parece que haya habido alusiones personales a S. S. Efectivamente, han efectuado SS. SS. una distinta descripción y diferentes valoraciones de los hechos. ¿Para qué quiere la palabra?

La señora **SANCHEZ LOPEZ**: Para contestar a una alusión concreta, a que me ha llamado neófita. Muy brevemente.

La señora **PRESIDENTA**: No, señora Sánchez López. No tiene la palabra.

¿Desea responder la señora Ministra?

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Unicamente quiero decir que está pedida mi comparecencia pero no se me ha solicitado ningún documento. En todo caso, están a su disposición todos los datos de los que el Ministerio dispone.

La señora **PRESIDENTA**: Quiero decir a la señora Fernández de Capel que si no han llegado los datos de la última campaña, conociendo que existen, a través de esta Presidencia se solicitarán y los haremos llegar a SS. SS.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Muchas gracias, señora Presidenta.

— **INFORMAR DEL DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRATAMIENTO OBLIGATORIO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 213/0000298.)**

La señora **PRESIDENTA**: Concluida esta primera comparecencia, damos paso a la segunda, también de la señora Ministra de Sanidad y Consumo. Espero que tras la aclaración de SS. SS. se constate que debe haber algún error en la transcripción de la solicitud, porque dice textualmente algo que parece obvio: Informar del diagnóstico y control de las enfermedades de tratamiento obligatorio. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Popular, a quien damos la palabra.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Quiero informar a esta Comisión que se aclararon los términos de la comparecencia con el Secretario General Técnico del Ministerio de la Presidencia hace cuatro o cinco días. Por tanto, aclaro a la ponente que, efectivamente, existe un error de transcripción.

La señora **PRESIDENTA**: ¿El Grupo Parlamentario Popular desea una breve intervención antes?

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Simplemente quería aclarar que se había intentado subsanar el error de interpretación.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra, para cumplimentar esta solicitud de comparecencia, la señora Ministra de Sanidad y Consumo.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Efectivamente, en primer lugar debo aclarar que en España no existe ninguna enfermedad o proceso morboso que sea de tratamiento obligatorio, tal como se ha aclarado.

La Ley General de Sanidad, aprobada el 25 de abril de 1986, determina claramente en su artículo 10 que todos los usuarios del sistema sanitario público tienen derecho a la libre elección entre las opciones que les presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención. También tienen derecho a negarse al tratamiento, excepto cuando suponga un riesgo para la salud pública, cuando no se esté capacitado para tomar decisiones o cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento. Este es el marco de la Ley de Sanidad.

Por su parte, la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública, del año 1986, dice que las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o de

un grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

Por tanto, sólo es legalmente posible aplicar un tratamiento sin mediar el consentimiento del paciente en estas tres situaciones, es decir, en caso de riesgo para la salud pública, incapacidad del paciente o urgencia grave.

No existe un listado exhaustivo y sistemático que englobe todas estas posibilidades y por ello son los profesionales y las autoridades sanitarias los que en cada caso deben determinar la aplicación de esta normativa. Es lógico pensar que este tipo de medidas podrían resultar necesarias, sobre todo en caso de enfermedades infecciosas, para las que en la actualidad se dispone de tratamientos eficaces que consiguen eliminar el riesgo de infección en un período razonable de tiempo.

Un caso particular es el de las enfermedades que se pueden prevenir por vacunación. Actualmente, en nuestro país los ciudadanos no están obligados a recibir ningún tipo de vacuna. Sin embargo, la legislación, en concreto la Ley de 24 de abril de 1980, por la que se modifica la base cuarta de la Ley de bases para la sanidad nacional, sí prevé que la autoridad sanitaria pueda establecer la obligatoriedad para una o varias vacunas en todo el territorio o en parte del mismo atendiendo a las circunstancias epidemiológicas que en algún caso pudieran producirse, como son los brotes epidémicos, la aparición de casos de enfermedades ya eliminadas, etcétera.

A la vista de la formulación de esta comparecencia, creo que el Grupo Parlamentario Popular quizá desea conocer en la realidad cuáles son los mecanismos de diagnóstico y control de las denominadas enfermedades de declaración obligatoria, más conocidas por las siglas EDO. (El señor Fernández-Miranda y Lozana: ¡Claro!) Si es así, lo celebro, señoría. (El señor Fernández-Miranda y Lozana: Lo sabía el Secretario General Técnico del Ministerio de la Presidencia hace cinco días. Léalo.—Rumores.)

En todo caso, señor Fernández-Miranda, la introducción no me parece que sobre.

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos la comparecencia y la información de la señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Toda información de sanidad, señoría, es útil.

Las EDO son un conjunto de enfermedades que por su potencial capacidad de ser transmisibles y frecuente gravedad clínica deben ser declaradas a las autoridades sanitarias autonómicas responsables del control y la vigilancia epidemiológicos.

La decisión acerca de la clasificación de una enfermedad como de declaración obligatoria se toma por las autoridades sanitarias competentes. En el caso de las que han de declararse con carácter nacional es el Ministerio de Sanidad y Consumo quien toma la decisión, en coordinación con las comunidades autónomas.

Para determinar este carácter se siguen las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, en particular

cuando se trata de enfermedades objeto de vigilancia especial o de las sometidas al reglamento sanitario internacional.

En la actualidad en España el número de enfermedades de declaración obligatoria es de 41, aunque algunas comunidades autónomas, en virtud de sus competencias, han añadido alguna otra por existir en su propio territorio razones sanitarias que así lo aconsejan. Por ejemplo, el País Vasco tienen declaradas 45 y Madrid, 43. Entre estas enfermedades se encuentran, por mencionar sólo algunas, la fiebre amarilla, el cólera, la peste, la rabia, la poliomielitis, el paludismo o la hidatidosis.

El sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria es el más tradicional en España. Sus antecedentes se remontan a 1901, año en que se establece la primera lista de enfermedades a declarar. Sus características son las propias de un sistema de vigilancia epidemiológica universal al tratar de incluir todos los casos producidos de las enfermedades relacionadas en la lista de declaración. Destaca entre ellas que se trata de un sistema continuo de observación de los fenómenos, por lo que tiene capacidad para detectar tempranamente brotes y, en consecuencia, para adoptar las medidas oportunas al respecto.

El sistema de vigilancia de estas enfermedades de declaración obligatoria constituye el núcleo central de la red de vigilancia epidemiológica existente en España, en la que se integran también el sistema de información microbiológica, el registro de sida, el registro de lepra y otros. Algunas comunidades autónomas llevan a cabo programas especiales denominados «médicos centinelas», que complementan a las enfermedades de declaración obligatoria o recogen información de otros problemas de salud.

Todos los médicos están obligados a notificar cada caso nuevo de las patologías sometidas a declaración que diagnostiquen o aquellos casos en los que tengan fundadas sospechas de su existencia, dispongan o no de datos de confirmación de laboratorio.

Las notificaciones se hacen a los servicios de epidemiología, directamente o a través de las direcciones de los centros de salud, ambulatorios u hospitales. Puesto que las comunidades autónomas tienen competencia plena en materia de salud pública, las notificaciones de cada comunidad son recogidas por su propia Dirección General de Salud, quien comunica los datos a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La totalidad de casos nuevos detectados de enfermedades de declaración obligatoria se recogen en una notificación semanal que finaliza en todo el territorio nacional a las 24 horas de cada sábado. El período de notificación está fijado en la semana porque se considera el tiempo mínimo en que se desarrolla la incubación de la mayoría de las enfermedades transmisibles y de este modo se puede impedir la aparición de casos secundarios.

Dentro del sistema de vigilancia epidemiológica, la Dirección General de Salud Pública edita desde el año 1963 un boletín epidemiológico en el que se relacionan todos los nuevos casos detectados de enfermedades de declaración obligatoria. El boletín se distribuye a las autoridades sani-

tarias de todas las administraciones públicas para que establezcan las medidas de control que estimen convenientes u oportunas.

Dentro del conjunto de enfermedades de declaración obligatoria hay una serie de ellas que, además, están sujetas a declaración urgente, de forma telegráfica e individualizada, tan pronto como se sospecha la existencia de algún caso.

En cuanto al diagnóstico y control de estas enfermedades, es la «lex artis» la que marca los criterios y actuaciones que deben seguirse en cada caso, sin perjuicio de las normas de vigilancia y control epidemiológico suscritas incluso con ámbito internacional.

Todas estas previsiones están recogidas en el Real Decreto de 30 de julio de 1982, que regula las normas complementarias sobre enfermedades de declaración obligatoria, que actualizó el Reglamento del año 1945, de lucha contra las enfermedades infecciosas.

En estos momentos estamos estudiando una posible modificación del sistema de seguimiento y control de las enfermedades de declaración obligatoria y este asunto está siendo tratado específicamente por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial. Este proceso de reforma tiene como objetivo modificar o revisar la lista de enfermedades y establecer diferentes clasificaciones según el tipo de enfermedad en función de sus especificidades. Además dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica Nacional se elaborarán protocolos o guías para cada una de las enfermedades de declaración obligatoria.

Dada la amplitud y la diversidad del tema, no me gustaría cansar más a SS. SS. con una relación pormenorizada de la situación actual de las enfermedades. En todo caso, pongo a disposición de SS. SS. toda la información de que dispone el Ministerio, por si es de su interés.

La señora **PRESIDENTA:** Además del grupo solicitante de la comparecencia, ¿qué grupos desean intervenir? (Pausa.)

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

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS:** Señora Ministra, la Secretaría General Técnica tenía conocimiento de la aclaración que se había hecho y antes, cuando vimos el error mecanográfico de esta petición de comparecencia, también se había hecho una modificación.

Yo agradezco a la señora Ministra, porque nunca acaba uno de tener sus conocimientos a punto, el recuerdo que nos ha hecho de lo que son las EDO. Dicho esto, que casi deja media comparecencia fuera, le diré que sólo me voy a centrar en algunas EDO que en este momento pueden causar problemas en España. Una de ellas es de declaración internacional, ya que, como la señora Ministra sabe, todas las EDO no tienen la misma categoría, ya que las hay locales, provinciales, regionales, nacionales e internacionales.

Hace unos días se han suscitado ciertos problemas en España, concretamente en territorio del Insalud, con el cólera. A nivel internacional se han suscitado problemas de vigilancia especial de enfermedades transmisibles, que la

señora Ministra podría haber encuadrado en el grupo de las relacionadas con vacunaciones, y a nivel nacional también tenemos como enfermedades de declaración obligatoria la rabia animal humana, que, como la señora Ministra sabe, aparece como no erradicada en el territorio Insalud, en Ceuta y Melilla, en ese «Boletín Epidemiológico y Microbiológico» que se edita, así como algunas zoonosis, que durante muchos años han estado en España agrupadas en un solo epígrafe, como es la fiebre recurrente por garrapatas. Las enfermedades de tipo endémico y las de tipo epidémico estuvieron juntas hasta el año 1981, en que se separaron, mostrando un alza de declaración en los ocho años posteriores a 1982, hasta que en 1992 se declararon 118 casos, en un 95 por ciento en zonas como Andalucía, Extremadura, Madrid, Castilla y León y Melilla.

Refiriéndonos al «Boletín Epidemiológico y Microbiológico», quería hacerle, señora Ministra, la consideración de que el último, en el que figuran acumulados los datos de los años 1992 y 1993 —ahora le diré qué pasa con este Boletín— no coinciden las semanas con los datos que se dan en las distintas comunidades y, por más que uno intenta hacer estudios estadísticos, ni sumando, que no sería claro porque algunos son datos acumulados, coincide. Supone un auténtico acertijo poner de acuerdo los datos del primero y el segundo punto del sumario que figura en este «Boletín Epidemiológico y Microbiológico» facilitado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El Boletín comprende desde el 29 de mayo hasta el 19 de junio, y está impreso el 8 de marzo de 1994. Le digo esto porque este Boletín tiene un «handicap» enorme para los profesionales de la microbiología y para los epidemiólogos, que sale en 1994 con datos de 1992 y 1993; estos datos tardan en llegar a los profesionales más de un año, mientras que el «Morbidity and mortality weekly report» —y la señora Ministra sabe la importancia de este boletín porque es el que informa mundialmente a todos los profesionales de la epidemiología y la microbiología— sale el 13 de mayo con datos del 7 de mayo del mismo año y tarda en llegar a España, a los profesionales de nuestra salud, una semana. Señora Ministra, el Ministerio tendría que plantearse que las autoridades y los profesionales que tienen que poner remedio a las enfermedades, cuanto antes tengan en la mano los datos, antes podrán hacerlo.

Por agilizar un poco la comparecencia, como ha pedido la señora Presidenta, quiero dejar claro, sobre todo en cuanto a enfermedades transmisibles —que también son EDO—, que en las Segundas Jornadas Internacionales de Actualización de Vacunas, que se celebraron en octubre, hace unos meses, se puso de manifiesto el problema de que, a pesar de que la situación epidemiológica de la Comunidad Europea es similar a la nuestra, los calendarios vacunales son diferentes en la Comunidad Europea, lo suficiente como para desorientar a todas las familias que se trasladan de un país a otro, y esto casi podría tener alguna justificación, pero lo que no la tiene es que en el territorio español existan diferencias en los calendarios vacunales entre las distintas comunidades autónomas. Este hecho es menos comprensible, ya que resulta de difícil explicación que nuestras comunidades no sean capaces de confeccio-

nar, bajo la tutela del Ministerio, un calendario común, porque esa diversidad de calendarios en nuestros país constituye un grave problema, origen de muchas preocupaciones e incomodidades innecesarias para los ciudadanos españoles, para los propios profesionales, para el Ministerio en su función y, en algunos casos, ocasiona un gasto extra. Simplemente con trasladarse de una comunidad autónoma a otra ya hay un problema con las tablas sobre calendarios vacunales que están tomadas de la Asociación Europea de Especialistas en Pediatría. No quiero entrar en las tablas de la Comunidad Europea, pero sí incidir en las diferencias que existen, por ejemplo, entre la vacuna de polio intramuscular y las vacunas de polio oral que se administran en España. Son diferentes en fechas, en países, etcétera, como ocurre con las del sarampión, rubeola y parotiditis. Con respecto, por ejemplo, a nuestras comunidades autónomas, las principales diferencias se establecen con el País Vasco, donde se administra vacuna de polio oral desde el segundo mes, cuando en otras comunidades no se administra hasta más tarde; allí, en el País Vasco, en el cuarto mes se administra la tercera dosis de la polio oral y la DTP. Las diferencias más grandes son respecto a las vacunas del sarampión, rubeola y parotiditis, y afectan sobre todo a las comunidades de últimas transferencias, por ejemplo, Canarias y Andalucía, donde se administran en este momento no solamente el sarampión, la rubeola y la parotiditis a los quince meses, sino también la DTP y la polio oral, mientras que en Cataluña a esa edad solamente se administran las del sarampión, rubeola y polio. Los calendarios varían muchísimo, y donde se establece una diferencia que de alguna manera habría que subsanar atendiendo a ciertos artículos de la Constitución, como son el 148, el 149 y el 151, creo recordar, sería en cuanto a la hepatitis B, que estamos viendo que en algunas comunidades autónomas, como en La Rioja, Castilla y León y Extremadura, se está administrando ya y en Baleares también tiene una amplia cobertura.

La primera de estas enfermedades de declaración obligatoria internacional, y que nos ha dado un susto en días pasados, ha sido el cólera. Nosotros sufrimos todos los años tres o cuatro casos de cólera como media, coincidiendo con el verano y coincidiendo con algunos movimientos de población que se producen en la frontera sur, y sin necesidad de estos movimientos también se producen a veces en las regiones de Ceuta y Melilla, que son territorio del Insalud. Desde luego, señora Ministra, nosotros pedimos una comparecencia el mismo día que surgió el problema, y aunque el ministerio marroquí, por razones de turismo, negó estos datos, luego se han visto confirmados. Desde luego, la situación en territorios como Ceuta ha sido verdaderamente alarmante. El miércoles 10 de agosto el Director Provincial del Insalud alarmaba y decía que se dispondría de un operativo para impedir la introducción de cólera de Marruecos coincidiendo con la vuelta de la operación Paso del Estrecho de 1994 y se alegraba y decía que, afortunadamente, de los casos de 1993, que fueron tres, ninguno entró por la frontera de El Tarajal. El 2 de septiembre, en relación con esas medidas contra la hipotética importación, decía que no había cólera en Marruecos ni en

Ceuta y, evidentemente, en Ceuta no había. El 27 de octubre, esas medidas cautelares en El Tarajal se hicieron un poco más duras ante el brote epidémico y Ceuta quedó desabastecida de un vehículo de transmisión de enfermedades que le llega diariamente no sólo por el paso fronterizo, porque, como la señora Ministra sabe, las fronteras con Marruecos casi no existen: medio metro de alambrada rota en los alrededores del Cuartel de la Legión, por donde cruzan los marroquíes con sus productos perecederos. Ceuta quedó desabastecida, por ejemplo, de pescado, porque el pescado no se suministra por los españoles, sino que entra en pequeñas cestas a través de la frontera de El Tarajal, a través de la playa y a través del campo, dado que se puede acceder perfectamente a la ciudad sin pasar por la frontera. **(Un señor Diputado: ¡Qué barbaridad!)** Qué barbaridad, no, qué realidad, y en Melilla más.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, le ruego concluya, su tiempo ha transcurrido.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Un momento, señora Presidenta, por mor de la importancia del tema.

La señora **PRESIDENTA**: Sí, pero el Reglamento indudablemente plantea que todos los temas son importantes, también el ajustarse a los 10 minutos reglamentarios. Su señoría lleva 12 minutos de intervención y le concedo hasta 15. Concluya por favor.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Gracias por su generosidad, señora Presidenta.

Después se confirmó el 29 de octubre y se quitaron todos los controles el 30 de octubre. En Cádiz, Sanidad exterior levantó esas medidas en el paso de camiones, que, como la señora Ministra sabe, no proceden de esa zona. El miércoles 2 de noviembre se normaliza la situación en El Tarajal, y ya le digo que todavía en El Tarajal tienen alguna garantía higiénica en los pasos de productos perecederos, que son los que se consumen en Ceuta y Melilla, que quedan desabastecidas si no entran por ahí y hay que llevarlos en avión vía Almería, vía Málaga o vía Cádiz.

Repito, estas medidas se suavizan el 2 de noviembre, se quitan, y se entra en la normalidad, pero desde luego hay constancia —y así lo han publicado las autoridades sanitarias de la zona— de tres muertos en Tetuán y dos en Castillejos, aunque en España en este momento no los hayamos tenido. Pero todos hemos visto cómo en el Punta Europa se han atendido casos en los últimos años, concretamente en 1993, teniendo algunos problemas como el del caso del muchacho levantino que salió del hospital sin el alta y que tuvo que detenerle la Guardia Civil, porque fue contaminando todas las gasolineras. Evidentemente, en el Punta Europa existe un servicio bacteriológico de gran categoría y muy experimentado en la detección del vibrión, pero no pasa así en Ceuta y Melilla, desgraciadamente. Y la Guardia Civil es la que tiene que intervenir en estos casos, aunque no es su oficio ni su misión, pero a veces los sanitarios

tenemos que recurrir a ella en amparo de nuestro propio ejercicio profesional.

Sin embargo, existe otro problema que no es solamente el de la frontera. Desde Tarifa, desde Algeciras, se va en el ferry a Tánger, a comprar el pescaito, la fruta, el cordero y la carne troceada, que no pasan control sanitario alguno. Es como el que va a Hipercor o el que va a Galerías Preciados —a Galerías Preciados ya no—. Desde el puerto deportivo de La Duquesa, en Estepona, se va a comprar, porque se trata de buques de gran calado que no tienen control alguno. Desde Sotogrande, barcos de gran envergadura entran alimentos perecederos. Y no digamos nada de los barcos de Almería a Nador, que ni siquiera pasan directamente por Melilla. En Benalmádena y Puerto Banús también entran mercancías de este estilo. Y en Ceuta y Melilla, señora Ministra, no le estoy diciendo que los casos de tracoma aparezcan en la población española, porque no hay ningún caso registrado en el «Boletín Epidemiológico», al que, a pesar de todas mis críticas, me remito y le tengo cierto respeto, pero que entra y sale población con tracoma no hay más que pasearse por las calles de Ceuta y Melilla para verlo. Y que hay polio y que hay sarampión. Y sobre todo, señora Ministra, entran y salen por nuestra frontera —porque no está perfectamente protegida y en algunos sitios ni siquiera delimitada, repito, en esas zonas de las playas— perros y otros animales, están entrando roedores y esto hace que la Organización Mundial de la Salud, en estas zonas que son territorio del Insalud, que son casos de sanidad nacional y son EDOs clarísimas, dispare la alarma. Esta parlamentaria sólo pretende hacer llegar a la señora Ministra un problema de unas ciudades como Ceuta y Melilla donde la situación hospitalaria, por ejemplo, de la Cruz Roja o del Hospital Militar, que han estado con todos sus dispositivos humanos...

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

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

... y escasamente materiales en una disposición bastante en alarma ante estas situaciones.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarria.

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Voy a hacer unas consideraciones de orden general.

El Grupo Parlamentario Popular plantea disfunciones en una materia como la de salud pública donde, como se ha dicho en la primera intervención, hay una compartición competencial. Evidentemente, se han puesto ejemplos concretos que lo que reflejan es la pluralidad política existente en el Estado y que cada uno tiene su responsabilidad en el ámbito de la prestación de la asistencia sanitaria y en el ámbito de la gestión de la materia de salud pública.

Por tanto, creo que hay que clarificar el ámbito de responsabilidad política de cada responsable político, de cada

administración pública, y creo que al Ministerio le corresponde en materia de salud pública una labor de coordinación general y el establecimiento de la regulación básica, pero la gestión ordinaria política es de quien realiza y tiene la competencia en materia de salud pública, que son las comunidades autónomas, en unos casos complementaria con la potestad de asistencia sanitaria y en otros únicamente con la potestad de salud pública, sin la complementación de la asistencia de sanidad. Por tanto, creo que hay que tener un horizonte y un marco general claros de responsabilidades políticas compartidas en materia de salud pública.

Sí coincidimos con la señora Ministra en que deberíamos diferenciar, por un lado, la existencia de un régimen de comunicación de enfermedades que son obligatorias. lo obligatorio es la comunicación. Se estaría sujeto a un régimen general administrativo de que terminados agentes sociales, económicos o administrativos tienen la obligación de poner en conocimiento de los poderes públicos políticos competentes en materia de salud pública la existencia de determinadas enfermedades que son de declaración obligatoria, pero no de tratamiento.

Yo únicamente añadiría a los supuestos de intervención que ha señalado la señora Ministra, la intervención en los supuestos de incapacidad o en aquellos supuestos de grave urgencia para la salud pública y de urgencia grave personal, las posibilidades de intervención que añade al Poder Judicial la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En los supuestos de peligro para la vida de las personas el poder judicial dispone de la posibilidad de adoptar medidas para la protección de la vida y de la integridad de las personas y, evidentemente, todos conocemos casos en los que se ha producido la asistencia sanitaria en base a una resolución judicial obligatoria solicitada por las autoridades sanitarias.

Por tanto —y voy a terminar con ello, señora Presidenta—, sí es necesario en materia de salud pública tener un horizonte claro de la compartición competencial que hay en la materia y de que cada uno es responsable de lo que le asigna el bloque de la constitucionalidad, y de que si existen disfunciones habrá que corregirlas en el ámbito de la coordinación, en el ámbito de las comisiones sectoriales que existen en el Consejo Territorial de Salud, pero que existe, repito —y con ello termino—, una responsabilidad política a cada uno asignada por el bloque de la constitucionalidad, la Constitución, los estatutos de autonomía y la Ley General de Sanidad, porque en materia de salud pública existe ese orden competencial de comunidades autónomas que disponen de potestad de actuación en esta materia, unas complementadas con la asistencia sanitaria, que se encuentra transferida, y otras no..

Nada más.

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

La señora **ALBERDI ALONSO**: Señorías, yo también soy una neófita, como la anterior representante de mi Grupo, la señora Sánchez, y realmente cuando leía el objeto de esta comparecencia —dado tal vez que no soy profesional de la sanidad—, como usuaria de la sanidad me

daba cuenta de que —que yo supiera— hasta el momento a nadie se le puede administrar un tratamiento o realizar una intervención sin su consentimiento. Lo digo como usuaria del Sistema Público de Salud. Y, efectivamente, también hice mis maquinaciones y mis hipótesis, sobre el porqué. Y yo me decía que, por lo poco que han hablado de su modelo de sanidad, se venía que querían privatizarlo, pero a mí no me había alcanzado a que nos quisieran poner tratamientos obligatorios, pero me quedaba la duda. (**El señor Fernández-Miranda y Lozana: ¡Qué bueno!**) Ahora la señora Fernández de Capel dice que ha habido un error de transcripción. A lo mejor es un error de transcripción, pero a veces los errores, al escribir, todos sabemos, incluso los neófitos, que tienen que ver con el inconsciente, con lo que uno tiene en la cabeza, con una serie de cuestiones que yo en esta Comisión no voy a discutir. En todo caso, me alegran las explicaciones; a mi Grupo le resultan de gran interés las explicaciones que, con una gran brevedad, ha dado la señora Ministra sobre las informaciones de declaración obligatoria y la red de vigilancia epidemiológica que existe en el país. Nos hemos enterado (al menos yo) de cosas que se saben con carácter general, pero a lo mejor hay detalles que se desconocen; siempre es interesante.

Pero, evidentemente, yo creo que si se quiere tener información sobre ciertas enfermedades de declaración obligatoria, como hemos visto luego por la intervención del Grupo que pedía la comparecencia, es mejor hacerlo directamente. Yo, aparte de pertenecer a esta Comisión, pertenezco también a la de Educación y sufrimos también allí a un portavoz que nunca se sabe qué es lo que pregunta en sus comparecencias. Y esto se presta a hipótesis de lo más aventurado, depende de cuál sea el tema.

Yo creo que, para no perder tiempo, por economía de recursos, para podernos dedicar al trabajo que realmente tenemos, sería mejor no desatar estos casos (que yo pensaba que eran peculiares de la Comisión de Educación) de preguntar lo que no se quiere preguntar preguntando otra cosa. Esto es una pérdida de tiempo, claro está, porque la persona que tiene que dar la información, que tiene que responder, como es lógico, por parte del Gobierno, en este caso la Ministra, también tiene que decir ¿y qué querrán preguntar? Yo creo que es mejor preguntar directamente, y si hay una transcripción errónea, subsanarla a la mayor brevedad posible.

Ahora bien, hay otra cosa que por parte de mi Grupo también quiero decir: todos los casos que preocupan al Grupo Popular de enfermedades de declaración obligatoria (yo no sé si es por mi condición de neófita) son tres casos de cólera en 1993, que, afortunadamente para nuestro país, no se extienden, no son, como ella dice, para que produzcan alarma. Si ustedes quieren alarmar, ésta ya es otra cuestión muy diferente. Yo creo que en la Sanidad, como en nada en la vida, es conveniente la alarma innecesaria. Sí es conveniente, si realmente hay unos casos de enfermedades de transmisión infecciosa, rápida, poner todos los medios necesarios para cortarlo, para erradicarlo, pero nunca sembrar la alarma y la confusión entre la población, puesto que estamos hablando de temas que afectan directamente a

la salud de las personas, no es cualquier cosa con la que se pueda jugar o poner mecanismos de alarma. Yo pondría mecanismos de acción, si se dieran los casos, que no parece que se dan hasta este momento.

Por otra parte, coincido con el portavoz del PNV en que la labor del Ministerio de Sanidad, según la legislación, es más de coordinación y las competencias son de las comunidades autónomas. Es evidente que hay una Comisión Interterritorial donde se pueden hacer todos los análisis que sean necesarios sobre la red de vigilancia epidemiológica que existe en nuestro país, sobre las enfermedades de declaración obligatoria, respetando las competencias de cada uno y, evidentemente, sabemos que las enfermedades cambian, varían, porque varían las condiciones; unas veces habrá que cambiar a lo mejor las enfermedades de declaración obligatoria, ampliarlas, reducirlas; incluso, como decía la señora Ministra en su explicación, hay determinadas zonas en nuestro país donde existen enfermedades que son de declaración obligatoria en una zona y no lo son en otra, porque en una zona sí se presentan algunos casos, y conviene prevenir y tener el diagnóstico y ver cómo evolucionan, y entre otras zonas del país no.

Yo termino diciendo que nuestro Grupo agradece, en todo caso, la información que usted nos ha dado, pero que sería mucho más interesante, para el buen trabajo y el desarrollo de las actividades de esta Comisión, que cuando pudiéramos comparecencias e hiciéramos preguntas fuéramos lo más claros posible, seamos neófitos o profesionales de la sanidad. **(La señora Fernández de Capel Baños pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, ¿para qué quiere la palabra?

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Por alusiones, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Fernández de Capel, me permito recordarle que alusiones no; S. S. ha sido citada, pero es inevitable que SS. SS. se citen mutuamente. Sea breve, por favor; un minuto.

La señora **FERNANDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Muy breve, señora Presidenta.

En primer lugar, yo creo que la Mesa y esta parlamentaria no admiten juicios de intenciones sobre cómo se plantean las preguntas. Se lo digo con todo el respeto a la señora Alberdi. Yo no me he permitido hacer ningún juicio de intenciones, jamás, en esta Comisión ni en ninguna otra, sobre cómo y de qué manera se ha preguntado. Se ha subsanado un error dos veces ante el Ministerio, y si, por algo, ha llegado hasta última hora el conocimiento de ella, no es responsabilidad de esta parlamentaria. El Grupo Socialista también sabe hasta qué punto fue jocoso alguno de los errores de transcripción en algunas de sus preguntas.

En cuanto a que se produce alarma social, dígame si no son de tratamiento obligatorio casos como el del cólera, cuando tiene que intervenir todo un equipo de la Guardia Civil en persecución de una serie de señores en los que se

ha detectado un embrión colérico. No ha sido el Grupo parlamentario de la oposición, sino el propio Gobierno, que no solamente interviene en esto, sino que interviene en otros casos, cuando cumplimos nuestra función, para la que estamos legítimamente respaldados, de denunciar las deficiencias que vemos. Desde luego, tengo que decir que la señora Ministra es razonable en este tema al entender que la situación de Ceuta y Melilla presenta muchas deficiencias y así lo dicen sus propios representantes del Insalud en esta materia, y no es el menor de ellos la situación de nuestra frontera.

La señora **PRESIDENTA**: La señora Ministra tiene la palabra para responder a los planteamientos que han hecho sus señorías.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Efectivamente, señoría, no era fácil deducir, tal como estaba planteada la petición de comparecencia, que su interés se centraba en los casos de cólera concretos y en la sucesión de episodios que S. S. ha relatado. No tengo aquí los detalles de esos episodios de cólera. Sí tenía un resumen sobre la situación de las enfermedades de declaración obligatoria en el año 1993, por si interesaba a SS. SS., y ya que abordamos este asunto, enmarcarlo en las normas que dicen cómo son las enfermedades de declaración obligatoria, que no de tratamiento obligatorio, y un breve resumen sobre la situación de estas enfermedades en el año 1993, pero hace referencia a los grandes epígrafes de estas enfermedades y no al detalle de los casos de cólera, que es al final lo que a S. S. le interesa.

De forma que, si les parece, le facilito a S. S. el detalle que obra en mi poder sobre estas enfermedades del año 1993, en concreto sobre el desarrollo de los episodios de cólera a los que S. S. se refiere, y, como digo, este resumen que contiene, incluso, el de la fiebre por la garrapata. Me parece que son todos los datos de los que disponemos, y creo que es más caritativo con los miembros de esta Comisión que los manejemos por escrito que no proceder a una lectura minuciosa de todo esto.

Es verdad, señoría, que estamos hablando de unas competencias transferidas; cuando S. S. se refiere al calendario de vacunaciones, estamos hablando de una competencia de las comunidades autónomas. No es fácil que desde el Ministerio consigamos que los calendarios se hagan con arreglo a un solo criterio. En todo caso, me parece que lo importante es resaltar que en España se hace y se cumple estrictamente el calendario de vacunaciones y que lo cumplen escrupulosamente todas las comunidades autónomas.

De todas formas, sí me parece que el unificar las fechas del calendario es una idea, pero poner de acuerdo a las comunidades autónomas es más complejo.

Coincido en que el boletín merece respeto, no disponemos de tantas fuentes de información, y, naturalmente, acepto las críticas de que en algún punto sea confuso, que los datos sean difíciles de entender; pero me parece una fuente de información imprescindible cuando hablamos de esta materia.

Al portavoz del Grupo Parlamentario Vasco he de decirle que coincido absolutamente con la exposición que ha hecho, y únicamente quiero decir que también coincido en haber añadido la Ley de Enjuiciamiento Criminal a ese marco legislativo que a algún Diputado le ha sorprendido.

Asimismo, coincido con la exposición de la representante del Grupo Socialista, porque me parece que, ya que tenemos esta oportunidad de abordar temas a fondo y dar explicaciones a fondo, sería bueno que supiéramos de qué queremos de verdad hablar, porque no es fácil, si no, disponer de los datos y, por tanto, del tiempo de SS. SS. y el interés que evidentemente yo pongo en satisfacer esa demanda de conocimiento podía ser más eficaz si tuviéramos una orientación más concreta de cuál es el fondo del problema que suscita la comparecencia, como en este caso ha quedado de manifiesto que era un episodio concreto en unas fechas concretas.

De manera que yo no creo que sean apreciaciones de neófito, sino percepción política de lo que aquí se está hablando.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Ministra.

Concluido este primer punto del orden del día, despedimos a la señora Ministra, porque comunico a SS. SS. que el Ministerio dará respuesta al segundo punto del orden del día a través del señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se suspende la sesión por cinco minutos.

CONTESTACION A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

— **SOBRE OPINION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS Y PRESUPUESTARIOS DEL AÑO 1993 PREVISTOS EN EL CONTRATO-PROGRAMA PARA LA ATENCION PRIMARIA. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/001085.)**

— **SOBRE OPINION DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ACERCA DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS Y PRESUPUESTARIOS DEL AÑO 1993 PREVISTOS EN EL CONTRATO-PROGRAMA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/001086.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión con el punto segundo del orden del día: contestación a preguntas. Debo informar a SS. SS. que la señora Maestro ha retirado su pregunta en el día de hoy. Las cuatro preguntas siguientes, formuladas por el Grupo Popular, en concreto por el señor Villalón, que son bastante parecidas en su contenido, se van a agrupar, las dos primeras en una pregunta y las dos siguientes en otra. Las dos primeras se

refieren al año 1993 y las dos siguientes a 1995, sobre el mismo tema.

Pregunta sobre el Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de los objetivos sanitarios y presupuestarios del año 1993 previstos en el contrato-programa para la atención primaria y pregunta sobre la opinión del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de los objetivos sanitarios y presupuestarios del año 1993 previstos en el contrato-programa para la atención especializada. Ambas las formula de manera conjunta el señor Villalón Rico, del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **VILLALON RICO**: Como muy bien ha dicho usted, señora Presidenta, voy a formular las cuatro preguntas en dos bloques de dos y dos: las referidas al contrato-programa del año 1993 y al contrato-programa del año 1995.

En primer lugar, quiero saludar al Subsecretario del Ministerio de Sanidad, el señor Temes, que hacía ya algún tiempo que no acudía por esta Comisión, y, por supuesto, prestarle toda mi consideración y toda mi atención con respecto a la sanidad pública, con la que todos estamos comprometidos y con la que queremos que los ciudadanos españoles sean bien atendidos.

Ha habido antes una intervención de una diputada socialista con respecto a alguno de los órdenes del día anteriores. Decía que había que atenerse un poco al tiempo, a las circunstancias y al interés de algunas cuestiones.

Me parece que en el día de hoy es obligado referirse a un triste suceso que ha ocurrido en el Hospital de San Jorge, de Huesca, centro del Insalud de la provincia de la que yo soy diputado, donde han fallecido dos enfermos allí ingresados por lo que nosotros consideramos negligencia en la actuación de la dirección hospitalaria, tanto del gerente como del director médico como, por supuesto, del Director Provincial del Insalud. En una nota de prensa que hemos dado a los representantes de los medios de prensa que acuden a esta Comisión, como ayer a los de la provincia de Huesca, solicitamos la dimisión de estas tres personas a las que antes me refería.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón, perdona un momento. Efectivamente, puede usted hacer referencia al tema, pero le recuerdo que existen procedimientos reglamentarios para formular la iniciativa que considera más oportuna. En el trámite en el que estamos son las preguntas concretas a estos temas. Aunque S. S. haga referencia, le ruego que no vaya más allá, puesto que existen procedimientos suficientes para que S. S. formule la iniciativa que considere pertinente.

El señor **VILLALON RICO**: Haría un llamamiento a la Presidenta. Conociendo el Reglamento y conociendo que el Reglamento estipula que hay que atenerse al orden del día de la Comisión, en previsión de las fechas en que estamos, en previsión de que se está a punto de terminar el período de sesiones y de la suma importancia y trascendencia de los hechos que antes refería, tenía que hacer una manifestación pública, no solamente como miembro del

Partido Popular, sino, como decía antes, comprometido con la buena gestión de la sanidad pública, que, además, nos remite a algunas afirmaciones que hemos hecho a lo largo de los meses y años anteriores. Creemos que los gestores de la sanidad pública, fundamentalmente directores de hospital y directores provinciales del Insalud, no están capacitados para llevar esa alta responsabilidad que se les encomienda.

Podría decir cosas mucho más profundas, entrar en el detalle de lo que podríamos denominar gravísimo accidente con respecto a la responsabilidad de estas personas. Pero teniendo en cuenta la benevolencia de la Presidencia, me voy a remitir, lógicamente, al texto de las preguntas que estamos tratando en el día de hoy.

Al señor Subsecretario, señor Temes, le tengo que decir que en el mes de marzo de este año el Diputado que está ahora en el uso de la palabra formuló unas preguntas conjuntamente con otros diputados del mismo Grupo referidas al grado de cumplimiento de los contratos-programa de atención primaria y atención especializada a lo largo del año 1993. Nosotros consideramos en el mes de marzo que ya había transcurrido un plazo para poder hacer una valoración o un balance de lo que había sido el contrato-programa que en el año 1993 se había firmado por primera vez. Nos parecía oportuno que el Gobierno nos remitiera el grado de cumplimiento. En esto tengo que hacer una pequeña corrección que no sé si es a la Presidencia o al sistema de la Cámara, porque no es en concreto la opinión lo que yo pregunto, sino si considera satisfactorio el grado de cumplimiento de los contratos-programa del año 1993, tanto referidos a atención primaria como a atención especializada.

Seguramente es preciso hacer una breve indicación sobre lo que es el contrato-programa que se estructura a finales del año 1991 o principios de 1992, cuando desde el Ministerio de Sanidad consideramos que se orquesta como novedad en la gestión el establecimiento de este contrato-programa como elemento o herramienta de trabajo a la hora de determinar los objetivos que se deberían alcanzar por parte de los centros asistenciales.

Es conocido por todos que el Ministerio de Sanidad firma como proveedor desde el punto de vista económico con el Insalud como gestor por excelencia y que posteriormente los centros sanitarios son los que tienen que cumplir los objetivos que se marcaban en ese contrato-programa. La verdad es que hay que decir que la forma está bien y nosotros estamos de acuerdo con ello. La forma de lo que se denomina contrato-programa nos parece aceptable, pero creemos que, al final, el fondo no es el adecuado. Nosotros vemos esto como una operación, si me apura usted, de «marketing», de cara a la galería, e incluso, remontándonos a los años 60, como una labor tecnocrática desde el Ministerio, pero la Sanidad Pública —entendiendo por Sanidad Pública lo que depende del Ministerio de Sanidad y en concreto del Insalud— no tiene en cuenta sus recursos para los objetivos que se pretenden alcanzar.

Incluso nosotros creemos que se entra en una vía preocupante, como hemos manifestado en otras ocasiones, como es la del aumento del gasto, porque vemos que a lo

largo de este tiempo ha aumentado el personal administrativo de algunos centros de salud para vehiculizar lo que se pretende alcanzar en esos contratos-programa, fundamentalmente la atención primaria, y nos preocupa que realmente, aumentando el gasto, con los mismos recursos que había previamente, se intenten alcanzar unos objetivos que nosotros creemos que al final no se han alcanzado.

En resumidas cuentas, diría que nosotros recibimos lo que podríamos denominar informaciones oficiosas —llamando oficioso a lo que no es oficial, a lo que no proviene directamente del Ministerio o del Gobierno— que nos indican que el alcance de esos objetivos no ha sido bueno e incluso se puede considerar un pequeño fracaso a la hora de establecer esos objetivos que se habían previsto.

Por otra parte, nosotros consideramos que el Gobierno no informa bien ni a este Diputado ni a sus compañeros a la hora de dar respuesta a las preguntas que hacíamos y, para completar la cuestión, vemos que a través de diferentes medios de prensa especializada en política sanitaria se dan unas informaciones que no coinciden, por un lado, con las oficiosas que teníamos nosotros, ni tampoco, por otro, con las respuestas que nos ha dado el Gobierno a las preguntas por escrito. Por tanto, ahí hay tres tipos de cifras que no son consecuencia de lo que en principio se preveía a la hora de establecer ese gran marco que era el contrato-programa.

Ante la contradicción de estos datos, nosotros hacemos las preguntas que en este momento paso a realizar textualmente y que son: ¿El Ministerio de Sanidad considera satisfactorios los objetivos sanitarios y presupuestarios del año 1993 previstos en el contrato-programa para la atención primaria? Y lo mismo habría que decir para la atención especializada.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las preguntas del señor Villalón, tiene la palabra el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Temes.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Diputado, yo también me alegro mucho de volver a verle porque es cierto que hacía algunos meses que no teníamos la oportunidad de coincidir. Trataré de contestar a sus preguntas de la manera más detallada posible.

Como saben SS. SS., el objetivo del Ministerio de Sanidad y Consumo en la presente legislatura, tal y como hemos manifestado en repetidas ocasiones, es consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud, que hoy en día da una cobertura sanitaria de calidad a todos los ciudadanos españoles sin distinción. En los últimos años hemos dado pasos importantes en esta dirección y también para flexibilizar su funcionamiento como servicio público. En ese sentido, quiero destacar la separación de competencias de autoridad y aseguramiento de la función de gestión de los servicios sanitarios llevada a cabo por el Departamento, en línea con lo realizado en otros países de nuestro entorno.

En febrero del año 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un plan de gestión para el Insalud que

comprendía una serie de objetivos asistenciales, tanto en cantidad como en calidad, y el marco presupuestario preciso para alcanzar dichos objetivos. También a partir del año 1993, el Insalud se relaciona con el Ministerio a través del contrato-programa a que se ha referido el señor Diputado, como instrumento para descentralizar la gestión y lograr la participación de los profesionales. Mediante este contrato se fijan los objetivos a alcanzar por el Instituto y se determina la financiación necesaria para lograrlos. A su vez, el Insalud acuerda con cada uno de sus centros la actividad asistencial que deben realizar y los recursos precisos para llevarla a cabo. Cada gerencia negocia con cada servicio su actividad, sus objetivos de calidad y su presupuesto. Esta negociación se plasma en un documento de objetivos por servicio, que se integra con los correspondientes a los demás servicios para constituir el llamado contrato-programa del centro.

De acuerdo con los datos disponibles, en el año 1993 se ha frenado el crecimiento del Insalud-Gestión directa en más de cinco puntos, lo que indica que el proceso de contención del gasto en los centros de gestión es una realidad. Con ello será posible encauzar la tendencia del gasto del Instituto dentro de una senda acorde con la evolución de las magnitudes macroeconómicas españolas. Igualmente se ha producido un incremento notable de la actividad de los centros sanitarios y de la cobertura del servicio de atención primaria, como expondré a continuación en respuesta a su señoría.

En primer lugar, me preguntaba sobre el contrato-programa de atención primaria. Durante el año 1993 la cobertura por equipos de atención primaria pasó de un 56,6 a un 69,1 por ciento, lo que significa un incremento de 11,5 puntos. En este año entraron en funcionamiento 71 centros de salud con una inversión total de 17.169 millones de pesetas. También se adjudicaron 41 centros de salud con una inversión prevista de 8.167 millones de pesetas y se continuó con la construcción de 80 centros de salud por un importe de 18.931 millones de pesetas.

Durante 1993 y a lo largo del presente año, el Instituto ha implantado el programa de uso racional del medicamento, diseñado junto con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio. Así, todas las áreas de atención primaria cuentan con farmacéuticos consultores, comisiones de uso racional conjuntas con los hospitales, sesiones fármaco-terapéuticas regulares, listados de medicación de urgencia y edición de boletines farmacéuticos trimestrales.

Esta política ha hecho posible que en el año 1993 el gasto farmacéutico haya descendido más de cinco puntos con respecto al crecimiento interanual medio durante la última década. La información disponible confirma que esta tendencia se mantendrá en 1994, donde está previsto que el gasto disminuya en torno a cinco o seis puntos respecto al año anterior. Todo ello sin disminuir la calidad de la prestación farmacéutica, ni incrementar la aportación de los usuarios.

Por fin, voy a referirme a dos actuaciones cuya finalidad es orientar los servicios a las necesidades y demandas de los usuarios, como son la tarjeta individual sanitaria y la

libre elección de médico. Respecto a las tarjetas, en diciembre del año 1992 se habían solicitado un 49,6 por ciento. El objetivo previsto en el contrato-programa para el conjunto del Insalud era del 73,87 por ciento, objetivo que fue alcanzado antes de finalizar el año.

La libre elección de médico general y pediatra fue regulada por un real decreto en 1993 y desarrollada por una circular, lo que permite a los usuarios poder ejercer este derecho cuando lo soliciten. En el último trimestre del año, 9,42 personas de cada mil habitantes lo habían hecho.

En cuanto a la segunda parte de la pregunta del señor Diputado —la evaluación del contrato-programa en atención especializada— el Insalud-Gestión directa viene realizando un esfuerzo importante para incrementar la actividad de los centros sanitarios con la finalidad de atender los problemas de salud prioritarios de la población española. En concreto, durante 1993, en los hospitales ingresaron 1.136.000 pacientes, un 4 por ciento más, señoría, que en el año 1992. Se vieron 4.316.000 urgencias, un 5,2 por ciento más que en el año anterior. Se realizaron casi 726.000 intervenciones quirúrgicas, lo que representa un 10 por ciento de aumento sobre el año 1992 y se atendieron 21.500.000 consultas externas, lo que viene a representar un 2 por ciento más que en el año 1992.

En 1993 se realizó un gran esfuerzo para introducir herramientas de gestión modernas en los hospitales propios y concertados del Insalud, entre las que destacaré la codificación de todas las altas mediante el conjunto mínimo básico de datos y la introducción de sistemas de contabilidad analítica. El primero de estos instrumentos sirve como soporte para el estudio de los costes por proceso y para el conocimiento de la actividad y calidad prestada en los centros hospitalarios.

Al cierre del contrato-programa de 1993, todos los hospitales gestionados por el Insalud recogían el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. La introducción del sistema de contabilidad analítica tiene como finalidad cuantificar los recursos utilizados en la actividad asistencial para mejorar la toma de decisiones y la asignación de recursos a los centros sanitarios.

A lo largo del año 1993 y durante el presente año se ha impulsado la contabilidad analítica a través de lo que hemos denominado proyecto Signo, que incorpora 44 hospitales gestionados por el Insalud. En definitiva, la experiencia obtenida en 1993, en cuanto al grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el contrato-programa, ha sido, en mi opinión, satisfactorio y de gran utilidad para una mayor definición de objetivos y cuantificación de necesidades para el año 1994.

En este año, como sabe S. S., las medidas de gestión adoptadas para incrementar la eficiencia de los centros sanitarios tendrá su reflejo en el cumplimiento estricto del presupuesto asignado en su doble vertiente de actividad y gasto.

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

El señor **VILLALON RICO**: Señor Temes, en primer lugar, permítame que le diga que tengo que lamentar que en esta primera intervención no haya hecho ni una sola referencia a la introducción que yo he hecho anteriormente. Ya sabemos que usted, como Subsecretario del Ministerio de Sanidad, no tiene ahora competencias directas sobre lo que es el Insalud, del cual depende el Hospital de San Jorge, pero usted ha sido Director General del Insalud y puesto que conoce cómo funcionan los hospitales, creo que una valoración por mínima que sea, sí que tendría que haber realizado en esta Comisión, ya que no sólo este Diputado por la provincia de Huesca sino la preocupación que anida en los ciudadanos de la ciudad de Huesca y de su provincia en general merecen un mínimo comentario del Subsecretario de Sanidad, es decir, de la segunda persona, en cuanto a responsabilidad, del Ministerio de Sanidad. Tengo que lamentar profundamente que no se haya referido a este hecho, al hecho conocido ya en España como el caso San Jorge, por lo que es la negligencia y la falta de capacidad de unos gestores.

Remitiéndome ya a la respuesta que ha dado a la pregunta que le he formulado, he de decir que, al final, lo único que ha dicho usted es que parece ser que habían alcanzado unos objetivos que encontraban satisfactorios. Usted no ha contestado escuetamente a la pregunta, que yo creo que era sencilla de contestar. Ha vuelto a dar unos datos sobre ingresos y sobre intervenciones quirúrgicas que, si no recuerdo mal, es la tercera o cuarta vez que se dan en esta Comisión. La Ministra, usted y la Directora General del Insalud han dado esos datos que a mí me parece que son válidos, dentro de lo que es toda una política sanitaria, a la hora de conocer lo que son las prestaciones sanitarias de nuestros ciudadanos, pero es que ése no era el motivo de nuestra pregunta. Además, en algunas de las cosas que ha dicho usted, existen contradicciones con lo dicho por otros responsables del Ministerio. Usted acaba de decir que los objetivos previstos se habían alcanzado en un 85 por ciento; la señora Directora General del Insalud, en su comparecencia del 6 de octubre de este año en la Comisión de Sanidad, dijo que se había alcanzado en torno al 68 por ciento de los objetivos fijados; otros datos, como decía anteriormente, ponen de manifiesto un porcentaje inferior con respecto a profesionales de centros asistenciales, ya que hablan del 34 e incluso del 35 por ciento. Lógicamente, también tengo que hacer referencia a las contestaciones que me facilitó el Gobierno a preguntas que le formulé por escrito y aquí tengo tres muestras de lo que puede ser la contestación del Gobierno cuando los Diputados de esta Cámara hacen preguntas. Son las relativas a la contestación a la pregunta relacionada con el contrato-programa en primaria y en atención especializada, referida a las provincias de Madrid, Zaragoza y Avila, que podríamos establecer como tres grados diferentes de nivel de especialización —dentro de la atención especializada— y de nivel de atención primaria, por las características socioeconómicas, demográficas y de diferente tipo. Creo que ése fue el motivo fundamental de que yo realizara estas preguntas para su respuesta oral en esta Comisión. Con respecto a Madrid, en los centros de atención primaria, ustedes me con-

testan que el porcentaje de realización del contrato-programa oscila desde un mínimo del 95,05 por ciento en el área 2, a un máximo del 104,59 por ciento; es decir, según esto, han superado incluso los objetivos previstos. A la hora de hablar de atención especializada por hospitales, volvemos a lo mismo, el porcentaje menor está en el 97,14 por ciento, referido al Hospital Virgen de la Torre, y el mayor está en torno al 103,15 por ciento; también ha superado los objetivos. Lo mismo le puedo decir de la provincia de Zaragoza, puesto que está entre el 98 y el ciento y pico por ciento. Con respecto a la provincia de Avila, en atención primaria, aluden ustedes al 112,74 por ciento, y en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles al 105 por ciento. Es decir, no coinciden las respuestas por escrito con las manifestaciones que hace la Directora General del Insalud y las que hace el Subsecretario, señor Temes. No queremos decir que nos estén engañando, pero, seguramente, tienen datos tan diferentes que les hacen equivocarse a ustedes mismos. Y no sólo habría que hacer referencia a la contestación en sí y a la consecución de estos objetivos sino también a los criterios respecto de los objetivos que se pretenden alcanzar.

La Directora General del Insalud, en su comparecencia el pasado día 6 de octubre, establecía algunas vías de consecución de objetivos dentro del contrato-programa y decía textualmente que cada gerencia acuerda con unidades asistenciales, verdaderos protagonistas de esta forma de hacer gestión, de este proceso de ida y vuelta, a la actividad anual de cada servicio. Sin embargo, eso se contradice con las manifestaciones que hacen ustedes cuando presentan lo que se denomina la memoria del contrato-programa, que parece ser —por lo que leo en la prensa— que han realizado hace unos días, memoria del año 1993 y memoria del cierre del contrato-programa referido a los centros de atención primaria, a las unidades ponderales de asistencia, pero dejan un vacío con respecto a lo que pudiera ser, por ejemplo dentro de la asistencia sanitaria de carácter primario, la atención bucodental o la atención domiciliaria. No sabemos realmente en qué nivel está esa consecución de objetivos con respecto a una buena asistencia sanitaria, dentro de lo que podría ser la prevención y, por supuesto, el primer escalón de la atención sanitaria. Por supuesto, no hacen ustedes referencia a la tarjeta individual sanitaria y otros objetivos que en su momento plantearon.

Con respecto a lo que es la atención especializada, hay que decir que no conocemos que esos objetivos se hayan fijado en negociación, podríamos decir, o en íntima relación con quienes son los auténticos protagonistas, si me permite esa expresión, que van a alcanzar esos objetivos, es decir, los profesionales, ya sean médicos, ya sean los profesionales de la enfermería, ya sean otros ciudadanos que participan en la atención sanitaria. Ustedes hablan del Ministerio con el Insalud, el Insalud parece ser que establece esos objetivos a alcanzar a través de los directores provinciales, e incluso en el edificio de Alcalá, y de ahí no salen, pero nosotros no tenemos conocimiento de que ustedes hayan establecido una negociación con los servicios de las diferentes especialidades que hay en los hospitales y, por tanto, no vemos que sea factible alcanzar esos objeti-

vos si no existe una labor de equipo, que es lo que, en principio, habría que establecer a la hora de la consecución de esos objetivos. ¿Por qué? Con permiso de la señora Presidenta, me tengo que remitir al hecho luctuoso del que he hablado en repetidas ocasiones y con el que he comenzado mi intervención. Me tengo que referir al hecho del Hospital San Jorge de Huesca. ¿Por qué no hacen ustedes lo que se llama fijación de objetivos en relación con todo el equipo? Porque los gestores, es decir, los directores médicos, los gerentes de los hospitales, los directores provinciales del Insalud no están capacitados para gestionar una empresa pública de la categoría que tiene el Insalud.

Mire usted, yo le tengo que hacer una referencia a una de las cuestiones que ayer lunes día 19 ha ocurrido en Huesca con este gravísimo hecho del Hospital San Jorge. Sin tener conocimiento los gerentes ni los directores médicos de los hospitales a los que han sido remitidos los enfermos (por ejemplo, los hospitales de Zaragoza capital, el hospital comarcal de Barbastro), se han remitido como si fuera un traslado normal. No se habían previsto las posibles consecuencias de esas obras de remodelación, no había habido una negociación entre los directores de los diferentes hospitales de la comunidad autónoma, los directores provinciales del Insalud no se habían reunido entre ellos para establecer un plan o una estrategia a la hora de que pasara lo que ha pasado. Incidiendo un poco en la anécdota le tengo que decir que cuando médicos del hospital comarcal de Barbastro han acudido a la dirección de ese hospital, curiosamente la dirección de ese hospital textualmente ha dicho que ellos hacían lo que les decía el director provincial de salud.

Nosotros nos planteamos lo siguiente: si los directores de un hospital comarcal, un hospital pequeño, donde hay un gerente y hay un director médico se remiten a lo que les ha dicho el director provincial de salud ¿para qué están? Sobran en este momento. Esos dos señores sobran en lo que es la administración del hospital, porque simplemente con poner un delegado o una persona que curse las indicaciones que ha realizado el director provincial del Insalud es suficiente.

A modo de resumen y ya para terminar, señora Presidenta, con respecto a este tema, tenemos que decir dos cosas: en primer lugar, creemos que el contrato-programa en el año 1993 no ha dado los resultados apetecibles, los resultados que se preveían desde el Ministerio de Sanidad; y, en segundo lugar, teniendo en cuenta lo que ha dicho el señor Subsecretario respecto al recorte de gastos fundamentalmente, éste ha sido en relación, creo recordar, a los capítulos 2 y 4, pero con respecto al capítulo 1 del personal del Insalud. Por tanto, cuando yo hacía referencia al aumento de administrativos en diferentes centros sanitarios, era así.

Como he señalado anteriormente, he de decir que a la oposición no se le contesta con rigor y, además, se la intenta confundir a la hora de lo que es un trámite parlamentario de obligado cumplimiento por el Gobierno.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón, me gustaría recordarle, aunque lo he hecho al principio de una pre-

gunta, que a propósito del lamentable suceso ocurrido en recientes fechas en un hospital del Insalud de Huesca estará conmigo, señoría, en que el orden del día de las comisiones no puede ser modificado en función de hechos puntuales que pueden ocurrir y que de hecho ocurren cada día.

En segundo lugar, efectivamente, esta Presidencia le ha concedido que S. S. manifestara su valoración, su protesta por el hecho que ha ocurrido y debe quedarse ahí, puesto que existen otros procedimientos, y usted lo sabe, a través del registro de la Cámara para hacer la iniciativa que corresponda.

Por tanto, el señor Subsecretario, quiero recordarles, únicamente está obligado a responder al tema por el cual ha sido llamado. No obstante, dejo a su criterio el que pueda dar algún tipo de explicación o de satisfacción a su señoría.

Señor Temes, cuando quiera puede comenzar su intervención.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señoría, me he limitado a tratar de responder a la pregunta que era objeto de orden del día y creo que no es mi responsabilidad en este momento definirme sobre unos hechos a los que usted se refiere y que yo tengo que decirle que no conozco en profundidad porque, como sabe, desde hace unos cuantos meses ya no soy el Director General del Insalud.

Yendo al objeto de la comparecencia que figura en el orden del día, quiero decirle algunas cosas. En primer lugar, yo creo que no hay contradicción en los datos que hemos dado. Cada vez que vengo aquí, usted o los señores Diputados de su grupo se empeñan en lanzar el mensaje permanentemente de que decimos cosas distintas la Ministra, la Directora General del Insalud o yo, y yo creo que no es así. Usted dice que yo he dicho cosas que yo no he dicho. Yo no sé de dónde obtiene la cifra del 85 por ciento del cumplimiento del contrato-programa del año 1993, pero, desde luego, yo no lo he dicho, y no sé si quizá lo estará usted confundiendo con la tarjeta individual sanitaria, que sí he hablado de ella, aunque usted me dice que no. He hablado de la tarjeta individual sanitaria, señoría, y he dado los datos de la tarjeta individual sanitaria. La verdad, señor Villalón, es que a veces tengo la impresión de que no me ha escuchado, porque he hablado de la tarjeta individual sanitaria y yo no he dado esa cifra del 85 por ciento porque en mi comparecencia no estaba.

Yo creo que es absolutamente razonable que si usted me pregunta por el contrato-programa de atención especializada yo le dé los datos de actividad asistencia, como no puede ser de otra manera, y si ustedes formulan esa pregunta veinte veces, las veinte veces tendremos que decir lo que hemos operado, las consultas externas que hemos atendido, las urgencias que hemos visto, me parece que es una parte sustancial del contrato-programa. Yo creo que usted sabe perfectamente que no es posible extrapolar los datos aislados de una provincia a la generalidad. Que me hable usted del área dos de Madrid, tratando de que eso sea un referente, creo que sirve de poco.

Señoría, el trabajo del contrato-programa es un trabajo útil, que se está haciendo no sólo en España, no sólo en el Insalud, sino que es un método de trabajo que también comunidades autónomas con competencias sanitarias plenas lo utilizan, y muchos otros países utilizan este método de trabajo que en líneas generales trata de adecuar los recursos presupuestarios a la actividad que debemos desarrollar.

Me dice usted que el gasto se ha reducido fundamentalmente no a expensas del capítulo 1. Claro, el número de personas que hay que pagar a través del capítulo 1 en el año 1993 en el Insalud es el mismo que había en el año 1992. Salvo que usted proponga que no les paguemos, es difícil que podamos reducir el capítulo 1. Por tanto, sí se ha hecho un esfuerzo presupuestario muy importante donde se podía hacer, que ha sido fundamentalmente, y yo creo que con notable éxito —déjeme que lo diga así—, en el capítulo de gasto farmacéutico, racionalizando el gasto, sin ningún recorte, a pesar de que se insiste desde su grupo machaconamente en los recortes, sin aumentar la aportación del usuario y manteniendo la calidad. También se ha hecho un esfuerzo en tratar de regular algunos aspectos de la política de personal como son las incapacidades laborales transitorias. Es decir, yo creo que sí se ha hecho un esfuerzo notable en tratar de ajustar el presupuesto contemplado en el contrato-programa con la actividad pactada.

Ya hace muchos años, antes de que hubiese contratos-programa, cuando se empezó por parte de esas personas que usted considera poco competentes, que son los directores de hospitales (curiosamente sólo los del Insalud, parece que su grupo sólo hace política para el 33 por ciento del sistema sanitario), a hacer gestión hospitalaria se empezó con un sistema de trabajo que era la dirección participativa por objetivos, que sin duda usted conoce, y que ya marcaba la necesidad de fijar objetivos de abajo a arriba, pactados y acordados con el mayor consenso posible, y ese trabajo se viene haciendo desde los años 1984, 1986, y se ha seguido haciendo. Por tanto, yo creo que ése es un buen método, que hemos dado un paso adelante substancial con el contrato-programa y que no deberíamos descalificarlo porque es una buena herramienta de gestión.

— **SOBRE OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN ALCANZAR CON EL CONTRATO-PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA PARA EL AÑO 1995. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/001087.)**

— **SOBRE OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN ALCANZAR CON EL CONTRATO-PROGRAMA DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA EL AÑO 1995. FORMULADA POR EL SR. VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/001088.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a las dos últimas preguntas sobre objetivos que se pretenden alcanzar con el contrato-programa de atención primaria y especializada para el año 1995. Formuladas ambas por el señor Villalón

Rico del Grupo Parlamentario Popular. Cuando quiera, señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Las dos preguntas que quedan pendientes son referidas al contrato-programa del año 1995 tanto en relación con la atención primaria como con la atención especializada. Lógicamente, al hilo de las preguntas anteriores, seguimos en el mismo debate. O sea, no he tenido que solicitar a la Presidenta un segundo turno de réplica o de contrarréplica porque voy a aprovechar la intervención respecto a estas dos preguntas para matizar algunas cuestiones al señor Subsecretario.

Nosotros no estamos criticando el contrato-programa, primera aclaración; nosotros estamos criticando que ustedes no han llegado a los objetivos fijados previamente. Es decir, no estamos criticando lo que podía ser la teoría, sino que estamos criticando la práctica de lo que han realizado ustedes. En segundo lugar, nosotros nos referimos a territorio Insalud porque es nuestra competencia, es la competencia de usted y es la competencia que tenemos aquí. Si nos refiriéramos a otras comunidades autónomas con competencias transferidas, lógicamente habría que hacerlo en esos parlamentos autónomos. Pero nosotros estamos aquí para controlar, entre otras cosas, al Gobierno respecto a lo que es de su competencia. Por tanto, yo no puedo hablar en este momento de Galicia, de Cataluña ni de Andalucía, eso que a ustedes tanto les gusta hacer referencia a otras comunidades autónomas en relación a temas que aquí no estamos obligados a tratar, sino que estamos obligados a tratar lo que es territorio Insalud, que es su competencia, dentro de lo que es expresamente la gestión. Luego ya hablaremos de otras cosas y en otros foros, como pueden ser debates fuera del Congreso o a nivel del Consejo Interterritorial, pero aquí solamente nos referimos a territorio Insalud. Yo creo que se trata de intentar desviar algunas de las cuestiones.

La pregunta relativa a los contratos-programa del año 1995 iría un poco en la línea de lo que yo decía antes respecto a aquellas preguntas realizadas en el mes de marzo sobre la consecución de objetivos alcanzados en el año 1993, que nosotros creemos no están expresamente contestadas. Cuando nosotros hablamos de los objetivos fijados entre el Ministerio y el Insalud para los centros asistenciales, nos gustaría que nos dijeran exactamente los objetivos, uno a uno, en las diferentes parcelas. Vuelvo a referirme a la contestación que nos daban ustedes donde, en atención primaria decían objetivos alcanzados, el 109 por ciento. Eso no es posible. A mí me parece que podían haber especificado ustedes algunas cuestiones respecto a los objetivos alcanzados. Por eso nosotros formulamos esta pregunta, de cara al año que viene, para que cuando transcurra ese año podamos ver si se han alcanzado los objetivos y no vengamos aquí con cifras dispares sino que, desde el punto de vista de lo que se ha prefijado, se vea si se han alcanzado esos objetivos.

También nos gustaría saber, dentro de esos criterios establecidos, como decía antes, si ustedes han entrado en negociación con los diferentes protagonistas del sector, es decir, con médicos, enfermeras y con el resto del personal

sanitario del Insalud. Nos gustaría saber si han entrado en contacto tanto con las diferentes sociedades españolas de atención primaria como con las sociedades de atención especializada para establecer cuáles pueden ser objetivos a alcanzar. Cuando usted me hablaba antes del número de intervenciones quirúrgicas, del número de exploraciones complementarias, de las urgencias, a mí me resulta difícil calcular el número, por ejemplo, de intervenciones quirúrgicas que se van a realizar a lo largo del año 1995. A mí me parece un ejercicio casi imposible de realizar. Usted me dice el número, pero yo le pregunto: ¿Era eso lo que habían previsto ustedes antes del año 1993? No estamos en contra del contrato-programa, estamos en contra de cómo lo han gestionado. A ver si me explico bien, porque me debo explicar muy mal para que usted no me pueda entender.

Por todo ello —y me remito al texto de las preguntas—, nosotros queremos conocer los objetivos que se pretenden alcanzar desde el Ministerio en la atención primaria y en la atención especializada, en el contrato-programa para 1995.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Villalón, en estos momentos yo soy el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo y, por tanto, creo que puedo referirme a algo más que estrictamente al territorio Insalud. El Ministerio de Sanidad y Consumo, como usted sabe, lo es de todo el territorio nacional. Creo que eso debería quedar claro, porque si no estamos confundiendo. El Ministerio de Sanidad y Consumo lo es de todo el territorio nacional y parece lógico que así sea también. Por tanto, me considero absolutamente legitimado para hablar de todo el territorio nacional como Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Aclarado eso, también le diré que se explica usted divinamente, siempre lo ha hecho; lo que pasa es que a veces se empeña en explicar algunas cosas que son imposibles de explicar, porque tienen poco que ver con la realidad. Comprendo que es probablemente su obligación decir que todo está muy mal, pero yo creo que cuando explicamos un cumplimiento de contratos-programa donde cada vez presupuesto y actividad se ajusta más, es difícil que yo lo pueda entender, insisto, no porque usted se explique mal, porque usted se explica divinamente y aun a veces en cosas imposibles.

Antes de entrar a exponer los objetivos que se pretenden alcanzar mediante el contrato-programa que suscribirá el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud para el próximo año, permítame S. S. que le exponga, aunque sea brevemente, los objetivos que tiene establecidos el Instituto para ese ejercicio. De esta forma creo que será más fácil comprender —y estamos hablando de dificultades de comunicación— el contexto global en que se desenvuelve la actividad del Insalud y la relación entre los objetivos de la atención primaria y de la atención especializada, sobre los que me pregunta.

El objetivo del Insalud para el año 1995 continúa siendo contribuir a la mejora de la salud de todos los ciu-

dadanos a través de la prestación de unos servicios sanitarios de calidad. Para ello dispone de un presupuesto que asciende a un billón 276.270 millones de pesetas, en el que están incluidos los cerca de 25.000 millones correspondientes a la anualidad del saneamiento de la deuda. Este presupuesto supone un incremento del 12,16 por ciento con relación al inicial del año 1994. Para conseguir su objetivo, el Insalud desarrollará los siguientes criterios y líneas de actuación: corrección de desequilibrios territoriales, avanzando en la distribución equitativa del gasto corriente e inversiones en función de criterios de necesidad; orientación de los servicios a las necesidades de salud de la población, continuando la adecuación de su actividad a las nuevas demandas, incrementando la eficiencia en la prestación de servicios y aumentando la cantidad y calidad de la cartera de servicios en atención primaria y atención especializada; aumento de la calidad de los servicios, potenciando las actuaciones iniciadas para incrementar la fiabilidad de los procesos clínicos y sus registros; ampliar la protocolización de procesos, las actuaciones de garantía y calidad y los sistemas de información; mejora de la satisfacción de los usuarios, aumentando su accesibilidad a los servicios sanitarios, manteniendo la libre elección de médico y pediatra en atención primaria e introduciendo la libre elección de especialistas, además de mejorar la accesibilidad horaria en consultas y servicios diagnósticos; participación de los profesionales en la gestión de la asistencia, avanzando en el proceso de descentralización de la gestión, ya iniciado, como SS. SS. saben.

En resumen, estas medidas se basan en dos líneas fundamentales de actuación: mejorar la satisfacción de los ciudadanos, ampliando su capacidad de elección y reorientando los servicios hacia sus demandas, e incrementar la legitimidad social y corporativa de los profesionales, diseñando mecanismos de participación real y de corresponsabilidad en la gestión de los recursos.

El contrato-programa que suscribirán el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud para el año 1995 incluye los objetivos, en atención primaria y especializada, que a continuación señalaré a SS. SS. En cuanto a atención primaria, los objetivos del contrato-programa del Insalud, para el año 1995, son: mejorar la oferta de servicios asistenciales; mejorar la accesibilidad de los usuarios; mantener y potenciar la política de uso racional del medicamento y extender el proceso de descentralización administrativa. Respecto al primero de los objetivos, las medidas a desarrollar abarcan la extensión de la cobertura por equipos de atención primaria al 80 por ciento de la población, alcanzando un total de 1.050 equipos funcionantes; además, se financiarán las obras de construcción de 26 centros de salud y se iniciarán o continuarán las de otros 65. Esto, unido a los 3.000 millones de pesetas para equipamiento de centros de salud, hace ascender la cifra de inversiones del Insalud en atención primaria, para 1995, a 10.568 millones de pesetas.

Para mejorar la accesibilidad de los usuarios, se incrementará el tiempo medio de consulta y se disminuirá el número de personas por consulta. En este sentido, debe indicarse que en los últimos cuatro años se ha incrementado el

número de horas de consulta, tanto de facultativos como de personal de enfermería, el 20, y que el tiempo medio de las consultas programadas ha aumentado hasta 35 minutos por usuario.

Por último, dentro de este objetivo está previsto proseguir en la extensión de la tarjeta individual sanitaria, facilitándola al 92 por ciento de la población. A estas medidas, ligadas a la extensión del modelo de atención primaria, hay que añadir nuevas líneas de trabajo dirigidas al usuario, tales como la mejora de la información sobre los servicios de atención especializada. Para ello, cada equipo de atención primaria contará con especialistas de referencia, con lo que el médico general podrá asesorar al usuario en la utilización de los servicios de atención especializada de forma más directa y personalizada; continuar con el desarrollo y proyectos ya implantados como la cita previa, la citación por atención especializada, cita programada de gestoría, con lo que se establece, además, uno de los procedimientos para consultas burocráticas, lo que flexibilizará el horario a los usuarios y posibilitará un incremento del tiempo medio de consulta clínica al descender las de tipo administrativo.

Respecto a la política farmacéutica, el objetivo es mantener y potenciar el programa de uso racional del medicamento, impulsando los análisis de perfiles terapéuticos, la protocolización para patologías prevalentes, incrementando la prescripción de genéricos. Por otra parte, está previsto potenciar y extender el proceso de descentralización de la gestión al total de las 57 gerencias de atención primaria; este año se ha iniciado en 29 de ellas. Con esta medida se fomentará la participación de los profesionales en la gestión, al hacerles partícipes de la toma de decisiones, incorporando de esta forma los equipos en atención primaria como centros de responsabilidad, tanto en la gestión de los recursos, como en la calidad de los servicios. Además, se incluyen medidas para mejorar la asignación de recursos a los equipos de atención primaria, introduciendo nuevas variables como la capitación ponderada por dispersión geográfica y edad o el nivel socioeconómico.

En cuanto a la atención especializada, el contrato-programa para 1995 incluye mejorar la equidad del sistema, desarrollar y potenciar los servicios especializados en función de las necesidades de salud de cada área sanitaria, incrementar la eficiencia de los centros sanitarios, aumentar la calidad y satisfacción de los usuarios, continuar las mejoras en la organización y gestión de los centros y servicios.

Dentro del objetivo de mejora de la equidad del sistema, se han previsto actuaciones para incrementar la dotación de infraestructuras en aquellas áreas o comunidades autónomas con menores recursos. Entre éstas se incluyen las obras de construcción de los hospitales de Manacor, Palma-2, Ciudad Real y Alcorcón. Además, se continuarán las reformas globales y parciales de los hospitales antiguos; en definitiva, el Insalud destinará a inversiones en atención especializada la cantidad de 28.462 millones de pesetas, de los cuales 7.380 corresponden a equipamiento de hospitales.

Para el desarrollo de los servicios de salud, se prestará especial énfasis en las necesidades de atención a las personas mayores, pacientes VIH positivos y enfermos de sida, el diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer de mama y la asistencia a los pacientes diabéticos. Asimismo, se seguirán potenciando aquellos objetivos específicos que favorezcan la coordinación entre niveles y sectores. Así, para 1995 se incrementarán las comisiones de coordinación socio-sanitaria de atención a las personas mayores, constituidas al amparo del convenio-marco suscrito con el Ministerio de Asuntos Sociales, perfeccionando su funcionamiento. Igualmente se generalizarán los protocolos de actuación frente a patologías como el sida, la diabetes o la hepatitis, de forma que se refuerce la continuidad asistencial entre la atención primaria y la atención especializada.

Las medidas planteadas para incrementar la eficiencia de los centros se concretan en alcanzar una estancia media no superior a los 8,8 días, manteniendo el porcentaje de ocupación actual alrededor del 80 por ciento, mejorando el rendimiento quirúrgico, aumentando el número de intervenciones quirófano/día a 4,2, y aumentando el número de consultas totales, a expensas de las primeras visitas, hasta alcanzar una relación de 1/2,05. También se consolidarán e impulsarán las unidades de cirugía mayor ambulatoria y se potenciará el programa de trasplantes de órganos, como se ha venido realizando hasta ahora.

Para aumentar la calidad de los servicios se han diseñado una serie de actuaciones para seguir incrementando la fiabilidad de los procesos clínicos y sus registros, ampliar la protocolización de las actividades e implantar paulatinamente actividades de garantía de la calidad, al tiempo que se mejoran los sistemas de información. Entre éstas se incluyen la extensión del consentimiento informado al cien por cien de los actos quirúrgicos y exploraciones de alto riesgo, la desaparición de la lista de espera quirúrgica de pacientes de más de seis meses de demora y la asignación de médico y enfermera responsable a todos los pacientes ingresados.

Otra de las medidas esenciales a desarrollar, tal y como ha anunciado la señora ministra, es la libre elección de especialista con los que se profundizará en la personalización de la asistencia, mejorando el grado de satisfacción de los usuarios, al tiempo que se incentiva a los profesionales sanitarios. Este asunto será expuesto con mayor detalle con motivo de la contestación ante el Pleno del Congreso de mañana a la pregunta oral del Partido Popular.

Por último, con el objeto de mejorar la organización y gestión, se extenderán progresivamente los sistemas de coste por proceso y se introducirán medidas para avanzar en la descentralización de la gestión, a fin de que los propios profesionales adquieran cada vez un mayor protagonismo y responsabilidad en estas tareas.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Señor Temes, bien es verdad que en esta segunda intervención, ha estado algo más concreto que en la primera. A pesar de todo, tengo que decirle que podríamos hacer una división de su interven-

ción: Una primera parte que han sido generalidades y una segunda parte que ha sido más concreta. Respecto a la segunda parte, donde ha manifestado, entre otras cosas, que pretenden llegar al 80 por ciento de la población con equipos de atención primaria, al 92 por ciento con la tarjeta individual sanitaria y algunas otras cosas más que no he podido anotar, le rogaría que nos lo diera por escrito para poder hacer un mejor control posterior de todo lo que prevén y lo que terminarán realizando.

También quería referirme a la primera parte de su intervención. Han sido generalidades, buenas intenciones. Esto me recuerda a un profesor que había en la facultad que cuando le preguntaban en qué momento se debía intervenir quirúrgicamente contestaba: en el momento oportuno, con la técnica adecuada. Eso es lo que dice usted. Van a mejorar la salud, etcétera. Por supuesto, pero eso no es el contrato-programa. No creemos que desde el Ministerio pretendan lo contrario. Esas cosas se dan por sabidas, pero nosotros queremos ceñirnos, como decía antes, a los equipos de atención primaria, que sistemáticamente van retrasados; a la tarjeta individual sanitaria; a las estancias medias, que pretenden sean de 8 a 9 días; a las intervenciones quirúrgicas, que dicen piensan alcanzar, me parece haber entendido, cuatro intervenciones por día y a la descentralización en la gestión. Con la estructura y los gestores que tienen es imposible que hagan una descentralización correcta de la gestión sanitaria. Se lo repetiré dentro de un año, si siguen en el Gobierno, que al paso que van no creo que lleguen a durar ustedes un año porque la situación parece más que calamitosa.

En cuanto al contrato-programa respecto a la atención especializada, dice: libre elección de especialista. Eso queda muy bonito. El otro día la Ministra, después de acusar de catastrofista al Partido Popular, decía que está copiando sus ideas. Había que decir que los primeros que han hablado de libre elección de especialista y de centro sanitario hemos sido nosotros. Pero yo les preguntaría ¿cómo van a hacer esa libre elección de especialista? El otro día, en la sesión de control del Congreso una compañera mía preguntaba a la señora Ministra si hay libre elección de ginecólogo. No hay libre elección de ginecólogo en este momento. No hay posibilidad de libre elección de especialista en el año 1995, entendida como tal libre elección. Lógicamente, si ustedes le dan a elegir entre un especialista aquí y otro en un sitio muy distante, pues a lo mejor, pero lo que es una libertad total de elección de especialista, en este momento, con la estructura que tienen ustedes, es totalmente imposible.

Por tanto, es preciso también hacer referencia —yo se lo he preguntado y no me ha contestado— a si ustedes han entrado en negociación con los protagonistas, como decía antes. Parece ser que no, porque yo estoy leyendo que las sociedades de primaria creen inviable el contrato-programa. Me estoy refiriendo a la Sociedad Española de Pediatría, a la Sociedad Española de Medicina General, de medicina familiar y comunitaria y de medicina rural. Creen —dicen— que los objetivos del contrato-programa para 1995 son inviables por la falta de medios en atención primaria. Esto me imagino que habrá que verlo, porque se-

guramente usted tiene buenísimas intenciones, pero la realidad es muy distinta de esas intenciones.

Respecto a la atención especializada, hay que volver a decir otra vez un poco de lo mismo. Es decir, tenemos unos magníficos profesionales. Nosotros les defendemos y se ha puesto de manifiesto el apoyo que ellos dan al proyecto del Grupo Popular respecto a lo que han hecho ustedes en estos años anteriores, y creemos que no se les saca —si se me permite la expresión— todo el jugo de su conocimiento, desde el punto de vista sanitario. Creemos que ustedes no están en relación con las apetencias de los diferentes profesionales sanitarios, y que la gestión —vuelve otra vez a salir la famosa palabra gestión— es incompetente para hacer algunos de los proyectos que ustedes tienen a la hora de establecer este contrato-programa de cara a la atención especializada del año 1995. Dice usted que siempre estamos manifestando que está mal. No, siempre no estamos diciendo que está mal. Nosotros lógicamente decimos que está mal lo que está mal, porque si usted le parece que están bien las listas de espera, si a usted le parece que está bien lo que ha pasado en el Hospital «San Jorge», de Huesca; si a usted le parece que están bien todos los conflictos que ha habido, por ejemplo, hace poco en el Hospital «La Paz», de Madrid respecto a las basuras; si a usted le parece que todo eso está bien... Nosotros decimos que eso está mal, pero también decimos que está bien cuando hacen bien algunas cosas, lo que pasa es que son tan pocas, que nos resulta difícil decirlo.

Para terminar, a mi me gustaría —como decía anteriormente— que, a la hora de establecer los criterios, los parámetros o los objetivos a alcanzar en el año 1995, sería bueno para el Grupo Popular que usted nos lo diera por escrito y pudiéramos realizar un buen control y que luego, no sea el debate de si usted ha dicho, yo he dicho o los demás han dicho, sino que sean auténticas realidades.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Diputado, lo que he dicho, no tengo ningún inconveniente en dárselo por escrito, también estará en el «Diario de Sesiones» y, por tanto, yo creo que es claro. La verdad es que le he visto en esta réplica muy mitinero; o sea, le he visto haciendo mucha propaganda, lo cual está bien. Yo creo que en el contrato-programa para el año 1995 los objetivos deben ser, como siempre en cualquier técnica para fijar objetivos, ambiciosos. Hemos planteado objetivos ambiciosos, y esto puede servir fundamentalmente para que las personas que tienen que conseguir estos objetivos hagan un esfuerzo sabiendo que, a lo mejor, no en todos los casos es alcanzable al cien por cien, pero ésa es la técnica para realizar un sistema de objetivos desde hace muchísimo tiempo.

Usted me dice que vamos atrasados en atención primaria y en la tarjeta sanitaria. Yo creo que el esfuerzo que se ha venido haciendo desde el año 1984 hasta aquí para pasar de un modelo tradicional de atención primaria a un modelo distinto, ha sido un esfuerzo importante. Por tanto, me parece que la crítica a todo es exagerada, y yo sí le reco-

mendaría que hiciese caso a su profesor, tratase de no operar en un momento inoportuno y, sobre todo, de no utilizar una técnica inadecuada. Yo creo que esta bien.

Por lo que se refiere al año, pues ya lo veremos. Sabe usted que esto fundamentalmente consiste en ganar las elecciones generales. Si ustedes las ganan, tendrán mi felicitación, y si no, pues otra vez será, pero de momento me permitirá que mientras no sea así cumpla, como es lógico, con mis responsabilidades y con mi obligación. Yo creo que ya se ha dicho en el Congreso, y sabe usted que no es ésa mi responsabilidad desde hace unos meses, el planteamiento que se tiene sobre la libre elección de especialista. Hay un compromiso para el año 1995 sobre una serie de especialidades, y creo que el miércoles pasado lo ha expuesto la señora ministra, por lo que no debo entrar en dar más información sobre ello, porque creo que no es necesario.

Por otro lado, respecto a las sociedades de atención primaria estamos en contacto permanente, con todas ellas, porque hay, como sabe, por lo menos tres. Es cierto, como no puede ser de otra manera, que en algunos casos hay mayor acuerdo y en otros menos, pero desde luego, le puedo asegurar que por falta de diálogo con ellas, sin duda no queda. Eso no quiere decir que hayan de participar en el pacto de objetivos concretos de los contratos-programa, donde lo ha de hacer el Insalud con sus centros y cada uno de sus centros con sus servicios o con sus equipos de atención primaria, que yo creo que son cosas distintas.

En cuanto a la atención especializada, no tengo inconveniente en darle algunos datos más concretos. Le agradezco que haya dicho que hacemos alguna cosa bien, porque es una afirmación sorprendente, creo que no la había oído nunca, y la verdad es que se la agradezco profundamente. Le diré algunos datos de atención primaria que quizás sirvan para completar lo que he expuesto.

Las previsiones que tenemos yo creo quedan expuestas claramente en los números generales que hemos dado. Yo sé que usted me dice que no significa nada que le hable de miles de intervenciones quirúrgicas pero es la manera que tenemos de medir. Me comprometo, si usted lo desea, a hacerle llegar los datos más concretos de cada una de esas actividades para el año 1995, tratando de complementar así mi exposición que en su primera parte usted decía que era excesivamente general.

Muchas gracias

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Subsecretario. Señorías concluido el orden del día de esta última sesión de la Comisión de este año, esta Presidencia desea a SS. SS., a los servicios técnicos de la Cámara, a los miembros de la prensa y miembros del Gobierno que se encuentren aquí presentes, unas felices fiestas y un sereno y saludable Año Nuevo.

Se levanta la sesión

Era la una de la tarde.