



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1995

V Legislatura

Núm. 479

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 20

celebrada el martes, 25 de abril de 1995

Página

ORDEN DEL DIA:

Preguntas:

- | | |
|--|-------|
| — Del señor Villalón Rico (Grupo Parlamentario Popular), sobre criterios para el nombramiento de los cargos directivos hospitalarios. (BOCG serie D, número 187. Número de expediente 181/001262) | 14626 |
| — Del mismo señor Diputado, sobre soluciones al problema de los médicos generales para obtener el título de especialista en medicina familiar y comunitaria. (BOCG serie D, número 187. Número de expediente 181/001263) | 14628 |
| — Del mismo señor Diputado, sobre hospitales capacitados para realizar trasplantes de médula ósea. (BOCG serie D, número 187. Número de expediente 181/001264) | 14632 |
| — Del mismo señor Diputado, sobre conocimiento exacto por la Dirección General del Instituto Nacional de Salud de las plantillas reales de hospitales del territorio del Instituto Nacional de la Salud, INSA-LUD. (BOCG serie D, número 187. Número de expediente 181/001265) | 14633 |

	<u>Página</u>
Proposiciones no de ley:	
— Por la que se insta al Gobierno a mantener el servicio normal de urgencias nocturnas de la zona de salud de Levante de la isla de Menorca. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (BOCG serie D, número 169. Número de expediente 161/00338)	14636
— Por la que se amplía el tipo de vacunas incluido en el calendario obligatorio de vacunación. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG serie D, número 178. Número de expediente 161/000368).....	14638
— Sobre remuneración económica de los médicos de refuerzo. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular. (BOCG serie D, número 178. Número de expediente 161/000369)	14641
— Sobre medidas para impedir que los médicos especialistas contratados en el Sistema Nacional de Salud, en función de necesidades asistenciales específicas, puedan perder su puesto de trabajo en el mismo. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (BOCG serie D, número 189. Número de expediente 161/000391)	14644

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

PREGUNTAS:

- **SOBRE CRITERIOS PARA EL NOMBRAMIENTO DE LOS CARGOS DIRECTIVOS HOSPITALARIOS. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/001262.)**

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días, señorías.

Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión, cuyo orden del día conocen bien.

He de comenzar diciéndoles que la portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, que era además quien formulaba tres de las preguntas previstas para el día de hoy, la señora Maestro Martín, ha comunicado que quedan aplazadas de esta sesión de la Comisión. Por tanto, en este primer punto del orden del día pasaríamos a las siguientes cuatro preguntas que corresponden a don César Villalón Rico, del Grupo Parlamentario Popular. Recuerdo a SS. SS. que será a partir de las 12 cuando se inicie la segunda parte de la sesión con el debate de las proposiciones no de ley.

Así pues, comenzamos con las preguntas. No plantearemos las tres primeras y pasamos a la cuarta. Para responder a las mismas se encuentra entre nosotros el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don José Luis Temes Montes, a quien damos la bienvenida a esta Comisión.

Tiene la palabra el señor Villalón Rico para exponer la pregunta relativa a criterios para el nombramiento de los cargos directivos hospitalarios.

El señor **VILLALON RICO**: Agradezco, en nombre del Grupo Popular y en el mío propio, la presencia del

Subsecretario del Ministerio de Sanidad, señor Temes. Paso de inmediato a hacer la primera pregunta de las cuatro que tengo para hoy. Dicha pregunta está referida a los criterios para nombrar los distintos cargos directivos de los hospitales de la red del Insalud.

Previamente, y con permiso de la Presidencia, quiero hacer una pequeña introducción y exponer algunos de los planteamientos que son conocidos por la mayor parte de los grupos parlamentarios y de los Diputados de esta Cámara, y que se refieren a la gestión sanitaria.

El Partido Popular ha expuesto en repetidas ocasiones que se debería de especificar como especialidad típica dentro de la sanidad lo que es la gestión y administración sanitaria. Nosotros creemos que incluso tiene que estar dentro de las diferentes especialidades en las que se pueden formar los posgraduados en la vía MIR.

Dentro de esta especialidad de gestión es fundamental la autonomía de los gestores, de los directivos, tanto de lo que podrían ser las direcciones provinciales del Insalud como en los diferentes hospitales de la red pública, y que esa autonomía entrara, a su vez, dentro de una autonomía del centro, fijando los objetivos a alcanzar y estableciendo las diferentes prestaciones que los centros sanitarios pueden dar a los ciudadanos. Seguramente son criterios de gestión empresarial, pero teniendo en cuenta algunas de las peculiaridades y características que tiene la sanidad.

Por lo tanto, no es una empresa cualquiera, sino que es adaptar a la gestión sanitaria algunas de estas características empresariales. Y no sólo lo hemos dicho nosotros a lo largo del tiempo, sino que en el famoso informe de la Comisión Abril también se hacía referencia a ello.

También tengo que hacer mención a alguna de las noticias que han aparecido últimamente en la prensa sanitaria, donde, entre otras cosas, se ponía de manifiesto que la Directora General del Insalud —decía la noticia— parece ser que no acaba de encontrar a la persona adecuada para el

nombramiento en la Dirección Provincial del Insalud de Madrid.

Desde el punto de vista del Partido Popular de lo que consideramos fundamental a la hora de la gestión, y desde otro punto de vista, que sería la perspectiva del Gobierno, vemos que hay algunas contradicciones en nombramientos y falta de criterios. Ese es el motivo que nos ha llevado a realizar esta pregunta: ¿Qué criterios tiene el Insalud para nombrar los distintos cargos directivos de las direcciones hospitalarias?

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Muchas gracias, señor Villalón, por su pregunta.

En cuanto a la introducción, coincido en algunas de las cosas que ha dicho. Nosotros también estamos de acuerdo, y venimos trabajando a lo largo de los años, en lo que se ha venido denominando autonomía de gestión de los centros hospitalarios a través de ese instrumento que ya hemos comentado algunas veces que son los contrato-programa, que trata de fijar la actividad y el presupuesto de los centros.

Respecto a la noticia de prensa, me resulta difícil comentarla. No sé si la Directora General del Insalud encuentra o no una persona para la Dirección Provincial del Insalud de Madrid. Ese es su cometido. Supongo que lo estará buscando con sus criterios.

Entrando en la respuesta a su pregunta, la Dirección General del Insalud utiliza criterios para nombrar a los distintos cargos directivos de las direcciones hospitalarias que se basan, fundamentalmente y con carácter general, en la formación, conocimiento, capacidad y experiencia de los profesionales que pueden ser candidatos a estos puestos directivos.

El proceso de selección se realiza valorando cuestiones como la formación académica, la formación específica en gestión y la experiencia profesional, tanto en el desempeño de puestos de carácter asistencial como en los puestos de responsabilidad. Además, se tienen en cuenta otros conocimientos y habilidades complementarias del currículum, como los conocimientos administrativos, legislativos o económicos, las aptitudes de liderazgo o el conocimiento y manejo de las técnicas directivas.

La provisión de estos puestos, a tenor de lo establecido en la disposición final séptima de la Ley 31 de 1991, de Presupuestos Generales del Estado para 1992, se efectúa conforme al régimen laboral especial de alta dirección, como sabe su señoría.

Por consiguiente, la elección de los distintos candidatos se realiza, preferentemente, entre personal estatutario, con años de experiencia y reconocido prestigio, que disponen, además, en buena parte de los casos, de formación específica posgraduada en áreas empresariales o de gestión en sus diversas variantes.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: La respuesta del Subsecretario se remite a lo que podría ser la letra o incluso el espíritu de algunas normativas administrativas, pero no es lo que aplican luego. Una cosa es el espíritu, la teoría, y otra, en concreto, la realidad de nuestros días.

Los criterios de gestión no son los que predominan fundamentalmente en los diferentes cargos directivos de los hospitales, y me podría remitir también a las direcciones provinciales del Insalud. Creemos que a lo largo de los años han realizado nombramientos de personas más o menos afines ideológicamente. Usted decía antes que personas que tienen capacidad de liderazgo. Es más, yo creo que algunas veces es al contrario, ustedes han recurrido al nombramiento de personas que consideran más dóciles con lo que podrían ser las grandes normas que provienen del Insalud.

En principio han establecido una norma de comportamiento que sería, primero, los nombramientos de los cargos directivos, y después de nombrados estos cargos en diferentes hospitales, les han dado una formación. Parece que lo lógico hubiera sido nombrar a aquellas personas que tuvieran una formación, como usted ha dicho en su primera intervención, con capacidad de gestión o por lo menos que tuvieran unos criterios mínimos de lo que es la administración sanitaria. Pero ustedes, en repetidas ocasiones, han realizado nombramientos de médicos cuya capacidad como profesionales seguramente es muy buena, pero su capacidad como gestores era nula o sin ninguna cualificación específica. Y posteriormente, eso sí, les han mandado, a expensas de los presupuestos del Insalud, a formarse en los cursos de gestión. Y eso se está realizando incluso en estos días.

Tengo que hacer referencia respecto a algunos casos en particular, porque muchas veces los botones de muestra sirven para visualizar lo que se dice.

Los casos que mejor conozco son los de Aragón, tanto en Huesca como en Teruel. Ha habido directores médicos en diferentes hospitales del Insalud que su única capacidad era ser un buen profesional (un buen ginecólogo, un buen pediatra, un buen cirujano), pero en resumidas cuentas no tenían ninguna capacidad administrativa, por lo menos reconocida. En Baleares también puedo citar algunos casos. Logroño, que visité hace unos días, también podría ser otro de los ejemplos de lo que digo.

¿Qué es lo que pasa con esto? Pues que no tenemos al frente de los centros sanitarios o de las instituciones sanitarias personas con una gran capacidad de gestión, que realmente sepan lo que quieren. Y como decía usted, en el año 1994 el cumplimiento de los contratos-programa ha sido en un porcentaje muy pequeño, e incluso en algunos centros han dicho que no serían capaces de alcanzar los objetivos que se establecían en los mismos para el año 1995.

Por tanto, existen situaciones conflictivas, como decía antes, que es el caso, por ejemplo, del hospital San Jorge, en Huesca, que hemos traído a esta Comisión en repetidas ocasiones, o el caso, al que hacía antes referencia, de Logroño, con respecto al hospital San Millán y al hospital San Pedro. Todas estas cuestiones no son solucionadas por los gerentes porque no tienen capacidad y no tienen crite-

rios propios. Entonces, si a lo que es ejecución del presupuesto se uniera una buena gestión, realmente tendríamos que decir que habría menos problemas desde el punto de vista del cumplimiento de los presupuestos; habría que decir que seguramente se gastaría menos en sanidad, habría menos déficit, habría menos deuda. Y aunque nosotros, dentro de la Unión Europea, somos uno de los países que menos gasta en sanidad en relación con el producto interior bruto, seguramente con unos buenos gestores sería suficiente ese 6,6 ó 6,7 por ciento que en este momento estamos invirtiendo en sanidad.

A modo de resumen y para terminar, quiero repetir una crítica que venimos haciendo a lo largo de los años. Creemos que podría funcionar mucho mejor la sanidad, que el coste sanitario sería mucho menor y que, por tanto, la calidad asistencial sería mejor si los gestores, los gerentes y directores de los hospitales tuvieran un mayor criterio. Yo no voy a decir que sean mejores en el aspecto de que tengan capacidad de trabajo, pero sí que tuvieran criterios específicos, que tuvieran unas ideas claras de cómo debe funcionar esta empresa tan particular, como son los hospitales. Es lo único que tenía que decirle.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Villalón, me voy a permitir recordarle que su Grupo Parlamentario en el Congreso de los Diputados, el 16 de mayo del año pasado, puso sobre la mesa una moción en la que se hacía referencia a los nombramientos de los directivos de hospitales, y decía que esos nombramientos no deberían ser por libre designación, sino que deberían ser por un procedimiento de concurso oposición para gerentes y directores de gestión y servicios generales, y elección por parte del gerente entre una terna elegida por el cuerpo facultativo o de enfermería para nombramiento de los directores médicos o de enfermería respectivamente. Esa es una moción de su Grupo, insisto, del 16 de mayo, en el Congreso de los Diputados. Recientemente, en el Parlamento gallego se hizo una pregunta oral sobre si tenía prevista la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales introducir estos cambios en los hospitales de la red del Servicio gallego de salud, así como si tenía previsto cambiar la modalidad de contratación del personal directivo o mantener los contratos de alta dirección, y si le parecía al señor Consejero que las propuestas del Grupo Popular en el Congreso de los Diputados son técnicamente correctas y políticamente adecuadas. La respuesta a todas las preguntas del señor Consejero de Sanidad fueron: no.

Con esto yo creo que podemos concluir que las propuestas que hace su Grupo y su Partido en el Congreso de los Diputados en este asunto, y quizá en otros también, ni siquiera son aplicadas por un gobierno de su mismo Partido en una comunidad autónoma donde podría implantarlas. Creo que es bastante claro.

Pero si tenemos que hacernos intercambio de cromos, yo le diré, por ejemplo, por poner sólo dos ejemplos, que un Concejal del Partido Popular en el Ayuntamiento de Sa-

lamanca y Director del Hospital Martínez Anido, depende de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Supongo que ése es un criterio profesional de los que usted habla. O que el Alcalde del Partido Popular de Larouco ha sido nombrado recientemente Director Gerente del Hospital del Barco de Valdeorras de Orense, dependiendo de la Xunta de Galicia. Creo, señor Diputado, que del dicho al hecho hay un trecho.

El señor **VILLALON RICO**: Señora Presidenta, pido la palabra para hacer una matización.

La señora **PRESIDENTA**: Le ruego que sea muy breve, porque usted ha consumido el tiempo que le corresponde en exceso. Sea muy breve, por favor, un minuto.

El señor **VILLALON RICO**: Yo rogaría al señor Subsecretario que cuando entremos en debate en las próximas preguntas —ya aprovecharé el tiempo después—, no haga siempre referencia a la Comunidad Autónoma de Galicia, porque aquí lo que estamos haciendo es una sesión de control del Gobierno de la nación y sobre aquellas zonas en que tiene responsabilidad administrativa o responsabilidad ejecutiva el Insalud. El sacar las frases de un Consejero del Partido Popular yo creo que no es adecuado. Aparte de que también habría que tener en cuenta cómo se hicieron las preguntas y cómo fue la contestación del Consejero. Yo aquí hago referencia a lo que nosotros decimos y a lo que ustedes hacen, y no hago referencia ni a lo que hace el Consejero de Sanidad en Extremadura, ni en Andalucía, ni en otras comunidades autónomas. Solamente me remito a lo que es territorio Insalud, y le rogaría que me contestara con criterio y con fundamentos, no con lo que hacen otros.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Temes, puede responder, igualmente por un tiempo de un minuto.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señoría, yo quiero decirle algo que ya le he dicho en mi comparecencia anterior. Yo soy el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, y tengo, por tanto, competencias sobre todo el territorio nacional. No sólo hablo de Galicia, le he puesto dos ejemplos, aunque hay muchos más, uno es de Galicia y otro es de Castilla y León.

Por tanto, creo que estoy en mi derecho absoluto a referirme a todo el territorio nacional porque el Ministerio de Sanidad y Consumo lo es de toda España, y le he puesto dos ejemplos distintos, insisto, de dos comunidades autónomas en las que gobierna el Partido Popular.

— **SOBRE SOLUCIONES AL PROBLEMA DE LOS MEDICOS GENERALES PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/001263.)**

La señora **PRESIDENTA**: La siguiente pregunta está igualmente formulada por el señor Villalón Rico, del Grupo Popular, sobre soluciones al problema de los médicos generales para obtener el título de especialista en medicina familiar y comunitaria.

El señor Villalón tiene la palabra.

El señor **VILLALÓN RICO**: En el año 1986, la Unión Europea, entonces Comunidad Económica Europea, publica la Directiva 457, donde se establece que todos los médicos de lo que en estos momentos es la Unión Europea, para poder ejercitar su profesión en los sistemas públicos de los diferentes países miembros, tienen que tener una formación de posgraduado como mínimo de dos años —dice— para los médicos de medicina general, y luego establece los otros períodos para los médicos considerados especialistas en todo el orden de las palabras. Esto, como decía, es una directiva del año 1986, que tiene un período de carencia, podríamos establecer, de nueve años, y tiene que entrar en vigor el 1 de enero de 1995. Hay una falta total de planificación por parte del Ministerio de Sanidad, por parte del Gobierno socialista con respecto a estos nueve años en relación no solamente a la formación universitaria, desde el punto de vista de la carrera de medicina, sino incluso también a la formación posgraduada de aquellos estudiantes que terminen la carrera de medicina.

La Organización Mundial de la Salud dice que el número ideal de médicos se establecería en torno a un médico por cada 500 habitantes. Así, en grandes números habría que decir que en nuestro país, según esta Organización, lo ideal sería que hubiera 80.000 médicos. En estos momentos creo que tenemos el doble de médicos en España —hay 160.000— de lo que en principio la Organización Mundial de la Salud establece como ideal.

Como decía antes, hay una falta de planificación desde el punto de vista del establecimiento de los jóvenes que quieran estudiar medicina, dando lugar a un «números clausus» que sería lo ideal, teniendo en cuenta la sobrecarga de estudiantes y la sobrecarga de médicos en nuestro país, y hay una falta de planificación a la hora de establecer cómo se deben formar esos médicos, aunque sólo sea una formación de médico generalista.

En resumidas cuentas, desde el mes de septiembre estamos viendo la cantidad de problemas que hay en nuestras calles, fundamentalmente en la capital de España. Vemos que el Gobierno ha sido incapaz de intentar —por lo menos intentar— solucionar este problema, exceptuando los últimos días o los últimos meses.

Se establecen tres tipos de grupos de médicos afectados, que serían los profesionales médicos que están en activo, que no tienen reconocido ningún título de especialista, o por lo menos el título de especialista de medicina general, si se puede decir así, o de medicina familiar y comunitaria; está el problema de los estudiantes de medicina que terminan la carrera, a cuyas posibilidades de formación posgraduada no se les da salida, y también está el grupo de los médicos sin actividad reconocida, médicos en paro, que hacen algunas sustituciones o que trabajan dentro de lo que es la sanidad privada.

Hay que decir que en un problema tan importante como éste, que afecta a un gran número de ciudadanos españoles, el Ministerio ha sido incapaz de traer a la Cámara algunas propuestas de solución. El Grupo Popular, y me imagino que el resto de los grupos, se ha enterado de las diferentes propuestas que ha hecho el Ministerio —y en concreto el Subsecretario— a través de los diferentes medios de prensa, pero aquí, en la Cámara, nunca ha habido una explicación lógica, nunca ha habido una explicación de lo que se iba a hacer a lo largo de estos meses teniendo en cuenta no solamente el apremio en los últimos meses del año 1994, sino la situación actual en 1995.

Que yo recuerde ahora, la Ministra contestó a una pregunta oral en Pleno sobre este tema, y ahora interviene usted, a requerimiento del Grupo Popular, para contestar otra pregunta oral en Comisión. Pero, como decía, no tenemos conocimiento exacto de las soluciones que piensa dar el Ministerio a una cuestión tan importante como es la formación posgraduada de los médicos. Todas las informaciones, repito, las hemos recibido a través de la prensa.

Además, quiero decir que hemos visto que se ha cambiado continuamente de criterios o se han dado soluciones muy diversas a lo largo de estos meses. En los últimos días parece ser que se ha llegado a algún acuerdo con la Organización Médica Colegial, con los sindicatos y con los estudiantes, y ése es el motivo de nuestra pregunta: saber con exactitud de qué forma piensa solucionar el Ministerio de Sanidad y Consumo el problema de los médicos generales existentes en todo el territorio nacional para obtener el título de especialista en medicina familiar y comunitaria.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Villalón, la Cámara, como sabe, tiene la información que precise. Los miembros del Gobierno venimos cada vez que se solicita que lo hagamos y lo hemos hecho en este tema como en cualquier otro siempre que nos lo han pedido. Por tanto, supongo que la información que tienen es la que han querido recibir.

De cualquier manera, tengo idea de que se ha debatido el tema en el Congreso y ésta es la segunda ocasión en que, a petición de los señores Diputados, el Ministerio de Sanidad se persona para explicar cuál es el asunto.

No puedo estar de acuerdo con usted en que ha habido falta de planificación, en que no se ha hecho nada. Creo que España tiene un importante problema de plétora médica. Es cierto que ante la propuesta de «numerus clausus» en los años 1978, 1979 y 1980 se cedió, con lo cual entraron en cada uno de esos años alrededor de veintitantas mil personas en las facultades de medicina. Le diré, por ejemplo, que la Autónoma de Madrid pasó de 250 estudiantes por curso a 1.250, y realmente eso produjo un importante desequilibrio.

En los gobiernos socialistas se ha venido haciendo un trabajo que consistió, fundamentalmente, en disminuir el número de estudiantes de medicina, que pasó de 7.134 en 1986, a 4.015 que acabaron en el año 1993. Es decir, sí ha

habido una planificación y un descenso del número de estudiantes. Al mismo tiempo, por parte del Ministerio de Sanidad se convocaron, en la especialidad de medicina familiar y comunitaria, 359 plazas en el año 1986, que fue cuando se aprobó, como usted sabe, la directiva, y en el año 1994 se han convocado y cubierto 1.221.

Es decir, creo que está claro que ha habido un aumento muy importante de las plazas formativas y un descenso importante del número de alumnos y, por tanto, de médicos que salen de las facultades de medicina. Sin embargo, tiene usted razón, no se ha llegado al equilibrio necesario entre las personas que salen como licenciados en medicina y el número de plazas formativas que el sistema sanitario puede poner en marcha. Por tanto, se ha producido un problema evidente y que no es posible negar.

En el año 1993 se promulgó un decreto sobre ejercicio de la función de médico en medicina general en el Sistema Nacional de Salud, que además determinó los derechos adquiridos en la materia y contempló la necesidad de que a partir del 1 de enero de 1995, para el ejercicio como médico general dentro del sistema, se deba estar en posesión de algunos de los títulos o certificados que el propio decreto enumera. Es decir, sí se han hecho una serie de actuaciones ajustando la oferta de plazas formativas a la demanda y además se ha legislado sobre el particular.

La solución propuesta por el Ministerio va dirigida tanto a los licenciados pos-1995 como a los pre-1995 que hasta la fecha no han obtenido el título de especialista. Es decir, hay dos colectivos que diferencia la Directiva del año 1986 y, por tanto, hay que articular la formación de los licenciados en medicina a partir del año 1995 en un proyecto de real decreto que está en este momento en fase de tramitación y que establece las normas para la formación especializada en medicina familiar y comunitaria.

Así, en este proyecto de real decreto se ofrecen, durante cuatro años, 5.000 plazas de formación en el sistema MIR en dos convocatorias diferenciadas, una de ellas específica para la formación en medicina familiar y comunitaria, a la que sólo podrán acceder los licenciados posteriores al 1 de enero de 1995, porque, como le decía, la directiva marca la obligación del Estado español de darles formación en medicina general para ejercer en el ámbito de la Seguridad Social, incluyendo los centros privados concertados.

La prueba que realizarán estas personas tendrá un carácter distributivo, y en el caso en el que el número de aspirantes sea mayor que el número de plazas asignadas, se garantiza el derecho a ocupar las plazas en convocatorias sucesivas, bien a través de la puntuación alcanzada en el primer año, o bien con un posterior examen donde pudieran obtener una nota más favorable.

Mediante este sistema se garantiza el acceso a la formación en medicina familiar y comunitaria a todos los licenciados posteriores a 1995 que se presenten a estas convocatorias. Además de ésta, cada año habrá otra convocatoria de carácter general en la que se ofertarán el resto de las plazas, tanto de las especialidades médicas denominadas clásicas del sistema MIR, como de escuelas profesio-

nales y de medicina familiar y comunitaria. Estas últimas estarán reservadas para los licenciados anteriores a 1995. A esta convocatoria podrán presentarse los licenciados anteriores al 1 de enero de 1995 o los posteriores a esta fecha, siempre que renuncien previamente a la plaza obtenida, en su caso, en la convocatoria específica de medicina familiar y comunitaria, que, como digo, sería distributiva.

De otra parte, y en relación con los licenciados pre-1995, a los que usted se refería, la Administración ha convocado una mesa de trabajo en la que están las principales sociedades científicas, la Sociedad de Medicina General, la Sociedad de Medicina Rural y Generalista y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, para dar una solución satisfactoria a un colectivo importante de la denominada «bolsa histórica» y en la que están analizando, entre otras, las siguientes cuestiones: una denominación única y común para todos los profesionales que desarrollen su actividad en el campo de la atención primaria; unos criterios, que tratan de ser iguales, de selección del personal facultativo en atención primaria; un procedimiento restringido de acceso al título de especialista en medicina familiar y comunitaria, y la implantación de un sistema de formación continuada.

Este conjunto de medidas aportarán una solución definitiva al complejo problema de la formación especializada, lográndose una adecuación de la oferta a la demanda de formación médica especializada a partir del año 1999, en que las sucesivas ofertas anuales de formación se adecuarán a las promociones de licenciados en medicina, siempre que también se pueda ir reduciendo el número de licenciados en medicina tal y como ha propuesto el Consejo interterritorial en su día a las universidades.

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

El señor **VILLALON RICO**: En primer lugar, señor Subsecretario, si es planificación el resultado a lo largo de estos años y tenemos el problema que tenemos, ¿qué hubiera pasado si no se hubiera planificado nada? Sería terrible.

Aunque estoy con usted en que en los últimos años se ha aumentado el número de plazas convocadas por el sistema MIR, ha habido unos años intermedios, creo recordar que desde el año 1983 ó 1984 hasta el año 1987 ó 1988, en que disminuyó de forma muy importante ese número de plazas que se convocaba en el sistema MIR. Ha sido en este último trienio o en los últimos cuatro años cuando ha empezado a aumentar la oferta, en general, dentro de esta formación posgraduada.

Ya le decía antes que el Gobierno no había explicado en la Cámara estas modificaciones o las soluciones que piensa dar a este problema de la formación posgraduada de los médicos. No solamente nos hemos enterado por la prensa, sino que ésta es la segunda vez que se habla —la anterior fue en el Pleno del Congreso, ahora es en la Comisión de Sanidad—, siempre a requerimiento del Grupo Popular.

Ante un tema grave e importante como es éste, que ha originado varias manifestaciones en las diferentes ciudades españolas, creo que el Gobierno tendría que haber tomado la iniciativa de haberse presentado aquí y haber dicho: miren ustedes, aquí tenemos este proyecto, aquí tenemos estas normas para solucionar el problema. Creo que no se ha presentado, entre otras cosas, porque, como usted acaba de decir, todavía está en anteproyecto de decreto. Estamos a finales del mes de abril de 1995 y están ustedes todavía en el anteproyecto.

Hay que dar solución a varios grupos, como decía antes, y cada grupo de médicos o de estudiantes requiere una solución diferente. Yo estoy de acuerdo, por ejemplo, con lo que usted ha planteado de cara a los estudiantes que terminen este año la carrera, a partir de 1995, pero, lógicamente, tenemos que poner algunas pegas a las soluciones que se dan a los anteriores, a la denominada «bolsa histórica de médicos sin especialidad». Es un tema que se tenía que haber planteado a lo largo de los últimos años de los ochenta, o incluso primeros de la década de los noventa, no en este momento, en 1995, cuando, además, dice usted que estamos en negociación con la Organización Médica Colegial y con las diferentes sociedades médicas. En resumidas cuentas, en el mes de mayo no tienen ustedes solucionado un problema que tenían que tener resuelto, por lo menos, en diciembre de 1994.

Quiero pensar, por lo que ha dicho usted, que en la solución que tienen por lo menos proyectada en ese famoso anteproyecto de decreto —que vamos a ver cuándo ve la luz de forma definitiva— se ha optado por la formación que todos conocemos como vía MIR. Es decir, que se mantiene el sistema de médico general en la denominación de medicina familiar y comunitaria y el resto de las especialidades conocidas como hasta ahora.

Bienvenido sea eso, porque, vuelvo a repetir por enésima vez, lo que le hemos oído en diferentes medios de prensa, fundamentalmente en el ámbito sanitario, es que, en principio, se optaba por el sistema MIR, luego se optaba por otros sistemas a la hora de la formación de los profesionales de medicina general y ahora parece ser que se remiten ustedes otra vez al sistema MIR.

Yo estoy totalmente de acuerdo con este sistema. Creo, además, que en España es un sistema de formación posgraduada totalmente conseguido e incluso en otros países pretenden implantar algo parecido a lo que estamos haciendo nosotros. Pero también me gustaría saber si ustedes tienen previsto el coste económico de la formación de los profesionales de medicina familiar y comunitaria.

Hay que hacer referencia a algunos de los planteamientos de los decanos de las facultades de medicina en el sentido de que el sistema iba a ser casi insostenible desde el punto de vista económico, que la Administración española no iba a poder soportar el coste y proponían la formación de los dos años como médicos generalistas, pero por otras vías diferentes.

Tengo que repetir que estoy de acuerdo con el sistema, pero me preocupa también el coste que pueda originar esta formación posgraduada.

Para terminar, señora Presidenta, simplemente decirle que creemos que el Gobierno de la nación, el Gobierno socialista, no ha planificado nada, que ha solucionado el problema cuando lo ha tenido encima y que en ningún momento ha previsto ni ha tenido reuniones previas con los sectores afectados. Ha sido una falta total de planificación y las consecuencias las tenemos en este momento. Como muy bien acaba de indicar el señor Subsecretario, tiene un anteproyecto de decreto, pero no tiene ninguna solución efectiva a los problemas existentes en la actualidad.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): A veces me sorprende, y pretendo no hacer afirmaciones demasiado rotundas, pero en ocasiones me resulta muy complicado. Le acabo de oír hacer una defensa de la vía MIR cuando en una moción de su Grupo del 14 de diciembre de 1994, vista en la sesión plenaria del 20 de diciembre, para la aplicación de la directiva se proponía lo siguiente: presentar una normativa de regulación del acceso a la formación específica en medicina general diferenciada del sistema MIR. Yo creo que no podemos estar diciendo cosas distintas permanentemente.

Nosotros hemos hecho una apuesta por el sistema MIR. Hemos entendido que la medicina familiar y comunitaria es una especialidad más dentro de ese sistema MIR, una especialidad de tres años con una vía de acceso clara. Entendemos que eso ha elevado el nivel de formación de nuestra atención primaria.

Se dice que no se ha traído a esta Cámara, que no se ha explicado el problema. Le recuerdo que hay una proposición no de ley de varios grupos —el Socialista; el Catalán de Convergència i Unió; el Vasco, PNV, y el de Coalición Canaria— sobre este tema, creo que en el mes de diciembre. Por tanto, creo que están exponiendo cosas que no se ajustan a la realidad. Lamento tener que decirlo, señor Villalón, pero creo que es así.

Al lado de ese problema de la formación de los médicos posteriores a 1995, he señalado que hay una situación con los médicos anteriores que pueden ejercer la medicina general porque su título de licenciados en medicina y cirugía los habilita para ello, pero que desean obtener esa formación. Para ellos estamos buscando una fórmula que he esbozado aquí. Se trataría, en términos generales, de que esas personas que llevan trabajando en atención primaria varios años, tres años, que cumplan una formación tutelada por las sociedades científicas y por el Ministerio de Educación de 300 horas y superen un examen tutelado por la comisión nacional de la especialidad en medicina familiar y comunitaria, puedan tener una vía excepcional de obtención de esa titulación.

Con eso queda cerrado el problema y el sistema MIR queda como única vía en España para la formación de especialistas. Parece que estamos de acuerdo usted y yo, pero que no estamos de acuerdo su Grupo y nosotros, puesto que el Grupo Popular está diciendo algo distinto, como queda claramente demostrado.

— **SOBRE HOSPITALES CAPACITADOS PARA REALIZAR TRASPLANTES DE MEDULA OSEA. FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO (GP). (Número de expediente 181/001264.)**

La señora **PRESIDENTA**: Para formular su siguiente pregunta, sobre hospitales capacitados para realizar trasplantes de médula ósea, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Muchas veces, teniendo en cuenta que es un debate prolongado, aunque las preguntas sean diferentes, uno tiene la intención de seguir con la discusión de la pregunta anterior, porque el señor Temes siempre saca a relucir cuestiones que no son propiamente lo que en este momento nos preocupa.

Cuando yo hablaba de que si el Gobierno comparece o no, él se remite a iniciativas que presentan los grupos parlamentarios, y son cosas diferentes. También es diferente, y he hecho referencia a ello, el coste del sistema MIR para los médicos de medicina general o de medicina familiar y comunitaria, haciendo referencia explícita al proyecto de los decanos.

Gracias, señora Presidenta, por permitirme estas palabras.

Paso al texto de la siguiente pregunta sobre los trasplantes de médula. A modo de introducción hay que decir que España —y no me confundo— es el primer país de la Unión Europea en donación de órganos y no sé cómo estaremos en realización de trasplantes. Me imagino que iremos a la cabeza, pero no sé si somos los primeros o los segundos.

Yo creo que la capacidad técnica de los médicos que realizan los trasplantes es inmejorable y en ese aspecto tenemos un sistema sanitario que funciona bien, fundamentalmente por la capacidad de los médicos y de todo lo que implican los equipos sanitarios especializados en trasplantes. Además, segundo dice el doctor Matesanz, que es el coordinador general de la Organización Nacional de Trasplantes, hay algunos países de nuestro entorno que quieren copiar, si se me permite la expresión, el modelo o el sistema que tenemos.

Sin embargo, nosotros conocemos que hay algún tipo de trasplantes que por motivos diversos, ya sea económicos, por capacidad o por carecer de una infraestructura sanitaria en los diferentes hospitales, no se realizan al menos de la forma asidua que sería deseable y tal vez porque no hay una formación técnica específica para hacerlos. Me tengo que remitir, por ejemplo, a los trasplantes de pulmón y a los de médula ósea que están en el origen de mi pregunta.

El motivo de exponer esta cuestión es que las señoras y señores Diputados de la Comisión recordarán que allá por septiembre u octubre surgió en Sevilla el caso de un niño que necesitaba un trasplante de médula ósea. Ante la imposibilidad, al parecer, de que se le realizara en nuestro país, en torno a su familia se montó una pequeña campaña para conseguir los medios económicos que pudieran proporcionarles un trasplante de médula ósea en Estados Uni-

dos. Acudieron varias instituciones en apoyo de esta familia, se organizó un partido de fútbol entre los clubes del Sevilla y el Betis, y parece ser que, desde el punto de vista económico, esto terminó en un éxito.

A raíz de esto, algunos medios de comunicación que no intervinieron en esta campaña destinada a conseguir fondos económicos, e incluso el Coordinador Nacional de Trasplantes, recriminaron todas estas actitudes diciendo que en España, en muchos hospitales de la red del Insalud y de las comunidades autónomas, se podían hacer trasplantes de médula ósea.

El conocimiento que yo tengo es que no es así, que no hay muchos hospitales donde se puedan realizar trasplantes de médula ósea, que hay problemas para conseguir el órgano a trasplantar y ése es el motivo de mi pregunta, que más que de control al Gobierno sería a título informativo. Me gustaría que se pusiera de manifiesto cuáles son los hospitales que en nuestro país están capacitados para hacer trasplantes de médula ósea, ya que por lo que conozco no son la gran mayoría.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Villalón, respondo a su pregunta con mucho gusto, porque además yo creo que, como en muchos otros aspectos del trabajo que se realiza en el Sistema Nacional de Salud español, podemos estar francamente orgullosos de los profesionales, de la administración sanitaria y de la capacidad asistencial del sistema.

Sin duda, S. S. sabe que España ocupa el primer puesto a nivel mundial en cuanto a los trasplantes de médula ósea, y creo que esto dice mucho, con un total de 1.437 trasplantes de médula ósea en 1994, de los que 1.141 fueron autólogos y el resto, 298, alogénicos, tanto de donante emparentado como de no emparentado. Por tanto, quiero recalcar que España ocupa el primer nivel mundial en trasplantes de médula ósea en el año 1994. Es decir, se efectuaron 37,4 trasplantes por millón de personas, una media muy superior al 30,7 de Francia o al 29,7 de Suecia. Es cierto, y sin duda habrá que reconocerlo, que en el sistema sanitario español hay problemas, pero que tiene una alta calidad que le permite, en tratamientos complejos como los trasplantes de médula, estar en el primer puesto mundial.

La evolución de estas cifras es claramente ascendente en relación a años anteriores, habiéndose multiplicado por tras la actividad en relación al año 1990, en el que se efectuaron 477 trasplantes, y una mera extrapolación nos permite estimar que durante este año 1995 se realizarán alrededor de 1.700 trasplantes, de los que aproximadamente 350 serán alogénicos y el resto autólogos.

Respecto a los centros autorizados para desarrollar esta actividad, por los que usted preguntaba, la legislación básica en materia de trasplantes se encuentra constituida por la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplantes de órganos, y por el Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, aprobado en desarrollo de la misma.

En concreto, y en relación a los trasplantes de médula ósea por los que S. S. se interesaba, la disposición final segunda del Real Decreto 426/1980 establece los requisitos y condiciones mínimas y básicas que deben reunir los centros y servicios para desarrollar esta actividad.

En cuanto a la autorización y acreditación de centros para la realización de estos trasplantes, la misma corresponde a la autoridad sanitaria de las comunidades autónomas en la que esté ubicado el centro, tal como establece el artículo 40.8 de la Ley General de Sanidad.

Por tanto, y en contestación a su pregunta, puedo decir a S. S. que están capacitados para realizar trasplantes de médula ósea aquellos centros que, reuniendo las condiciones técnicas exigidas, solicitan y obtienen la correspondiente acreditación. Dado que lo desea, le voy a detallar los centros acreditados, que son muchos en nuestro país, en el año 1994.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Hospital Regional, de Málaga, y el Virgen del Rocío, de Sevilla; el Reina Sofía, de Córdoba; el Hospital del Servicio Andaluz de Salud, de Jerez, y el Virgen de las Nieves, de Granada.

En Baleares, el Hospital de Son Dureta, de Palma de Mallorca.

En Canarias, Nuestra Señora del Pino, de Las Palmas.

En Cantabria, Hospital Marqués de Valdecilla, de Santander.

En Cataluña, el Valle Hebrón, Valle Hebrón Infantil y Clínic i Provincial, Santa Creu i Santa Pau, Durán i Reynal, y la Clínica Corachán, de Barcelona.

En Castilla y León, el Complejo Universitario de Salamanca.

En la Comunidad Autónoma de Murcia, el Hospital General de Murcia.

En Madrid, el Hospital Clínico, La Paz Infantil, Doce de Octubre, Ramón y Cajal, Puerta de Hierro, La Princesa, Niño Jesús, Ruber, La Paz Adultos, Fundación Jiménez Díaz y La Luz.

En Navarra, la Clínica Universitaria de Navarra y el Hospital Provincial de Navarra.

En el País Vasco, Nuestra Señora de Aránzazu.

En Asturias, el Hospital Central de Asturias.

En Galicia, el Hospital Xeral de Galicia, en Santiago de Compostela, y el Hospital de Montecelo, de Pontevedra.

En la Comunidad Autónoma de Valencia, La Fe de Adultos, la Fe Infantil, el Hospital Clínico Universitario de Valencia y el Instituto Valenciano de Oncología.

Creo que es una red suficientemente extensa para poder decir que nadie, absolutamente nadie en nuestro país tiene que buscar tratamiento o trasplante de médula fuera de nuestras fronteras.

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

El señor **VILLALON RICO**: A mí me alegra oír las palabras del señor Subsecretario y la relación de hospitales de nuestro país donde se pueden hacer trasplantes de médula ósea. Me alegra oír las palabras del Subsecretario del Ministerio de Sanidad, pero me surge la duda de cuál es el motivo del caso específico que comentaba yo en la introduc-

ción de mi pregunta referido a ese niño andaluz, que ocurrió allá por septiembre u octubre, y cuál es el motivo de que con tantos centros como tenemos en nuestro país, al parecer no hubiera ninguna posibilidad de realizarle un trasplante aquí y tuviera que intentar solucionarlo en otro país.

Estoy de acuerdo con algunas de las manifestaciones que también ha hecho el Coordinador de la Organización Nacional de Trasplantes cuando habla de evitar lo que él denomina turismo de trasplantes, de salir a otros países, ya sean de la Unión Europea o a Estados Unidos, porque la capacidad técnica y la disposición de órganos es muy buena en España. He dicho al principio que estamos a la cabeza de la Unión Europea e incluso a la cabeza del resto del mundo, pero me gustaría hacer aquí una llamada a los responsables del Ministerio con respecto a la situación de ansiedad, de preocupación, de falta de expectativas o de esperanza que se produce en las familias de los enfermos que necesitan un trasplante cuando no hay una sensación de salida o no hay una solución de forma inmediata a los problemas de sus familiares. Como decía al principio, he formulado la pregunta a título informativo por desconocer la situación en España con respecto a los trasplantes, pero me llama la atención el hecho de que, ante un gran número de hospitales en nuestro país que pueden realizar este tipo de trasplantes, el caso de este niño, en particular, saliera en todos los medios de comunicación y que se organizara esa campaña para conseguir fondos y hacer el trasplante.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder al señor Villalón, tiene la palabra el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Villalón, yo pediré al coordinador de la Organización Nacional de Trasplantes que le informe puntualmente y por escrito del caso concreto al que S. S. se refiere, pero quiero decirle que es cierto que esas situaciones de ansiedad o de preocupación de los enfermos o familiares hacen que, equivocadamente aconsejados, me parece a mí, busquen soluciones fuera de nuestro país, cuando las soluciones creo que están claramente en él. Podría incluso ser al revés, es decir, que los países de nuestro entorno, a la vista de nuestras estadísticas, de los resultados y dado que somos el primer país en trasplantes de médula en el año 1994, busquen alternativas terapéuticas en España. No es infrecuente que se den situaciones como la que usted ha referido, pero pienso que corresponden más a errores en la información que permiten que los afectados planteen alternativas que, en mi opinión, en absoluto son necesarias. Creo que podemos asegurar que en el Sistema Nacional de Salud español están resueltos todos los problemas terapéuticos y en especial los relacionados con el trasplante de médula ósea. Espero haber dejado claro esto en mi respuesta.

— **SOBRE CONOCIMIENTO EXACTO POR LA DIRECCION GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DE LAS PLANTILLAS**

REALES DE HOSPITALES DEL TERRITORIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). FORMULADA POR EL SEÑOR VILLALON RICO. (Número de expediente 181/001265.)

La señora **PRESIDENTA**: Pregunta número 4, sobre conocimiento exacto por la Dirección General del Instituto Nacional de Salud de las plantillas reales de hospitales del territorio del Instituto Nacional de la Salud, territorio Insalud, que formula el señor Villalón Rico, del Grupo Parlamentario Popular, que tiene la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Es conocido por todos que en el presupuesto del Insalud, entre el 70 ó 75 por ciento es Capítulo I, es decir, personal. Por tanto, a la hora de fijar unos presupuestos serios, rigurosos y que se puedan cumplir, una vez aprobados, en el año siguiente es muy importante conocer el personal que pertenece a este organismo, dentro de todas sus instancias, ya sean sanitarias o en diferentes servicios administrativos.

Este fue el motivo que indujo a diferentes Diputados del Grupo Popular a realizar unas preguntas a finales del año 1993 o principios del año 1994 en relación a las plantillas del personal en los diferentes hospitales del territorio del Insalud. El Gobierno contestó a esas preguntas hacia los meses de marzo o abril —hace un año, aproximadamente— y tengo aquí algunas de esas contestaciones.

Tengo, por ejemplo, las contestación referida al Hospital Central de Asturias, al Hospital Virgen de la Torre de Madrid, al Hospital don Benito Villanueva de Badajoz, al Hospital General Yagüe de Burgos, y a otros centros. Llama la atención que todas las contestaciones al final sean las mismas.

En la primera pregunta, referida a la plantilla en total, se dice que se acompaña en anexo cuadros de la plantilla orgánica del Hospital Central de Asturias. En la segunda pregunta, referida al personal directivo, establece lo que es el personal directivo —que ya lo sabíamos, por supuesto—, pero dice que la información relativa a la ocupación real de estos puestos en cada hospital está siendo recabada en estos momentos y será facilitada al señor Diputado. Llama la atención que esta segunda contestación sea la misma para todos los hospitales. Después de que tardaron bastante tiempo en contestar a las preguntas que formulaban los diferentes Diputados, ustedes nos decían que esa información tenía que ser recabada.

En las preguntas número 5, 6 y 7, sobre la información relativa a la alta dirección, se venía a decir lo mismo. Establecía cuáles eran los puestos de alta dirección de los hospitales y que estos datos se facilitarían al señor Diputado en el momento en que estuvieran disponibles, sin concretar la fecha. Lo mismo habría que decir sobre los jefes de servicio administrativo; se remitía a la contestación a la pregunta número 2.

En resumidas cuentas, el espíritu de las preguntas de los diferentes Diputados del Grupo Popular, en relación a los hospitales de sus provincias o de sus comunidades autónomas que tienen asumida la competencia del Insalud, no

eran contestadas y, además, tampoco lo han sido posteriormente. Algunas, sí, pero otras, aquéllas en las que el Gobierno dijo que iba a recabar información, no lo han sido. Y nos llama la atención porque nosotros no solamente formulábamos la pregunta respecto a la plantilla orgánica; eso ya lo sabemos y, además, a través de los diferentes manuales que tiene el Ministerio se puede conocer el número de médicos, de administrativos, la dirección del hospital, etcétera, en definitiva, la plantilla orgánica. Queríamos saber la plantilla real y ésa ustedes no nos la han dado. Nosotros nos tememos que ustedes no nos contesten no porque no quieran, sino porque no saben, porque no saben cuántos y quiénes son las diferentes personas que trabajan en los hospitales de la red del Insalud.

Estas consideraciones irían unidas a la primera pregunta que hemos formulado esta mañana, relativa a la gestión. Es difícil gestionar si no se sabe con qué personal se cuenta. Es difícil gestionar, distribuir recursos y utilizar los presupuestos si, de todo un centro, de todo un organismo como es el Insalud, no se conocen los hombres y mujeres que trabajan en él. Por ello nosotros preguntamos si ustedes conocen con exactitud las plantillas reales de los hospitales del territorio Insalud.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Empezaré por hacer una matización que creo que es de interés. El Capítulo I en el Insalud es el 52 por ciento, no el 75. En los hospitales las cifras están entre el 68 y el 75 por ciento, pero en el presupuesto del Insalud, el Capítulo I, es del 52 por ciento, que es, con todo, una parte muy importante.

El Insalud es una organización, una empresa compleja, tanto por la variedad de los centros y servicios de que dispone como por las distintas categorías, situaciones administrativas y estatutarias del personal que integra su plantilla. Señor Villalón, a pesar de ello y en contra de lo que usted parece que estima, el Insalud conoce la dotación real, real —insisto— de su plantilla de personal, tanto en lo que respecta al nivel central como al periférico y no sólo desde un punto de vista numérico, sino también en cuanto a cualificación, distribución por categorías y centros, y lo sabe desde hace bastante tiempo. Como, además, S. S. sin duda sabe, el número de efectivos está limitado por las plantillas orgánicas de cada centro denominado centro de gasto, en las que se detallan numéricamente las cantidades máximas de personal, diferenciadas por categorías profesionales. Estas plantillas orgánicas, autorizadas por la Dirección General del Insalud lo son a propuesta de la gerencia de cada uno de los centros, previo informe favorable de la subdirección general de personal, así como de las subdirecciones generales de asistencia especializada o de atención primaria, según sea el caso.

Quiero insistirle, por todo ello, en que la Dirección General del Insalud conoce en todo momento y con exactitud las plantillas orgánicas de todos y cada uno de los centros de gasto dependientes de ella.

Por otra parte, en lo que se refiere al número de efectivos reales de los que usted hablaba, que prestan servicios en cada una de las instituciones sanitarias del Insalud, la Dirección General del Insalud recibe cada trimestre información detallada desagregada por especialidades y categorías profesionales de los efectivos reales del Instituto. En consecuencia, creo que puedo afirmar que la Dirección General del Insalud conoce con exactitud lo que podríamos denominar plantilla real, es decir, personal fijo e interino que ocupa plaza vacante de todos los centros de gasto del Insalud. Esta información trimestral refleja la lógica variabilidad numérica de una institución de las características y complejidad del Insalud; no puede ser más que una foto fija de ese momento.

Para ilustrar a S. S., puedo señalarle que a 31 de diciembre de 1994 el total de los efectivos reales en las instituciones sanitarias del Instituto Nacional de la Salud ascendía a 131.021 personas de las que 100.598 prestaban sus servicios en atención especializada, que es a lo que se refiere la pregunta del señor Diputado, y lo hacían con el siguiente desglose: 587 personas de personal directivo, 16.101 de personal facultativo, 52.152 de personal no facultativo y 29.752 de personal no sanitario.

La señora **PRESIDENTA**: Para un turno de réplica, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Voy a terminar esta serie de preguntas en la réplica que me corresponde.

Usted me da ahora unos datos globales, pero a nosotros nos gustaría conocer, como preguntamos en su momento, hospital por hospital. Me llama la atención que, conociendo los datos globales, no conozcan o no nos hayan querido dar los datos de los hospitales correspondientes. Ya le he dicho que a mí me da la sensación de que no es que tuvieran ustedes mala fe y no quisieran informar a la oposición, sino que es que, cuando se va al detalle de esta cuestión, porque usted podríamos decir que ha hecho referencia a los grandes números, es cuando ustedes no conocen en concreto las diferentes situaciones. Y no las conocen porque realmente se está viendo en los diferentes hospitales que, no solamente por la situación de los médicos contratados o interinos, de otro personal administrativo o no sanitario, se realizan algunas actuaciones, por denominarlo así, que no solamente no son conformes a la Ley sino incluso no lo son a lo que podría ser la gestión sanitaria.

Se conocen casos donde hay incorporación a los equipos directivos que no tendrían que ser, se conocen casos de médicos de plantillas que están adscritos a diferentes servicios de donde están trabajando y se conocen casos, en resumidas cuentas, donde el personal administrativo no es el adecuado con respecto a las necesidades de esos centros sanitarios.

Yo tengo que decir al señor Subsecretario que nos gustaría saber con exactitud el número de personas que constituyen las plantillas de los diferentes hospitales. Usted dice que reciben información trimestralmente; yo le solicitaría, a partir de ahora, que nos diera la información a 31 de marzo de este año de todos los hospitales a que en su momento hicimos referencia, teniendo en cuenta el perso-

nal directivo, no lo que está estructurado como plantilla orgánica, que no nos sirve para nada, sino exactamente el número de personas y cargos que en ese momento ostentan en las direcciones hospitalarias; el número de médicos, tanto especialistas como aquellos que se denominan médicos de urgencia o médicos de puerta en los diferentes hospitales, que no tienen que ser propiamente especialistas sino que pueden ser médicos de medicina general, el número de las personas que constituyen la enfermería, ATS y diplomados en Sanidad, las personas de la Administración de los diferentes hospitales y los otros servicios de apoyo que hay, como pueden ser los de lavandería o servicios técnicos dentro de los hospitales.

Todo esto es lo que nos gustaría saber en concreto, para conocer realmente, con respecto a los presupuestos generales del Estado, las posibilidades de gasto en los diferentes centros sanitarios. Esto es lo que no hemos recibido, y le estoy diciendo que hace casi dos años que iniciamos esta serie de preguntas, y, aunque usted nos ha dado unos datos globales, nos gustaría ir al dato en concreto, aunque mantenemos la duda de que nos los puedan dar, porque, a lo largo de estos años hemos visto que, por las circunstancias que sean —me voy a remitir a mi primera pregunta—, fundamentalmente por la mala gestión de los hospitales, no conocen ustedes esos datos.

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

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Temes Montes): Señor Villalón, yo siento dejarle sin otro argumento. Le voy a dar los datos, tal y como pide, a 31 de marzo, de cada uno de los hospitales de la red del Insalud, y no va a tener usted más dudas, pero también se va a quedar sin un argumento, repito. Lo siento porque para los debates hacen falta argumentos.

Usted ha dicho algunas cosas con las que no puedo estar de acuerdo; ha hecho una serie de denuncias muy generales sobre si hay incorporaciones de personal a los equipos directivos que no tendrían que hacerse. A mí me gustaría que me dijera quién, dónde, cómo, y que no hiciésemos afirmaciones de ese tipo, porque a lo mejor sí puede estar, sí tiene que estar y cumple toda la normativa vigente y estamos lanzando, una vez más, afirmaciones que no se corresponden con la realidad.

Después, ha dicho personas que no están en el servicio. Comisiones de servicio, como usted sabe, las ha habido, las hay y las habrá, y corresponden a una lógica de una organización que tiene recursos muy diversos y que puede, por común acuerdo con los profesionales, distribuirlos de la manera que considere más oportuno. Eso es plenamente legal, no lo hay solamente en el Insalud, sino, como es lógico, en todos los servicios transferidos, y creo que tiene que seguir habiéndolo. Pero conste mi compromiso de que tendrá usted los datos que solicita a 31 de marzo sobre plantillas reales.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Subsecretario de Sanidad y Consumo.

Concluida la primera parte del orden del día de la sesión de la Comisión correspondiente al día de hoy, vamos a despedir al señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad, agradeciéndole su presencia en la Comisión, y vamos a suspender la sesión de la Comisión hasta las doce, hora en que, tal como consta, iniciaremos el debate de las proposiciones no de ley.

Quiero trasladar a SS. SS. que, a petición de algunos de los portavoces, se ha solicitado a esta Mesa que se proceda a las doce, al inicio de la segunda parte, al debate de las proposiciones y que la votación se haga en todo caso no antes de las trece horas. Lo hemos acordado así y se lo recuerdo a sus señorías.

A las doce, como digo, reiniciaremos la sesión.

Se reanuda la sesión a las doce del mediodía.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión de la Comisión de Sanidad con la segunda parte del orden del día: debate y votación de proposiciones no de ley.

Se ha producido alguna sustitución en los distintos grupos. En el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, doña Mercè Rivadulla sustituye a la señora Maestro; y el señor Gilet, del Grupo Parlamentario Popular, sustituye al señor Burgos.

DEBATE Y VOTACION DE LAS SIGUIENTES PROPOSICIONES NO DE LEY:

— POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A MANTENER EL SERVICIO NORMAL DE URGENCIAS NOCTURNAS DE LA ZONA DE SALUD DE LEVANTE, DE LA ISLA DE MENORCA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 161/000338.)

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a mantener el servicio normal de urgencias nocturnas de la zona de salud de Levante, de la isla de Menorca. Esta proposición no de ley la presenta el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra la señora Rivadulla para su defensa.

La señora **RIVADULLA GRACIA**: Señorías, nuestro grupo presentó esta proposición no de ley y tiene registro de entrada de fecha 23 de noviembre de 1994. Justamente en esos días fue cuando el Gerente del Insalud dio a conocer a la población de Menorca que se iba a proceder a la supresión del servicio normal de urgencias de la zona de salud de Levante. Es por eso que en su parte dispositiva la proposición no de ley dice que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a mantener el servicio normal de urgencias nocturnas de la zona de salud de Levante, de la isla de Menorca.

Algún diputado me ha hecho ver la conveniencia de cambiar el texto de esta proposición no de ley, puesto que

la gerencia del Insalud ha dado un poco marcha atrás en esta propuesta de supresión, que debía haber entrado en vigor a partir del 1.º de marzo, pero lo cierto es que no se ha tomado todavía una decisión sobre la supresión o no de este servicio normal de urgencias que funciona en Dalt de Sant Joan, en la isla de Menorca.

Traigo aquí, de alguna manera, la preocupación de la Junta de Personal del Insalud de Mahón, Menorca, en el sentido de los trastornos y la reducción de la calidad que tal medida produciría en las prestaciones sanitarias en Menorca. Efectivamente, la propuesta es cerrar el servicio normal de urgencias de Dalt de Sant Joan, a partir de las 22 horas hasta las ocho horas de cada día. Esto sería compensado con un servicio del 061 que sería cubierto a través de un solo facultativo y una enfermera. Si tenemos en cuenta que la zona de levante donde se enclava este servicio normal de urgencias es la zona más poblada de Menorca, que cubre Mahón, Sant Lluís, Es Castell, Sant Climent y Llucmaçanes, nos podemos dar cuenta de la importancia que tiene la supresión de este servicio, pues quedarían sin asistencia pública domiciliaria esas poblaciones a partir de las 22 horas de cada día hasta las ocho de la mañana. Eso comportaría forzosamente, como así lo ha hecho conocer la Junta de Personal del Insalud, una sobrecarga del hospital de Mahón, que tendría que acudir a servicios de asistencia urgentes, con una saturación de las urgencias del hospital y se produciría una menor calidad del servicio asistencial.

Aparte de estas razones, es asombroso que la supresión de ese servicio normal de urgencias, sin embargo significa un encarecimiento y unos gastos que serían alrededor de diez millones año. Esta supresión comporta romper con la filosofía de potenciar la atención primaria, separándola de la hospitalaria, como así se recoge en la Ley General de Sanidad.

La medida, que ha sido anunciada por la gerencia del Insalud, ha creado gran crispación social en la isla de Menorca, que teme que una de las medidas importantes que se habían puesto en marcha que eran los centros de asistencia primaria de Dalt de Sant Joan y Alayor, que además redujeron en gran medida las atenciones que con carácter de urgencia se estaban realizando en el hospital de Mahón y que recibió el visto bueno y las felicitaciones por parte de la misma gerencia a través de la prensa de cómo el hospital de Mahón ha decrecido en el nivel de atenciones de urgencia y se ha desplazado a los otros centros de salud que se corresponden con la asistencia primaria, como digo, de aplicarse esta medida significaría un paso atrás en la filosofía que contempla la Ley General de Sanidad de potenciar la asistencia primaria en contra de la atención hospitalaria.

Mantenemos esa proposición no de ley porque el problema no se ha resuelto, como he dicho al inicio de mi intervención. De momento hay una suspensión de la decisión y ha habido, por parte de la gerencia, unas manifestaciones en el sentido de que no se tomaría ninguna medida que crease crispación social. De cualquier manera, como es un problema vigente y que está preocupando a los beneficiarios de la sanidad pública de la isla de Menorca y al personal que en ella trabaja, someto a la consideración de

esta Comisión la proposición no de ley y espero que sea votada favorablemente por los grupos parlamentarios.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean fijar su posición? (Pausa.)

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

El señor **GILET GIRART**: Oída la defensa de la proposición no de ley y leído previamente su contenido, nos encontramos ante una situación hipotética en cuanto a que la proposición no de ley insta al Gobierno a mantener el servicio normal de urgencia nocturna de la zona de salud de Levante, de la isla de Menorca, siendo así que tal mantenimiento se viene produciendo sin ninguna interrupción desde que, en abril de 1991, se inauguró el centro de Dalt de Sant Joan. Es decir, nos encontramos con una hipótesis ante la que la postura del Grupo Parlamentario Popular sería absolutamente diferente a la que se pueda mantener en estos momentos.

Insisto en que se mantiene abierto ese centro de salud en cuanto a las urgencias nocturnas, con independencia de la rentabilidad, desde el punto de vista sanitario naturalmente, visto el número y los diferentes porcentajes que se atienden en el total de urgencias. Me estoy refiriendo a las urgencias entre las 23 y las nueve horas de la mañana. Siendo así que se mantiene ese centro, es difícil instar al Gobierno a que siga en esa postura. Podría ser diferente si hubiese un cambio en cuanto a las decisiones que pudiese tomar el Director provincial del Insalud en Baleares, respecto a la persistencia en el mantenimiento del servicio de urgencias nocturnas.

Consecuentemente, y como se ha manifestado, hubo una instancia inicial de suprimir ese servicio nocturno, pero se produjo un cambio en esos criterios iniciales, y el Grupo Parlamentario Popular entiende que difícilmente puede prestar apoyo a lo que no existe.

Por tanto, y en aras de la brevedad, la postura del Grupo Parlamentario Popular con relación a la proposición no de ley y a su texto en cuanto a la parte del «petitum», será la abstención.

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

La señora **VICENTE GARCIA**: Después de la intervención de la portavoz del grupo parlamentario de Izquierda Unida que dice está en suspensión la supresión de esta zona, nos congratulamos que exista un diálogo y que se pueda llegar a un acuerdo. Como lo que estamos debatiendo aquí es la proposición no de ley que presenta, quiero decir que las dos afirmaciones que se contienen en esta proposición no de ley no se ajustan a la realidad.

No es verdad que la centralización de las urgencias nocturnas en el hospital de Mahón para la zona básica de salud de Levante suponga una disminución en los niveles actuales de asistencia. Tampoco esta medida vulnera o es contraria a los criterios que se desprenden de la Ley General de Sanidad.

Sería necesario ver en qué se basa el plan de ordenación de los servicios de urgencias elaborado por el Insalud para el área de salud de Menorca que va encaminado, sobre todo, a mejorar la calidad de la asistencia de las urgencias extrahospitalarias y hospitalarias, al mismo tiempo que evita la duplicidad de recursos existentes para atender las urgencias nocturnas.

Dentro de este plan, se puede destacar fundamentalmente la implantación de servicios de emergencia médica a través del teléfono 061, cuya base asistencial está situada en el Hospital «Virgen Monte de Toro», que estará equipada con una UVI móvil y comunicada con la central.

A nivel de atención primaria, la red está constituida por tres puntos de atención continuada, uno en cada una de las tres zonas básicas de salud del área. Asimismo, el centro de salud más distante del hospital dispondrá de una ambulancia medicalizable. Es decir, por la organización que se pretende en este plan de ordenación, el área de salud posee los mismos puntos de atención de urgencias que hasta la fecha, pero bien es verdad que coordinados e integrados en una red a través del servicio 061.

Por otro lado, los coordinadores de los equipos de atención primaria de las zonas son los responsables funcionales de las urgencias extrahospitalarias, siendo el responsable funcional de la urgencia hospitalaria el jefe de servicio de esta unidad en el hospital. Se crea también la figura del coordinador de urgencia del área de salud de Menorca, que es el encargado de la coordinación en el sector.

Dicho lo anterior, y centrándonos en lo que es la zona básica de salud de Levante, donde se sitúan el hospital y el centro de salud —por cierto separados un kilómetro— las urgencias se atenderán todos los días, de nueve de la mañana a diez de la noche, por el equipo de atención primaria en el centro de salud. Las emergencias serán derivadas directamente al hospital, y a partir de las diez de la noche las urgencias pasan a ser atendidas en el hospital.

Por otro lado, el servicio de urgencias del hospital dispondrá de dos médicos y no de uno, como decía anteriormente la portavoz de Izquierda Unida (uno estará fijo en el hospital, y el otro para atender la unidad móvil), además de uno o dos residentes de medicina familiar, dependiendo de la época del año, que atenderán las posibles urgencias domiciliarias nocturnas.

No podemos estar de acuerdo con la afirmación de que en la zona de salud de Levante, por el hecho de que a partir de las diez de la noche hasta las ocho de la mañana del día siguiente, las urgencias pasen a ser atendidas exclusivamente en el hospital, se produzca una disminución de los niveles de asistencia. Simplemente se produce una modificación del espacio físico donde se presta la asistencia de urgencia, y con ello se evita, vuelvo a decir, la duplicidad de recursos.

Por otro lado, teniendo en cuenta la actividad de la zona, el posible aumento de la demanda de urgencia en el hospital no supone disminución en la calidad asistencial, y es perfectamente asumible por el personal del servicio de urgencias del centro que, además, se incrementa en dos médicos y tres enfermeras.

No podemos estar de acuerdo tampoco en que el plan de ordenación de urgencias sea contrario a los criterios de la Ley General de Sanidad, tal y como dice el grupo proponente, ya que precisamente este plan potencia la integralidad de la prestación de los servicios, garantiza la adecuada coordinación y, al tiempo, asegura que la atención que se presta sea la más adecuada.

Por todo lo dicho anteriormente, creo queda claro que nuestro grupo va a votar en contra de esta proposición no de ley. **(La señora Rivadulla Gracia pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Rivadulla.

La señora **RIVADULLA GRACIA**: Para una cuestión de orden, señora Presidenta.

Creo que se produce una confusión entre la letra y el espíritu de la proposición no de ley. Entiendo que mantener significa no solamente tener, sino mantener en el tiempo; pero si, de cualquier manera, esto representa un obstáculo insalvable para el voto del Grupo Popular, diría que estaríamos conformes si se aceptase el hecho de que, en vez de mantener, se dijera no suprimir el servicio normal de urgencias nocturnas de la zona de salud de Levante, de la isla de Menorca.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Rivadulla, le recuerdo que acaba de presentar usted una enmienda «in voce» en la Comisión; no es posible aceptarla desde el punto de vista reglamentario ni desde el punto de vista procedimental, que es exactamente lo mismo.

La señora **RIVADULLA GRACIA**: Lo lamento, señora Presidenta, pero vengo de una Comisión en la que sí se admiten enmiendas «in voce».

La señora **PRESIDENTA**: Me informa el letrado que, efectivamente, son posibles las enmiendas «in voce», pero siempre para corrección de estilo de alguna enmienda ya presentada, no para presentarla como primera iniciativa a lo largo del debate de la Comisión.

La señora **RIVADULLA GRACIA**: Como yo sí he dicho que esta proposición es de 23 de noviembre y tenía que haber entrado en vigor este asunto el 1.º de marzo, «mantener» significa, efectivamente, no suprimir.

— **POR LA QUE SE AMPLIA EL TIPO DE VACUNAS INCLUIDO EN EL CALENDARIO OBLIGATORIO DE VACUNACION. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000368.)**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la segunda proposición no de ley. Proposición no de ley por la que se amplía el tipo de vacunas incluido en el calendario obligatorio de vacunación. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra el señor Villalón.

Les recuerdo, señorías, que al finalizar la primera parte de la sesión de la Comisión, por acuerdo de la Mesa, hemos quedado en producir la votación a partir de la una de la tarde.

Señor Villalón, cuando quiera, tiene la palabra para la defensa de su proposición no de ley.

El señor **VILLALON RICO**: En primer lugar, me gustaría hacer una pequeña corrección al texto de la proposición no de ley, aunque la vamos a dejar como está, pero es simplemente para información de las señoras y señores diputados, respecto al texto y a las vacunas en sí. Cuando decimos «y contra la meningitis», para ser más exactos en el término debería decir «contra la bacteria haemophylus influencia tipo B».

Dicho esto, voy a exponer las razones que nos han llevado a presentar esta proposición no de ley. En principio, toda la sanidad preventiva depende de las comunidades autónomas, ya sean aquellas que tienen plenas competencias, como las que no; pero sí nos parece oportuno que desde el Estado se haga la unificación de criterios a la hora de establecer el calendario de vacunaciones. No sólo es un criterio del Grupo Popular, sino que la Asociación Española de Pediatría así lo ha manifestado en reuniones que ha tenido recientemente, dirigiéndose incluso al Gobierno de la nación para que en el calendario de vacunaciones se incluyan las vacunas contra la hepatitis B y el «haemophylus» influencia, también tipo B; incluso hace otra recomendación respecto a lo que llama una dosis de recuerdo de la triple vírica a los 11 años.

Pero remitiéndonos a lo que nosotros establecemos en nuestra proposición no de ley, respecto a la hepatitis y al «haemophylus» influencia, hay que decir que sería oportuno modificar ligeramente el calendario, simplemente incorporando estas vacunas desde el mismo momento del nacimiento de los niños españoles hasta los 16 años, incluidos los diferentes períodos de vacunaciones.

Pero no solamente son el Grupo Popular y la Asociación Española de Pediatría quienes han manifestado estos criterios, sino que en reunión reciente del Consejo Interterritorial de Sanidad, parece ser que uno de los acuerdos que se tomaron en la última reunión de la Comisión de Salud Pública fue encargar el establecimiento de un calendario de vacunaciones único, y se encargó su elaboración al ministerio. Es decir, a través de esta Comisión de Salud Pública, el Consejo Interterritorial, que coordina toda la sanidad estatal, desde las comunidades autónomas a lo que es la Administración central, parece que están en la línea de que haya una reorganización o unificación de criterios respecto al calendario de vacunaciones.

Decimos que era necesario por armonizar las campañas en sí, por establecer unos criterios unificador y que haya una información para todas las familias, teniendo en cuenta las posibilidades de traslado de unas comunidades autónomas a otras. Hay que tener en cuenta que respecto a estas dos vacunas así como hay comunidades autónomas que ya lo tienen establecido como vacunaciones obligatorias hay otras que no y nos parece oportuno que desde la

Administración central se coordine esta política de sanidad preventiva.

También habría que hacer, lógicamente, alguna referencia a las consecuencias de estas enfermedades en aquellas zonas donde por el momento no están establecidas estas vacunas. Los datos que nos dan las revistas sanitarias y todas aquellas fuentes de información en las que se tratan temas de sanidad, nos dicen que cada año se diagnostican en nuestro país más de 1.500 casos de meningitis bacteriana. Nos dicen que las secuelas están en torno al 4 por ciento, las complicaciones al 5 por ciento y los fallecimientos están en el 2 por ciento. Realmente las cifras son pequeñas, pero si se tomaran medidas tan simples como la vacunación, todas estas complicaciones, secuelas y fallecimientos no se producirían.

Hay que decir que, por ejemplo, en mi comunidad autónoma, donde en principio no está establecida la vacuna contra la meningitis, está previsto implantarla. También hay que decir que han aumentado los casos de meningitis por el «haemophylus» influenza y también que los pediatras, como decía anteriormente, alertan sobre el incremento de casos de meningitis. Para muestra, algún botón. Por ejemplo, hace poco el fallecimiento de un niño por meningitis fulminante en Badajoz; cuatro niños ingresados en un hospital afectados de meningitis en la provincia de Granada. En resumidas cuentas, diferentes casos que pueden ser buenos botones de muestra respecto a la peligrosidad de esta enfermedad que, además, está en nuestras manos curarla de forma preventiva.

Respecto a la hepatitis B, otro tanto habría que decir. Estoy leyendo alguna información sobre el Servicio Andaluz de Salud. En Andalucía se prevé una vacunación masiva contra la hepatitis B para niños —dice— pertenecientes a grupos de riesgo. Hay que decir que en las mismas comunidades autónomas donde no está establecida de forma habitual esta vacuna contra la hepatitis B sí se vacuna a lo que se denominan niños de riesgos, es decir, hijos de padres que puedan tener algunas enfermedades que lleven implícito el riesgo posterior. Por parte de los científicos se establece la relación molecular —dice esta información— entre la hepatitis B y el cáncer hepático; incluso otros científicos apuestan por lo que llaman la vacuna combinada antihepatitis A y B.

En resumidas cuentas, señora Presidenta, nosotros consideramos que está en nuestras manos prevenir todas estas enfermedades, prevenir que haya niños, ciudadanos en resumidas cuentas, que corran el riesgo de fallecimiento o, cuando menos, de secuelas y complicaciones médicas y que el Gobierno, desde un punto de vista de coordinación de todas las instituciones sanitarias y, por tanto, de estructurar y coordinar para que todos los ciudadanos, en la comunidad autónoma en la que vivan, tengan seguridad respecto al estado de su salud, consideramos, repito, que sería bueno establecer dentro del calendario de vacunación esta obligatoriedad de vacunarse contra la hepatitis B y contra el «haemophylus» influenza.

Simplemente para terminar, daré un dato que es una cuestión casi anecdótica. Algunos equipos deportivos, ya sean de fútbol o de baloncesto, han establecido dentro de

sus actuaciones sanitarias y respecto a sus jugadores las vacunaciones contra la hepatitis, lo que pone de manifiesto el hecho de que la sociedad está preocupada por la situación general. Creo que en nuestras manos está solucionar esta preocupación de los ciudadanos.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean intervenir para fijar su posición? (**Pausa.**)

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

El señor **GATZAGAETXE BARRIA BASTIDA**: Para manifestar la posición del Grupo Parlamentario Vasco. Queremos decir que nos encontramos ante una situación, en la que, primero, se requiere el deslinde de la competencia en la materia. La proposición no de ley que plantea el Grupo Parlamentario Popular, que tiene buena intención, primero hay que analizarla desde este punto de vista. Como se ha dicho por parte del interviniente, cualquier resolución que pueda adoptar esta Cámara puede influir políticamente en aquella administración que depende de la misma, que es la Administración central del Estado.

En este sentido, hay que distinguir que una resolución parlamentaria puede dirigirse a la Administración central responsable en materia de sanidad, pero no puede entrar en el ámbito de competencias de las comunidades autónomas. Lo que sí podrá haber, y estoy de acuerdo con lo que se ha dicho por el portavoz del Grupo Popular, es una coordinación, pero no una imposición porque ese acto estaría viciado de nulidad por incompetencia en la materia.

Si entramos en el fondo de la cuestión, a nuestro grupo parlamentario le parece oportuno que se haya presentado esta iniciativa parlamentaria porque suscita un debate interesante que coincide, además, aparte de los riesgos que implica este tipo de hepatitis, con una campaña de la industria farmacéutica para la prescripción de este fármaco. Hay constancia fehaciente de que existe una ofensiva de la industria farmacéutica en cuanto a la inclusión de la vacuna para este tipo de meningitis y, por tanto, creo hay que dejar clara esa cuestión.

También queremos referirnos a que recientemente ha habido una reunión del Consejo Interterritorial de Sanidad, en el que están representadas la administración sanitaria central y las autonómicas, y no se ha estimado oportuno en este momento que se incluyera como obligatoria en el calendario la vacunación para este tipo de meningitis. Se ha acordado profundizar en los estudios de carácter epidemiológico sobre la influencia y resultados de esa modalidad de hepatitis, pero en este momento nuestro grupo parlamentario tampoco tiene criterio político suficiente y riguroso para conocer su trascendencia y, por tanto, nos remitiríamos al acuerdo, que creo fue unánime, de todos los representantes de las administraciones sanitarias autonómica y central, sobre esta cuestión para seguir profundizando en los estudios epidemiológicos.

En consecuencia, no estamos de acuerdo plenamente con el planteamiento del Grupo Parlamentario Popular y por tanto nuestro grupo se va a abstener en la votación.

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

El señor **CARDONA I VILA**: Vamos a fijar nuestra posición en relación a la proposición no de ley, que pide se emplee un tipo de vacunas determinado dentro del calendario obligatorio de vacunaciones, incorporando estas dos vacunas contra la hepatitis B y contra la meningitis producida por el «haemophylus» influencia.

En cuanto a la política de vacunación contra el «haemophylus» influencia tipo B, nuestra posición está en no incluir la vacuna simple en el calendario de vacunaciones sistemáticas habida cuenta de la relativa baja incidencia de la enfermedad y porque, además, podría inducir a una falsa seguridad de prevención, ya que en la práctica evita el 7 por ciento de las meningitis purulentas. En este sentido, creemos necesario efectuar estudios sobre la incidencia de la enfermedad invasiva y en especial de la meningitis por «haemophylus» influencia tipo B en las diferentes comunidades autónomas, puesto que estos estudios epidemiológicos nos podrían dar un mayor soporte científico y, además, puede haber diferentes variedades entre las distintas comunidades autónomas.

Por tanto, entendemos conveniente promover el registro de la vacuna cuádruple —difteria, tétanos, tos ferina—, la DTP más el «haemophylus», controlando la evolución epidemiológica y, en una fase posterior, reconsiderar el tema cuando se disponga de esta vacuna cuádruple.

Referente a la vacuna contra la hepatitis B, que en Cataluña se administra de forma sistemática a los niños de 12 años, hay grupos considerados de riesgo, bien sean sanitarios, prostitutas, homosexuales, etcétera, hasta unos catorce sectores que pueden pedir su administración de forma gratuita. Entendemos que esta vía es más racional y más adecuada a la situación epidemiológica de la enfermedad en los momentos actuales.

Por todo ello vamos a votar en contra de esta proposición no de ley.

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

El señor **GIMENO ORTIZ**: Señorías, el Grupo Parlamentario Socialista comparte con el Grupo Parlamentario Popular, desde la convicción más absoluta, que una de las acciones más eficaces de política sanitaria ha sido y es la inmunización colectiva de las poblaciones y, además, desde este punto de vista, queremos expresar que tanto el Gobierno como el grupo tenemos una especial sensibilidad sobre todo en los temas de prevención; sin embargo, no podemos apoyar la proposición no de ley por varias razones fundamentales.

Como SS. SS. conocen, las leyes orgánicas por las que se aprueban los distintos estatutos de autonomía establecen que las comunidades autónomas asuman el ejercicio de su autogobierno y, de otro lado, a través de los reales decretos de transferencias de la Administración central,

todas las comunidades autónomas han asumido las competencias en sanidad e higiene y entre ellas el punto concreto de todos los programas tendentes a la promoción y protección de la salud, particularmente de la infantil. Esto significa que todos los calendarios de inmunización son competencia de las comunidades autónomas, no de la Administración central y, en consecuencia, con dificultad podemos instar al Gobierno a realizar algo para lo cual no es competente, si bien es cierto que una vez determinada la competencia de las comunidades autónomas, corresponden al Estado, según lo dispuesto en el artículo 149 de la Constitución, las bases y la coordinación general sanitaria. Sin embargo, esta actuación sólo sería necesaria si estuviese justificada desde el punto de vista de la situación epidemiológica y siempre previa determinación de la eficacia contrastada de la actuación establecida como básica y con los criterios científicos que la sustenten.

Hay que recordar que los calendarios de vacunación infantil no tienen carácter obligatorio, sino de recomendación y que ese mismo carácter, desde nuestro punto de vista, hace poco apropiada la materia para el establecimiento de una normativa de carácter básico.

En cualquier caso, el Grupo Popular podría pedir que se estableciese la coordinación a través del Consejo Interterritorial de Sanidad como órgano de información y coordinación permanente. En este sentido, desearía señalar a S. S. que la Subcomisión de Salud Pública y, por tanto, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ya recomendó en el año 1992 a las comunidades autónomas la vacunación de los jóvenes adolescentes de 12 a 13 años. Tan cierto es lo que le estamos comentando que, por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Extremadura, junto con la de Cataluña, fueron las primeras en establecer o introducir la vacuna contra la hepatitis B en la población escolar, y que mediante el Decreto 5/1992, de 28 de enero, se regula el programa de vacunación de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se introduce en el calendario de vacunación infantil la vacuna contra la hepatitis B.

Quiero recordar a SS. SS. que 1992 es precisamente el año en que la asamblea de la Organización Mundial de la Salud aprobó una resolución instando a todos los países miembros a implantar en sus calendarios la vacunación anti H-B en lactantes y adolescentes. Por tanto, la medida que propone el Grupo Popular, a través de esta labor de información y coordinación con los servicios de salud de las comunidades autónomas, la estableció el ministerio a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Respecto a la vacuna contra el «haemophylus» influencia tipo B, recordar al Grupo Popular que recientemente, en una reunión de 3 de abril, el Consejo Interterritorial destimó la vacunación de forma sistemática y universalizada a toda la población infantil.

Es cierto que el Consejo Interterritorial se propone como uno de sus objetivos establecer o aproximar un calendario único y quedó en que la Dirección General de Salud Pública realizará una propuesta tendente a este objetivo. También se acordó continuar profundizando en los estudios epidemiológicos sobre el «haemophylus» influen-

cia tipo B y, de acuerdo con sus resultados, tomar las decisiones oportunas.

Como antecedentes, también recordar a don César Villalón que en marzo de 1993 se celebró en el Instituto de Salud Carlos III una reunión entre especialistas de salud pública tanto de las comunidades autónomas como de la Administración central. En esa reunión se tomó la decisión de acotar las indicaciones de la vacunación; es decir, se acordó acotar en la ficha técnica, en el prospecto, que esta vacunación se dirigiría a los chavales de dos a cinco años en grupos específicos y, por tanto, no se acordó la vacunación generalizada y sistematizada.

En consecuencia, existe una razón política fundamental para oponernos, cual es la competencia en este tema de las comunidades autónomas. Quiero señalar, una vez más, que el Ministerio, a través del Consejo Interterritorial, sí realizó su papel de órgano de información y de coordinación con los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas y que se mostró desfavorable a la vacunación del «haemophylus» tipo B hasta que no se realizasen estudios más profundos con relación a la situación epidemiológica.

Sabemos que estamos en la Comisión de Sanidad, donde tiene que haber un debate político y donde los argumentos, los contraargumentos y las exposiciones tienen que ser políticas, pero no podemos obviar que su proposición no de ley, tal como usted la ha redactado, es totalmente confusa, puesto que la meningitis sí tiene padre y madre. Usted, al inicio de su intervención, ha querido subsanar este error. Le recuerdo que lo que ustedes han hecho es instar al Gobierno a que introduzca en el calendario las vacunas contra la hepatitis B y la meningitis. Suponemos que la confusión está también generada por la campaña de «marketing» que, como decía el portavoz del PNV, viene realizando el propio laboratorio farmacéutico. El calendario a que usted aludía de la Asociación Nacional de Pediatría, respecto al cual a usted se le olvida decir que esta sociedad, en su calendario, dice que debe valorarse la situación epidemiológica antes de introducir la vacuna frente al «haemophylus» tipo B. El propio calendario, como su proposición no de ley, es confuso, porque lo lógico no es que la Asociación Nacional de Pediatría dijese que hay que vacunar a los dos, cuatro, seis y dieciocho meses y luego, en letra pequeña, diga que recomienda esta vacunación según la situación epidemiológica, sino que, lógicamente, la situación tendría que ser a la inversa: primero, que la asociación hiciera los estudios epidemiológicos pertinentes y después, a tenor de la situación, proponga el calendario que crea oportuno.

Usted hace una defensa apasionada de este calendario de la Asociación Española de Pediatría y nosotros, como especialistas en salud pública, discrepamos totalmente del calendario, incluyendo la vacunación contra la hepatitis B al recién nacido, ya que no hay una justificación técnica. Además, quiero manifestar que este calendario supone al país 8.220 millones de pesetas para la Comunidad Autónoma de Extremadura. Yo sé que entre sus objetivos de política sanitaria está realizar una buena gestión; nosotros no hablamos con criterios economicistas, sino tratando de sa-

car el máximo rendimiento al menor coste posible. Por ello, creo que hay una razón importante, que ha dado Convergència i Unió: no solamente se trata de conseguir los resultados con el menor coste posible y, por tanto, debe haber una rigurosidad científica, sino que debe existir una confianza por parte de los ciudadanos ante los calendarios infantiles y su prestigio. Creo que confianza, prestigio y aceptación podrían debilitarse si se introducen vacunas que puedan proteger frente a agentes etiológicos de baja incidencia en el momento actual, como son los causantes del síndrome meníngeo.

Decía que su proposición no de ley es confusa, porque nosotros no sabemos si el Grupo Popular pretende que se vacune a todos los niños contra la meningitis meningocócica, que en nuestro país es el agente etiológico responsable de más del 50 por ciento de las meningitis que ocurren y es una de las causas que sí provoca alarma social entre los padres de estos niños. Estoy seguro de que usted no propone esto, puesto que no existe vacuna contra el meningococo serogrupo B, que, como usted sabe, dentro de ese más del 50 por ciento, es el causante del 46 por ciento de los aislamientos producidos en 1993. Por tanto, en esta confusión, ¿no cree que sería más interesante que usted propusiese el cultivo y el diagnóstico precoz y rápido a través de los laboratorios del Sistema Nacional de Salud para poder aplicar la vacunación rápida en el supuesto de que el serogrupo causante del brote fuese el C, frente al cual sí tenemos vacuna?

Igual al respecto, ya que lo ha matizado...

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

El señor **GIMENO ORTIZ**: Terminó diciendo que frente al «haemophylus» tipo B quizá sería más interesante conocer la incidencia real a través de un estudio multicéntrico antes de realizar esta propuesta.

Para finalizar, diré que, en cualquier caso, en el momento actual nos vemos obligados a oponernos a su proposición no de ley, si bien es cierto que en el futuro, y en base a los cambios en la situación epidemiológica, bien a la introducción en el mercado de vacunas combinadas, o bien a la suma de ambos factores lógicamente después de haber realizado un estudio de cuáles serían las dosis más interesantes a aplicar en nuestro país, pues, por ejemplo, en Estados Unidos se han comercializado vacunas con el mismo efecto protector que el de este laboratorio con un número inferior de dosis, e incluso estudios piloto, después de someter la enfermedad a declaración obligatoria, que no lo es, y a vigilancia especial, entonces, si la situación epidemiológica lo aconsejase, podríamos apoyar su proposición no de ley, cosa que no ocurre en el momento actual.

— **SOBRE LA REMUNERACION ECONOMICA DE LOS MEDICOS DE REFUERZO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 161/000369.)**

La señora **PRESIDENTA**: Proposición no de ley sobre la remuneración económica de los médicos de refuerzo.

Esta proposición no de ley la formula el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, el señor Villalón Rico tiene la palabra.

El señor **VILLALON RICO**: Algunas veces hay que hacer comentarios sobre debates anteriores, pues para negar el voto al Grupo Popular algunos hacen auténticos equilibrios y se contradicen continuamente, incluso en su misma intervención.

Paso a la siguiente proposición no de ley.

El señor **GIMENO ORTIZ**: ¿Me permite un segundo, señora Presidenta? No me puedo dar por aludido, porque no ha dicho...

La señora **PRESIDENTA**: Señores diputados, les ruego se atengan al punto del orden del día de que se trate.

Efectivamente SS. SS. utilizan trucos para decir algo que se les ha podido quedar en el tintero y, en este caso, es lo que ha hecho el señor Villalón.

El señor **GIMENO ORTIZ**: Son los fuegos artificiales a que nos tiene acostumbrados. Entonces, no me preocupa.

Gracias señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Continúe, por favor, señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Gracias señora Presidenta.

Desde hace años, las gerencias de atención primaria del Insalud han intentado resolver los problemas de horario existentes con los médicos titulares y los equipos de atención primaria, creando la figura del médico de refuerzo con médicos procedentes del desempleo para suplir a los anteriores durante los fines de semana y en el horario comprendido entre las diez de la noche y las nueve horas del día siguiente. Realmente, a estos médicos se les exige la misma cualificación que a los que tienen la plaza en propiedad, los titulares, se les exige el mismo nivel de conocimientos, se les exige la misma responsabilidad sanitaria; en resumidas cuentas, se les exige el mismo tipo de trabajo, tanto a los titulares como a aquellos que se denominan médicos de refuerzo, que normalmente proceden de las bolsas de desempleo que hay en las capitales de provincia.

Por otra parte, mientras a unos médicos se les paga respecto a tres criterios, como son el sueldo base, el complemento de destino y el complemento de productividad, nos llama la atención que a estos médicos de refuerzo no se les pague respecto a esos tres criterios no desde el punto de vista de la retribución económica, de la misma forma que a los titulares. La media que sale de los tres conceptos por los que los médicos de refuerzo reciben su compensación económica es de 774 pesetas brutas a la hora después de una jornada de trabajo. La cantidad es, por sí misma, como mínimo, ridícula. No se les tiene en cuenta el sueldo base establecido ni el complemento de destino y hay una mí-

nima dedicación desde el punto de vista retributivo a lo que se llama atención continuada.

Nosotros creemos que ésta es una cuestión de lo que podríamos denominar justicia social respecto a unos profesionales que ejercen las mismas funciones y tienen las mismas responsabilidades que los titulares.

Por tanto, al mismo trabajo, mismo salario o retribución económica. Eso es lo que nos ha guiado a presentar esta proposición no de ley para que el Gobierno regule la remuneración económica de los médicos de refuerzo, según las normas establecidas para los trabajadores de la Función Pública respecto a los tres parámetros establecidos: sueldo base, complemento de destino y complemento de productividad. Consideramos que en el momento actual se establecen unas diferencias que no son justas ni lógicas y se considera como una mano de obra barata el hecho de que estos médicos de refuerzo sustituyan a los médicos titulares en una función tan primordial como es la atención de los médicos en los equipos de atención primaria y los médicos de medicina general.

Por todo esto, solicitamos que se apoye esta proposición no de ley.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Grupos que desean fijar su posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Nacionalista Vasco, tiene la palabra el señor Gatzagaetxebarría.

El señor **GATZAGAETXE BARRIA BASTIDA**: Voy a fijar la posición del Grupo Parlamentario Vasco respecto a la proposición no de ley sobre remuneración económica de los médicos de refuerzo, manifestando que por parte del Grupo Parlamentario Popular se plantea el establecimiento de un régimen retributivo para los médicos denominados de refuerzo, conforme a una estructura retributiva que se plasma en la proposición no de ley, en base a unas consideraciones de prestación de servicios sanitarios en igualdad de condiciones y en cuanto a la cobertura de los servicios que este personal realiza en las diferentes administraciones públicas sanitarias.

Desde nuestro Grupo Parlamentario, podríamos estar de acuerdo con diferentes planteamientos que se hacen en la proposición no de ley y en la mejora de la remuneración económica de los médicos de refuerzo, pero vemos también que existe un régimen diferenciado; es decir, no hay una identidad de actuaciones, no podemos apelar directamente al principio de igualdad, como ha consagrado la jurisprudencia del Tribunal Constitucional de que ante situaciones idénticas los poderes públicos han de proceder mediante actuaciones o respuestas públicas de la misma naturaleza, del mismo tenor. Siempre cabe la excepción si hay una justificación objetiva y razonable —dice el Tribunal Constitucional—, y aquí existe esa justificación objetiva y razonable porque con el personal perteneciente a las administraciones públicas hay una diferencia razonable y objetiva, y es que el régimen jurídico que vincula a los médicos de refuerzo respecto a otros profesionales de la sanidad es distinto. Aunque aparentemente pueda haber una identidad en cuanto a la prestación del servicio y al

desempeño del puesto de trabajo, el régimen es distinto y, por tanto, no vemos por qué se ha de trasladar a los denominados, entre comillas, «médicos de refuerzo» una estructura retributiva como la establecida en la Ley 30/1984, que es la estructura retributiva en materia de Función Pública. Con esta diferencia de fondo, no nos encontramos ante un personal que está ligado, mediante un régimen jurídico idéntico a los estatutarios, a los funcionarios de la Ley 30/1984 o a los laborales; por tanto, no estimamos oportuno que la estructura retributiva tenga que ser la misma que se aplica a los médicos que tienen naturaleza estatutaria o funcionarial en su relación con las diferentes administraciones públicas.

Además de ello, señora Presidenta, nos encontramos con otra cuestión de distinta naturaleza en cuanto a la prestación de esos servicios, y es que la prestación de servicios de carácter coyuntural no forma parte de lo que se denomina la plantilla de los médicos estructurales de las administraciones públicas sanitarias. En este sentido, nuestro Grupo Parlamentario está de acuerdo si lo que se pretende es caminar hacia una remuneración económica mejor, más acorde de los médicos de refuerzo, pero no así trasladar miméticamente a los médicos de refuerzo la estructura retributiva de la Ley 30/1984, puesto que, en definitiva, nos encontramos ante regímenes jurídicos distintos en cuanto a las relaciones que ligan a estas personas con las diferentes administraciones sanitarias.

Por tanto, nuestra posición va a ser contraria en la votación.

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

El señor **CARDONA I VILA**: Nuestro grupo no puede apoyar la proposición no de ley en base a una serie de motivos. En primer lugar, porque las retribuciones establecidas para los médicos de refuerzo precisamente son fruto de unos acuerdos firmados entre la centrales sindicales y la propia Administración sanitaria, el 3 de julio de 1992, como se ha dicho.

En segundo lugar, la diferencia de valor entre las retribuciones de los médicos de refuerzo respecto a los médicos titulares viene determinada fundamentalmente por la ausencia del complemento de productividad fijo y por el complemento específico para estos facultativos.

En tercer lugar, entendemos que los médicos de refuerzo no perciben el complemento de productividad fijo precisamente porque su contrato se establece para atender únicamente urgencias, mientras que los titulares de la plaza desarrollan, evidentemente, otras actividades incluidas en la cartera de servicios de atención primaria.

Finalmente, en cuarto lugar, porque la percepción del complemento específico llevaría implícita la incompatibilidad de los médicos de refuerzo, tanto en el sector público como en el privado, lo que ocasionaría un grave perjuicio precisamente para estos profesionales cuando lo que se pretende precisamente es beneficiarles en función de que se cree hay cierta discriminación que nosotros no vemos.

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

La señora **RODRIGUEZ CALVO**: En primer lugar, quiero manifestar que, aun considerando que la Cámara es el lugar donde deben y pueden debatirse todos los temas que conciernen a la sociedad española, a mi juicio, dado el objeto de esta proposición no de ley, no es éste el lugar donde se le puede o debe dar respuesta. Existe una ley que está aprobada por esta Cámara, como es la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las administraciones públicas, donde se establece que la Mesa sectorial de Sanidad tiene competencias para todo tipo de negociación colectiva en la que se determinan las condiciones de trabajo, los salarios y el descanso de los profesionales sanitarios, concretamente de aquellos a los que todavía la reforma sanitaria no ha podido llegar y tienen que permanecer las 24 horas del día trabajando. Es en dicha Mesa donde deben negociarse y donde se negociaron las condiciones de todo personal estatutario al servicio de la Administración sanitaria pública y de todo tipo de contrato que se establezca en función de este régimen estatutario.

Por consiguiente, quiero recordarles que fue en el marco de esta Mesa sectorial donde la Administración sanitaria y los representantes de las centrales sindicales más representativas consideraron que los médicos locales no podían estar trabajando las 24 horas del día, los 365 días del año. Se vio la oportunidad de que los fines de semana o días de fiesta pudieran tener un descanso. Por tanto, fue allí donde se recomendó y se pidió al Insalud que realizara contratos eventuales para suplir a estos sanitarios los fines de semana.

La creación de la figura de refuerzo, así como su aspecto retributivo y sus condiciones de trabajo se debatieron suficientemente en esa Mesa sectorial. Allí se acordó que se les retribuiría contemplando el Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, en las mismas cuantías que al resto del personal sanitario homónimo, pero, por supuesto, atendiendo solamente los días de trabajo efectivos, porque, como usted bien sabe, todo este tipo de refuerzos no trabaja el mismo número de horas que cualquier personal sanitario de plantilla. Por tanto, la cuantía de los conceptos que figuran en su proposición no de ley, como sueldo base o complemento de destino, es idéntica a la que cobran tanto los sanitarios locales como los de los equipos de atención primaria. Sin embargo, sí existen algunos otros conceptos que es lógico no cobren, y así lo consideraron las centrales sindicales y el Insalud, como son, en primer lugar, el complemento específico de personal médico. Usted bien sabe que este complemento específico se cobra en función de las incompatibilidades a que algunos profesionales se acogen y, como comprenderá, a un personal que sólo trabaja los fines de semana no podemos aplicarle esta Ley de Incompatibilidades, porque de alguna forma le estaríamos perjudicando para que pudiera ejercer otro puesto de trabajo.

Tampoco percibe las retribuciones correspondientes a la productividad fija y creo que debe saber S. S. que esta

productividad fija se señala en razón del número de tarjetas sanitarias individuales asignadas a cada médico. Precisamente en otros acuerdos que se firmaron posteriormente, en julio de 1992, entre centrales sindicales e Insalud, se decidió que se continuara con las mismas retribuciones que tenían los médicos de refuerzo y que estos dos complementos no se les podían aplicar, ya que el médico de refuerzo únicamente se atiende a atender las urgencias los fines de semana o bien, en otras comunidades o en otro tipo de contratos, a atender urgencias complementarias, porque exista un exceso de demanda; se crea la figura del médico de refuerzo para apoyar a estos servicios de urgencia.

Por tanto, repito, la Mesa sectorial fue la que decidió que a estos profesionales no se les aplicara ni el complemento específico ni el de productividad. Sin embargo, este complemento de productividad sí se les aplica a los sanitarios locales, porque ellos tienen asumidas todas las actividades que corresponden a una cartera de servicios que se presta en la atención primaria, desde la propia consulta hasta todo tipo de programas, como son los del niño sano, del anciano, de crónicos, de diabéticos, etcétera. Se trata de una serie de actividades propias del médico titular que no las realiza el médico de refuerzo.

Por todo ello, mi Grupo considera que no podemos aceptar ni apoyar esta proposición no de ley y yo quiero dejar muy claro que es la Mesa sectorial de Sanidad la que fija las condiciones de trabajo, que es donde deben fijarse, donde deben seguir fijándose, y retributivas del personal estatutario del Insalud y que no existe, por tanto, agravio comparativo por las diferencias de valor que usted nos ha expuesto de 700 o de 1.200 pesetas. No existe esa diferencia ni existe agravio comparativo, puesto que estas retribuciones se tienen en función de las actividades que uno u otro realizan. Usted ha terminado diciendo que presenta la proposición como una apelación a la justicia social, al mismo trabajo igual sueldo, y yo quiero decirle que ante esa justicia social, que yo también demando, tengo que considerar que no se puede pagar lo mismo a los médicos que prestan una serie de servicios diferentes que a los médicos de urgencia, que sólo se atienden a las urgencias.

Lo demás que usted ha expuesto en su proposición no de ley, referido a la cualificación, al conocimiento y a la responsabilidad, es lo menos y además por ley está obligado que cualquier médico, trabaje donde trabaje, tiene que reunir una serie de requisitos y el primero es estar cualificado, tener una titulación y, por supuesto, estar preparado, porque otra de nuestras políticas sanitarias es la de la formación continuada para todo personal que pasa por el Servicio Nacional de Salud, para que preste siempre una atención en las mejores condiciones y de la mejor calidad posible. La verdad es que respecto a lo último a que usted ha apelado, en cuanto a la justicia social, creo que se hace más justicia no apoyando su propuesta. (Rumores.)

— **SOBRE MEDIDAS PARA IMPEDIR QUE LOS MEDICOS ESPECIALISTAS CONTRATADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN FUNCION DE NECESIDADES ASISTENCIA-**

LES ESPECIFICAS, PUEDAN PERDER SU PUESTO DE TRABAJO EN EL MISMO. PRESENTADA POR EL G. P. IU-IC. (Número de expediente 161/000391.)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, antes de proseguir les ruego que guarden silencio o bajen el tono de voz, porque corremos el riesgo de que en esta Comisión de Sanidad los portavoces acaben con una seria afección de garganta o, cuando menos, de cuerdas vocales.

Pasamos a la siguiente proposición no de ley sobre medidas para impedir que los médicos especialistas contratados en el Sistema Nacional de Salud, en función de necesidades asistenciales específicas, puedan perder su puesto de trabajo en el mismo. Esta proposición no de ley está presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: La proposición no de ley que paso a defender se refiere a una situación que afecta a un colectivo de especialistas extranjeros que accedieron en su momento a la formación vía MIR en nuestro país, dentro del cupo previsto para la formación de profesionales procedentes de otros países.

En el período transcurrido desde que se produjo esta formación se da la circunstancia de que en muchos casos estos profesionales, por diferentes motivos, han accedido a la nacionalidad española y también que, por necesidades derivadas del propio Sistema Sanitario, la inexistencia de especialistas demandantes de empleo para las especialidades a las que ellos habían accedido, han sido contratados con carácter interino para la prestación de servicios dentro del sistema sanitario público. En las contrataciones se señalaba que la prestación de servicios se realizaría de forma continuada, permaneciendo en el desempeño de la plaza hasta que ésta sea cubierta por el procedimiento reglamentario o se produzca su amortización.

También se da la circunstancia de que en fechas recientes, tanto en comunidades autónomas con el Insalud transferido como en el Insalud no transferido, se ha procedido a la rescisión de estos contratos, sin que se haya producido la cobertura de las plazas por el procedimiento reglamentario, simplemente haciendo referencia a que había desaparecido la causa excepcional que originó su contratación, que fue la inexistencia de especialistas demandantes de empleo. Y hay que tener en cuenta que la sustitución de estos profesionales interinos también se está produciendo por profesionales contratados con carácter interino.

La formación para la obtención de títulos de médicos especialistas de profesionales extranjeros está regulada en nuestro país por el Real Decreto 127/1984, de 1 de enero, en el que se contempla una situación especial, que admite diferentes variantes, para súbditos extranjeros y sin validez profesional en España, regulada por el artículo 5.6 de dicho Real Decreto. En concreto, se dice que para tener derecho a la expedición de dichos títulos deben reunirse los siguientes requisitos: existir plaza docente acreditada y no dotada económicamente, destino de dicha plaza, estudios

de especialización para súbditos extranjeros, la acreditación del título de licenciado en medicina y cirugía, etcétera. Se establece en dicha norma, por tanto, que los efectos del título son el reconocimiento por las autoridades españolas de este tipo de formación especializada pero que no tendrá validez profesional en España.

Este precepto ha sido desarrollado por la orden de 24 de julio de 1992, en cuyo artículo 6.º se dice: El título así concedido no podrá tener nunca validez profesional en España, a pesar de que el interesado adquiera nacionalidad española. Hay una diferencia importantísima entre la redacción del Real Decreto de 1984 y la presente orden, ya que la explicitación de que nunca podrá tener validez profesional en España supone que en ningún caso se podrá ejercer profesionalmente en España, sin tener en cuenta que pudieran haber variado las circunstancias en que se adquirió dicha formación, como puede ser la que afecta al colectivo a que me refiero, que es la adquisición de la nacionalidad española.

Hay que recordar que éstas son unas plazas que no se incluyen en la convocatoria general de médicos residentes y que, por tanto, el acceso de estos profesionales a estas plazas de MIR no supone que se quebrante en ningún momento la aplicación del principio de igualdad con las personas nacionales que pudieran aspirar al título.

El conflicto surge en la aplicación de la citada orden cuando se hace con carácter retroactivo —la orden que me refiero es del año 1992 y se aplica con una retroactividad de ocho años con respecto al Real Decreto que desarrolla— ya que supone una limitación de derechos y que, además, como ustedes saben bien, no se respetan los límites materiales de la jerarquía normativa, teniendo en cuenta que una norma de menor rango jurídico acota el ámbito de aplicación de una norma de rango superior, como es el Real Decreto.

Por otra parte, considerando que, como señalo, estos especialistas son españoles de pleno derecho, han adquirido la nacionalidad española, la norma a la que me refiero pudiera entrar en contradicción con los mandatos constitucionales, ya que la Constitución, en su artículo 9.3, plantea la imposibilidad de la irretroactividad de las disposiciones restrictivas de derechos individuales en relación con la seguridad jurídica y la interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos.

En el caso de los médicos especialistas que han accedido a la nacionalidad española y, por lo tanto, han renunciado a su anterior nacionalidad se da una situación de desigualdad ante la ley por la posibilidad de restringir, como se plantea, el derecho a trabajar al negarse la posibilidad de ejercer la especialidad que, por otra parte, ha sido hecha en nuestro país, reconociéndose el nivel alcanzado en su formación como médico especialista.

En relación con la situación en nuestro país ante la libre circulación de profesionales y ante el reconocimiento de títulos a ciudadanos de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, se plantea que los títulos expedidos en favor de ciudadanos nacionales —y en este caso es el ámbito al que me refiero— de los Estados miembros de las Comunidades Europeas, no llevarán mención alguna

que signifique limitación del ejercicio de la profesión por razón de la nacionalidad. Y después se expresa también que la limitación a efectos profesionales se entenderá extinguida, sin efecto, a partir del 1 de enero de 1986.

Además, el desempeño de actividades profesionales de especialidad en el Sistema Nacional de Salud del colectivo al que me refiero ha sido realizado a plena satisfacción de la administración sanitaria, habiendo recibido felicitaciones por parte de la Administración por su calidad.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida entiende que se da una situación de agravio comparativo, de desigualdad ante la Ley de ciudadanos españoles que han accedido a su título de formación en España —insisto— siendo sustituidos de sus plazas de carácter interino por otras personas nacidas en España, con la misma nacionalidad española, que en este momento sí que están optando al puesto de trabajo de carácter especializado al que me refiero.

El Grupo Parlamentario de Izquierda Unida propone que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno a adoptar las medidas normativas necesarias para impedir que tanto los especialistas que hayan obtenido su titulación en países extranjeros como aquellos que han obtenido su título de especialista en España a través de la cuota prevista para la formación de extranjeros y vía MIR y que hayan sido contratados como tales especialistas en el Sistema Nacional de Salud en función de las necesidades asistenciales específicas puedan perder su puesto de trabajo en el MIR.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Qué grupos desean fijar su posición? (Pausa.)

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

El señor **GATZAGAETXEBARRIA BASTIDA**: Intervengo para fijar la posición del Grupo Vasco respecto a la proposición no de ley que ha defendido la portavoz de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. El Grupo Parlamentario Vasco (PNV) va a manifestar una posición contraria al planteamiento que se realiza.

Entendemos las consideraciones y los planteamientos que ha realizado al portavoz de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, pero también entendemos que hemos de ser serios y rigurosos en cuanto a la aplicación de la legislación en materia de función pública vigente en este momento en España. Exige —y ahí discreparíamos— el respeto al principio de igualdad de forma que la ocupación eventual (porque ése es el carácter que la interinidad atribuye a una persona cuando se ocupa un puesto de tal naturaleza en la función pública), por razones o por necesidades del servicio en ninguna manera ha de atribuir unos derechos adquiridos a la hora de la ocupación de una plaza o un puesto de trabajo en una administración pública, en este caso la administración pública sanitaria, porque en definitiva eso supondría una conculcación del principio de igualdad. El acceso a la función pública sanitaria tiene sus propios mecanismos, sus propias convocatorias, su propia acreditación de médicos y superación de pruebas. La ocu-

pación temporal de plazas, bien mediante contratos de naturaleza laboral o bien mediante designación de funcionario con carácter interino, obedece siempre al mismo sentir y la misma naturaleza que es la cobertura de un determinado puesto de trabajo por las necesidades coyunturales que existen para la prestación del servicio y la cobertura de dicha plaza con tal carácter.

Por ello, señora Presidenta, nosotros no podemos votar favorablemente la proposición no de ley; se establece que se impida que estas personas puedan perder su puesto de trabajo. No se trata de que puedan perderlo o no; es que la relación que les liga, sea laboral o funcionarial, en el caso de los interinos, ha de adecuarse, a la hora de la adquisición de la condición de auténtico y verdadero especialista, con una relación de naturaleza, bien laboral o bien estatutaria, de carácter fijo a través de los procedimientos legalmente establecidos, que son las convocatorias correspondientes, la acreditación y la superación de las pruebas. Por lo tanto, la ocupación de tales plazas no puede dar un derecho adquirido y un plus respecto a las personas que hayan realizado la formación de especialista en vía MIR y quieran adquirir una plaza a través de la correspondiente convocatoria pública.

Finalmente, señora Presidenta, deseo manifestar también otro tipo de consideraciones y es que en este caso se debería diferenciar entre aquellos nacionales pertenecientes a Estados de la Unión Europea de los nacionales pertenecientes a terceros Estados, puesto que la legislación interna española tiene traspuesto al Derecho español todo lo relativo al acceso a la función pública respecto a los nacionales de la Unión Europea. Existe un mecanismo, garantizado para los mismos, que es igualatorio respecto a los nacionales españoles y que es distinto completamente respecto a los nacionales de terceros Estados que no son miembros de la Unión Europea. Esa consideración también hay que tenerla presente a la hora de acceder a una plaza de la función pública sanitaria o en la relación laboral fija en el ámbito de las administraciones públicas sanitarias.

Por todo ello, señora Presidenta, nuestro Grupo Parlamentario va a mantener una posición contraria en la votación.

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

El señor **CARDONA I VILA**: Señora Presidenta, señoras y señores Diputados, voy a ir directamente al fondo de la cuestión. Teniendo en cuenta que la proposición no de ley señala: uno, especialistas que hayan obtenido su titulación en países extranjeros, así como aquellos que la hayan obtenido en España a través de la cuota prevista para los extranjeros vía MIR; dos, que han sido contratados como tales especialistas en el Sistema Nacional de Salud; y tres, en función de las necesidades específicas, entendemos que hemos de hacer, necesariamente, las siguientes consideraciones.

En primer lugar, la vía, cualquiera de las dos que haya sido, por la cual se ha aceptado la validez de la titulación, y con mayor motivo aún en el caso de que se haya obtenido

a través del sistema MIR, ha resultado de la aplicación de la normativa vigente al respecto sobre reconocimiento de titulaciones entre diversos Estados. Por ejemplo, el reconocimiento regulado por directiva en el caso de la Unión Europea, pero también, como se ha dicho, por el reconocimiento mutuo mediante acuerdos bilaterales interestatales en otros casos o bien mediante el acceso reservado a ciudadanos de otros Estados, normalmente a través de tratados bilaterales, todo lo cual abunda, de entrada, en la legalidad y, por lo tanto, en la garantía jurídica que ampara y asiste a los profesionales implicados. Todo ello ha de suponerse más necesariamente válido si los mencionados especialistas han sido, como se dice, contratados como tales en el Sistema Nacional de Salud. En segundo lugar, y precisamente si han sido contratados como tales especialistas en el Sistema Nacional de Salud, ello quiere decir que se ha hecho de acuerdo con la normativa vigente laboral, de aplicación general para la contratación de profesionales por parte de centros asistenciales de titulación pública o sujetos a acreditaciones e inspecciones públicas. Ello es así tanto si los interesados han accedido a la nacionalidad española como si no, de lo que se deduce que en el primer caso gozan de las mismas garantías laborales que los demás trabajadores autóctonos y en el segundo también gozan de las condiciones contractuales que legalmente afectan a los extranjeros residentes. Por ejemplo, podría ser la situación de un profesional que por su prestigio estuviera contratado por una institución docente investigadora asistencial, evidentemente por el tiempo regulado y/o pactado.

Y tercero, confirma la normalidad de la situación que la contratación de estos profesionales titulados se han hecho en función de las necesidades específicas, como no podía ser de otra forma, lo cual, con el debido respeto, como se ha dicho y todos hemos de aceptar —si no se piensa que se ha cometido fraude de ley a la normativa de aplicación—, no impide la capacidad de gestión de la institución implicada en la incorporación o el cese del profesional correspondiente. En consecuencia, la proposición no de ley pidiendo la adopción de medidas normativas para impedir la pérdida del puesto de trabajo nos parece, con todos los respetos, superflua, e incluso además podría producir confusión.

Por todo ello, vamos a votar en contra.

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

El señor **VILLALON RICO**: Muy brevemente. Esta proposición no de ley de Izquierda Unida a nosotros nos parece que puede calificarse de seria, oportuna, rigurosa e incluso justa, y todavía podría extenderme en los calificativos. A nosotros nos parece que se están dando casos en todo el territorio nacional en los que se está cesando en el puesto de trabajo a médicos especialistas contratados o interinos y se están sustituyendo por otros médicos especialistas con la misma relación laboral, es decir, contratados o interinos. Creemos que ésta es la filosofía de la proposición no de ley y a ella nos apuntaríamos. Consideramos que cuando dice «en función de las necesidades asistenciales específicas pueda perder su puesto de trabajo», obvia,

lógicamente, aquellas plazas que salgan a concurso o concurso-oposición y que fueran ocupadas por aquellos que hubieran ganado la plaza. Nosotros creemos que se refiere al hecho de que haber conseguido el título de especialista en un país extranjero o ser un ciudadano extranjero nacionalizado español a través de la vía MIR no es motivo para sustituir en el puesto de trabajo. Por otra parte, hay que decir que nuestro país tiene reconocidos con otros países los títulos de especialista en las diferentes especialidades de medicina y, por tanto, esos títulos son tan válidos como los que se adquieren a través de la vía MIR o por otras vías reconocidas por el Estado español.

Para terminar, creo recordar que además hay algunas sentencias de tribunales superiores de justicia de algunas comunidades autónomas, que se puede decir que establecen jurisprudencia, que han fallado en contra de las direcciones hospitalarias del Insalud correspondiente a la hora de haber destituido a algún médico especialista interino o contratado para sustituirle por otro.

Quiero poner de manifiesto la postura del Grupo Popular. Si es por el hecho de sustituir a un médico especialista contratado por otro, no es lógico y votamos afirmativamente. Si es por el hecho de permanecer en el puesto aunque la plaza salga a concurso-oposición, lógicamente estaríamos en contra. Como creo que la filosofía y el espíritu del texto van en el sentido de lo primero —nos gustaría que la Diputada de Izquierda Unida nos lo aclarara—, nosotros apoyaremos esta iniciativa.

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

La señora **SANCHEZ LOPEZ**: El Grupo Parlamentario Socialista no va a apoyar esta proposición no de ley porque nosotros pensamos que en el fondo, en su parte dispositiva —no así en la exposición de motivos—, pretende otorgar carácter de propiedad a nombramientos establecidos de forma interina, eventual o de contratados a los especialistas extranjeros, ya sean los que han obtenido la especialidad en su país de origen o los que la han obtenido en nuestro país vía MIR, en virtud de la Orden Ministerial de 24 de julio de 1992 y del Real Decreto 127/1984, optando al 5 por ciento de plazas reservadas a los extranjeros en cada convocatoria.

Tendríamos que aclarar, en primer lugar, que no existe la relación causa-efecto que la proposición no de ley insinúa entre la rescisión de los contratos de los especialistas referidos y la forma en que éstos hayan obtenido la especialidad, ni mucho menos entre aquéllas y su nacionalidad, ya que los especialistas extranjeros que han realizado la especialidad en su país de origen deben pasar por un trámite de homologación del mismo ante el Ministerio de Educación y Ciencia y, una vez obtenida la homologación, pueden concurrir en el mercado de trabajo en libre competencia con los españoles, según la orden Ministerial del Ministerio de Relaciones con las Cortes de 14 de octubre de 1991.

Esto mismo sucede con los especialistas extranjeros de países no comunitarios que han obtenido el título por la vía MIR, es decir, tras superar la prueba selectiva estatal y

dentro del cupo del 5 por ciento previsto para su formación, ya que el título obtenido por esa vía tiene plena validez profesional.

Otra cosa son —y creo que a esto se refiere la proposición no de ley— los especialistas extranjeros que han obtenido su especialidad por la llamada segunda vía de acceso, concebida a la luz de los convenios de cooperación internacional y que tiene como finalidad última poner a disposición de estos médicos parte de la capacidad docente de los hospitales españoles, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en sus países de origen, siendo financiada esta formación por estos países o por organismos internacionales de cooperación cultural.

Además, esta segunda vía de acceso a la especialidad no requiere ninguna prueba y, consecuentemente, el título de especialista así conseguido no tiene validez profesional en España, por lo que difícilmente pueden estar trabajando como especialistas en la sanidad pública, salvo que se dé —como se ha dado en algunos casos— un cierto fraude de la ley que sólo podría ser justificado —como así ha sido y se dice en la misma exposición de motivos de la proposición no de ley— en defensa de un bien superior, que es la salud, consagrado en nuestra Constitución, que ha hecho necesario en algunos casos utilizar a estos especialistas para ser defendido, pero en esas contrataciones siempre se ha puesto como condición que serían sustituidos por especialistas que reunieran todos los requisitos administrativos necesarios para ejercitar esta especialidad en el territorio español, como así ha sucedido.

Cuando estos casos se han dado, han existido, lógicamente, presiones de profesionales, incluso de colegios médicos, que han dado como resultado que se les aplicara la normativa vigente a estos profesionales extranjeros y que se haya rescindido el contrato. Hay que aclarar que, en la mayoría de los casos en los que esto ha sucedido, estos profesionales han pasado a trabajar en otros hospitales públicos o a la bolsa de trabajo.

Aclarado esto, podemos concluir que no existe ninguna relación, como ya he dicho, causa-efecto entre las vías de acceso a la especialidad de los profesionales extranjeros y la rescisión de los contratos de que éstos vienen disfrutando. Y mucho menos se puede hablar de discriminación de estos profesionales en virtud de su nacionalidad a la hora de acceder a un puesto fijo de especialista en la sanidad pública española. Más al contrario, si hiciésemos caso de esta proposición de Izquierda Unida estaríamos concediendo un privilegio a los extranjeros en detrimento de los españoles o europeos comunitarios que, habiendo superado el MIR, tienen que concurrir y superar las pruebas selectivas reguladas en el Real Decreto 118/1991 para acceder a la condición de personal estatutario, que deberán ajustarse a los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, constanding con carácter general de las pruebas de concurso y de oposición.

En consecuencia, cualquier exoneración de estos requisitos y cualquier medida normativa que impidiera la pérdida del puesto de trabajo de los citados facultativos, es decir, que otorgara carácter de propiedad a nombramientos establecidos de forma interina, eventual o de contratados,

iría en contra del principio constitucional de igualdad, mérito y capacidad en el acceso a la función pública, como ya se ha dicho, establecido en el artículo 103.3 de la Constitución. Además, estaríamos haciendo, yo creo, un flaco favor al principio de solidaridad, filosofía que sustentan estos convenios internacionales y estaríamos impidiendo por esta vía la mejora de la calidad sanitaria en los países subdesarrollados, de donde vienen fundamentalmente los profesionales a los que se refiere la proposición no de ley. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

La señora **PRESIDENTA**: ¿Qué desea, señora Maestro?

La señora **MAESTRO MARTIN**: Hacer una aclaración.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Un minuto le bastaría, señora Maestro? **(Pausa.)**

De acuerdo. Tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias, señora Presidenta. En primer lugar, quiero recordar que la Constitución Española no diferencia distintas categorías de españoles; la nacionalidad española es única y contempla los mismos derechos y deberes para todos.

En segundo lugar, quiero decir que, por supuesto, Izquierda Unida no pretende otorgar carácter permanente de privilegio a una situación alcanzada con carácter interino. Plantea la arbitrariedad que supone el hecho de que en el contrato se diga: de conformidad con lo establecido en el artículo 5 del Decreto tal, esta gerencia ha tenido a bien autorizarle con carácter interino para desempeñar la plaza de especialista en tal. La prestación de servicios se iniciará tal fecha, continuando en el desempeño de la plaza hasta que sea cubierta por el procedimiento reglamentario o se produzca su amortización. Y en el cese, que se plantea con la contratación de otro interino, directamente, sin concurso público, no se hace referencia a ninguno de los hechos que se contemplan para la prestación del servicio en el modelo de contrato, sino que se dice que ha desaparecido la causa excepcional que originó su contratación, que fue la inexistencia de especialistas demandantes de empleo.

Quiero reiterar que, evidentemente, Izquierda Unida no intenta situaciones de privilegio ni de consolidación de plazas obtenidas con carácter interino, sino por el hecho de que arbitrariamente se produzca el cese en circunstancias que no tienen nada que ver con el cese previsto en el contrato.

La señora **PRESIDENTA**: Que quede constancia que ha utilizado S. S. un turno de réplica y aclaración.

Vamos a proceder a las votaciones de las cuatro proposiciones no de ley que hemos debatido, pero antes ruego a los portavoces de los grupos que comuniquen a esta Mesa las sustituciones, si las hubiera, de las señoras y señores Diputados de esta Comisión.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, quiero co-

municar la sustitución de doña Presentación Urán por doña Mercé Rivadulla.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, la sustitución del señor García-Rico por don Francisco Neira.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Alguna otra sustitución? **(Pausa.)**

Por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Hernando sustituye al señor Burgos; la señora Amador sustituye al señor Alegre; el señor Moreno al señor Such Pérez; el señor Padilla al señor Hernández-Sito y el señor Díaz de Mera al señor Murcia Barceló.

Esas son las sustituciones que se han producido en todos los grupos.

Una vez comunicadas, vamos a proceder a las votaciones.

Votación de la primera proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno a mantener el servicio normal de urgencias nocturnas de la zona de salud de Levante de la isla de Menorca, presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, dos; en contra, 21; abstenciones, 14.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Proposición no de ley por la que amplía el tipo de vacunas incluido en el calendario obligatorio de vacunación, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 14; en contra, 21; abstenciones, dos.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Proposición no de ley sobre la remuneración económica de los médicos de refuerzo, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 14; en contra, 21; abstenciones, dos.

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

Proposición no de ley sobre medidas para impedir que los médicos especialistas contratados en el Sistema Nacional de Salud, en función de necesidades asistenciales específicas, puedan perder su puesto de trabajo en el mismo, presentada por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

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

La señora **PRESIDENTA**: Queda rechazada.

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

Era la una y cuarenta minutos de la tarde.