



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1997

VI Legislatura

Núm. 324

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 15

celebrada el miércoles, 5 de noviembre de 1997

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Dictaminar, a la vista del Informe emitido por la Ponencia, el proyecto de Ley por la que se crea el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos (Número de expediente 121/000053)	9584
Comparecencia del señor Secretario del Plan Nacional del Sida (Parras Vázquez), para informar sobre:	
— Medidas previstas por el Ministerio para atender adecuadamente con programas específicos a los reclusos enfermos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000159)	9586
— Evolución del Plan Nacional del Sida. A solicitud del Grupo anterior (Número de expediente 212/001087)	9586
Comparecencia del señor Secretario General de Asistencia Sanitaria (Núñez Feijoo), para informar sobre:	
— Medidas que se han tomado en el hospital de Barbastro, provincia de Huesca, y resultados de las diferentes auditorías realizadas en dicho centro sanitario. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (Número de expediente 212/000771)	9602

	Página
— Circunstancias que han motivado el cese de dos especialistas en ginecología y obstetricia en el hospital comarcal de Barbastro (Huesca). A solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000305)	9602
— El plan funcional del hospital de León. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000348) y del Grupo Popular en el Congreso (Número de expediente 212/000786)	9612
— El plan estratégico del Instituto Nacional de la Salud (Insalud). A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista del Congreso (Número de expediente 213/000362) y del Grupo Popular en el Congreso (Número de expediente 212/000792)	9617

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

— **DICTAMINAR, A LA VISTA DEL INFORME EMITIDO POR LA PONENCIA, EL PROYECTO DE LEY POR LA QUE SE CREA EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PODÓLOGOS (Número de expediente 121/000053).**

El señor **PRESIDENTE:** Damos comienzo a la Comisión de Sanidad y Consumo.

En primer lugar, vamos a debatir del proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.

¿Grupos que quieran fijar posición para debatir sobre este tema?

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **BLANCO GARCÍA:** Señor presidente, intervegno para fijar, como bien ha dicho usted, la posición del Grupo Socialista en esta ley. En primer lugar, quiero decir que nosotros estamos de acuerdo en cuanto a la oportunidad de la misma, puesto que se deriva de la Ley de Colegios Profesionales, que en su artículo 4 establece que cuando estén constituidos varios colegios territoriales se podrá constituir un consejo general —que es la materia que nos trae en este proyecto de ley—. En el artículo 9 se dice que los consejos generales tienen a todos los efectos la condición de corporaciones de derecho público con personalidad jurídica propia, que establece el propio proyecto de ley.

En segundo lugar, además de parecernos oportuno, entendemos que este proyecto de ley se ajusta en todo su articulado y disposiciones al derecho vigente y lo desarrolla, puesto que citando la ley del proceso autonómico, la Ley 12/1983, se podrán constituir consejos generales de las corporaciones de derecho público representativas de intereses económicos para asumir la representación de los intereses corporativos. Por tanto, entendemos que como los podólogos, en su día, fueron reconocidos por real decreto como una especialidad de rango universitario y desgajados

por ese mismo decreto de lo que suponía la colegiación obligatoria dentro del colectivo de ayudantes técnicos sanitarios, denominación ya desfasada a estos efectos, entendemos, repito, que esta ley, desde la oportunidad hasta su propio desarrollo, ajustándose al Derecho que está vigente en España, es oportuna en la medida que el desarrollo posterior de los estatutos generales contemplarán la comisión gestora que se debe organizar. Viene a tener mayor importancia, si cabe, dado que la ley por la que se modificó la antigua Ley del suelo y colegios profesionales, del año 1997, viene a establecer que cuando una profesión se organice por colegios de distinto ámbito territorial sus estatutos generales deben recoger, a efectos de potestad disciplinaria y de control deontológico, las actuaciones de los profesionales en otro ámbito territorial que no sea el de su propio colegio. Parece lógico que un consejo general en sus estatutos regule esta materia.

Por tanto, nuestro grupo, lejos de oponerse a la ley la va a apoyar, tanto en su articulado como en el conjunto de la misma.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN:** El Grup Parlamentari Català de Convergència i Unió quiere expresar su satisfacción por el hecho de que hoy en esta Comisión vea la luz un proyecto de ley que tiene sus prolegómenos, por decirlo de alguna manera, ya por el año 1994 cuando a instancias de la presidenta del Colegio de Podólogos de Cataluña, doña Virginia Novel, se instó al Gobierno, haciéndole ver la conveniencia y la necesidad de crear este consejo general. A esta petición, formulada por la presidenta del Colegio de Podólogos de Cataluña, se sumó entonces también la petición del presidente del Colegio de Podólogos de Canarias, don Francisco José Morán. Desde aquella fecha, al no haberse solucionado este problema, se ha ido instando a los responsables del Ministerio para que se pudiesen solventar de una manera definitiva.

Durante el tiempo transcurrido, no sólo se ha demostrado que la petición formulada en su día por estos dos colegios era justificada sino que en el ínterin otros colegios

profesionales de podólogos se han sumado a los ya existentes en un inicio que, como he dicho, eran los de Cataluña y Canarias. En estos momentos están constituidos los colegios de Murcia, Madrid y Galicia, y hay otros pendientes de ser constituidos, con lo cual el artículo que establece que cuando un órgano colegial tiene más de una representación en el conjunto del Estado es conveniente crear un consejo general, está más que justificado.

Por otra parte, pensamos que la creación de este consejo general dará, más aún si cabe, relevancia a una profesión que, si bien viene de muy antiguo —parece ser que en el siglo XIV ya se hablaba de cirujanos barberos, que eran los que atendían las dolencias de los pies—, ha ido evolucionando a lo largo de los siglos, tuvo ya una importancia como especialidad en el siglo XVIII y, a mediados de nuestro siglo, me parece que fue alrededor de 1950, en Cataluña, en la Universidad de Barcelona, se creó una escuela especial de podología. Posteriormente, esta especialidad que formaba parte de los ayudantes técnicos sanitarios, como una rama de su especialidad, tuvo ya escuela propia; desde el año 1988 —me parece— existe esta especialidad de podología como una diplomatura especial. Por tanto, pensamos que para este colectivo de profesionales, que tiene un papel muy relevante de ayuda a una especialidad sanitaria, es de vital importancia que se cree este Consejo General de Podólogos que, sin duda, servirá para que este colectivo se sienta bien representado. Consideramos que la iniciativa del Gobierno, aunque tardía, es una feliz iniciativa y anunciamos nuestro voto favorable.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, voy a fijar la posición de Izquierda Unida en torno a este proyecto de ley, posición que va a ser de abstención y que paso a justificar.

Entendemos que el colectivo de podólogos tiene tanto derecho como cualquier otra especialidad a que se le reconozca su derecho a la conformación de colegios profesionales o a la constitución del consejo general correspondiente a su especialidad. No obstante, la abstención viene justificada por la posición, conocida, de Izquierda Unida que se refiere no exclusivamente a los podólogos sino, en general, a los colegios profesionales, pues entiende que la colegiación obligatoria para el ejercicio de la especialidad, en el ámbito de la sanidad pública, es algo que no corresponde y extralimita el poder de los colegios profesionales, en detrimento de las competencias propias de la Administración, al regular algunas de las actividades de este colectivo. Por tanto, la posición de abstención se justifica desde la voluntad de no interferir en el desarrollo del mismo, al igual que otros colectivos, pero manifestando que su regulación como colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión en todos los ámbitos, incluida la sanidad pública, no es algo que el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida entienda que deba regularse.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO**: En primer lugar, me gustaría exponer las dos adiciones que se han producido en la reunión previa de ratificación de la ponencia, que no afectan, en ningún momento, a su contenido, solamente a la forma, y son las que se pueden apreciar en el artículo 1, en el que se dice: Se crea el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, como corporación de derecho público, que tendrá personalidad jurídica. A continuación debe decir: propia y plena capacidad..., etcétera.

En cuanto a las disposiciones transitorias, la disposición transitoria primera dice: El Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos quedará formalmente constituido y adquirirá personalidad jurídica y plena capacidad de obra, en el momento en que se constituyan —no constituyen— sus órganos de gobierno, conforme a lo previsto en los estatutos generales (y ésta es la adición también) provisionales, a que se refiere la disposición anterior.

Dicho esto, señor presidente, señorías, me gustaría comentar algo en lo que ya se ha hecho hincapié en las anteriores intervenciones, y es que la totalidad de las comunidades autónomas, al día de hoy, han asumido las competencias en materia de colegios profesionales y, de acuerdo con estas competencias, varias comunidades han procedido por ley, en las asambleas legislativas respectivas, a la creación de colegios oficiales de podólogos de ámbito autonómico. Como se ha dicho, están creados los colegios oficiales de Cataluña y de Canarias, que fueron pioneros, y, a continuación, se sumaron a este proyecto Murcia, Asturias, Galicia, La Rioja y Aragón; estos dos últimos, La Rioja y Aragón, han sido creados por el Consejo de Ministros con posterioridad a la aprobación del actual proyecto. El objetivo que el proyecto de ley busca es la creación del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, como corporación de derecho público representativo de estos profesionales a nivel estatal. La tramitación del proyecto se efectuó en base a la petición expresa de los colegios autonómicos ya citados, iniciativa que fue favorablemente acogida por el resto de las comunidades autónomas, en general, a las que se les comunicó en su momento el contenido del anteproyecto. La constitución del nuevo consejo general será, por otra parte, de especial utilidad para el resto de la Administración general del Estado, ya que supondrá la existencia de un único interlocutor de cara a afrontar la regulación de este sector profesional, junto con las demás profesiones sanitarias, y deberá estar incluido en el texto legal cuya elaboración el Congreso de los Diputados ha encomendado al Gobierno.

Por otra parte, señor presidente, señorías, este proyecto de ley es breve y es directo, y se limita a crear formalmente el nuevo consejo general y a arbitrar la forma, a través de una comisión gestora, en la que los propios profesionales y sus colegios establecerán las normas estatutarias iniciales y provisionales que permitan la constitución de los órganos de gobierno. Y una vez constituidos éstos, el consejo adquirirá su personalidad jurídica, y será el propio consejo

general el que deberá elaborar, conforme a lo previsto al respecto en la Ley de colegios profesionales, los estatutos generales de la profesión.

Podríamos terminar con unas consideraciones generales como que cumple el rango de norma, que la tramitación ha sido la lógica y consecuente en este tipo de anteproyectos de ley, que fue informado favorablemente por el órgano correspondiente, tanto de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, como por la Secretaría General Técnica de dicho departamento ministerial y la Dirección General de régimen jurídico, económico y territorial, del Ministerio de Administraciones Públicas, que fue remitido para su conocimiento a todos los colegios oficiales, que se aprobó conforme a lo establecido en el artículo 88 de la Constitución española, y que se sometió a la consideración del Consejo de Ministros y fue aprobado y remitido a esta Cámara para su aprobación. Éste es el momento en el que el Grupo Parlamentario Popular se suma al voto favorable, para la aprobación de este proyecto de ley. **(La señora Riera i Ben pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Perdón señor presidente, ¿sería posible votar?, porque alguno de nosotros tenemos que estar en otra Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Es que en este momento falta la señora Maestro. Pregunto a la letrada si es reglamentario, si el Pleno de la Comisión acepta la votación, dado que consta en acta la abstención de Izquierda Unida. **(Pausa.)** La señora letrada me dice que es posible. Entonces lo votaremos.

Votamos el proyecto de ley de creación del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 24; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado.

La señora **RIERA I BEN**: Gracias, señor presidente.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL DEL SIDA (PARRAS VÁZQUEZ), PARA INFORMAR SOBRE:

— **MEDIDAS PREVISTAS POR EL MINISTERIO PARA ATENDER ADECUADAMENTE CON PROGRAMAS ESPECÍFICOS A LOS RECLUSOS ENFERMOS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000159).**

— **EVOLUCIÓN DEL PLAN NACIONAL DEL SIDA. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 212/001087).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto, comparecencia del secretario del Plan del sida ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre la evolución del citado plan así como para señalar las medidas previstas por el Ministerio para atender adecuadamente con programas específicos a los reclusos enfermos de sida.

Señorías, damos la bienvenida a esta Comisión al secretario del Plan del sida y sin más preámbulos, en aras a que el orden del día es muy apretado, les pediría tanto al señor compareciente como a los portavoces que intenten ser lo más concisos posibles en sus exposiciones.

Sin más, le doy la palabra al señor Parras. Cuando quiera.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL DEL SIDA** (Parras Vázquez): Muchas gracias, señor presidente, señoras y señores diputados.

Es un placer poder informar de la situación del sida en España, especialmente en una situación en la que, a mi modo de ver, ha habido algunas noticias en los medios de comunicación en las últimas dos o tres semanas que confunden más que informan sobre la situación real de lo que está pasando con el sida. El sida representa en España uno de los problemas más importantes de salud pública. Se han diagnosticado desde 1981 un total de 47.689 casos hasta el día 30 de septiembre de 1997, fecha del último informe oficial. El sida constituye la primera causa de muerte entre jóvenes de 25 a 44 años, por encima de los accidentes de tráfico y, desde hace diez años, aproximadamente, es el país de la Unión Europea que más casos por millón de habitantes tiene, muy por encima de otros países inmediatamente seguidores como son Italia, Francia y Portugal. El porqué de este incremento de casos —posteriormente a lo largo de la exposición tendré oportunidad de comentárselo— tiene que ver, obviamente, y es un hecho bien conocido, con las características peculiares de la epidemia en España que hacen que tenga un rasgo diferencial, ya que tienen un mayor peso específico las prácticas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas por vía intravenosa.

A continuación voy a presentarles algunas transparencias; sé que es un poco atípico hacerlo así, pero cada vez que vengo a esta Cámara lo hago de este modo porque creo que es más didáctico y más ameno, aunque es más largo, pero trataré de hacerlo más flexible. En estas transparencias se reflejan las características más importantes de la evolución del sida en los últimos tres y cuatro años. Lo más trascendente, sin duda, es que desde hace aproximadamente 24 meses estamos asistiendo a la estabilización de la epidemia de sida en España. Por primera vez, después de muchos años, el número de casos diagnosticados en el año no es superior al del año anterior. Como dato más llamativo, en los últimos 12 meses el número de casos de sida ha descendido un 9,5 por ciento comparado con los 12 meses del período anterior.

Como pueden ver en esta transparencia, ésta es la evolución de los casos de sida desde el año 1981 y ven que ha tenido una incidencia creciente año tras año. En el año 1994, y debido al cambio de definición de casos de sida, al incluir la tuberculosis pulmonar en el diagnóstico, ser una

enfermedad prevalente en España y tener el sida una especial incidencia en drogodependientes, sufrimos un incremento virtual del número de casos desde entonces. Estos datos corresponden al año 1996 (que es el año que está completo en la definición, y no hemos incluido casos del año 1997 en esta gráfica); se aprecia un descenso del 3 por ciento, de 1994 a 1995, y del 6 por ciento de 1995 a 1996.

Si analizamos la evolución de las categorías de transmisión en relación con el sida, se aprecia lo siguiente. Hay un descenso de aproximadamente un 6 por ciento en el número de casos de sida diagnosticados en usuarios de drogas por vía intravenosa; hay un descenso cifrado alrededor del 20 por ciento en los casos de sida entre varones que tienen prácticas homo-bisexuales; hay un incremento del 9 por ciento en la transmisión heterosexual (ésta es la única categoría de transmisión que no sigue el mismo curso del conjunto de la epidemia); hay un descenso notable, como no puede ser de otra manera, en los receptores de hemoderivados y en los receptores de transfusiones. Desde que se realizaron los cambios legislativos pertinentes ya no ha vuelto a haber ningún caso diagnosticado y hay un descenso muy importante de casi el 35 por ciento en la transmisión madre-hijo. En resumidas cuentas, después de muchos años está empezando a verse el fondo del túnel, lo que constituye una victoria inicial dados los niveles de importancia del problema, pero seguimos teniendo como cruz de la moneda el dato de la transmisión heterosexual que sigue incrementándose a pesar de que el resto de los mecanismos de transmisión están en franca estabilización y descenso.

Con relación a los mecanismos de transmisión, respecto a que la epidemia de sida en España tiene un carácter totalmente diferenciado con el resto de los países del mundo, sobre todo de la Unión Europea, observamos que el sida es una enfermedad de transmisión sexual, pero en España el sida es una enfermedad relacionada directamente con los usuarios de drogas por vía parenteral, a los cuales corresponde en este mecanismo de transmisión el 65 por ciento de todos los casos; el 14 por ciento corresponde a la transmisión homo-bisexual; el 11 por ciento a la transmisión heterosexual y el resto son proporciones pequeñas. Esto corresponde a datos acumulados, al total de los 47.000. Si se analiza en el año 1996 la transmisión homosexual es inferior y la heterosexual es superior, como corresponde al incremento y la gráfica anterior.

La evolución de estas prácticas de riesgo la tienen claramente aquí. Éste es el descenso de la transmisión a través de intercambio de jeringuillas en usuarios de drogas por vía parenteral. La línea roja corresponde a la transmisión en homo y bisexuales y la línea verde corresponde a la transmisión heterosexual. Hay un incremento que ha sido en tendencia mucho más importante hasta el año 1994, pero que se está estabilizando con una ligera tendencia ascendente entre los años 1995 y 1996.

En relación con el patrón social de la enfermedad seguimos claramente determinando que el sida sigue siendo un problema de grandes ciudades, en donde la drogodependencia es más importante. Las comunidades autónomas que más incidencia de casos de sida tienen siguen siendo Madrid, Ceuta —aquí tenemos un incremento im-

portante, probablemente en relación con cambios en el registro y en la vigilancia epidemiológica, más que con otro problema—, Cataluña, Baleares y País Vasco.

Revisadas someramente las características de la epidemia, la comparecencia versa, fundamentalmente, sobre la evolución del Plan nacional sobre el sida. Éste está constituido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, por el Ministerio de Interior, de Educación y Cultura, Defensa, Justicia, Trabajo y Asuntos Sociales, representantes de las 17 comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, representantes de colegios profesionales, representantes de la Asociación Española de Municipios y representantes de organizaciones no gubernamentales. Sería terriblemente prolijo desglosar aquí cada una de las actividades de cada uno de los departamentos, para lo que estoy abierto a cualquier pregunta en el debate posterior. Voy a tratar de resumir cuáles son las actividades que desarrolla la Secretaría del Plan como miembro ejecutor y coordinador de este Plan nacional, con el liderazgo, y ejerciéndolo desde el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fundamentalmente la labor más importante que desarrollamos es una que es prácticamente un intangible, que es la labor de coordinación y la de liderazgo técnico y científico dentro de este Plan nacional. Una valoración de los últimos tres años y medio o casi cuatro años en los que tengo el honor de ser el secretario del Plan y el coordinador de todas estas actividades —en este momento seguro que hacemos algo más— es que el nivel de entendimiento, coordinación y liderazgo, que es una de las cosas en las que más empeño hemos puesto las personas que trabajamos en esta Secretaría, está suficientemente logrado. Quisiera pasar a hacer una descripción somera de las actividades de la Secretaría del Plan no muy exhaustiva. Se centran en cuatro grandes apartados. En el área de vigilancia epidemiológica, la vigilancia epidemiológica se ha considerado la base y el punto de partida para diseñar estrategias de prevención y ordenación de la asistencia, atención y cuidados del paciente con infección por VIH, sida, así como de la política de investigación futura. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, está dando un impulso importante a las actividades de vigilancia epidemiológica, centradas en desarrollar y potenciar la vigilancia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, desarrollando modelos de aplicación al conjunto del Estado.

Esto que les he presentado en las transparencias es vigilancia epidemiológica de casos de sida. Saben que el sida se produce aproximadamente en una media de entre ocho y diez años después de la infección por VIH. Desgraciadamente hasta hace pocos años no hemos tenido ningún sistema homogéneo que se extienda por todo el Estado y que nos permita saber exactamente el impacto de las medidas de prevención en la evolución de la epidemia. Lo vemos indirectamente a través de los casos de sida. Por eso es tan importante el descenso de los casos de sida que han visto en las transparencias, porque se supone que el impacto de la prevención es en las personas que hace ocho o diez años se infectaron. Cabe esperar, como luego tendré oportunidad de presentarles, que el esfuerzo que se está haciendo

en las actividades de prevención tenga un impacto mucho mayor sobre la evolución de la epidemia. Por tanto, la subcomisión de epidemiología del Plan Nacional sobre el Sida estimó a finales de 1994 una tasa de infección por VIH en España de 3 por mil habitantes y, partiendo de esta base, la Secretaría del Plan Nacional impulsó un programa destinado a monitorizar la seroprevalencia en poblaciones centinela representativa de la población general y de colectivos más vulnerables a la infección. Desde 1995 a 1997 se han diseñado tres programas de vigilancia epidemiológica en VIH en poblaciones centinela. Todo ello proporcionará una información útil para el seguimiento del sida en España y para comprobar la eficacia y la eficiencia de las medidas de prevención, para lo cual se han firmado un total de 13 convenios con diferentes comunidades autónomas y un convenio con el Instituto de Salud Carlos III, como apoyo para la realización de las diferentes pruebas diagnósticas de estos estudios.

Por otra parte, y dentro de la estrategia de vigilancia epidemiológica, el registro nacional de casos de sida, con la colaboración estrecha de las comunidades autónomas y el registro de Instituciones Penitenciarias, ha continuado mejorando sensiblemente la calidad de la información recopilada, extendiéndose los sistemas activos de vigilancia de casos y estimándose así una disminución importante en la subnotificación. En este último año, además, se han realizado diferentes estudios conductuales en colaboración de nuevo con las comunidades autónomas —repito que nuestra coordinación con ellas es muy estrecha— y demás con la colaboración de individuos que pertenecen directamente a poblaciones más vulnerables, ya sea como meros individuos o como miembros de organizaciones no gubernamentales. De esta forma se está trabajando en estudios conductuales en poblaciones marginales, en emigrantes, en profesionales del sexo y en varones homosexuales. La información obtenida de estos estudios es crucial para el diseño de las campañas específicas, como requieren estas poblaciones, y se hacen en colaboración con personas de estos colectivos, lo cual aporta un valor añadido inestimable a los estudios. Esta información, unida a la que proporcionan los estudios conductuales en usuarios de drogas por vía parenteral, coordinados por la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, y los estudios del barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo dirigidos a estudiar actitudes y conocimientos sobre el sida en la población general, completarán las herramientas de vigilancia epidemiológica de infección por VIH y de vigilancia de conductas en la lucha contra la epidemia.

En relación con el área de prevención, las actividades de la Secretaría del Plan se han centrado, a lo largo del año 1997, en las siguientes. En primer lugar, y han tenido oportunidad de verla recientemente presentada, la campaña de prevención contra el sida destinada a la población general. El lema de esta campaña ha sido *Prevenir el sida está en tus manos*, y el objeto fundamental de la misma es promover una sexualidad más segura. El 28 de octubre del presente año la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida presentó una campaña de prevención a través de grandes medios de comunicación, dirigida a la población en general y

con especial énfasis a adultos jóvenes. El objetivo general de la misma es concienciar a la sociedad de la responsabilidad individual en la adopción de medidas de prevención frente a la transmisión del VIH. Promueve comportamientos sexuales más seguros, especialmente el uso del preservativo, y especialmente en relaciones ocasionales y con parejas nuevas, ya que se ha demostrado que, utilizado correctamente, es el método más eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH. Esta campaña tiene un especial interés al reevaluar en concreto la transmisión heterosexual de los últimos 24 meses. La adjudicación de la empresa que ha diseñado esta campaña se realizó después de un proceso de selección en que además de intervenir técnicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, expertos en publicidad y prevención del sida, han intervenido diferentes representantes de comunidades autónomas, representantes del subcomité del Plan Nacional sobre el Sida, y representantes de las principales organizaciones no gubernamentales que configuran el Consejo asesor del Plan Nacional sobre el Sida.

Voy a saltarme algunos datos más en aras a la brevedad que me ha pedido el presidente.

Otro de los aspectos importantes de las actividades de la Secretaría del Plan Nacional es la prevención del sida en el medio escolar. La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida desarrolla dos actividades básicas en la prevención del medio escolar, una de ellas referente a la campaña *Sida jóvenes*, que desde el año 1994 se viene desarrollando a lo largo de la geografía del Estado. Dicho programa consta de 160 puntos interactivos colocados en universidades españolas, cubriendo un mínimo de información por provincia y un total de 90 equipos móviles compuestos por una televisión y un lector de CDI destinados a los centros de bachillerato, educación secundaria y formación profesional. Además, y de forma experimental, se está haciendo un estudio con puntos móviles en cuarteles de reclutamiento y con puntos móviles en instituciones penitenciarias.

La segunda actividad en este área viene reflejada por el convenio firmado entre los ministerios de Sanidad y Consumo, Educación y Cultura y el Ministerio de Interior, con la Delegación del Plan sobre Drogas, para el desarrollo de actividades destinadas a mejorar la prevención de la salud entre los jóvenes. Estas actividades, encuadradas dentro del concepto de hábitos más saludables y no específicamente dirigidas al sida, porque consideramos que es más lógico y más ortodoxo integrarlas dentro de un programa de educación para la salud, se basan en cinco grandes apartados. Primero constitución de un grupo de trabajo formado por expertos en educación para la salud y sida, para establecer un marco teórico de referencia futuro para las acciones inmediatas; segundo, la elaboración de una guía de recursos humanos y materiales de educación para la salud y sida y elaboración de una guía didáctica dirigida al profesorado; tercero, convocatoria de ayudas de investigación y proyectos de educación para la salud a través de una convocatoria en el «Boletín Oficial del Estado», en el que se prioriza el diseño de nuevos materiales para la prevención del VIH y sida en la escuela; cuarto, la realización de cursos de formación sobre la educación para la salud, diri-

gidos a personal docente y realizados a través de la Subdirección General de Formación del Profesorado y la Escuela Nacional de Sanidad, y, quinto, la realización de cursos de formación en educación para la salud dirigidos a padres de alumnos. La aportación del Ministerio de Sanidad y Consumo a este convenio tripartito es de 95 millones de pesetas.

Actividades de prevención del sida a usuarios de droga por vía parenteral. Ésta es otra de las estrategias de prevención, sin duda la más importante de todas debido al peso específico que tiene este grupo de prácticas de riesgo en el centro de la epidemia. La colaboración entre la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas ha establecido el mantenimiento e incremento de las políticas de reducción del daño como la estrategia prioritaria para la lucha contra el sida en España, de acuerdo con las especiales características epidemiológicas. En este sentido se han realizado por tercer año consecutivo convenios de colaboración para la implantación de programas de intercambio de jeringuillas entre 15 comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, excluyéndose el País Vasco y Navarra por su especial carácter económico. Todo ello ha dado desde hace tres años un impulso dramático a la implantación de estos programas en todo el territorio del Estado, en coordinación con los programas de lucha contra la droga y los programas de lucha contra el sida de las comunidades autónomas. Se han establecido, además, dentro de otra estrategia de programas de reducción del daño —y luego tengo unas transparencias para mostrarles—, un total de 11 programas piloto dentro del territorio Insalud, de dispensación de metadona en centros de salud. Dichos proyectos serán evaluados y de su resultado se verá la ampliación futura de los mismos.

Además, colaboramos muy activamente, no solamente en recursos económicos sino también en recursos técnicos, en el programa de intercambio de jeringuillas que se está desarrollando como experiencia piloto dentro de la prisión de Basauri. Se han desarrollado, repito, dentro de la estrategia de reducción de daño, dos grandes intercambios de experiencias con diferentes profesionales: uno, de programas de intercambio de jeringuillas, y se ha editado un material específico para organizaciones no gubernamentales sobre cómo hay que incorporar estrategia y cómo se tiene que poner en marcha un programa de intercambio de jeringuillas.

Hace mes y medio, con la asistencia de casi quinientos congresistas, tuvimos la oportunidad de discutir sobre el futuro de los programas de metadona en España, entendiendo que la metadona es, sin duda alguna, el arma más importante y eficaz para la lucha contra el sida debido, repito, a las características epidemiológicas.

Tenemos programado, para el Día mundial del sida, una estrategia de concienciación y de información a la población general. Este año, el Día mundial del sida va a centrarse en los niños con sida. Aprovechando esta estrategia, vamos a recalcar la importancia de que estamos en condiciones —ya lo han visto— de disminuir a grados ínfimos la transmisión materno-fetal. Vamos a aprovechar este día

para concienciar a los profesionales, a la población en general, de que es muy importante, sobre todo en el estudio de la embarazada, la información sobre el sida y la posibilidad de que, previo consentimiento informado, se realice la prueba del VIH, porque en este momento disponemos de tratamiento eficaz para disminuir la transmisión.

Se han desarrollado, como todos los años, actividades de prevención específicas en colaboración con organizaciones no gubernamentales. Para ello se ha destinado un presupuesto de 150 millones de pesetas, que se ha visto cofinanciado en sus acciones por los programas autonómicos de las diferentes comunidades autónomas. Los proyectos prioritarios en este sentido han sido dirigidos a colectivos especialmente vulnerables, investigación y evaluación de conductas, efectividad de las medidas de prevención y coordinación entre asociaciones para mejorar el impacto y la efectividad de los proyectos.

Me gustaría presentar algunas transparencias que resumen someramente todo lo que hemos estado hablando. Ésta se refiere a cómo se han distribuido las subvenciones. Hemos priorizado, en coordinación y cofinanciación con las comunidades autónomas, las actividades directas de prevención, y prácticamente el 50 por ciento de los proyectos y de la financiación se la llevan las actividades de prevención, fundamentalmente destinadas a programas de reducción de daño: programas de intercambio de jeringuillas, programas *out-reach*, programas de reducción de daño en prisiones, trabajo de prevención del sida en los colectivos de prostitución, prevención del sida en colectivos homosexuales y prevención del sida en jóvenes. Ésta es nuestra acción más prioritaria en coordinación con las organizaciones no gubernamentales, sin las cuales sería absolutamente imposible llegar especialmente a colectivos de marginación, a los que por su especial dificultad es muy difícil que alguna institución pueda acceder.

Ahora quisiera mostrarles algo muy importante y que revela, yo creo, el esfuerzo de todas las personas que trabajan en la lucha contra el sida; desde ciudadanos en organizaciones no gubernamentales —en concreto en esta actividad ex drogodependientes que colaboran como agentes de salud en implantar programas entre sus compañeros—, hasta las instituciones municipales, autonómicas y generales. Esto hace referencia, en parte, a lo que yo les he comentado que ha sido una actividad importante del Ministerio de Sanidad y Consumo en los últimos tres o cuatro años, en los que hemos estado firmando machaconamente convenios prácticamente con todas las comunidades autónomas, y éste es el resultado que ha dado. En 1991 ó 1992, teníamos 13 programas de intercambio de jeringuillas; en este momento hemos pasado a tener 84. Pero estos 84 reflejan casi 410 puntos de intercambio; un programa puede tener muchos puntos de intercambio y los programas son absolutamente diversos. Han colaborado los profesionales farmacéuticos, y hoy día podemos decir que la colaboración de las oficinas de farmacia en programas que a priori pueden parecer conflictivos es real, funciona y, encima, tienen una eficacia brutal en la prevención del VIH y disminuyen la conflictividad del entorno. Pero también han colaborado instituciones, centros de salud en algunas co-

munidades autónomas y organizaciones no gubernamentales, y creemos que el impulso que esta estrategia de prevención ha recibido en los últimos años es un orgullo para todos.

Dentro de estas estrategias de reducción del daño, es muy importante ver esto que también tiene que satisfacernos a todos —son datos de la memoria del Plan sobre drogas—: el incremento tan importante de los programas de metadona en los últimos años. Hemos pasado de un total de 15.600 individuos que estaban bajo control en programas de metadona en el año 1993, a casi 44.000, y estamos en este momento en casi 700 programas de metadona. Ésta es la principal estrategia, junto con los programas de intercambio de jeringuillas, de lucha contra el sida. No se puede plantear en este momento ninguna estrategia futura con éxito de prevención del sida en España, si no se hace totalmente al unísono con los programas de prevención en las comunidades autónomas, enlazados directamente con los programas de drogas y de atención a drogodependientes. En este sentido, también tengo que sentirme satisfecho —y aprovecho para expresarlo aquí— porque tanto en las estrategias marcadas en lo que luego les voy a presentar como plan multisectorial, como en el Plan sobre drogas y el Plan del sida, las ideas en este sentido están absolutamente claras: hay que seguir impulsando programas de reducción del daño como la principal estrategia de lucha contra el sida. Éste es un elemento que también es muy satisfactorio. Es uno de los problemas a que nos hemos enfrentado y en el que también en los últimos tres o cuatro años hemos hecho un esfuerzo y hemos tenido un papel, el que nos toque, pero el resultado está ahí. La Subdirección de Sanidad de Instituciones Penitenciarias —los profesionales sanitarios de instituciones penitenciarias tienen un trabajo complejo—, las comunidades autónomas con los planes autonómicos de sida y la Secretaría del Plan han logrado, finalmente, este importantísimo incremento de plazas de metadona que permiten afrontar el problema de la drogodependencia y la prevención de sida en prisiones con auténticas garantías. Ha habido un crecimiento exponencial muy por encima de cualquier expectativa.

Con respecto a la asistencia, ¿cuáles son las estrategias que hemos desarrollado desde la Secretaría del Plan en este tema? Las actividades de asistencia son desarrolladas en España por distintos profesionales que, al menos por lo que me tocaba —porque cada día soy menos clínico, he perdido quizá la realidad de lo que hago en este momento en relación con mi aportación profesional—, son profesionales que tienen una gran cualificación, créanme, una gran dedicación, y permiten en este momento el desarrollo eficaz de la asistencia sanitaria de acuerdo con las estrategias del uso nacional del medicamento en todo el territorio del Estado. La Secretaría del Plan Nacional sobre el sida interviene de forma directa en toda esta asistencia emitiendo documentos técnicos y recomendaciones institucionales en relación con la infección VIH-sida. En los últimos dos años, para que se hagan una idea de la importancia de estas recomendaciones, hemos tenido que elaborar tres sobre tratamiento anti-retroviral del adulto. Los cambios en este campo son tan vertiginosos que hemos tenido que hacer

tres recomendaciones oficiales con gran esfuerzo y colaboración de los miembros del consejo asesor clínico. La cuarta se ha discutido en el mes de octubre y se emitirá a lo largo de los meses de noviembre o diciembre. Estas respetadas y bien recibidas recomendaciones han permitido que alrededor de 30.000 pacientes con infección por VIH estén recibiendo en este momento un tratamiento con terapia combinada con gran eficacia. Aproximadamente el 70 por ciento de ellos están recibiendo el tratamiento con tres drogas, incluyendo un inhibidor de la proteasa, y el resto son pacientes que en terapias combinadas todavía mantienen unos controles de carga viral reducida y que, en principio, no son subsidiarios de forma inmediata de cambio a tratamientos más agresivos. El tema del tratamiento anti-retroviral es terriblemente complejo. Desgraciadamente no curamos a los pacientes; lo que sí hemos conseguido es una reducción de la mortalidad en casi un 50 por ciento y esto es, probablemente, uno de los avances históricos más importantes, no sólo en la lucha contra el sida, sino de los últimos 25 años de la historia de la medicina. Además, hemos logrado que en algunos hospitales con gran afluencia de casos en Madrid, según estimaciones y estudios realizados por estos hospitales de la red Insalud, haya habido un descenso del 35 por ciento de los ingresos.

En resumidas cuentas, durante mucho tiempo hubo que estar discutiendo si los tratamientos anti-retrovirales iban a tener un coste muy elevado, y lo tienen, pero, aquí están los datos. Son terriblemente eficaces y el coste-eficacia de esta inversión yo creo que es un orgullo para todos los ciudadanos y para los responsables del Ministerio de Educación, que en diferentes fases han tenido y tienen ahora que afrontar este problema. Sin duda, podemos sentirnos orgullosos de esta medida.

La medida de la carga viral ha sido otro avance importante en el manejo de los pacientes con infección por VIH. A lo largo de 1996, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida emitió un informe con recomendaciones oficiales sobre los diferentes métodos de carga viral y la utilización para profesionales y gestores sanitarios. Esto permitió no solamente una reducción de hasta ocho veces el precio en la realización de la misma, lo que fue de gran utilidad para los sistemas de gestión sanitaria, sino que, a lo largo de 1996, todos los pacientes asistidos en el Sistema Nacional de Salud pudieran tener disponible esta carga viral como un método absolutamente incuestionable del manejo de su enfermedad y que colabora de una forma muy eficaz en el manejo de los antirretrovirales.

Voy a revisar someramente algunas otras actividades, por no alargarme excesivamente.

Dentro del Plan nacional hay seis instituciones que colaboran y con las que trabajamos muy activamente, y aprovecho mi comparecencia en esta Comisión para agradecer la altruista colaboración de todos ellos; son las cuatro subcomisiones de investigación, de vigilancia epidemiológica, de asistencia y formación y de prevención. Estas reuniones periódicas nos permiten tener la cualificación técnica suficiente como para que haya un respeto y poder ejercer nuestra capacidad de liderazgo dentro de los bien armados técnicamente planes autonómicos y, en este mo-

mento, la participación de miembros de los planes autonómicos en estas comisiones nos permite afrontar, con una cierta garantía de homogeneización y de coordinación, toda la estrategia de prevención y vigilancia y las estrategias de asistencia y de epidemiología.

Hemos desarrollado en los tres últimos años un programa importante de cooperación, para ayuda a países en desarrollo, en Iberoamérica fundamentalmente, actividad que hacemos a través de convenios con la Oficina Panamericana de la Salud y a través de convenios con Onusida, con la inestimable colaboración de la Agencia de Cooperación Internacional. En este momento estamos llevando cabo proyectos por valor de casi 1,5 millones de dólares, con especial atención a programas de prevención y de formación en vigilancia epidemiológica en países de Centroamérica, pues creemos que es nuestra población natural diana, donde estamos desarrollando estos recursos.

Déjenme ahora —era un poco más largo, pero voy a ser obediente— que les diga qué es lo que estamos consiguiendo con toda esta estrategia. En ningún momento quiero que tengan la idea de que éste es un informe triunfalista. Los datos de sida son los que he contado y son suficientemente serios como para no perder el rumbo. Sin embargo, es importante que conozcan lo que se hace —en mi opinión, creo que ésta es la utilidad de mi comparencia aquí—, lo que tenemos que seguir haciendo y los resultados que están dando estas estrategias.

Datos del barómetro sanitario en relación con conocimientos y actitudes de la población española. La primera idea que tenemos es que la población española tiene un buen conocimiento, en general, de lo que es el sida, de lo que son los mecanismos de transmisión del sida, con algún error en la percepción, lo cual tiene relación causa/efecto en cuanto a algunas noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre la transmisión a través de saliva en algunos casos esporádicos, cosa que pueden apreciar perfectamente en los pulsos que tiene el barómetro, y tienen una buena información sobre los mecanismos de prevención. Esto no quiere decir que sea suficiente; ya saben ustedes que en una enfermedad conductual como es el sida, una cosa es la información, otra cosa es la actitud y otra cosa es el cambio de conducta, que es lo que realmente nos aportaría alternativas en prevención.

Éstas son tres encuestas distintas. (Hay algún error en inglés, lo que lamento.) Éste es un estudio de comportamientos sexuales de la delegación del Plan nacional sobre drogas, éste es un estudio de la Comunidad de Madrid, y éste es un estudio del programa de lucha contra el sida de la Generalidad de Cataluña, en el cual podemos ver que especialmente los jóvenes, tienen información y que además utilizan correctamente el preservativo. Estos datos son bastante esperanzadores, en el sentido de que la información —y ése es uno de los objetivos de la campaña última— está llegando a la población juvenil, que son los que más prácticas de riesgo tienen en relación con la transmisión sexual, que el preservativo es una medida eficaz y que la utilizan. Los porcentajes todavía, obviamente, no pueden llegar nunca al cien por cien, por lo que hay que se-

guir trabajando en esta línea, que es la idea que vamos a seguir desarrollando.

Las estrategias de reducción del daño en usuarios de drogas por vía parenteral buscan fundamentalmente dos objetivos: primero, acercar a los usuarios de drogas al sistema sanitario, y, segundo, modificar sus conductas de inyección y sus conductas sexuales. Este gráfico está sacado de la antepenúltima memoria de la delegación de drogas, porque la última se ha presentado anteayer. Es importante que vean el cambio que ha sufrido la vía inyectada de heroína, porque en el año 1991 la mitad de los drogodependientes que se acercaban por primera vez a un centro de atención sanitaria en drogas se inyectaba heroína y en este momento están en el 27,7 por ciento, mientras que otras vías de administración están creciendo, siendo una evidencia de que las medidas de prevención funcionan y que hay que seguir trabajando con ellas.

¿Qué pasa con la prevalencia de infección por VIH en drogodependientes? Estos estudios están incompletos. Tengo los datos más adelante y son todavía más satisfactorios. Son diferentes estudios que no son homogéneos, que no son superponibles, pero que indican que hay un descenso en la seroprevalencia. Todavía estamos en límites de seroprevalencia que, en el momento actual, se encuentran en torno al 30 por ciento de los usuarios de drogas por vía intravenosa, es decir, tienen una seroprevalencia media y estimativa del 30 por ciento, lo cual es un buen dato porque hemos estado a punto de llegar, en el año 1985, al 70 y el 80 por ciento, aunque todavía queda bastante por andar.

Evolución de la seroprevalencia en bancos de sangre de individuos que van a donar sangre. Vemos que en los últimos años también hay un descenso importante de la seroprevalencia que no se debe exclusivamente a las estrategias de prevención, sino a otras estrategias de autoexclusión y autocribaje por parte de los individuos que van a donar sangre.

Por último —para no aburrirles más—, vemos cómo está evolucionando la seroprevalencia de infección por VIH en colectivos específicos, como es el de homosexuales. Es un estudio muy amplio, desarrollado en el Centro Sandoval, centro de enfermedades de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid, con un amplísima experiencia. El gráfico lo que refleja es un descenso de la seroprevalencia de infección por VIH en varones homosexuales o bisexuales.

Les he estado repasando someramente la situación del sida, lo que hacemos y lo que creemos que es un impacto. Ahora quisiera comentarles rápidamente qué es lo que queremos hacer en los próximos tres años. Trataré de explicarles sucintamente algo en lo que llevamos trabajando desde hace un año muy estrechamente con todos los miembros del Plan Nacional sobre el Sida, de la Comisión Nacional y también muy estrechamente con las comunidades autónomas. Hemos llegado ya a un acuerdo sobre lo que denominamos plan multisectorial sobre el sida, que trataré de explicarles en qué va a consistir, y también esperamos aprobarlo en la Comisión nacional de diciembre, para poder implementarlo de forma global, homogénea y armonizada a partir del próximo año.

Con el fin de potenciar y ampliar eficazmente las acciones de lucha contra el sida, el Plan de movilización multisectorial de los años 1997/2000 debe servir como herramienta para movilizar recursos y poder facilitar así apoyo técnico y/o económico a los programas y actividades de prevención desarrollados por otras administraciones u organizaciones públicas o privadas. Este plan pretende servir también para mejorar la eficacia de nuestro trabajo, es decir, para aumentar la coordinación interdepartamental e interautonómica, pero, sobre todo, para renovar y profundizar el compromiso de las distintas administraciones del Estado representadas en la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención.

Las propuestas del plan son las siguientes. Primero, corresponsabilizar a las distintas administraciones del Estado en la lucha contra el sida, vehiculizando esta política de acción a través de la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención del sida. Segundo, potenciar y favorecer la extensión de las acciones contra el sida provenientes de todas las administraciones. Y tercero, coordinar todas las acciones con el fin de lograr una mayor efectividad.

Algunas orientaciones estratégicas de este plan conviene destacarlas ya desde esta introducción. Para prevenir el sida hay que incitar a los jóvenes a tomar precauciones al iniciar su vida sexual; hay que reducir el riesgo de infección y de ulterior transmisión de VIH en los consumidores de drogas y en aquellas personas con prácticas de riesgo, pero ofreciéndoles también los medios necesarios para ello. Para reducir los efectos negativos de la epidemia, la asistencia debe integrar siempre y en todo paciente el binomio asistencia/prevenición, y considerar tanto la asistencia sanitaria como la social con participación de todas las entidades con recursos sanitarios y sociales disponibles y muy en particular el inapreciable trabajo de las organizaciones no gubernamentales.

Las actividades de dicho plan se establecen en ocho puntos (hay un documento escrito que estaré encantado de proporcionarles, a través de la oficina parlamentaria del departamento) que se centran fundamentalmente en los siguientes aspectos. En materia de prevención y lucha contra la discriminación, hemos llegado al acuerdo de consensuar actividades de prevención concretas de forma prioritaria —y luego hablaré de los recursos económicos que hay para la implementación en el proyecto de presupuestos que se ha presentado a la aprobación de las Cámaras para 1998—, pero destinando estos recursos prioritariamente a las actividades de prevención. Primero, dirigidas a la población general: mantener e incrementar el grado de información sobre la información del VIH y las conductas que favorecen su transmisión y promover conductas saludables. Segundo, el trabajo con jóvenes y adolescentes: informar y educar a los jóvenes y adolescentes sobre el sida; promover el aprendizaje y desarrollo de conductas saludables; estimular las intervenciones para la prevención del sida en la escuela y el aumento de la accesibilidad al preservativo. Tercero, trabajo con usuarios de drogas por vía parenteral; disminuir las prácticas de riesgo entre usuarios de drogas por vías inyectadas; aumentar la oferta y la ac-

cesibilidad de los programas de reducción de los riesgos asociados con el uso de drogas por vía intravenosa (metadona), intercambio de jeringuillas y prevención de la transmisión sexual del VIH en drogodependientes, lo cual tiene una gran importancia porque en usuarios de drogas es más fácil obtener cambios de conducta en inyección que cambios en su comportamiento sexual y esto plantea repercusiones directas, en concreto, en la transmisión heterosexual en España; trabajo en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales, especialmente centrado en colaborar directamente con los miembros de estas organizaciones no gubernamentales que tienen trabajo específico en este campo; seguir trabajando en el campo de la prostitución; mejorar el nivel de información y el acceso al sistema sanitario de los programas de prevención del VIH promoviendo prácticas de sexo seguro; trabajar con mujeres y dar un cierto enfoque de género a la prevención del sida en España de forma homogénea y, muy importante, trabajar en el área de la prevención de la transmisión perinatal.

En materia asistencial, fundamentalmente en asistencia sanitaria, se pretende seguir garantizando una asistencia sanitaria óptima y un acceso de los pacientes a los avances terapéuticos y diagnósticos. En relación con los servicios sociales, incrementar, en la medida de lo posible, los recursos de la red social y mejorar la coordinación con las organizaciones no gubernamentales.

Hay otra serie de objetivos en materia de formación, de investigación y de vigilancia epidemiológica, que se centran fundamentalmente en seguir potenciando los sistemas de vigilancia de infección por VIH.

Hay dos grandes apartados de participación ciudadana: mejorar la coordinación y facilitar la formación técnica y de gestión de estas organizaciones. Por último, existe un apartado muy importante de evaluación, con más de 75 indicadores de cada uno de los puntos en que el plan multisectorial incide.

Dentro del contexto de corresponsabilidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha enviado a las Cámaras en el proyecto de presupuestos un incremento de la partida presupuestaria de casi el 300 por cien para las actividades de lucha contra el sida del departamento, centralizado en su mayoría en la Secretaría del Plan Nacional del Sida. Estaría basado en actividades de prevención, a lo que van dirigidas las campañas de prevención, la estrategia de jóvenes, los convenios con diferentes instituciones y los convenios con el Instituto Carlos III para vigilancia epidemiológica, con una partida de 664 millones. La partida para actividades reguladas por el convenio con el Ministerio de Educación asciende a 95 millones. Habría un total de 1.178 millones para impulso específico de estrategias de prevención de este plan multisectorial, que, en su gran mayoría, van a ser transferidas a las comunidades autónomas y estamos discutiendo —ya hemos llegado a un acuerdo con cada una de ellas en los puntos fundamentales de prevención— sobre en qué se van a gastar estos recursos en el supuesto de que las Cámaras consideren apropiado este proyecto de presupuestos y se apruebe finalmente.

Los criterios de reparto que tendrá que aprobar en su día el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

se basan fundamentalmente en el número de casos de sida y en el índice de población de cada una de las comunidades autónomas y, finalmente, se mantiene un total de 153 millones de pesetas para organizaciones no gubernamentales y, para ayudas e indemnizaciones a hemofílicos con infección por VIH, un total de 140 millones, lo que *grosso modo* viene a ser algo más de 2.000 millones de pesetas.

Con esto termino lo que me ha parecido ser un repaso resumido de gran parte de las actividades que hace la Secretaría del plan, no todas. Obviamente las actividades del plan nacional son mucho más amplias. Lamento haber ido tan deprisa y espero haber sido lo más ajustado al tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Parra, por la concisión con que ha expuesto, y así se lo comunico a la Comisión, las dos comparecencias, porque se ha subsumido en una la comparecencia del Secretario del Plan Nacional del Sida y la del ministro de Sanidad, que estaba pedida también por el Grupo Parlamentario Socialista. La primera era para hablar de los programas específicos a los reclusos enfermos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la suya para informar sobre la evolución del Plan Nacional del Sida. Le agradezco la concisión con que ha expuesto los dos temas y, sin más preámbulo, doy la palabra al señor Moratalla, en representación del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **MORATALLA MOLINA**: En aras de la brevedad, en la exposición densa no ha sido posible tomar muchos de los datos. Rogaría que todas las transparencias se facilitaran para incorporarlas al acta de la sesión de la Comisión y, de esa manera, poder hacer un estudio más sosegado y tranquilo.

Señor Parra, quiero agradecer su comparecencia en la Comisión, en nombre del Grupo Socialista, y compartir con usted que desde el año 1981 la inmunodeficiencia adquirida no sólo fue un impacto para la opinión pública sino también para el mundo científico. Hemos recorrido desde entonces un larguísimo camino lleno de dificultades, pero desde la seriedad y desde la eficiencia se han dado pasos importantes en el reconocimiento, en el diagnóstico, en la prevención, en la asistencia y en la investigación. Por eso era imprescindible conocer cuáles eran los datos de la evolución, porque desde la Secretaría se tiene la consideración —y me consta— de que el conocimiento de la información epidemiológica es el elemento básico y el punto de partida para trazar estrategias de prevención, para tener modelo asistencial, para tener un manejo clínico y, cómo no, para saber las líneas de investigación.

En otro tiempo se realizaron esfuerzos importantes porque hubo que hacer una adaptación de los registros nacionales y de las comunidades autónomas para introducirlos en la Lortad. Desde la Secretaría se hizo una renovación de todo el proceso informático no sólo a nivel nacional y autonómico sino de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y desde entonces el barajar los distintos números de casos y las posibles desviaciones con las poblaciones de riesgo y con los casos de la población en general nos ha servido para la toma de decisiones.

Yo quiero agradecerle la multitud de datos que nos ha facilitado y que no me ha sido posible tomar, pero que espero me haga llegar a través de la Presidencia de la Comisión, porque creo que son bastante interesantes.

El motivo de pedir su comparecencia era porque el día 12 de junio de 1996 el ministro Romay dijo textualmente que era absolutamente necesario que todas las administraciones —general, autonómica y muy especialmente la local— dediquen esfuerzos contra el sida de forma prioritaria y urgente, y para ello vamos a trabajar en un plan de acción desde 1997 al 2000 con la búsqueda del consenso, considerando la epidemia en España como un problema de Estado y, por tanto, lo plantearé desde esa perspectiva.

Nosotros estábamos preocupados por los datos que a veces aparecen no en la prensa con cierto conocimiento científico o en las revistas que tienen otro tipo de acceso a los datos del Ministerio o de la Secretaría, sino en la prensa general. Como desde que lo dijo el señor ministro han pasado 16 meses para obtener una comparecencia, lo que yo sí rogaría es que, aunque esté en nuestro ánimo la brevedad, tengamos el tiempo suficiente para poder compartir muchísimas de las preocupaciones y de los problemas que usted ha expresado, que se dan no sólo entre las poblaciones de riesgo sino entre las que requieren una especial atención, como es el caso de la gente que está en prisión.

Por todo eso, el Grupo Socialista le había solicitado su comparecencia porque nos preocupan algunos datos que hemos visto. España sufre el 14,3 casos de sida infantil por cada 100.000 menores de trece años, frente a los ocho del segundo país, que me parece que es Italia, y el 6,8 de Bélgica, y en el extremo contrario estaría Finlandia, que sería el 0,1. Son datos preocupantes porque por las distintas gráficas que he tenido oportunidad de ver en su exposición, parece que es en la práctica heterosexual de la población en general donde ha aumentado el número de casos de sida, lo que hace tener lógicamente una mayor preocupación. Por lo tanto, no sólo los programas, no sólo la vigilancia epidemiológica, no sólo la atención en el caso de contraer la enfermedad en lo que son los grupos de riesgo, sino en la población en general porque hay un comportamiento o unos datos que lógicamente llevan a esa preocupación. **(El señor vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)**

Revisando algunos datos de comparecencias anteriores, he podido ver que en los presupuestos de 1996 existía de forma general un monto global de 1.240 millones en el año 1996, para que fueran motivo de trabajo y de estudio por parte de la Secretaría del Plan.

He revisado también los presupuestos que en este momento están sufriendo la tramitación parlamentaria, y figuran una serie de cantidades, sobre las cuales quisiera hacer algunas preguntas, compartiendo ese grado de responsabilidad desde el Grupo Socialista, porque, como usted bien sabe, en otros momentos compartimos también otro tipo de tareas.

Por eso, en la partida que figura para transferencias a comunidades autónomas de 770 millones, me gustaría saber, como bien ha dicho al final, con qué criterios se va a hacer el reparto, si se va a hacer sólo por el número de ca-

sos de sida o también por el número de habitantes y si para eso se va a tener en cuenta el padrón actualizado.

En cuanto a la cantidad que figura con 375 millones, que es para enfermedades emergentes, reemergentes y de especial relevancia, quisiera también preguntarle si la consideración de la partida en su totalidad es para los temas del sida o, paradójicamente, para ese tipo de enfermedades a que estamos asistiendo últimamente que tienen algunos datos preocupantes, como la tuberculosis.

De forma general, señor Parras, no quiero calificar de triunfalista su exposición. Me parece que tiene que ser una exposición realista, pero no por ello tenemos que ajustarnos sólo a las cifras sino también a las condiciones de la población que tiene desgraciadamente que soportar este tipo de enfermedad que, por su sintomatología y por las condiciones socioeconómicas preocupa de forma importante a nuestro grupo y espero que sea una preocupación compartida, de forma general, por las personas que conformamos esta Comisión.

Por ejemplo, la situación de España en estos momentos con esos datos emergentes del contagio heterosexual ¿es preocupante? ¿Cuál es el comportamiento de otros países cercanos a nosotros con este tipo de datos que en España son preocupantes? ¿Existe realmente? ¿Es una cosa generalizada o, como me parece haber entendido de su exposición, es porque las características en España son distintas o diferentes?

En esa dotación presupuestaria que figura en el proyecto de presupuestos que en este momento estamos barajando, en su opinión, ¿considera suficiente la dotación presupuestaria para su Secretaría?

En cualquier caso, ¿cree usted que existe una continuidad en la actuación dentro de este plan, o, por el contrario, hay un momento de inflexión en esta nueva etapa?

Por supuesto, antes de entrar en alguna otra consideración de su exposición, me gustaría conocer, si es que tiene el dato, y, si no, lo aporta a la Comisión cuando le sea posible, el grado de ejecución en los presupuestos para 1997, que en este caso me parece que no ha mencionado, salvo en algún tema puntual que he de compartir. Me refiero a las actuaciones que han tenido en cuanto a lo que es la vigilancia epidemiológica, las actuaciones que han tenido de forma concreta en el área de prevención, respecto a las cuales me parece haber escuchado específicamente que había habido una disminución del 50 por ciento en programas de reducción de daños; no he entendido bien si el 50 por ciento de los casos era una disminución en ese comportamiento o, por el contrario, era la aportación económica para la actuación en ese tipo de programas.

En el área asistencial, me gustaría también conocer algunas actuaciones de esas cuatro subcomisiones que ha valorado positivamente dentro del Plan nacional.

Por último, de ese plan multisectorial, que también figura en el borrador de presupuestos, con esas tres actuaciones de que ha hablado de corresponsabilidad, de potenciar acciones específicas y de coordinación, no he tenido oportunidad de recoger todos esos ocho puntos de ese documento estratégico, pero sí me ha parecido entender al final de su intervención algo que creo novedoso y que yo sa-

ludo, que es el punto que ha destacado de la participación ciudadana. Me gustaría que aclarara cuál va a ser esa actuación de la participación ciudadana dentro de este plan multisectorial y la evaluación con los 75 indicadores que he creído entender.

En aras de la brevedad, quiero terminar agradeciendo al señor Parras su comparecencia, y desear que no pasen tantos meses de espera para volver a tenerle, porque el conocimiento por parte de la Cámara y de la Comisión de esos datos que usted ha aportado sirve no sólo al Gobierno sino a los grupos que conformamos en este caso la oposición para poder tener una valoración vía directa y no hacer caso de otros datos que posiblemente tengan otro objetivo.

No obstante, sí le manifestamos nuestra preocupación porque es un tema que, como usted conoce, requiere una dedicación por parte de los profesionales que con acierto se ocupan no sólo de la investigación sino también de lo que son las acciones terapéuticas directas, las acciones directas de la atención al enfermo. Por ello, es verdad que para el Grupo Socialista la manipulación a veces intencionada de datos y sobre todo el que no haya un contacto directo, da lugar a que las interpretaciones vayan en contra de algo que compartimos, que es la preocupación por un tema que no es sólo científico sino que también por su impacto a nivel general y a nivel de la población crea desasosiego y cierta alarma social.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): ¿Grupos que desean intervenir en esta comparecencia? **(Pausa.)**

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor Parras, por su comparecencia, por la información que ha dado y por la que espero que complementemente después de las peticiones que ha hecho el portavoz del Grupo Socialista.

Evidentemente, el abordaje de la problemática del sida en nuestro país se hace necesariamente desde dos puntos de vista: la valoración de lo avanzado y la preocupación por la situación actual que determina el camino a recorrer. Quiero recordarle algo que todos hemos podido leer en los medios de comunicación en fechas recientes, que es la preocupación manifiesta por la Organización de las Naciones Unidas ante el riesgo de que nuestro país pudiera alcanzar tasas de alta incidencia de sida, correspondientes a países africanos, y que, en cualquier caso, los datos más recientes sobre la situación actual, que obran en mi poder, indican una cifra de afectación de sida de 157 personas por cada millón de habitantes, que es exactamente el triple de la media europea para esta misma cifra.

Evidentemente, las razones obedecen a causas estructurales, a causas de fondo, que creo que van más allá, en su mayor parte, de las actuaciones, que pueden ser más o menos eficaces por parte de las administraciones públicas. Por un lado, tienen relación con la posición geográfica de nuestro país, punto de entrada del narcotráfico y, por tanto, vía de acceso privilegiado a esa forma de conducta de

riesgo que es la drogadicción intravenosa, aunque es evidente que ésta ha disminuido. Por otro, también tienen que ver con una situación social de fondo relacionada con las elevadas tasas de desempleo, las elevadas tasas de paro juvenil, y con una situación social de marginación y desesperanza por parte de muchas personas que ven limitado su acceso a la información y a los servicios sanitarios por su misma situación de marginación, y que son el caldo de cultivo para la proliferación de enfermedades como la inmunodeficiencia adquirida y para el mantenimiento de estas bolsas de las enfermedades concomitantes que acompañan a esta enfermedad.

En ese esfuerzo que la Secretaría General del Plan anti-sida hace en relación con las diferentes administraciones, les recomienda la lectura atenta del acuerdo de la subcomisión parlamentaria para la reforma de la sanidad, que se ha producido recientemente, que mi grupo parlamentario no ha compartido y que tiene aspectos que creo que tienen que ver con la estructura de la Administración sanitaria y con su eficacia cuando interviene en procesos como éste. Aspectos que usted ha señalado y que son de sentido común, como la estrecha vinculación entre la Administración sanitaria y los servicios sociales, que es algo que se plantea en esta subcomisión como absolutamente separado, van a tener una incidencia en la eficacia sobre determinadas enfermedades; también la fragmentación, la autonomía de gestión de los centros y, por tanto, las dificultades para las acciones coordinadas de las administraciones sanitarias, van a tener una incidencia negativa en la necesaria coordinación, en la necesaria planificación de las actividades de las administraciones públicas cuando haya que enfrentarse a un problema de estas características.

No obstante, le quiero preguntar su opinión, porque esa situación geográfica de nuestro país, a la que hacía referencia en mi intervención inicial, tiene que ver también con la entrada de inmigrantes ilegales, pese a todos los muros de Schengen, de personas que, víctimas de un sistema económico que condena a sus países de origen a la marginación, buscan en nuestro país lo que no encuentran en ellos, y que, precisamente por el efecto acumulado de la marginación, de la pobreza y de la procedencia de países de alta incidencia de sida, suponen un factor de riesgo para ellos mismos, por desgracia, pero también, por sus relaciones de todo tipo, para la población de nuestro país.

Mi pregunta es si estima usted, desde el punto de vista de las actividades de su competencia, que el acceso al sistema sanitario público de todas las personas que viven en nuestro país sería beneficioso, independientemente de su condición administrativa de legalidad o ilegalidad, y teniendo en cuenta que precisamente la marginación es un factor de riesgo acumulado, como una manera más de intervenir sobre colectivos en los que, por desgracia para ellos mismos, insisto, el sida es especialmente importante.

Entiendo que en aras de la brevedad se ha hecho mención muy de pasada a uno de los aspectos que se solicitaba en la comparecencia, que es la situación de los enfermos de sida en las cárceles. Usted ha citado el incremento de los tratamientos con metadona, pero eso es un análisis in-

terno que no se valora. Es decir, cuál es la situación del sida en las cárceles, cuál es el nivel de acceso de los internos de sida a los tratamientos antirretrovirales, en qué medida el acceso a la metadona se va a desburocratizar permitiendo que toda la población con problemas de este tipo pueda acceder a la misma, si hay medidas de recomendación y qué eficacia tienen acerca de la excarcelación de aquellos presos cuya situación de salud sea grave.

Me congratulo de la apreciación —que, por otra parte, es una evidencia— de que las prácticas de riesgo en relaciones heterosexuales están siendo el elemento que está teniendo un aumento más espectacular y que, por tanto, el preservativo es la medida más eficaz para abordarlo. Y congratulándome de que la educación para la salud, centrada en el uso del preservativo en las relaciones sexuales, sea uno de los aspectos centrales que su Secretaría promueve, sí quiero señalar aquí que me parece una torpeza inadecuada y absolutamente rechazable el sesgo moralista, que no tiene relación con la situación actual, de la recomendación de que los jóvenes deban retrasar sus relaciones sexuales y de que eviten la promiscuidad. Evidentemente no es la frecuencia ni la edad a la que se inician las relaciones sexuales lo que constituye un riesgo para el sida u otras enfermedades de transmisión sexual, sino el nivel de seguridad con el que tales prácticas se realizan. El tema de la promiscuidad, el tema de la multiplicidad de parejas, que es la acepción de esa palabra en el momento en que vivimos, me parece que es también absolutamente inadecuado. He buscado la etimología de la palabra promiscuidad y veo que viene de *promiscuare*, que significa violar la cuaresma. **(Risas.)** Esto evidentemente tiene connotaciones morales y religiosas que no parece que tengan nada que ver con el momento en el que vivimos, pero que impiden que la actuación sea eficaz para que las personas, según sus criterios morales y religiosos, actúen, en el uso de su sexualidad como mejor les parezca y que las relaciones sexuales se hagan con garantías de seguridad para quienes las realizan.

También es importante que la educación para la salud en la escuela se realice con el nivel de precocidad necesario. Las primeras relaciones sexuales se producen, en la inmensa mayoría de los casos, con el desconocimiento más absoluto, por parte de este colectivo de población que comienza sus relaciones sexuales, de factores de planificación sexual, de prevención del embarazo de riesgo y de prevención de cualquier otro tipo de enfermedades de transmisión sexual, como es el sida.

Querría preguntarle si se ha tomado alguna medida, prescindiendo de planteamientos moralistas que son hojarasca que obstaculiza una intervención eficaz, destinada a adelantar e intensificar la eficacia de la educación para la salud en la escuela y si ha pensado en la instalación de máquinas proveedoras de preservativos en la escuela, a un nivel de accesibilidad económica suficiente —por ejemplo, en Francia, en la mitad de los institutos de secundaria se pueden encontrar este tipo de máquinas en la escuela— y, sobre todo, con un nivel de unidades que sea accesible económicamente. Es decir, estamos hablando de superestructuras y no entramos en los mecanismos concretos que per-

miten que las personas de cualquier condición puedan acceder eficazmente a lo que es el elemento de mayor nivel de prevención.

Finalmente, quería pedirle una documentación que no ha exhibido y que no sé si estará en condiciones de proporcionar en este momento. Son los datos sobre la incidencia del sida por comunidades autónomas, sobre todo teniendo en cuenta que hay comunidades autónomas como la de Madrid, que usted ha señalado en cifras comparativas, sobre la que hay datos que indican del orden de 50.000 personas infectadas.

Finalmente, querría hacer mención a algo que usted ha tocado de pasada, en aras de la brevedad, pero que me parece de la máxima importancia. Usted conoce, supongo que mejor que yo, las modificaciones espectaculares que está habiendo en cuanto a las recomendaciones para el tratamiento del sida. Se trata de iniciar los tratamientos de una forma muy precoz, antes de que el nivel de células CD4 sea inferior a la cifra de 500 células por milímetro cúbico de plasma, así como iniciarlos también cuando el número de copias de ARN viral esté entre 5.000 y 10.000. Sin embargo, querría hablar de un gran tema, al que usted no ha hecho mención —o se me ha escapado si es que la ha hecho—, que es el de las modificaciones importantísimas que ha habido recientemente por parte de los organismos de expertos de Estados Unidos en relación con la forma de tratamiento, sobre todo la recomendación del uso de una combinación potente de antirretrovirales de tres tipos diferentes en relación con los dos tipos que existían en este momento. Es decir, dos inhibidores de la transcriptasa inversa más un inhibidor de la proteasa o más uno análogo de nucleósido, y resulta que parte de estos medicamentos, los que suponen una novedad, no existen en este momento ni en nuestro país ni en la Unión Europea. No obstante, creo que está fuera de toda duda que el nivel de seriedad y de eficacia de los estudios realizados sobre este tipo de tratamientos permite incorporarlos. Por tanto, si bien en la Unión Europea estos medicamentos no se encuentran aún registrados y a disposición, por parte de países como el Reino Unido, Holanda, Alemania y Francia, ya se están utilizando porque se han comprado como medicación extranjera.

Usted ha anunciado un nuevo protocolo en el tratamiento del sida y mi pregunta directa es si en ese nuevo protocolo, que todavía no se ha formalizado o por lo menos no se ha comunicado, se contemplan estas nuevas recomendaciones en el tratamiento antirretroviral y si, en consecuencia, se van a tomar las decisiones necesarias para que los que no se encuentren a disposición puedan comprarse como medicación extranjera o bien pudiera ampliarse el uso compasivo de los mismos, entendiendo que los resultados positivos permitirían aumentar el número de personas que se incorpore a ensayos clínicos, de manera que puedan acceder a esta nueva acción terapéutica, teniendo en cuenta, además, que este tipo de ensayos clínicos no los costea la Administración sino el laboratorio.

Con esto quiero terminar mi intervención, agradeciéndole sinceramente su comparecencia y su información.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: Ante todo quiero agradecer al señor Parras su comparecencia exhaustiva, e intensiva en los datos que nos ha dado, aunque hubiera sido de nuestro agrado poder tratar este tema como único en una Comisión, puesto que la alarma o la incidencia social que el mismo tiene en estos momentos es importante, y ya que hay mejoras y adelantos también es bueno tratarlos en profundidad.

Dicho esto, sólo quiero decirle que, desde todas las vertientes, tenemos que esforzarnos mucho más en la lucha contra el sida, pero no sólo por evitar entrar en la franja naranja del ranking internacional de incidencia de la enfermedad sino también por el problema real y social que comporta esta enfermedad para los que la sufren, la padecen y para los familiares y amigos que comparten y sufren sus consecuencias.

Señor Parras, hay un tema que nos preocupa. Estos días hemos visto en los medios de comunicación el caso de un muchacho estadounidense que, con conocimiento de su enfermedad, ha infectado conscientemente a un número aún no determinado de adolescentes de su entorno. Nos gustaría saber qué tipo de actuaciones estarían previstas en nuestro entorno en este caso hipotético —o no tan hipotético— para poder afrontar un caso de esta envergadura. Asimismo, nos gustaría tener conocimiento de qué grado de ayuda, de soporte, de colaboración, hay con aquellos enfermos y enfermas a los que se diagnostica esta enfermedad y qué grado de ayuda y soporte hay hacia los familiares y amigos de su entorno.

De todas maneras, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) quiere felicitar al Ministerio de Sanidad por la campaña que ha puesto en marcha en televisión sobre el sida. Creemos que es un acierto cómo se ha afrontado la temática, el grado de elegancia con que se nos ha presentado y la oportunidad que ha tenido.

Prevención es la palabra clave y ya desde la infancia hay que informar en la familia y en la escuela para llevar a cabo una verdadera lucha contra esta enfermedad. Señor Parras, es verdad; no hay grupos de riesgo, hay prácticas de riesgo y esto es algo que debemos, entre todas y todos, dar a conocer a toda la población, pues los enfermos y enfermas del sida continúan teniendo que hacer frente a un rechazo social, un rechazo que es debido a la errónea premisa de que sólo se contagian los colectivos de riesgo, y normalmente concentramos estos colectivos de riesgo en los homosexuales, en los drogadictos y en las capas más desfavorecidas de la sociedad. Desde el Ministerio de Sanidad debe aumentarse aún más este esfuerzo, no tanto en buenas intenciones, que ya las tiene, sino en propiciar económicamente estas buenas intenciones, para poder, desde este entorno, ayudar a las familias —sobre todo a las familias— en cuyo seno reciben todos los niños su primera educación, a las escuelas y a la sociedad, en el sentido de que el sida es algo que podemos evitar entre todos y todas, que es algo a lo que no tenemos que tener miedo sino res-

peto y contra lo que tenemos que luchar. Gracias a Dios hoy en día tenemos unas ayudas médicas y farmacológicas que pueden hacer mucho más llevadera —aunque no curar— y más digna la vida de estos ciudadanos y ciudadanas que padecen esta enfermedad.

Nada más, señor Parras, agradecemos su intervención y le damos todo nuestro apoyo y solidaridad para que continúen con los trabajos que están realizando.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNÁNDEZ-CAPEL BAÑOS**: Con la venia, señor presidente. Bienvenido, señor secretario del Plan Nacional del Sida.

No quiero repetir toda la preocupación y las reflexiones sobre las cifras que expresan los datos que todos hemos conocido y de los que nos movemos en el mundo de la sanidad ya teníamos conocimiento por las revistas médicas.

El sida no es un problema —todos lo creemos— de Gobierno, ni siquiera de un Estado, es un problema de salud pública, de ámbito internacional, de ámbito mundial, que preocupa a todos y todos somos conscientes —y así lo recojo yo del sentir de los compañeros de otros grupos de la Cámara— de que es labor de todos luchar contra la expansión del sida y no sólo labor de las autoridades administrativas. Por ello, conocido el Plan nacional de lucha contra el sida y su evolución, cuyos datos nos ha explicado detalladamente el señor Parras, nuestra reflexión es positiva, porque también compartimos que toda estrategia, ante un fenómeno como el sida, debe tener como punto de partida la vigilancia epidemiológica, y así lo hemos visto, para abordar un desarrollo de estrategias múltiples, empezando, como ha quedado bien claro y yo comparto plenamente como profesional de la salud, por el área de la prevención, la ordenación de la asistencia, la atención y cuidado de los pacientes y una política de investigación concomitante con todas las demás acciones.

Sin embargo, estimamos que ninguna acción de este tipo puede ser efectiva si no hay una información ciudadana seria y equilibrada de la situación. De ahí que valoremos muy positivamente el perfeccionamiento y enriquecimiento del registro nacional de casos de sida que con la colaboración de Instituciones Penitenciarias, a través de su registro y de las comunidades autónomas, se ha venido produciendo. Así vemos que se ha llegado a un mejor conocimiento de la situación, que es el punto básico para poder abordarla.

Es positivo que en el área de la prevención, la campaña de 1997 esté destinada a la población general, porque a veces el ciudadano corriente que no está afecto por esta situación, piensa que lo del sida no va con él y que no se encuentra en esos grupos. Por ello creemos que es muy acertada que esa campaña esté dedicada a la población general y con especial énfasis a las personas jóvenes, donde el sida tristemente se cobra sus más numerosas víctimas.

La ejecución de la campaña y su organización nos parece excelente e impecable. La complementariedad de la

campaña con las actividades en el medio escolar que se vienen desarrollando a partir de 1994, creemos que está siendo muy positiva. Los que nos movemos afectiva y profesionalmente en el área docente conocemos muy bien estos temas y vemos cómo los jóvenes y los alumnos en edad escolar se van sensibilizando. De ahí que nosotros valoremos muy positivamente el impulso que se le viene dando para la eficacia de este programa, cuya mejora sustancial se debe a que va siguiendo una línea de continuidad, a través del tiempo, en esta lucha contra el sida. Es fundamental que no haya ningún parón en este trabajo.

Desde el Grupo de Izquierda Unida se ha pedido la colaboración de otros ministerios, así como de la Secretaría de Asuntos Sociales o de Instituciones Penitenciarias, pero también quiero añadir a las ONG, que hacen una labor enorme con esta población, junto con la colaboración y apoyo de los poderes públicos, en este tema que no es estrictamente sanitario, sino que presenta una serie de connotaciones sociales y culturales. Esto lo valoramos muy positivamente porque vemos que no peligró el Plan Nacional del Sida, sino que está habiendo una colaboración enorme desde el Ministerio de Sanidad, desde el Ministerio de Asuntos Sociales y desde el Ministerio de Interior con Instituciones Penitenciarias. Por tanto, pensamos que esto no tiene nada que ver con las modalidades de gestión sanitaria que puedan hacerse en un determinado momento, porque los mecanismos de comunicación y los vasos comunicantes entre estas administraciones ya existen y se están potenciando.

La aparición de la tuberculosis asociada a estos pacientes ha supuesto esa preocupación sería que compartimos todos los profesionales de la sanidad, así como los que nos dedicamos a los temas sanitarios dentro del Congreso de los Diputados. Vemos que sobre todo en el área de las prisiones, donde ha habido una mayor incidencia, se está trabajando seriamente en este problema, aunque sabemos que para la población general el tema de la tuberculosis ha sido un fenómeno inesperado en algunos aspectos y momentos de la asistencia sanitaria.

Vemos también cómo el cambio del tipo de droga ha modificado los usos de administración, concretamente me refiero a la vía parenteral, y ello abre una vía de esperanza en esta lucha contra la droga en la que, como muy bien ha dicho el señor Parras, no podemos nunca hablar desde el triunfalismo, sino siempre desde la esperanza. El que haya una inflexión en un momento determinado no puede hacer que nos crezcamos y decir: ya lo hemos solucionado, sino que, al contrario, hay que apoyar enormemente todas estas campañas. Como continuación de ese plan conjunto entre la Secretaría del Plan nacional sobre drogas e Instituciones Penitenciarias que se ha venido siguiendo durante los años 1994, 1995 y del que se han analizado las observaciones y los resultados que entran dentro de este ámbito social de los drogodependientes, se atisba también un elemento de esperanza, incrementando esas actuaciones y esos programas de atención. Nosotros vemos satisfactoriamente que desde la Secretaría del Plan Nacional del Sida se están aumentando con impulso satisfactorio y que el proyecto de presupuestos de 1998 incrementa, como ha dicho el com-

pareciente, en casi en un 300 por ciento los medios para la lucha contra el sida. Esto nos hace añadir a nuestra esperanza una realidad que no es sólo un acto de fe o de esperanza, sino también algo tangible, con medios eficaces para poder llevar adelante esos programas que consideramos enormemente positivos, como son los del mantenimiento con metadona y agilizar las actuaciones en los medios penitenciarios que en este área están también en camino; siempre con una valoración objetiva y científica de los datos y desde la reflexión y el apoyo que, afortunadamente, todos los que estamos en el mismo barco de interesarnos por la *res publica* compartimos y apoyamos.

También es positiva la importancia que los profesionales de la sanidad han dado a este tema y la seriedad con que se ha afrontado. Vemos con satisfacción que debido al uso de hemoderivados por parte de la Administración, no se producen prácticamente estos casos. Sin embargo, notamos con cierta alarma que hay que concienciar a la población —aunque el Plan y la campaña lo tienen magníficamente trazado— de que está aumentando la transmisión heterosexual. De ahí que todo plan y todo proyecto de prevención se dedique principalmente a nuestra población sana, joven y escolar, que es quizá la que debe estar más sensibilizada. Esto lleva también una connotación educativa importantísima de la que nosotros no queremos, ni mucho menos, descargar a la sociedad, y deben ser los medios educativos los que también respondan en esta campaña. Desde 1994 la escuela está atendiendo este tipo de campañas, así como otras organizaciones que coadyuvan al trabajo escolar.

Quiero señalar como positivo que aunque el sida tradicionalmente viene asociándose al área urbana, empieza a aparecer ese sida rural, encubierto en algunos aspectos, por lo que esa campaña general a todos los jóvenes, a todos, tiene una connotación importantísima. Todos estamos implicados en este asunto, toda la población sana, y no existe nadie que pueda decir que está al margen de esta situación. Por ello vemos con enorme interés la colaboración efectiva que se viene llevando a cabo. Hemos estudiado la colaboración que vienen haciendo las comunidades autónomas con el Plan nacional del sida y la consideramos muy positiva, pero nunca suficiente. Ese impulso que desde el Plan y desde el Ministerio de Sanidad se quiere hacer para implicar no solamente a las comunidades autónomas sino hasta a la última Administración, a la que está en contacto con el ciudadano, que en las áreas rurales son los ayuntamientos, nos parece enormemente positivo.

En este sentido, todos nos planteamos un camino de esperanza, ya que sería terrible tener que trabajar en algo en lo que no podemos vencer.

Quiero recordar aquí que se ha hecho mención a la situación de los presos en libertad provisional o a los enfermos terminales de sida. A partir de la reforma del Código Penal ya se han hecho estudios y una serie de consideraciones dentro de Instituciones Penitenciarias, no para dar una buena muerte a estos enfermos terminales, sino para procurar que la poca vida que les queda sea lo mejor posible. También hay un estudio importante se ha hecho en enfermos con sida que gozan de la libertad provisional. Por

tanto, animamos, una vez más, en este trabajo que todos compartimos y le damos nuestro respaldo, señor secretario general. Sabe S. S. que cuenta con nuestro ánimo, con nuestra esperanza y con nuestra satisfacción, porque nos parece que estamos en el buen camino.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Para contestar a las intervenciones de los distintos grupos parlamentarios, tiene la palabra el señor secretario del Plan del sida.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL DEL SIDA** (Parras Vázquez): En primer lugar, quisiera dar las gracias a los representantes de los diferentes grupos políticos, porque me ha parecido percibir en todas las intervenciones una actitud absolutamente constructiva. Es precisamente uno de los elementos que necesita el tema del sida en la sociedad. Quiero, en primer lugar, agradecerles sus intervenciones de ánimo y, sobre todo, este carácter constructivo que me parece fundamental para poder afrontar cualquier futuro en un tema como el sida.

Voy a tratar de ser muy breve. Me han vuelto a pedir que sea obediente con el tiempo y voy a pasar un poco por las intervenciones tratando de responderles. Lo que sí les ofrezco es nuestra colaboración en cualquier tema relacionado con el sida que necesiten ustedes estudiar o aclarar. Con respecto a las preguntas sobre todo las que tienen relación con los antirretrovirales —ustedes tienen que tener obviamente dificultades a la hora de enfrentarlas—, cuenten con nuestra colaboración no leyendo a veces una información que muchas veces desgraciadamente está sesgada y que tiene pocos condicionantes técnicos. Vaya por delante, primero, mi agradecimiento y, después, nuestra oferta.

Ha habido dos intervenciones en relación con el incremento de la transmisión heterosexual, de la transmisión perinatal, se ha dicho que tenemos muchos casos de sida y es cierto. España tiene, desgraciadamente, la mayor tasa de sida de Europa y duplicamos la tasa por millón de habitantes. Estoy totalmente de acuerdo con la señora Maestro en que ello se debe a que es un problema más estructural que otra cosa. El incremento y la presencia de forma brusca de las drogas a finales de los setenta y principios de los ochenta, que se hizo sin ningún conocimiento, en el sentido más puro de la palabra, dentro de los propios usuarios, los profesionales sanitarios, las instituciones, etcétera, condujo a que hubiera una entrada y un consumo masivo, heroína por vía intravenosa. Según los estudios hechos, en el año 1984-1985, aun antes de tener pruebas diagnósticas, el 70 por ciento de los drogodependientes por vía intravenosa en ciudades como Madrid, Valencia, Barcelona o Bilbao, ya estaba infectado.

Si uno evalúa la historia de la salud pública respecto a enfermedades transmisibles con un período de latencia tan largo, comprobará que esta enfermedad es absolutamente única. Uno trata de enfrentarse a cualquier otra infección, el bloque endémico es importante, si es marginal, consume drogas y es una enfermedad de transmisión sexual, eso explica, racionalmente, junto a otros elementos que segura-

mente tienen su valor añadido, por qué en España tenemos una epidemia distinta y más casos de sida que el resto de la Unión Europea. Tenemos más casos de sida en drogodependientes, pero si cambiar conductas en drogodependientes es muy difícil, cambiar conductas sexuales en drogodependientes es más difícil todavía. Hay muchos individuos que han sido drogodependientes, que transmiten la infección por vía heterosexual, integrados en una sociedad normalizada, con lo cual es normal que tengamos más casos de transmisión heterosexual. Si uno analiza la situación ve que el 70 por ciento de estos casos, desde el año 1981 hasta 1996, tiene relación indirecta con la droga, es decir, son parejas seronegativas de drogodependientes infectados; y si uno analiza la transmisión maternofetal, pasa exactamente lo mismo.

Los datos van a seguir siendo malos. Ésta, además, es una infección que tiene una característica epidemiológica que no ocurre en otras y es que nadie sabe cuántos infartos de miocardio ha habido en España desde el año 1960, pero aquí vamos sumando casos. Creo que éste es sólo un tema para titulares. Lo importante es que tenemos muchos casos, que hay que afrontar esto con certeza y con decisión, que honestamente se está haciendo aunque faltan muchas cosas por hacer, pero los resultados se están empezando a ver. La transmisión madre-hijo en los próximos tres o cuatro años, incluso en un período inferior, va a estar controlada en mínimos indispensables. Desgraciadamente, hay muchas mujeres que, por su relación social o por su problema con las drogas, no acuden a los centros de seguimiento de un embarazo regular y se encuentra uno con que el diagnóstico está hecho *in situ* y eso plantea también problemas. En cualquier caso, los pasos están razonablemente en marcha.

En relación con la disminución del 50 por ciento, señor Moratalla, se debe a la mortalidad. Es la disminución del impacto de los antirretrovirales. Aprovecho para saltarme la intervención de la señora Maestro. No he hecho mención a los antirretrovirales por varios motivos. Primero, porque creo que hay ocho fármacos comercializados en este momento que se están utilizando amplísimamente, incluyendo inhibidores de la proteasa, en tratamientos triples y cuádruples. La familia de fármacos que no está autorizada en la Unión Europea son análogos inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos no nucleótidos, que son Nevirapina y Delavirdine. En algunos países ha habido compra por medicación extranjera. En España, lo que hace el Ministerio de Sanidad en los últimos tres años con estos fármacos es hacer uso compasivo —olvidándose de la palabra—, solicitar indicación adecuada para los pacientes, lo cual tiene la ventaja de que a la institución no le cuesta dinero, porque eso lo financia el laboratorio. Hay un pacto con las empresas en esta situación que cuando el comité técnico de la EMEA aprueba los fármacos entonces se empieza a discutir la compra por medicación extranjera.

No vaya a ocurrir lo que pasó en la Cámara el año pasado, que todos los grupos parlamentarios aprobaron una proposición no de ley para que se compraran los medicamentos por vía extranjera un mes después de que la Dirección General de Farmacia los estaba comprando. La ex-

clusa para no haberlos comprado hasta entonces es que los 8.500 tratamientos que se autorizaron en el período de transición —y ahora les explicaré por qué hay un período de transición— se costearon a cargo de las empresas. Fue sorprendente para nosotros ver que se habían confundido un poco las cosas. Esa situación fue poco lógica.

En segundo lugar, el decalaje entre la aprobación de los fármacos por la Unión Europea y la aprobación por los Estados Unidos, que es lo que automáticamente permite autorizar el uso compasivo o la compra por vía extranjera, se debe a que las empresas farmacéuticas, por criterios que no me corresponde analizar y que probablemente no conozca en su profundidad, presentan primero a la FDA los fármacos para aprobación. Ésta utiliza un procedimiento de ultrurgencia inusitado en su historia para los fármacos. Automáticamente, como bien sabe, la Agencia del Medicamento Americana, la FDA, no tiene ninguna implicación de costos, aprueba fármacos; luego, es probable que si se equivoca los vuelva a recuperar y, además, diseña los estudios. Las empresas tardan, por ejemplo, para el caso del Delavirdine, que es un análogo no nucleótico, todavía no lo ha presentado la empresa en la Agencia Europea. Es imposible que la Agencia Europea apruebe un medicamento que el promotor y dueño de esa molécula no presenta a la Agencia ¿Por qué no lo presenta a la Agencia? Porque los requerimientos técnicos a veces son más estrictos en cuanto a eficacia y seguridad y, después de haber aprobado los inhibidores de la proteasa, nos enteramos de que los hemofílicos sangraban mucho y ha habido que hacer un cambio en la indicación.

En resumen, lo que les quiero decir es que el tema de los antirretrovirales, aun desde el punto de vista de personas que trabajan directamente y día a día con ellos, es terriblemente complejo. Si les sumamos el tema de las resistencias, que todavía estamos aprendiendo a utilizarlos, creo que honestamente el uso de los fármacos que se hace en España es correcto. Es cierto que hay un mínimo decalaje entre la aprobación de la comercialización de los fármacos, porque en estos momentos se están dispensando análogos no nucleótidos como Nevirapina y Delfinavir, que es otro inhibidor de la proteasa que no está autorizado, y aunque vamos con ese decalaje lo suplimos de alguna manera. Esto incomoda a veces en situación individual. No lo podemos negar, porque nadie vive la enfermedad como un paciente, pero, en términos de control de uso racional del medicamento y de hacer técnicamente correcto lo que hacemos, es imposible hacerlo de otra manera.

Los documentos que saca el Consejo Asesor Clínico como recomendaciones terapéuticas no son ninguna norma, lo que pretende es aconsejar consensuadamente a los médicos. Hay muchos médicos que están utilizando, de acuerdo con la utilización de compasivos o ensayos clínicos, fármacos de forma mucho más avanzada a las recomendaciones. Nosotros no damos ningún pistoletazo, lo que sí hacemos es que conformamos la utilización de los mismos. Las nuevas indicaciones de la *American Journal Association*, del *British Medical Journal* o de *NIH* americano en relación con los nuevos fármacos, no se apoyan prácticamente para los nuevos fármacos en casi nada. Le

puedo decir que hemos estado esperando a los tres últimos congresos del mes pasado para ver si había para algunas indicaciones, que creemos que hay que hacer, peso específico en los ensayos, y no lo hay.

Es terriblemente complejo el asunto. No son recomendaciones de la Secretaría del Plan sino de quince expertos absolutamente independientes. El documento que estamos elaborando —en este momento ya ha habido una primera reunión— y que vamos a sacar dentro de quince días contempla estas nuevas innovaciones, con algunas dificultades. Incluso nosotros mismos muchas veces no sabemos exactamente si lo que la comunidad científica en masa en este momento está aplicando tiene visos de que sea correcto a medio plazo. No sabemos lo que va a pasar con los fármacos a cinco años vista. No lo sabe nadie en el mundo. Esto plantea una serie de dificultades de manejo muy complejas, que nosotros tratamos siempre de solventar con la mayor honestidad y con la mayor independencia científica, y así lo vamos a seguir haciendo.

No he comentado nada sobre instituciones penitenciarias porque he sido avisado ayer de que esa comparecencia se retiraba, pero no tengo problema en hacerle algunos comentarios. El 23 por ciento de los individuos que hay en prisión tienen en este momento infección por VIH; son, aproximadamente, 8.500. De ellos, unos 2.200 ó 2.300 están en tratamiento antirretroviral; de ellos, el 95 por ciento está en terapia combinada; y de ellos, el 60 por ciento está en terapia triple. Son unos criterios terapéuticos más que elogiosos para los profesionales de la sanidad penitenciaria. Hay que explicar la diferencia que hay entre 2.000 y 8.000. Primero, hay un número de pacientes con infección que no tienen que seguir el tratamiento; en segundo lugar, hay otro grupo, como son los drogodependientes con causas muy pequeñas, muchas de ellas menores de seis meses, tiempo que no garantiza la posibilidad de iniciar un tratamiento antirretroviral en este momento complejo, ni garantiza su adherencia. Desde mi punto de vista y técnicamente, es prudente demorar, habida cuenta que son estancias muy cortas, la aplicación de un tratamiento, porque en este momento es mucho mejor que iniciarlo, y pararlo, puede inhabilitar todas las drogas en el futuro.

Podríamos alargarnos en el programa de prevención. La intención de Instituciones Penitenciarias está reflejada en los últimos años en las gráficas. Ha sido un esfuerzo brutal por convencer a los profesionales y, a veces, a las comunidades autónomas de la autorización y acreditación de los programas de metadona, y la línea es clara. Yo creo que eso tiene que seguir expandiéndose igual que lo que se está haciendo fuera de la prisión. De hecho, hay un programa piloto de intercambio de jeringuillas del cual no voy a hablar más —tendrán ustedes información por los responsables de Instituciones Penitenciarias cuando esté acabado—, que es también un elemento innovador. Se está apostando por mejorar toda la accesibilidad a los mecanismos de prevención en la prisión.

Me preguntaba usted si tenía presupuesto suficiente. ¡Qué quiere que le diga! Esto es como una canción en Estados Unidos que dice que hay que pedir siempre más dinero para algunas cosas y también para el sida. Yo creo que

el esfuerzo es muy importante. Lo que pretendemos al hablar de corresponsabilidad en el plan multisectorial es que cualquier institución relacionada con el sida emule al Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de sus posibilidades. Sabemos que estamos en una situación de estrechez presupuestaria, pero lo que estamos intentando de alguna forma con este incentivo es provocar, en la medida en que se pueda, la corresponsabilidad en instituciones y en organizaciones privadas.

Las subcomisiones de asistencia y del consejo asesor clínico emiten múltiples documentos sobre resistencias, difíciles a veces, sobre tratamiento antirretroviral, sobre cómo manejar la carga viral, sobre hospitales de día, sobre hospitalización a domicilio, sobre prevención en la escuela, sobre intercambio de jeringuillas, sobre coordinación de la investigación, sobre el análisis de la investigación del sida en España, etcétera. Funcionan fluidamente e, incluso, creo que con corrección. A veces hay que parar un poco porque son profesionales que están haciendo su trabajo en otros centros y tenemos demasiadas reuniones. Desde aquí vuelvo a repetir mi agradecimiento.

La proporción de los recursos a las comunidades autónomas está en discusión. Nosotros les hemos propuesto como mecanismo más sencillo 50 por ciento por tasas de infección, 50 por ciento por población. No sé qué censo va a haber que aplicar, pero aplicaremos el que nos parezca consensuadamente a todos porque no tiene mayor problema.

El presupuesto de enfermedades emergentes no tiene nada que ver con el sida. Eso corresponde a la Dirección General de Salud Pública y está aparte de este programa.

Señora Maestro, tengo que decirle que estamos totalmente de acuerdo con lo que ha dicho usted en relación con la hojarasca y la actitud moralista. Como probablemente usted tiene más experiencia que yo en las relaciones con los medios de comunicación, le voy a explicar cómo se ha generado la moralidad y la recomendación en relación con la campaña. Yo no sé si S. S. ha visto la campaña, pero tiene un mensaje claro y diáfano: informar a los jóvenes y promover el preservativo. Y no hay más mensaje. Curiosamente, venían todos los periodistas —tuvimos mucha fortuna en juntarnos— de una rueda de prensa de una multinacional que vende preservativos, que dio unos datos que han tenido un auge tremendo en los medios de comunicación sobre el comportamiento sexual de los españoles. Uno de los datos que allí se recogieron era que los jóvenes españoles estaban reduciendo la edad de inicio de relaciones sexuales. Me hizo este profesional la siguiente pregunta: ¿Qué opinión tiene usted como secretario del Plan Nacional sobre la influencia que puede tener el adelanto de las relaciones sexuales en la prevención de la transmisión sexual del sida? Además, preguntó si había recomendaciones oficiales. La respuesta fue muy clara. Le dijimos: No hay recomendaciones oficiales en este sentido, la política sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de salud pública en prevención del sida es proporcionar información lo más adecuada posible, promocionar el preservativo, hacerlo más accesible y que cada joven decida cuándo y cómo. Ante la insistencia de preguntarme qué me

parecía que el comienzo de las relaciones sexuales fueran más precoces, le dije que el CDC y el NIH en Estados Unidos, teniendo en cuenta que las relaciones sexuales de los jóvenes americanos empiezan a los 14, 15 y 16 años (le dije, además, que en España la media está en los 18 años) recomendaron en su día, como estrategia general y en términos de salud pública, que se empiece más tarde, que se tengan menos parejas y que se utilice el preservativo. Yo le aseguro que nada más lejos de mi intención una actitud moralista. El éxito que ha tenido esta respuesta a una pregunta concreta en los medios de comunicación ha sido desastroso. No sé cómo voy a explicárselo a mis conciudadanos, en mi casa, tendré que utilizar este mismo argumento.

Quiero hacer hincapié en dos cosas a las que usted ha hecho referencia en relación con la banda naranja. Voy a tratar de controlar mi indignación porque, además, ha sido el común denominador de las entrevistas que después del Congreso internacional de enfermedades de transmisión sexual en Sevilla he tenido cada vez que me han preguntado por el tema. Éste ha sido otro desgraciado acontecimiento y una pésima iniciativa de los rectores de este congreso, con un éxito inusitado en relación con que la rueda de prensa se hizo el domingo por la tarde y que en las redacciones no había probablemente personal especializado de medios de comunicación. La persona que hizo la recomendación y que nos alentó a entrar en un color, que no voy a volver a repetir, es un señor que no trabaja en Onusida. Onusida no ha hecho ninguna recomendación oficial, ninguna advertencia oficial, porque se habría vuelto loca. Este señor se dedica a hacer un mapa cada cuatro años —el último, del año 1994— y lo publica en la Enciclopedia Británica. Todos los mapas son didácticos. En el Magreb, en África los datos de sida están mejor que en Luxemburgo y, por supuesto, que en España, pero no es mínimamente comparable —y repito que voy a tratar de contenerme— la epidemia ni la estructura social ni la estructura sanitaria ni las tasas ni, desgraciadamente, el control de la epidemia. Ya hay una información del Banco Mundial porque le preocupa, da por hecho que la evolución de la epidemia en algunos países centroafricanos no tiene posibilidad de control, y alerta a algunos países en Oriente Medio y a Filipinas de la posibilidad de controlarla e incrementar los programas de intercambio de jeringuillas para los drogodependientes, así como el uso del preservativo. Yo creo que no es comparable. Por favor, olvídense, si tengo alguna credibilidad, de este desgraciado accidente y esperemos que la evolución de la enfermedad en España sea sostenible con los esfuerzos que estamos haciendo y con la colaboración de todos los ciudadanos.

Voy a terminar. Tenemos los datos por comunidades autónomas. El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la delicadeza de no ofrecer datos por comunidades autónomas. Están a su disposición y se los enviaremos en 48 horas, pero ni en las ruedas de prensa ni en actos como éste hacemos mención del estado de la situación. Es un dato público, está hasta en Internet. Le mandamos mañana los datos por comunidades autónomas.

Estamos absolutamente de acuerdo en lo que respecta a la estrategia en educación sexual. De hecho, la estrategia

que tiene el Ministerio de Sanidad y Consumo con el Ministerio de Educación, desde hace tres o cuatro años, con la elaboración de unos materiales bien conocidos que se repartieron en todas las escuelas del territorio MEC, profesores y alumnos, está perfectamente estratificada por edad y comienza a hablarse de educación afectivo-sexual desde las edades más preadolescentes hasta las edades ulteriores.

Seguramente me dejó cosas sin responder y lamento haberlo. Con respecto a si tenemos alguna estrategia ante este acontecimiento tan desgraciado de este ciudadano en Estados Unidos, le diré que no. Es un comportamiento que tendrá probablemente relación con una enfermedad psiquiátrica y no tenemos ninguna estrategia preparada más que lo que el Código Penal impone en esta situación. El ejemplo es importante para llamar la atención sobre que es imprescindible que la difusión de la información y la educación para la salud llegue a todos nuestros jóvenes, porque, en tanto en cuanto eso esté integrado, ese tipo de comportamientos, aunque pudieran darse, tendrán menor impacto en la población.

Seguramente me habré dejado algo en el tintero. He tratado de ser lo más breve y voy a terminar dándoles de nuevo las gracias por sus intervenciones y confiando en que les haya sido de utilidad lo que hemos estado comentando.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Gracias, señor Parra. Le ruego que nos haga llegar en el momento oportuno las transparencias que ha presentado, de acuerdo con la petición hecha por el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

¿A qué efectos?

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Hay una pregunta que no he formulado.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Dado el retraso y la intensidad de las comparecencias, sólo quería hablar de que el tratamiento antirretroviral con tres fármacos, por la documentación que obra en mi poder, parece fundado en actuaciones sobre cifras de hasta 100.000 personas entre Estados Unidos y Europa, así como la eficacia documentada. No obstante, entiendo que no es el momento de entrar en ello.

Quería preguntarle solamente una cosa que me parece importante por los datos de sida infantil, porque el día 1 de diciembre es el Día Mundial del Sida y porque me parece algo que es inaceptable. Las presentaciones de los fármacos antisida se elaboran en nuestro país, según mis datos, fundamentalmente en grageas y en cápsulas, que son inviables para su administración a los niños de corta edad.

Es un tema muy concreto. Habría que tomar medidas urgentes para que los fármacos que se administran a los niños modificaran su presentación, de manera que los tratamientos fueran más adecuados y cómodos.

Nada más.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): El señor secretario puede contestar.

El señor **SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL DEL SIDA** (Parras Vázquez): Estamos totalmente de acuerdo, pero el problema no es que no admitamos formulaciones nuevas, sino que la forma de presentación de los propios fármacos tiene dificultades terribles para obtener un vehículo que no sea alcohol, por eso es difícil encontrar el modo de administración para recién nacidos fundamentalmente, porque para los niños hay otros métodos. El vehículo fundamental para estas moléculas, que son terriblemente complejas, es alcohólico y plantea una serie de impedimentos.

Las propias empresas están desarrollando de forma insistente diferentes presentaciones y lo que le puedo asegurar es que, aunque tiene una dificultad el conseguirlas, en este momento los niños están obteniendo Indinavir en polvo y Delfinavir en jarabe. En la medida en que se dispone de estos productos, se van poniendo a disposición de los recién nacidos que lo precisan, que, afortunadamente, cada vez son menos.

El otro problema que hay es que el jarabe de los fármacos existentes tienen un sabor tan horroroso que los niños vomitan inmediatamente. No es un problema específico de los medicamentos en España sino global. En la medida en que eso se solucione técnicamente, se podrá aplicar de manera inmediata en nuestro ámbito.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Muchas gracias, señor Parra.

Damos por finalizada esta comparecencia, agradeciendo al señor secretario del Plan nacional del sida su documentada intervención.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (NÚÑEZ FEIJOO), PARA INFORMAR SOBRE:

— **MEDIDAS QUE SE HAN TOMADO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO, PROVINCIA DE HUESCA, Y RESULTADOS DE LAS DIFERENTES AUDITORÍAS REALIZADAS EN DICHO CENTRO SANITARIO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/000771).**

— **CIRCUNSTANCIAS QUE HAN MOTIVADO EL CESE DE DOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL COMARCAL DE BARBASTRO (HUESCA). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000305).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Pasamos, a continuación, a la segunda de las comparecencias que consta en el orden del día, la del secretario general de Asistencia Sanitaria, solicitada por el Grupo Parlamentario

Popular, para explicar las medidas que se han tomado en el hospital de Barbastro, provincia de Huesca, y los resultados de las diferentes auditorías realizadas en dicho centro sanitario.

Quiero señalar a las señoras y señores diputados que en esta comparecencia queda subsumida también la petición de comparecencia, del Grupo Parlamentario Socialista, en este caso del ministro de Sanidad, para informar sobre las circunstancias que han motivado el cese de dos especialistas de ginecología y obstetricia en el hospital comarcal de Barbastro (Huesca).

Tiene la palabra el señor secretario general de Asistencia Sanitaria.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Señor presidente, señorías, voy a intentar responder a las cuestiones planteadas tanto por el Grupo Parlamentario Socialista como por el Grupo Parlamentario Popular en relación a la reordenación del servicio de tocoginecología del hospital comarcal de Barbastro. Efectivamente, la reordenación de la plantilla de médicos del hospital de Barbastro ha despertado un gran interés entre los distintos grupos parlamentarios, generando durante estos meses diversas preguntas basadas en este tema y la petición de comparecencias que se producen en el día de hoy. Agradezco a la Mesa que haya incluido la misma en el orden del día, pudiendo dar así una explicación, espero que amplia, de por qué se tomó esta decisión, en primer lugar; de las razones que justificaron la misma, en segundo lugar, así como de las consecuencias que dicha decisión ha tenido a lo largo de estos meses. Para enfocar todas las cuestiones quizá sea conveniente concretar las características y el dimensionamiento del centro sanitario del que estamos hablando.

Como ustedes saben, el hospital de Barbastro está situado en la provincia de Huesca y es uno de los hospitales del grupo 1, es decir, lo que se denomina hospital comarcal sin servicios de referencia ni alta tecnología. Tiene una población adscrita de cerca de 100.000 habitantes con un total de 165 camas; dispone de todas las especialidades médico-quirúrgicas básicas de un servicio de urgencias, así como de un servicio de radiología y laboratorio y, muy recientemente, ofrece servicios en las especialidades de oncología y dermatología como consecuencia de la reestructuración que nos ocupa en esta comparecencia. La dotación de recursos humanos (90 facultativos, 268 sanitarios no facultativos y 140 no sanitarios) conforma un total de 498 personas.

Entrando ya en la descripción de los hechos, he de decirles que, a finales de 1996 —siempre es a final de año cuando se concreta el contenido y alcance de los contratos-programa para los ejercicios siguientes—, se puso de manifiesto por parte del equipo directivo del hospital la necesidad de adecuar la plantilla de personal médico para adaptarla a las demandas asistenciales que se percibían en el área sanitaria. El equipo directivo consideró necesaria una reordenación de la plantilla de médicos solicitando la creación de dos plazas, una de oncología y otra de dermatología, habida cuenta de la inexistencia de las mismas y

de la demanda que la población tiene en dichas especialidades.

Tengo que recordar que el número de médicos por cama instalada en este hospital comarcal es de 0,55, frente a la media de hospitales comarcales, que es de 0,47. En el hospital de Barbastro hay, por lo tanto, con independencia de que estas cuestiones sean susceptibles de un estudio más detallado, un número de médicos por cama superior a la media del grupo al que pertenece este hospital.

La propuesta de servicios centrales es que nos parece correcto el incremento de un oncólogo y un dermatólogo, pero que debe hacerse dentro de los efectivos que conforman la estructura de plantilla del hospital, toda vez que, como acabo de señalar, está por encima de la media de los hospitales del grupo.

He de decirles que el equipo directivo del hospital consideró oportuno proceder a una reordenación del servicio de tocoginecología y a la amortización de dos plazas vacantes ocupadas por personal interino. Hay antecedentes suficientes, no sólo en el Insalud sino en la propia Comunidad Autónoma de Aragón, sobre hechos del mismo tenor; es decir, amortización de plazas vacantes ocupadas por interinos. Por no remontarnos a años más atrás, en 1991, en el hospital de Calatayud, se lleva a término la amortización de una plaza de otorrinolaringólogo y en 1994 de una plaza de psiquiatría. En el hospital Miguel Servet se amortizan 10 plazas de especialistas de cupo en 1994, y 21 en el hospital Clínico en 1993, por la misma razón. Como consecuencia de la firma del contrato-programa, en marzo de 1997, por la que se autoriza al hospital a un oncólogo y a un dermatólogo, la gerencia del hospital, unos días más tarde, concretamente el 10 de marzo, notifica —conforme, insisto, a las instrucciones dictadas por el Insalud el 14 de febrero de 1995, que son las que concretan el criterio de cese cuando se amorticen plazas o cuando se cubran plazas vacantes— el cese a los dos ginecólogos de mayor antigüedad en el servicio y, a la vez, se les ofrece e a estos dos facultativos la posibilidad de ser reubicados en otros hospitales del Insalud. Asimismo, y en los días sucesivos, se procede a la contratación del oncólogo y del dermatólogo que son, insisto, los motivos que justificaron dicha reordenación.

Las razones que justifican la medida, a juicio de la gerencia, son las siguientes: En la zona que cubre el hospital de Barbastro se han experimentado, como en muchas zonas de nuestro país, cambios demográficos importantes que se traducen en un envejecimiento de la población, de la cual un 25 por ciento de la misma pasa de 65 años. Esto ha traído como consecuencia un nuevo mapa epidemiológico, un incremento de patologías degenerativas, procesos ligados a edades avanzadas, es decir, en muchos casos, procesos dermatológicos y tumorales. Se trataba, por consiguiente, de evitar desplazamientos, que son los siguientes: todas las personas del área de Barbastro tenían que desplazarse para dermatología y oncología al hospital San Jorge de Huesca, distante 50 kilómetros; al hospital Miguel Servet de Zaragoza, situado a 120 kilómetros o al hospital Arnau de Lérida, que dista 60 kilómetros de la ciudad de Barbastro.

El siguiente motivo, y por el que se actúa sobre la plantilla de este servicio de obstetricia y ginecología, es porque se observa que esta plantilla es muy superior a la de los centros comarcales del Insalud. Así, la media de los hospitales de este nivel se sitúa en 1,9 ginecólogos por 10.000 mujeres mayores de 14 años, y en Barbastro, antes de la reestructuración, estaba en 2,5 por 10.000 mujeres. Además, conviene recordar que parte de la población de este hospital estaba siendo atendida por dos ginecólogos de cupo, que estaban formando la plantilla del hospital San Jorge, de Huesca. Por consiguiente, alguna parte de esta población del área estaba atendida por ginecólogos, no de este hospital, sino del hospital San Jorge, de Huesca.

Antes de tomar la decisión se tuvo en cuenta que, a pesar de la disminución de la plantilla total de ginecólogos que se produjera, el indicador seguía estando por encima de la media; es decir, a pesar de la reestructuración de estas dos plazas, frente al 2,5 que estaba anteriormente de ratio por cada 10.000, se sitúa ahora en 2,02; por consiguiente, por encima del 1,9 que es la media de esta ratio en hospitales de esta categoría.

Señorías, la primera conclusión es que esta medida de reestructuración de plantilla no ha supuesto una disminución de facultativos, lo cual es importante. No solamente no ha supuesto una disminución de la cartera de servicios sino que ha supuesto un incremento al contar con dos especialidades más en un hospital que no las poseía, como son la oncología y la dermatología.

Conscientes del impacto social que tuvo esta medida —y cada uno juzgue el porqué—, dada nuestra responsabilidad de gestores públicos, no solamente nos guiamos por una propuesta del equipo directivo sino que estudiamos el campo de operaciones y se realizaron dos auditorías para comprobar si los datos que manejaba la gerencia eran correctos o no: una auditoría encargada por la gerencia antes incluso de tomar esta decisión y cuyo contenido y alcance era revisar el funcionamiento de los servicios médico-quirúrgicos, en general, del hospital y otra auditoría realizada después de la decisión adoptada. Pues bien, voy a leerles, si les parece, algunas de las conclusiones de dicha auditoría que, como es natural, tienen responsables, que son los inspectores médicos del Insalud destinados en el equipo territorial de Aragón y, en la segunda auditoría, un inspector médico de la propia provincia de Huesca y otro inspector médico del equipo territorial de Baleares.

Las conclusiones de la primera de las auditorías, es decir, de la del equipo territorial de Aragón, son las siguientes: Primera, el servicio de tocoginecología dispone de suficientes recursos materiales y humanos, incluso con una plantilla médica sobredimensionada para la demanda asistencial existente. Segunda, en relación a los datos de actividad referidos al último trimestre de 1996, se recogen los más significativos: el número de pacientes vistos en consultas externas por médico y mes es de 138, cuando la media del Insalud en estos hospitales es de 192; es decir, un 39 por ciento menos de consultas externas por médico y mes de la media del Insalud. El rendimiento de las consultas externas de este servicio es del 28,42 por ciento; porcentaje, por tanto, muy por debajo del resto de los servi-

cios. La presión diaria de urgencias, es decir, el número de personas que se atienden en ginecología al día es de 2,92 y en ginecología es de 2,69. El número de intervenciones por médico y mes es de tres, lo que equivale a 4,71 horas mensuales de actividad en quirófano por facultativo cuando actúa de jefe de equipo; cuando no actúa como jefe de equipo y cuanto actúa como ayudante, sumando las de jefe de equipo y ayudante, se convierten en 6,04 intervenciones al mes, es decir, 11,05 horas mensuales de actividad quirúrgica por facultativo. Lo que da el dato de que la utilización del quirófano por el servicio era del 56,75 por ciento, rendimiento inevitablemente alarmante, considerando que el rendimiento que se pacta en los contratos-programa por servicio es un rendimiento quirúrgico del 75 por ciento.

La segunda auditoría, que se realiza después de la toma de decisión, transcurridos unos meses, concretamente en mayo de 1997, confirma que los datos sobre lista de espera y sobre actividad que remite la gerencia al servicio de información central son correctos y, por tanto, la lista de espera, tanto quirúrgica como de consultas externas y su evolución, coincide con los datos que remiten a los servicios centrales que, a continuación les voy a referir. En cuanto a las repercusiones asistenciales posteriores a la reordenación de la plantilla, en primer lugar, he de decirles que la modificación de la plantilla ha hecho posible poner en funcionamiento dos nuevas especialidades en el hospital. Sin duda la oncología, en un hospital que, cuando menos, dista 50 kilómetros de otro, es importante, dado los procesos a los que se refiere. También es importante la dermatología en una zona donde el tratamiento continuado en el tiempo, desde el punto de vista de procesos dermatológicos por la propia actividad agrícola y por la exposición al sol, están dando muestras de que era necesario contar con este servicio.

Refiriéndome, en concreto, al servicio de tocoginecología, hemos de decir que la disminución de la plantilla llevaba implícita en sí mismo una reordenación funcional del servicio. Además, las conclusiones ofrecidas en el informe de la auditoría, realizada por el equipo de inspección, pusieron en evidencia una serie de deficiencias organizativas que necesitaban el establecimiento de objetivos concretos. A lo largo de 1997, se han realizado dentro de este servicio diversas actuaciones, elaborándose protocolos de actuación, reprogramando su actividad, logrando así una adecuación del rendimiento a sus recursos. Por eso vamos a repasar, si les parece, los indicadores de la actividad asistencial, indicadores auditados.

En el mes de enero —como ustedes saben, esta decisión se adopta en marzo—, estaban pendientes de consulta 2.255 personas; en el mes de mayo, sin embargo, están pendientes de consulta 651. En el mes de enero, el número de intervenciones quirúrgicas pendientes era de 168; a finales del mes de septiembre es de 136, pasando de una demora media de 137 días, con nueve facultativos, a 132 con dos facultativos menos.

Lo importante en mi opinión es si decisiones de esta naturaleza afectan o no al funcionamiento integral del hospital. Es curioso que un conflicto —en mi opinión aparente y más que real— no haya tenido repercusión en los demás

servicios del hospital no haya habido ningún servicio del mismo que, de forma directa o indirecta, se haya puesto en contacto con los responsables del Insalud, locales, territoriales o centrales, para transmitir su preocupación. Prueba de ello es que la actividad del hospital no solamente es normal, sino superior a la del año pasado. Comparo datos de enero a septiembre de 1996 con datos de enero a septiembre de 1997. En este período el número de ingresos se ha incrementado en un 5,78 por ciento, el número de estancias en un 2,25 por ciento, el número de consultas en un 6,59 por ciento, las urgencias en un 11,68 por ciento, la actividad quirúrgica en un 21,84 por ciento y las intervenciones quirúrgicas ambulatorias en un 22,22 por ciento.

Para finalizar, señorías, seis conclusiones. Primera conclusión: lo ocurrido en el hospital de Barbastro no es una disminución de plantilla, sino una reordenación de la misma para adecuar los recursos sanitarios. Es un acto —entendiendo— de gestión ordinaria, del que existen precedentes en la propia comunidad autónoma en años anteriores, como acabo de relatarles.

Segunda conclusión: la decisión adoptada ha sido avallada por informes de auditoría realizados sobre ese servicio, sobre los servicios médico-quirúrgicos en su totalidad y sobre la actividad en general del hospital por dos equipos auditores pertenecientes a la Inspección Sanitaria del Insalud de Aragón y de otra comunidad autónoma.

Tercera conclusión: producido el cese de los dos interinos, se les ofreció la posibilidad de ser reubicados en otros centros de la misma provincia. Insisto, porque esto es importante: se les ofreció ser reubicados en otros centros de la propia comunidad autónoma. La propuesta no fue contestada entonces por ninguno de los dos especialistas; no obstante, uno de ellos ya ha aceptado y en este momento está trabajando en el hospital Miguel Servet y el otro facultativo, por lo que tengo conocimiento, aún no ha aceptado la reubicación en ningún hospital del Insalud.

Cuarta conclusión: se ha ampliado la cartera de servicios del hospital; por tanto, no ha habido ninguna medida economicista sobre esta cuestión, sino todo lo contrario, ya que, como digo, la cartera de servicios del hospital se ha extendido en base a mejorar la accesibilidad de los usuarios del área al hospital. Esto se ha hecho permaneciendo las distintas unidades, salvo la de ginecología, desarrollando su actividad con absoluta normalidad. La unidad de ginecología ha incrementado su actividad sobre la realizada en ejercicios anteriores, lo cual demuestra que la medida no ha sido incorrecta desde el punto de vista de gestión.

Por último, me gustaría insistir —creo que los datos del Servicio de Obstetricia y Ginecología lo aclaran— en que no procede incrementar el número de facultativos para la actividad que se ha venido realizando en el hospital. No obstante, debo referirles que en este momento estamos trabajando en la jerarquización del servicio; es un servicio que está desjerarquizado y, por consiguiente, sin un jefe directo y dependiendo directamente de la dirección médica. Además, me gustaría transmitirles la tranquilidad de que, si se incrementa la actividad en el servicio como consecuencia del Plan integral de atención a la mujer, que ueste-

des conocen, y que, desde luego, va a incrementar la demanda en la mayor parte de los hospitales del Insalud, estamos dispuestos, como no podía ser de otra forma, en este hospital y en cualquier otro, a incrementar el número de facultativos. En este caso, estaríamos dispuestos a incrementar en uno el número de facultativos del servicio; insisto, en el supuesto de que a partir de 1998, como consecuencia del Plan integral de atención a la mujer, se vea de forma objetiva que se ha incrementado la actividad en el servicio.

Nada más. Quedo a su disposición.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): A continuación, pasamos al turno de intervención de los grupos parlamentarios, empezando por aquellos que han solitado la comparecencia.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor Núñez, nos alegra que finalmente hayamos podido tener esta comparecencia; que definitivamente hayan dado la cara para contestar a una serie de preguntas, porque nuestro grupo parlamentario está formulando preguntas por escrito al Gobierno desde el 18 de marzo, sin recibir ninguna contestación. Hemos hecho una serie de preguntas —seis o siete— y nos parece que el no haber contestado es una demostración, por lo menos, de poco respeto a los representantes de los ciudadanos. Digo esto porque si el asunto estuviera tan claro como ha manifestado el señor Núñez, probablemente hubieran contestado, hubieran comparecido con mayor rapidez. Esta comparecencia se pidió en abril, pero no se ha sustanciado hasta el mes de noviembre, después de que el Grupo Parlamentario Popular haya presentado otra solicitud. Pediría que en el futuro no se dieran estas situaciones, que hubiera una mayor colaboración entre los órganos de la Administración y esta Cámara y pudiéramos tener información para transmitirla y, en todo caso, calmar las situaciones que se presentan en las distintas circunscripciones.

Estamos de acuerdo, señor Núñez, en algunas de las manifestaciones que hizo ante esta Comisión en su primera comparecencia, en la que señalaba que una preocupación del nuevo equipo del Ministerio de Sanidad era el que se mantuviera el carácter de aseguramiento universal del sistema. Se garantizaba —añadía— que los ciudadanos serían atendidos según sus necesidades y manifestaba que uno de los principios básicos era que los propietarios del Sistema Nacional de Salud son los ciudadanos. Es decir, los enfermos y sus familiares como usuarios, pero también las personas sanas que utilizan los servicios de prevención y promoción de la salud. Finalmente, señalaba que en el Ministerio de Sanidad no existen más compromisos que los que se tienen con los usuarios y trabajadores del sistema.

No sé si en relación a este asunto se han manifestado estos principios, ya que es evidente que los usuarios del sistema querían otra cosa, que los ciudadanos querían otra cosa y que lo que ha surgido en el hospital de Barbastro no es un problema político. Ese hospital tenía un gran presti-

gio dentro de la comunidad y entre los usuarios del sistema y el hecho de que se produjera esta reestructuración o, como usted ha dicho, reorganización del servicio de obstetricia y ginecología ha motivado que organizaciones tan plurales como las Cortes de Aragón hayan manifestado su protesta, como señala un acuerdo del 27 de mayo de 1997; que la Diputación Provincial de Huesca haya aprobado por mayoría —los 11 diputados del Partido Socialista, los cuatro del Partido Aragonés Regionalista y el de Izquierda Unida y el voto en contra de los diputados del Partido Popular— una moción en la que se pide que se restablezca la estructura del servicio de obstetricia y ginecología del hospital de Barbastro; que los representantes más próximos a los usuarios, es decir, el Ayuntamiento de Barbastro, también tomara acuerdos en el mes de marzo sobre este asunto. Es decir, hay un clamor popular que se pone de manifiesto en las informaciones que han salido en los periódicos de Barbastro y de la zona, lo que quiere decir que se trata de un asunto que ha planteado muchos problemas. Nosotros entendemos que se ha llevado mal desde el Insalud y el no querer dar explicaciones hasta el mes de noviembre, cuando esto sucede en marzo, algo debe significar.

Entrando en las cuestiones que usted indicaba en su comparecencia, quiero pedir alguna aclaración. Se señala —se refiere al informe que hizo en su momento la dirección del Insalud— que entre los puntos acordados en el mes de diciembre con la nueva gerencia nombrada para este hospital figuraba la redacción de un contrato-programa y la reducción en la plantilla del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Usted ha señalado que esta reducción de este Servicio se ha basado en dos auditorías: una previa y otra posterior a la toma de decisiones. Es curioso que el acuerdo se tomara en el mes de diciembre, que haya un informe de la dirección del Insalud señalando la necesidad de reducir estas dos plazas, cuando en la auditoría previa a esta toma de decisión, de fecha 14 de marzo, el director del equipo territorial de inspección de la región señala que solamente hay unos datos que son un adelanto del informe definitivo. Esto en el mes de marzo de 1997. Difícilmente se pueden extraer conclusiones de una auditoría previa que en marzo de 1997 aún no tiene datos definitivos, y solicitar una amortización de plazas basada en esta auditoría hecha el 15 de enero por el gerente de la institución. Aquí hay algún elemento que no cuadra en cuanto a fechas.

No voy a entrar en la discusión de la auditoría posterior; sobre los datos y las ratios que usted ha señalado hay escritos suficientes, que usted conoce, que intentan desmontar todas estas informaciones y que no se ajustan a la realidad. Entraríamos en una discusión técnica que me parece que no es el motivo de esta comparecencia.

Aquí parece que ha habido problemas en la forma, que se han utilizado unos mecanismos que no estaban justificados y que a posteriori se han querido justificar. La prueba es que en este verano ha habido que contratar a dos ginecólogos eventuales, con lo cual se demostraba que la plantilla anterior en todo caso no era excesiva, como usted manifestaba, y después se ha querido sostener esta decisión contra viento y marea no atendiendo las peticiones de los

usuarios, no atendiendo las peticiones de los representantes de los usuarios, no atendiendo las peticiones de las distintas instituciones, tanto locales y autonómicas como de este Parlamento en las distintas preguntas parlamentarias que se han presentado para aclarar esta cuestión.

Pediríamos mayor transparencia y que nos diera explicaciones que pudiéramos transmitir de manera adecuada a los usuarios para desvanecer, si los hay, los malos entendidos. Pensamos que no los ha habido cuando hay tanta información sobre la mesa. A lo único que se ha referido en esta comparecencia es al informe que en su momento redactó la Dirección General del Insalud, que no ha variado y que usted firma el 10 de marzo, en el que fija la plantilla de personal y deja sin efecto las resoluciones anteriores. La propuesta de la dirección de la gerencia del centro era del 15 de enero, el 10 de marzo usted fija la plantilla. Como decía, la auditoría previa aún no está terminada el 15 de marzo y, después, para justificarlo viene este informe sobre la reestructuración de la plantilla de médicos del hospital de Barbastro. Se ha limitado S. S. a ir reproduciendo los elementos que hay en este informe, que difícilmente aclara la cuestión porque es conocido por el personal del hospital, por los representantes sindicales de los profesionales, por los usuarios y por las instituciones públicas de la Comunidad Autónoma de Aragón, de la provincia y del ayuntamiento. No les ha convencido, lo han desmontado, y lo han contrapuesto con otra información.

Yo le pediría que nos facilitara mayor información y que la completara para que pudiéramos eliminar los fantasmas que hay en relación con este tema, aunque no sabemos si son fantasmas o realidades. Tenemos información de que la gerencia está actuando en relación con este servicio casi como dirección médica sin conocimientos médicos, que está planificando la actividad diaria del servicio y marcando qué actividad tiene que hacer cada profesional: las urgencias, el quirófano, las guardias, la hospitalización, las consultas externas, etcétera. Por otra parte, me parece sorprendente la facilidad con que se mandan papeles de unos a otros en el hospital de Barbastro: del servicio a la dirección médica, a la gerencia, etcétera, descalificando a la dirección médica por parte de algún facultativo no sospechoso de fantasmas y diciendo que no sirve.

Lo que ha motivado este problema es que en un hospital con alta valoración por parte de los usuarios, que prestaba un servicio correcto y satisfactorio —y la prueba, insisto, es la información de que dispone este grupo parlamentario—, en un hospital con ampliación de prestaciones, todo este movimiento ha dado lugar al cese de la jefe de sección, ha motivado el desmantelamiento del servicio, tensiones y problemas con los representantes de los profesionales médicos. No se trata tanto, como parecía en su comparecencia, de que pidamos que se reincorporen estos dos ginecólogos. No es éste el problema fundamental, sino la estructura del hospital. Nos parece bien que los que estaban estén, pero ésta no es la cuestión básica que se plantea sino la prestación de un servicio público adecuado y satisfactorio para los usuarios de la zona. Ésta es nuestra preocupación, e intentamos ver si consigue desvanecernos los fantasmas que pueden existir en este tema.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): En nombre del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señoras y señores diputados, en primer lugar, en nombre del Grupo Popular y en el mío propio, quiero agradecer la comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria. Lo hago no sólo como cortesía parlamentaria, sino porque consideramos que su intervención ha sido clara y sencilla al explicar las causas del conflicto del hospital de Barbastro —creo que lo ha dicho así el señor Núñez, nosotros ya lo habíamos reiterado en diferentes ocasiones—, un conflicto ficticio desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, un conflicto creado por un grupo reducido de personas con significación en los medios de comunicación. La realidad asistencial y de la organización del hospital no va en la línea que hemos podido ver y leer en diferentes medios en estos meses.

Me parece indicado precisar, señor presidente, que como diputado de la provincia de Huesca, pero, sobre todo, como médico que pertenece a la plantilla de este hospital, es justificable señalar que no me satisface el debate en sí mismo sobre el hospital de Barbastro porque no es de satisfacción que se esté poniendo en duda su funcionamiento, actividad y lo que podríamos denominar la rentabilidad asistencial o social desde el punto de vista de la asistencia a los ciudadanos de la zona, de la provincia y a todos aquellos que puedan requerir la asistencia sanitaria que se presta en este centro sanitario.

Antes de entrar a valorar la intervención del secretario general de Asistencia Sanitaria, como conocedor que soy de los problemas que se quieren achacar a este hospital, voy a hacer una valoración sobre cómo ha ido el funcionamiento del hospital basándome en los datos, en el día a día de la asistencia sanitaria, datos que seguramente coincidirán con algunos de los que se han dado en la intervención del compareciente.

La realidad es que, en el día a día, el funcionamiento del hospital no sólo es correcto sino ejemplar ya que, como se ha puesto de manifiesto, la actividad quirúrgica en 1997 se ha incrementado en un 21 por ciento en los nueve primeros meses del año en relación con la actividad quirúrgica del año 1996; la lista de espera quirúrgica —estoy hablando lógicamente de todos los servicios quirúrgicos del hospital—, en los nueve primeros meses del año, se ha reducido en un 14,61 en tanto que en otros hospitales del mismo nivel que el de Barbastro, como son los de Calatayud y Alcañiz —y me tengo que referir fundamentalmente a los de Aragón—, la media de reducción de la lista de espera ha sido de un 8,13, es decir, casi seis puntos por debajo del hospital. Hay más datos —no soy yo el indicado para darlos porque no los conozco en su totalidad— a disposición de S. S. sobre la asistencia global en un hospital y sobre lo que ha supuesto la mejora asistencial en estas dos especialidades de oncología y dermatología. Salvando las distancias entre las dos especialidades, hay que tener presente la mejora que ha supuesto para la especialidad de oncología, desde el punto de vista sanitario, humano y social, por

las molestias a que se han visto sometidos los enfermos durante meses y años al tener que trasladarse a otros centros distantes más de 120 kilómetros de la población de referencia.

Me parece obligado hacer referencia a lo que es el motivo de la discordia, que sería el servicio de ginecología, y a algunos datos de la actividad quirúrgica de este servicio. Entre enero y septiembre de 1997, se efectuaron 482 intervenciones quirúrgicas cuando en 1996 fueron 439. La lista de espera en consultas externas en octubre de 1996 era de 1.400 y en 1997 es de 345. La actividad en consultas en septiembre de 1996 era de mil ciento y pico y en 1997 de mil trescientas y pico. Ha hecho referencia el señor diputado a las posibles anomalías que se produjeron en el mes de agosto. Es verdad que en los datos del mes de agosto hay menor asistencia en 1997 respecto a 1996. Decía el señor diputado que se habían contratado eventualmente a otros dos ginecólogos, pero se le ha olvidado precisar un pequeño detalle, que creo que lo conoce: da la casualidad de que, en el mes de agosto, de seis ginecólogos cuatro estaban de baja por enfermedad. Si hay que tener cuatro más por si surge esa eventualidad, es algo a tener en cuenta. Éstos son los botones de muestra respecto a lo que puede ser la satisfacción o insatisfacción.

Llama la atención que las declaraciones de algunos grupos, como ha dicho el señor diputado, van en contra de lo que es la asistencia, pero también llama la atención que la asistencia sea mejor desde el punto de vista de la calidad y de la cantidad, como acabamos de ver; que la asistencia no haya producido ningún desbarajuste en cuanto a los ciudadanos que necesitan atención en este centro sanitario. Como decía, son botones de muestra que ponen de manifiesto qué es lo que se pretende con la sanidad pública. Si lo que se pretende es mejorar la calidad, mejorar las prestaciones sanitarias o mejorar la cantidad de las consultas, de aquí se deduce que esto es lo que se ha llevado a cabo; pero si existen otras cuestiones, que no sé si son de tipo político o personal, no voy a entrar en ellas. Eso es difícil de solucionar, si nadie quiere convencerse con los argumentos que se han dado a lo largo de esta mañana.

Haciendo más que una valoración, prestando un apoyo a la intervención del secretario general de Asistencia Sanitaria, los argumentos y los datos dados por el señor Núñez me parecen bastante irrefutables. Como decía antes, no se convence el que no quiere. También es verdad —y lo ha dicho el diputado del Grupo Socialista— que a lo mejor ha habido una falta de información a los medios de comunicación por parte de la gerencia y la dirección del Insalud en aquella provincia. Soy conocedor del hecho de que estas dos instituciones se han intentado explicar a través de los medios de comunicación y a través de los sectores que se han visto implicados y que han dicho que se estaba menoscabando la asistencia pública en ese centro hospitalario y que no se ha sabido transmitir para tranquilizar a los ciudadanos y no dar pábulo a algunas campañas, seguramente orquestadas, en contra del prestigio del hospital, en contra del prestigio de los profesionales y, si se me permite la expresión, metiendo el miedo en el cuerpo de todos aquellos ciudadanos que no necesitaban la asistencia sanitaria, por-

que los que la necesitaban ven que el hospital funciona bien. Eso es lo que seguramente habría que haber mejorado.

El hecho de hacer referencias a si la comparecencia se ha celebrado antes o después, el señor diputado sabe cómo nos movemos en la Cámara y las dificultades que existen de diferente tipo. En cuanto a que no se haya podido celebrar esta comparecencia, tengo que manifestarle a S. S. que yo era uno de los más interesados en celebrarla cuanto antes.

El señor Núñez ha dado explicaciones sobre cómo solucionar los problemas. Se ha planteado la toma de decisión, desde el punto de vista de la gestión de la administración o del control en sí mismo, desde las auditorías previas, de que el gerente del hospital propusiera en el contrato programa que fuera a través de la Dirección General de Atención Primaria Especializada en la Subdirección de Atención Especializada. Es decir, ha pasado todos los controles respecto a decisiones que en algún momento se han podido ver malintencionadamente, a la hora de no querer ver la mejora de los indicadores del servicio de ginecología y de las prestaciones de los servicios sanitarios. Pero la decisión es irrefutable, tanto desde el punto de vista de lo que es la gestión como desde el punto de vista de la asistencia.

Para terminar, señor presidente, me gustaría hacer alguna reflexión sobre quiénes son los que protegen a la sanidad pública, quiénes son los que salvaguardan y defienden la sanidad pública. ¿Son los que toman decisiones que en algún momento pueden ser conflictivas, como hemos visto, pero que pretenden la mejora de las prestaciones sanitarias, que mejore la calidad asistencial, o son aquellos que no toman ninguna decisión, sea cual sea la situación, ya sea en el ámbito sanitario, político, social o incluso económico en este país? ¿Quiénes son los que protegen la sanidad pública y defienden los intereses del hospital y, por tanto, los intereses de los ciudadanos? ¿Los médicos, los ATS, los auxiliares de enfermería, todo el personal de un hospital que se dedica a trabajar, que se dedica a cumplir un horario, a sacar la mayor rentabilidad posible a todo lo que se le indica y a cumplir con su obligación, o aquellos que lo único que hacen es dar noticias falsas que, como decía antes, meten el miedo en el cuerpo a los ciudadanos? ¿Quiénes son los que defienden la sanidad pública? ¿Los que hacen su trabajo correctamente y ponen al servicio de los ciudadanos todos sus conocimientos profesionales o los que están boicoteando la administración del hospital y la asistencia sanitaria en este centro? Es una reflexión que me hago en voz alta, y que cada uno la responda como lo considere oportuno.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): ¿Algún otro grupo, además de los solicitantes de la comparecencia, quiere intervenir? Tiene la palabra la señora Maestro, en nombre del Grupo Federal de Izquierda Unida.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Gracias, señor secretario de Estado, por su comparecencia. Quiero manifestar, en primer lugar, como ya lo ha hecho el portavoz del Grupo Socialista, mi protesta por el retraso en la tramita-

ción de una solicitud de comparecencia, en este caso por el Grupo Socialista, que inusualmente lleva demasiados meses en el cajón, y por el retraso en la tramitación de la proposición no de ley que con fecha 24 de abril de este año presenté mi grupo parlamentario; y aprovecho este momento para reiterar que la mantengo. Estos hechos no son casuales. Obedecen a una multiplicidad de intereses en juego en un asunto que afecta a un servicio de ginecología, de un hospital de Barbastro, que ha sido motivo de alarma social entre los ciudadanos y los medios de comunicación. Señor Villalón, si estima que semejante dossier de prensa relativo al tema supone falta de información por parte de los medios de comunicación, ojalá todos los problemas que tenemos en este país tuvieran esa trascendencia; pero es que la ha tenido. La información que voy a mencionar, que obra en mi poder, procede fundamentalmente de la mesa de apoyo permanente en defensa de la calidad asistencial pública en el hospital de Barbastro. En aras a la brevedad no leo la cantidad de colectivos que la componen, pero son un total de 13 asociaciones de mujeres, 11 colectivos profesionales médicos, incluidas las tres juntas de personal del hospital de Barbastro, del hospital de San Jorge y del Miguel Servet, ocho asociaciones sindicales, 27 ayuntamientos de la zona afectados y que dependen para su asistencia sanitaria del hospital, nueve mancomunidades de entidades locales y otras asociaciones locales como la de empresarios, la federación de asociaciones de vecinos de Huesca y asociaciones de vecinos varias. Me parece que se puede hablar de muchas cosas, pero no de atribuir a campañas orquestadas por los medios de comunicación o por oscuros intereses el conflicto que está planteado por algo que yo me permito calificar como una injerencia directa, como un abuso de poder y como actuaciones y hechos decididos de manera absolutamente arbitraria. Además, me permito afirmar que de los nueve ginecólogos afectados de la plantilla del hospital solamente uno de ellos tiene consulta privada. Ustedes saben muy bien que cualquier disminución en las actividades no sólo tiene consecuencia en la sanidad pública, sino que beneficia a aquellos que tienen intereses en la sanidad privada. Hay que decir aquí (siento tener que decirlo pero creo que otra cosa sería ocultar información necesaria para que los grupos parlamentarios puedan hacerse una idea del tema que nos está afectando) que hay un diputado del Partido Popular que tiene relaciones familiares con la persona que se beneficiaría directamente en su consulta privada de la disminución de la actividad asistencial en la sanidad pública.

Se ha pedido oportunamente la comparecencia del señor secretario de Estado porque, por desgracia, una actuación que podía haber quedado circunscrita a un ámbito estrictamente provincial ha sido avalada, con una celeridad que para otros casos requeriríamos, por el propio presidente ejecutivo del Insalud, quien el mismo día 10 de marzo fija la plantilla del hospital de Barbastro, reduciendo en dos plazas la del servicio de ginecología, a propuesta de la Dirección General de Recursos Humanos, exactamente del mismo día; sorprendentemente, el mismo día don Alberto Núñez Feijoo, que debe tener muchas actividades que realizar, procede a tomar esa de-

cisión; celeridad, en cualquier caso, digna de mejor causa.

No quiero insistir en argumentos que se han dado aquí acerca de las auditorías a las que el señor secretario ha hecho mención, a la forma en la que se han utilizado estas informaciones de carácter provisional para tomar decisiones que han sido definitivas. Tal y como se han manifestado diferentes instituciones, de las que luego haré mención, no se trata de cuestionar la oportunidad ni la necesidad de crear una plaza de dermatología o de una plaza de oncología. Se trata de valorar la forma y el fondo por los que se disminuye la plantilla de dos ginecólogos y los argumentos que se utilizan. Evidentemente, no hay ninguna razón de tipo asistencial, contrastada con documentación que obra en mi poder y sobre la cual he formulado mi opinión al respecto, en relación con la asistencia sanitaria. El envejecimiento de la población, que vale demasiadas veces para un roto y para un descosido, es una de las razones de disminución de la natalidad que no se ha reflejado, de momento, en el descenso del número de partos atendidos por este servicio. Pero el envejecimiento de la población tiene repercusiones en la aparición de nuevas necesidades de asistencia que no son las que tiene una población más joven y que, en general, en asistencia sanitaria no reclama disminución de plantillas sino la atención a nuevas necesidades emergentes. Me refiero, por ejemplo, a que el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de Barbastro no tiene algo reclamado por la población española, por las asociaciones de mujeres y por diversos grupos parlamentarios, entre los que se encuentra el mío, como es la atención a la menopausia como un servicio más de la sanidad pública. Además, esta decisión se toma cuando hay lista de espera, que tiene que ver con la insuficiencia de los servicios. Los datos son los siguientes. En la fecha en que se toma esta decisión hay 800 pacientes en lista de espera para consultas, un tiempo de espera cercano al año. Se han suspendido las actividades de planificación familiar y otras actividades preventivas por incapacidad asistencial, por insuficiencia de recursos. Y en el caso de patologías que no son de urgencia, por ejemplo, las intervenciones sobre incontinencia de orina, descenso uterino, la lista de espera es de más de un año.

No quiero extenderme, pero reitero la opinión que me merece una actuación de la Gerencia y de la Dirección Provincial relacionadas con intervenciones de la persona que se beneficiaría directamente, en cuanto a puesto ocupado dentro del hospital y en cuanto a asistencia a la consulta privada que mantiene, de la reducción de la plantilla. Además, para ilustrar el hecho de que no se trata de una pelea entre partes exclusivamente y de la intervención de diferentes instancias no relacionadas directamente con el servicio en cuestión, reflejo la nota informativa de la asamblea de médicos del hospital de Barbastro, al día siguiente de tomada la decisión, en la que se manifiesta el apoyo incondicional de todo el personal facultativo a los ginecólogos cesados. Considera que el cese de los facultativos es una medida arbitraria y dictatorial por parte del gerente del hospital y de la falta de diálogo del gerente con los órganos de participación hospitalaria. Esto da lugar a la convocato-

ria de una asamblea de trabajadores, exactamente al día siguiente, en la que se reiteran en las apreciaciones anteriores y provoca una concentración de usuarios y trabajadores el día 14 de marzo, dos días después. Estas concentraciones, las asambleas han debido realizarse en lugares inusuales, dada la negativa del gerente a habilitar los lugares adecuados para su celebración. Además, el día 13 de marzo hay una reunión de la junta de personal del Insalud de Huesca pidiendo la dimisión del gerente por unanimidad. Se presenta una queja al Justicia de Aragón y al Tribunal de lo Social de Huesca y de Aragón, que han emitido los correspondientes fallos en la sentencia, recurrida por el Insalud; son fallos que no voy a leer en su totalidad, pero en ambos casos se requiere a la parte actora para que se suspenda el cese de las personas reclamantes. Hay datos precedentes, por ejemplo, del sindicato de médicos que yo refero, para lo cual pido la respuesta del señor secretario, donde se afirma que se ha cesado al subdirector de recursos humanos del Insalud de Madrid, que curiosamente era la persona que había informado negativamente el cese. Me estoy refiriendo a una información —por tanto no lo afirmo—, procedente del sindicato de médicos, en la que se reitera el asombro por que el gerente haga funciones de jefe de servicio, como ha dicho el señor Corominas, y se dice que se ha producido el cese del subdirector de Recursos Humanos en el Insalud en Madrid que había informado negativamente de la modificación de plantilla, que conlleva el cese de las personas implicadas.

Quiero señalar también que ha habido pronunciamientos en las siguientes instituciones aragonesas. La Comisión de Asuntos Sociales de las Cortes de Aragón ha votado un texto presentado por el Grupo Mixto y por Izquierda Unida, al que se han presentado enmiendas por el Partido Aragonés Regionalista. Emiten un texto consensuado por el cual las Cortes de Aragón manifiestan su protesta por las medidas de reducción de plantilla efectuada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Barbastro, ante el deterioro que supone la atención a la que tienen derecho las mujeres de la zona oriental de Huesca. Las Cortes de Aragón instan al Ministerio de Sanidad y al Insalud para que se adopten las medidas urgentes y oportunas para asegurar el restablecimiento y el mantenimiento de las plazas suprimidas. Al mismo tiempo, obviamente, se manifiestan a favor de la creación de las plazas de oncología y dermatología, plazas necesarias pero que sin duda alguna, y a la vista de los acontecimientos, tenían el objeto de camuflar esta decisión. El Pleno de la Diputación Provincial de Huesca adopta, por la vía de urgencia y por mayoría de los diputados del PSOE, del PAR y de Izquierda Unida, un acuerdo en términos parecidos: dirigirse a la Dirección General del Insalud, etcétera. En el mismo sentido se manifiesta el excelentísimo Ayuntamiento de Barbastro.

Por tanto, señor secretario de Estado, no cabe la menor duda de que se ha tomado una decisión arbitraria que lesiona derechos laborales, que lesiona derechos a la asistencia sanitaria y que crea alarma social. Es una decisión tomada en detrimento de los recursos de la sanidad pública y por tanto —reitero— en beneficio de la asistencia privada.

La población de Barbastro, la población de Huesca, les ha condenado, señor secretario de Estado y señores del Partido Popular implicados en este tipo de actuaciones propias de otros tiempos, con presunciones de impunidad, actuaciones más propias de un cortijo que de una administración democrática al servicio de los ciudadanos. El tema es serio, es ejemplificador y para evitar que estas circunstancias se puedan reiterar, que otras personas puedan creerse con el derecho a actuar impunemente en este sentido, creemos que los grupos parlamentarios, que probablemente no han tenido ocasión de conocer este tema por diferentes causas, pueden aprovechar estos datos, que yo pongo a disposición de quien lo desee, para conformar una opinión y que la proposición no de ley a que he hecho referencia, que mi grupo parlamentario presentó y mantiene, pueda contribuir a que los hechos se solucionen, a que lo que es de justicia se mantenga y que actuaciones arbitrarias como éstas no puedan continuar en el futuro.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Para contestar a las intervenciones de los grupos parlamentarios, tiene la palabra el señor secretario general de Asistencia Sanitaria.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Señor Corominas, le agradezco tanto el contenido como el tono de su intervención porque las cuestiones, cuando se sacan de contexto, señoría —y usted no lo ha hecho—, sin duda conllevan a pronunciamientos y a conclusiones que en nada benefician lo que pretendemos proteger, que es justamente a los usuarios, que son los propietarios del sistema, y no los facultativos. Por tanto, si los propietarios del sistema son los usuarios, no podemos admitir cortijos de nadie, pero desde luego cortijos de facultativos en absoluto. Yo le agradezco, señoría, insisto una vez más, el contenido de su intervención y su tono.

A usted lo que le preocupa es si esta decisión se ha adoptado correctamente o no, si esta decisión tiene motivaciones técnicas o no y si con esta decisión ha sido perjudicada o no la asistencia ginecológica de la población. Los datos, señoría, son los que le referí. Insisto en que estos datos no son dossiers ni son manifestaciones, por otra parte dossiers y manifestaciones movidos por personas y por grupos que en este momento recriminan la actuación. Por tanto, hacer un elenco de todas las personas o grupos que recriminan una actuación es evidente que es excesivo. El dato con el que se mueve la Administración pública es el que soporta las cuestiones técnicas y las actuaciones no arbitrarias, sino de funcionarios independientes, que son los encargados de velar, desde su independencia, no sólo por la pureza del procedimiento sino por el acierto en las decisiones que se adoptan durante ese procedimiento. Yo me permitiré transmitir a S. S. el tomo 1 de la auditoría, que tiene 194 páginas, y que está firmado por el equipo territorial de Inspección de Aragón. Señoría, en esto y no en ninguna otra cuestión hemos basado nuestra actuación en este hospital. Desde luego, mientras yo sea presidente del Insalud, en esto y en ninguna otra cuestión basaremos nuestras

actuaciones en éste y en cualquiera de los hospitales que integran la red pública del Instituto Nacional de la Salud.

Le agradezco y me llena de satisfacción, como no puede ser de otra forma, que lea mis comparencias y espero poder responder a las cuestiones a las que usted se refiere. En primer lugar, que los propietarios son los ciudadanos y, en segundo lugar, que aquí no hay más compromisos que con los usuarios y con los trabajadores. La única cuestión, señoría —evidentemente no me podrá responder ahora—, es que si después de la lectura de esta auditoría usted o su grupo hubiesen adoptado otra solución, me gustaría saberla. Insisto en que no hay ninguna trampa. La auditoría se empezó el 30 de enero. Se pidió una auditoría no sólo del servicio de tocoginecología sino de todos los servicios quirúrgicos. Esta decisión se adopta, como usted sabe, el 14 de enero, a propuesta de la dirección, del gerente del hospital, y después de la firma del contrato-programa el 5 de marzo. Por tanto, los hechos son: 30 de enero, inicio de la auditoría; 5 de marzo, firma del contrato-programa, y 10 de marzo, aprobación de la plantilla del hospital. Ante la repercusión social que tuvo el tema pedí, como es natural, por si era una decisión equivocada, un adelanto de la auditoría que, como usted bien dice, la hacen el 14 de marzo. Las conclusiones son las que me he referido, señoría. Si es razonable, no solamente por la utilización de los servicios públicos y por la rentabilidad social de los mismos, que un facultativo tenga 4,71 horas mensuales de actividad quirúrgica, como jefe de equipo quirúrgico, o sumando la jefatura del equipo y todo lo que intervenga una persona en un quirófano sea 6,04 horas al mes, es evidente que estamos hablando de otra rentabilidad social de los recursos públicos que desde luego no compartimos. Si es razonable que un servicio tenga un rendimiento quirúrgico del 56 por cien, señoría, me parece grave.

Estoy convencido de que, una vez que usted lea las auditorías —y sobre todo esta auditoría, que intentaré trasladarle si lo considera oportuno—, creo que adoptaría decisiones como ésta. Decisiones, insisto, que no son reversibles, en el sentido de que, a la misma actividad, ésta es la plantilla adecuada. Pero si se incrementa la actividad —como decía la señora diputada de Izquierda Unida— por programas como el de atención a la menopausia, que se incluye en el plan de atención a la mujer en 1998; por programas de *screening* de mama, de cáncer de endometrio, de cáncer de cérvix, de anestesia epidural, en algunos hospitales, etcétera, es evidente que no nos pesará ni un minuto la remodelación del incremento de un facultativo en dicho personal. Pero insisto, señoría, en que los datos de la auditoría son a los que me refiero. Me gustaría que todas las decisiones que se hayan tomado en el Insalud previamente tuviesen el respaldo documental que ha tenido ésta, y me gustaría también que las decisiones a las que me referí, adoptadas en los años 1991 y 1994, por las que se produjo el incremento de 10 facultativos en el Miguel Servet, 21 facultativos en el hospital clínico, dos facultativos en el hospital de Calatayud, todas tuviesen el mismo respaldo de auditoría, porque seguro que hubiésemos actuado con la mayor de las garantías. Por lo tanto, no es que se dude, se-

ñoría, de lo adecuado de esta decisión, sino que de lo que se ha dudado es de la repercusión social que ha tenido, y por eso hemos hecho especial hincapié en pedir a los auditores, a nuestros servicios de inspección, que velasen por la conveniencia de la operación realizada. Señoría, usted decía, por último, que la valoración de los usuarios de este hospital era muy buena y que ahora ya es peor. Honradamente, si los usuarios valoran tener más lista de espera que antes o valoran tener una demora quirúrgica superior a la que tenían antes o prefieren los mismos servicios y no el de oncología y dermatología, seguro que necesitamos hacer un esfuerzo para informar a esos usuarios de lo que se ha realizado realmente en el hospital.

Al señor portavoz del Grupo Parlamentario Popular le agradezco, como es natural, su apoyo. Quiero tranquilizarle en el sentido de que no hay ningún interés ajeno al funcionamiento ordinario de los servicios y, como no podía ser de otra forma, estamos atentos a lo que ocurre en el hospital comarcal de Barbastro, por si hubiese que adoptar cualquier decisión que venga motivada por la actividad. Vuelvo a reiterar que, si se incrementa la actividad como consecuencia del plan de atención a la mujer, sin duda, procederemos al incremento de la plantilla en un ginecólogo.

A la portavoz del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida le quiero decir que usted ha calificado este retraso como inusual; a mí permítame calificar esta comparencia como inusual, porque si cada una de las decisiones que afecten a uno de los 17.000 facultativos que trabajan en los 82 hospitales del Insalud da lugar a comparencias parlamentarias en la Comisión del Congreso de los Diputados, no hablaríamos de otra cuestión y creo que esta Comisión, sin duda, tiene altos compromisos con los usuarios. Conocemos lo relativo a la mesa de apoyo y a todo lo que usted se refiere —yo tengo que leerme la prensa igual que usted—, pero le aseguro que las carpetas, en mi despacho, las firmo el mismo día. Por lo tanto, no hay ningún problema. Todas las carpetas que me pasa la dirección general de Recursos Humanos, la de primaria especial y cualquier otra, las firmo el mismo día. Quiero tranquilizarle en cuanto a la excesiva diligencia. No hay ninguna diligencia, creo que es lo correspondiente, salvo, lógicamente, que ese día esté fuera del despacho.

Hay una cuestión en la que no podemos estar de acuerdo y que yo no puedo dejar pasar por alto. Se lo digo sin ningún tipo de acritud, señoría, pero no es razonable, en mi opinión, unir los posibles intereses privados de un facultativo a una decisión en un hospital. Se lo digo porque justamente eso es crear alarma social, señoría, eso no es defender una institución. Seguro que usted defiende el hospital de una forma y nosotros de otra. No coincidimos en las artes que utilizamos para la defensa y espero que usted utilice otras artes, porque el cargar contra un facultativo que tiene lazos familiares con un diputado, crea que no se iba a producir, pero, finalmente, se ha producido por S. S. y no por el representante del otro grupo parlamentario. Creo que la gente se gana la vida honradamente, que este facultativo había pedido la compatibilidad antes de 1987 —que era justamente el momento en el que se podía

pedir— y que, además, es el único facultativo del servicio que no cobra el complemento específico y, por contra, hay dudas de que algunos otros compañeros perciban el complemento específico y compatibilicen. Yo creí que era eso lo que le iba a preocupar a usted y no la situación regular en la que está ese facultativo. Insisto en que todo es admisible, todas las opiniones son valoradas, pero, de verdad, va a encontrar siempre un reproche permanente al intentar imputar actuaciones en la gestión de los servicios públicos sanitarios procedentes de compromisos espurios, y en este caso compromisos con la consulta privada de un facultativo.

Quiero tranquilizarla en el sentido de que la atención a la menopausia está incluida en el plan de atención a la mujer para 1997. Una vez más reitero que no se cesó a ningún subdirector general de recursos humanos y que quien propone las modificaciones no es este subdirector, sino que el informe preceptivo es de la Subdirección General de Hospitales, que es la que conoce con mayor concreción los datos de los hospitales. Por último —dado que usted habla de los sindicatos—, el único sindicato que transmitió a los servicios centrales su inquietud fue el sindicato médico. Ni Comisiones Obreras ni UGT ni Satse transmitieron inquietud por esta cuestión. Insisto, el único sindicato que transmitió su inquietud a los servicios centrales fue el sindicato médico, se le dio información —creo que adecuada— y, a partir de ese momento, al menos a los servicios centrales, no siguió transmitiendo esa inquietud. Pero ninguno de los demás sindicatos presentes en la mesa sectorial de Sanidad nos trasladó su inquietud por esa alarmante solución arbitraria, como usted la ha calificado.

Señorías, agradezco una vez más la oportunidad que he tenido de confirmar los datos a los que me acabo de referir, de poner a su disposición creo que el único documento que nos ha llevado a tomar esta decisión, que es un documento de auditoría del equipo territorial de Aragón, y de reiterar que si el aumento de actividad se produce como consecuencia del plan de atención a la mujer, ampliaremos la plantilla en un facultativo, en este hospital y en cualquiera que se concrete este incremento.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Muchas gracias, señor secretario general. **(El señor Corominas i Busqueta pide la palabra.)**

Señor Corominas, ¿a qué efectos solicita la palabra?

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Para aclarar un par de cuestiones y solicitar documentación.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tiene la palabra por cinco minutos.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: A nosotros nos interesarían mucho los datos porque ésta era nuestra preocupación y la del compañero que hizo la pregunta —insisto— el día 18 de marzo. Si todo lo que ha pasado es una bola de nieve que se ha creado sin razón, nosotros, el 18 de marzo, preguntábamos al Ministerio de Sanidad y Consumo: ¿Qué razones ha tenido el Ministerio para redu-

cir de nueve a siete el número de especialistas en ginecología en el hospital comarcal de Barbastro? Si se hubiera aclarado en aquel momento, probablemente, muchas de estas cosas no hubieran pasado.

Como ha habido algunas insinuaciones, quiero aclarar que nuestro grupo ha procurado actuar en este tema con la máxima delicadeza y no entrar en discusiones, cosa que no sucedía —ya que siempre hacen referencia a ello— en el pasado. Si hubiera sucedido una cuestión de este tipo en el pasado, probablemente, las actuaciones hubieran sido muy otras por parte del grupo que hoy sostiene al Gobierno. Simplemente, quiero indicarle que el problema no está resuelto. Yo no creo en una conspiración que vaya contra esto. El día 2 de noviembre aún sale una información en la prensa y el titular es el siguiente: Un urólogo llegó a hacer una cesárea en Barbastro, porque no había en aquel momento ningún personal especialista adecuado. Yo pienso, señor Núñez, que ustedes están obligados a velar por el buen nombre del sistema y, por eso, no pueden tolerar que pasen cosas de este tipo. No entramos en más discusión en este turno breve que me ha otorgado el señor presidente, pero espero que tendremos ocasión de volver sobre esta cuestión si no se ponen los medios adecuados para resolverla.

Insisto en que le agradeceríamos mucho que nos facilitara todos los datos que tuviera, porque nuestro objetivo es precisamente intentar aclarar al máximo las situaciones con total transparencia, es decir, sin hacer acusaciones gratuitas, sin buscar fantasmas, sin demonizar a nadie, pero sí, precisamente, en aras de una transparencia en una mejora del servicio, en una potenciación del Sistema Nacional de Salud y de que los usuarios realmente se sientan satisfechos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Muchas gracias, señor Corominas, por su concisión.

Señor secretario general, brevemente, por favor.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Efectivamente, este tipo de noticias, alentadas, como es natural —y allá del responsable que las aliente—, lo único que vienen es a desasosegar un ambiente hospitalario y a desprestigiar a una institución pública.

El único hecho que ha podido tener relación con este tema, que después de leerlo, igual que usted, me preocupé por su contenido y alcance, me lo refiere el director gerente del hospital y dice que eso es falso, absolutamente falso. Primera consideración. Segunda consideración, el único hecho que puede tener una relación indirecta es lo que ha ocurrido hace 15 ó 20 días cuando un ginecólogo, en horario de mañana, por tanto con la plantilla en actividad ordinaria, que estaba atendiendo un parto, cuando se produjo un desprendimiento de placenta de la parturienta llamó para que viniese otro compañero al objeto de que ayudara en aquel proceso. El compañero que en ese momento pasaba por el pasillo era un urólogo, entró en el partorio y le ayudó a separar las valvas a fin de que el ginecólogo actuante pudiera terminar el proceso, que terminó

de forma ordinaria y sin ningún problema. Por tanto, este tipo de noticias es evidente que lo único que vienen a hacer es a desprestigiar a ese hospital y, por tanto, allá el responsable.

Por último, me gustaría darle los rendimientos de todos los servicios de obstetricia y ginecología de los 21 hospitales que están en el grupo I. Ya le anticipo que no hay ningún hospital de este grupo al que pertenece el de Barbastro que tenga nueve ginecólogos; los que más tienen son siete, justamente los que tiene Barbastro, y de los 21 solamente cinco tienen siete, el resto tienen cinco o cuatro ginecólogos. Esto es lo que se llama intentar rentabilizar los recursos sanitarios públicos.

— **PARA EXPLICAR EL PLAN FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE LEÓN. A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000348) Y DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/000786).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Pasamos a continuación al siguiente punto del orden del día. Se trata de la comparecencia también del secretario general de Asistencia Sanitaria ante esta Comisión para explicar el plan funcional del hospital de León, a petición del Grupo Parlamentario Popular.

Quiero señalar a SS. SS. que en esta comparecencia queda subsumida otra solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista para que compareciera el ministro de Sanidad para informar también sobre el plan funcional del hospital de León.

Tiene la palabra el señor secretario general de Asistencia Sanitaria.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Brevemente intentaremos dar un repaso a lo que ha sido el pasado reciente y el presente actual del hospital de León, al objeto de comprender la verdadera importancia de contar con un plan funcional adecuado que garantice el futuro y la viabilidad asistencial de este complejo hospitalario, con lo que tenemos que acertar, sin duda, en las decisiones que adoptemos sobre esta cuestión.

Como ustedes saben, el área de salud de León tiene una población de más de 370.000 habitantes y la asistencia hospitalaria se da en dos importantes edificios, uno de 11 plantas y otro de 13 plantas, que distan entre sí 100 metros. Esto es consecuencia de dos actuaciones de dos administraciones públicas, en su caso la Seguridad Social que decidió construir este hospital en 1968, conocido como Virgen Blanca, y otra actuación de la Diputación Provincial, en 1974, que construye el denominado Princesa Sofía, un hospital de 13 plantas. Las disfunciones que se creaban con dos hospitales en el mismo recinto, con dos administraciones públicas distintas, conllevó a que en 1990 el Insalud propusiese y se firmase con la Diputación Provincial un convenio de administración y gestión, cuya finalidad

era aunar esfuerzos y medios para hacer más eficaces los dos hospitales, y conllevó también a que en 1994 se procediese a la integración del personal laboral del Princesa Sofía en los regímenes estatutarios de la Seguridad Social. El proceso de unificación de ambos hospitales debería completarse en otros aspectos; aspectos sin duda de carácter físico, de carácter de infraestructuras, y es a lo que se dedicó el Insalud con la propuesta que hace en 1994, que es la de sacar un concurso público para redactar un plan funcional, o lo que es lo mismo una memoria funcional de cómo se puede optimizar mejor los dos hospitales. Insisto: diciembre de 1994.

El 9 de marzo de 1995 se aprobó el gasto de la redacción del plan funcional, adjudicándose el 8 de mayo, y lo que es el estudio o la memoria del plan funcional se entrega en marzo de 1996. Este plan funcional, señoría, ni en el anexo de presupuestos de 1994, como es lógico, ni en el de 1995, ni siquiera en el de 1996, que a pesar de que no lo aprobase la Cámara el anexo de inversiones fue preparado por el Insalud y se trasladó al Congreso, contenía cantidad alguna para llevar a efecto este plan funcional de León. Es más, ni siquiera el plan funcional estaba valorado desde el punto de vista presupuestario y, por consiguiente, no se podía concretar el importe económico que pudiese dar lugar a dicho plan funcional, aunque con los datos que tenemos actualmente hemos hecho una aproximación.

Posteriormente se decide, a instancias del equipo directivo que en aquel momento había en León, iniciar un redactado de un proyecto para el servicio de urgencias, una vez conocido el plan funcional. Cuando se decide esto y se publica en el «Boletín Oficial del Estado» de 10 de enero de 1997, automáticamente entra en discusión, desde el punto de vista técnico, si es operativo llevar la remodelación de urgencias antes de cerrar el proyecto íntegro del plan funcional y, por tanto, no ir adjudicándolo por partes. Los técnicos que estaban allí (las subdirecciones de obras, la subdirección de atención especializada del Insalud) consideran que el plan funcional presentado en marzo de 1996 necesitaba un análisis, una mayor concreción, un mayor estudio y por eso proponen la desconvocatoria del concurso de la redacción del proyecto, nunca de ninguna obra, del plan de urgencias.

Pues bien, desde esa fecha a la actual las personas que están estudiando el plan funcional de León, que están intentando completar el plan funcional inicial, nos proponen que debe ser modificado al menos con los siguientes añadidos de obra: se ha de hacer una concesión más integral de los servicios de apoyo de radiodiagnóstico y de laboratorios y revisar las necesidades del bloque quirúrgico, se hace imprescindible potenciar las circulaciones internas entre los dos hospitales, es necesario una evaluación del estado de conservación de todo el edificio y seguramente una reparación en profundidad de las fachadas de los dos edificios, es necesario revisar todo el acceso previsto al servicio de urgencias, es inevitable reordenar la circulación en toda la parcela para mejorar dicho acceso y resolver el problema de aparcamiento, se considera relevante potenciar el servicio de urgencias y mejorar su conexión con los dos edificios del complejo resultante (como uste-

des saben, el servicio de urgencias está en un edificio, cuando lo que parece razonable es que se sitúe entre los dos edificios al objeto de que los pacientes fluyan hacia la hospitalización en cualquiera de los dos hospitales que conforman el complejo) y, sin duda, es necesario concretar la ubicación de la dirección y de los servicios administrativos del hospital.

La situación actual de este proceso es la siguiente. Se está acabando la redacción del plan funcional nuevo; es decir del plan funcional inicial con las adiciones a las que me acabo de referir. Y desde el punto de vista presupuestario, por primera vez hay una dotación explícita en un anexo de inversiones de los Presupuestos Generales del Estado, una previsión presupuestaria que ciframos en 4.225 millones de pesetas para la remodelación integral de los hospitales, y para 1998, como se concreta en el anexo, una partida de 300 millones de pesetas al objeto de cerrar el plan funcional, convocar, adjudicar y finalizar el proyecto de redacción de dicho plan, realizar el estudio geotécnico y hacer un estudio muy serio de las fachadas y de la estructura de los dos edificios al objeto de licitar la obra en este año 1998 y, si es posible, adjudicarla.

Hay más novedades para León. Como ustedes saben, el compromiso de dotar en 1998 de una sala de hemodinámica al hospital, con una inversión de 125 millones de pesetas, se ha adjudicado también la resonancia nuclear magnética y, por último, se está en proceso de adjudicación del acelerador lineal. También conviene destacar el centro de salud de Heras de Renueva, que aparece en el proyecto de inversiones de 1998 con un importe total de 714 millones de pesetas. En definitiva, las previsiones inversoras del Insalud en la provincia de León para los próximos años se sitúan en algo más de 5.000 millones de pesetas, de los cuales 440 se establecen para la anualidad de 1998.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Valcarce.

La señora **VALCARCE GARCÍA**: La petición de comparecencia que ha formulado el Grupo Parlamentario Socialista viene motivada por la respuesta que el Gobierno remitió a esta diputada al serle preguntado sobre cuáles eran sus previsiones en el desarrollo del plan funcional del hospital de León. Usted ha hecho una breve y, además, incompleta explicación de lo que ha sido la historia del hospital de León; incompleta porque ha olvidado algo sustancial, y es que una parte de la unión física de los dos edificios ya está realizada a través de una comunicación subterránea.

De todos modos, no es de sorprender, puesto que usted, que ha calificado al de León como un hospital que presenta importantes deficiencias según recogió toda la prensa provincial, todavía no lo ha visitado, aunque sí ha reinaugurado el hospital de Ponferrada. Además, el ministro de Sanidad, cuando se trasladó a León a inaugurar un gimnasio privado, no se acercó a conocer *in situ* esas importantes deficiencias del hospital. Sin duda, ese hospital necesita reparaciones urgentes; tan urgentes que el Gobierno socia-

lista acometió un proyecto para realizar esas reformas con seriedad, planificadamente y de forma eficiente.

Para hacerlo de forma eficiente se elaboró el plan funcional, que en nada se ha diferenciado en cuanto a su redacción de lo que han sido otros hospitales de la comunidad de Castilla y León. En su redacción, que es técnica, han asesorado y colaborado todos los colectivos sociales de León. Por eso es especialmente lamentable que tanto usted como otros reconocidos representantes de su partido hayan descalificado este plan. Hoy, sin embargo, señor secretario general, debo reconocer que ha actuado usted con mayor prudencia, puesto que no ha dicho —al menos no lo he entendido así— que haya que cambiar o redactar un nuevo plan porque el que había no le sirve.

Sin embargo, este plan se aprobó en 1995 —aquí está la respuesta escrita del Gobierno— y había compromiso firme de la dirección de infraestructuras del Insalud para invertir 120 millones de pesetas en la remodelación del área de urgencias. Ustedes sacan a concurso esa obra en el mes de enero y en el plazo de veinte días lo anulan, como usted ha dicho, por lo que hemos perdido casi dos años para acometer reformas que reconoce son absolutamente imprescindibles para ofrecer una atención sanitaria especializada de calidad, la que merecen todos los usuarios, todos los ciudadanos de León.

Si esto es especialmente lamentable, tengo que decir que en la respuesta del Gobierno se indica que la paralización del plan funcional del hospital general es a propuesta del nuevo equipo directivo y que la redacción de un nuevo plan no permitirá que las obras imprescindibles puedan acometerse antes de cuatro años, es decir, antes del 2001. Entonces, señor secretario general, si la situación es preocupante, si es necesario acometer esas obras y ustedes tienen voluntad política, deberán explicar a los ciudadanos por qué algo que es tan importante ha de esperar cuatro años.

Por otra parte, tengo que decirle que si la paralización de la remodelación del área de urgencia se debió, como se dice en la respuesta escrita del Gobierno, a que había otro plan de la gerencia de atención primaria para el servicio de urgencias, tengo que pedirle entonces el cese inmediato del director provincial responsable de esta medida porque este año, al igual que sucedió el anterior, el funcionamiento del servicio de urgencias ha sido de auténtico caos, como lo demuestran todas las denuncias públicas realizadas por los usuarios, los medios de comunicación social y los servicios médicos del hospital.

No obstante, usted dice que el plan funcional, cuya redacción costó diez millones de pesetas, ahora debe afrontar una serie de mejoras, para lo cual han presupuestado 340 millones de pesetas. Ninguna de las mejoras que usted propone es nueva y le reto a que saque el plan funcional porque todas y cada una están contenidas en el anterior. Me parece escandalosa su propuesta de gastar con cargo al presupuesto público 330 millones de pesetas más para decir lo mismo.

Usted dice que no había ninguna partida presupuestaria comprometida además de los 120 millones para urgencias, pero los servicios del Insalud tenían comprometido en un

plan bianual afrontar las principales necesidades contenidas en el plan, para lo cual tenían disponibles 750 millones de pesetas para el ejercicio 1997 —cómo vamos a coincidir— para la realización de las siguientes obras: la unificación del área quirúrgica, la potenciación de la unidad de radioterapia, la creación de la unidad de trasplante de médula ósea, la hemodinámica diagnóstica, que por fin este año figura en los presupuestos —no como dijeron el año pasado que se iba a establecer con cargo a la partida de formación—, la unión física de los dos edificios mediante una fachada común y la reordenación del tráfico externo del hospital. Esta partida sería para el año 1997 y el resto de las obras imprescindibles para el correcto funcionamiento del hospital, que incluía, sobre todo, la remodelación interna y externa del edificio, se acometería con una partida similar en el año 1998.

Tenemos un espejo en el que mirarnos sin ir más lejos. Exactamente igual que este plan funcional se realizó el del hospital de Burgos y el año pasado tuvo 800 millones de pesetas de presupuesto. Son los que en el ejercicio de 1997 no tuvo el hospital de León. Llevamos dos años de retraso en acometer obras en las que todos estamos de acuerdo que es necesario afrontar ya. Lo que no se puede tolerar, además, es que como cortina de humo digan que este plan funcional no sirve, porque tendrán que decirselo a todos los médicos del hospital de León, a toda la sociedad leonesa que de una u otra manera participó en su redacción, y descalificar su tarea es algo bastante grave para un responsable público.

En cualquier caso, lo que nos interesa es la correcta atención a los pacientes, la correcta atención del servicio sanitario que se ofrece a los ciudadanos leoneses. De esta manera ustedes han perdido dos años y, lo que es más grave —le ruego responda con claridad—, ya sabemos que para el año 1998, salvo que el Grupo Parlamentario Popular lo reconsidere y vote las enmiendas del Grupo Socialista, tampoco se afrontarán las medidas más urgentes. La pregunta es: ¿será posible en 1999 o bien, como han respondido de manera escrita por el Gobierno, debemos esperar al 2001?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Morano.

El señor **MORANO MASA**: Gracias, señor secretario general, por su comparecencia.

En primer lugar, quiero mostrar mi apoyo incondicional porque usted ha sido muy preciso, muy concreto, muy específico y nos ha contado la verdad. Todo lo que acabo de oír a la señora Valcarce me produce la impresión de que vivo fuera, en otro planeta, en otro sitio.

Me sorprende la falta de memoria —y no soy muy dado a las referencias históricas— de determinados responsables del Grupo Socialista que se han olvidado de que estuvieron gobernando España desde el año 1982 hasta el año 1996. Aquí se dice que hay necesidad urgentísima, yo diría que apremiante, de reformar el Hospital General de León. Parece ser que ha empezado a ser importante, urgente y ab-

solutamente necesario en el año 1996; hasta entonces no había ninguna necesidad, ninguna urgencia ni nada parecido, porque que yo sepa, y a lo único que me ciño es a los datos concretos, el Gobierno socialista durante todos sus años de gestión jamás, como dicen en mi pueblo, miró «pal hospital», para nada. En ninguna partida presupuestaria de ningún presupuesto anterior se hizo ningún tipo de consignación que, a la larga y a la postre, es lo único que vale; lo demás son fuegos de artificio. Estamos como siempre, con las deficiencias, las reparaciones urgentes, los tópicos de voluntad política, la petición del cese del director provincial. ¿Sabe por qué? Por una razón muy sencilla, porque es militante del Partido Popular, que no lo oculta y compareció en una rueda de prensa con un grupo de diputados a explicar el tema del hospital. Parece ser que eso sentó muy mal al Grupo Socialista que, cuando quiere, exige responsables técnicos que sean asépticos en política, y, cuando no, militantes. Ése es el único pecado que ha cometido este señor.

¿Cuál es la contrapartida? La contrapartida es la que usted ha explicado con muchísima precisión y claridad y que yo voy a especificar, si cabe, todavía más. Soy absolutamente profano en esta materia, sé de sanidad lo justo, porque no se puede ser especialista en muchas cosas pues dicen que oficial de mucho, maestro de nada. Yo sé de lo que sé y de esto sé muy poco, pero el sentido común me dicta que había un plan que no era el adecuado, el idóneo, que nunca se puso en funcionamiento, que nunca se ejecutó, que siempre se prometió y que nunca se cumplió. ¿Qué es lo que ha hecho el Partido Popular, por contra? El Partido Popular, por contra, ha consignado y ha adquirido compromisos presupuestarios de reforma del hospital. Me parece un contrasentido y falta de seriedad que se diga ahora que los dos hospitales están comunicados, y la comunicación entre dos edificios, uno de once plantas y otro de trece, es un pasillo de cinco metros de ancho, por el que no caben a la vez las camillas. Eso no es de ahora, está hace muchísimo tiempo y nadie puso coto a eso, se va a poner ahora. Esa inversión en la reforma del hospital de León, que ha suscitado la envidia de muchas otras provincias, es la siguiente. Para el año 1998, 300 millones; para 1999, 750 millones; para el año 2000, 1.500 millones, y para el 2001, 1.575 millones. Son 4.225 millones, a los que se suma otra cosa que también se discutió, con la que no siempre estuvo de acuerdo el Grupo Socialista, la hemodinámica, porque siempre se dijo que la atención se prestaba en León con el área de hemodinámica que existía en Valladolid. A eso se suma un centro de salud que se va a hacer en el polígono de las Heras; a eso se suma que todo esto pudo haberlo iniciado perfectamente el PSOE y jamás lo inició. Lo digo con el mayor cariño, con el mayor respeto, sin ningún tipo de acritud, pero es real como la vida misma, hay una diferencia fundamental y tajante entre una serie de promesas y una serie de realidades que empiezan a ser.

Insisto, a nadie que lleva un año en el Gobierno se le puede exigir que haya modificado y hasta cambiado de sitio el Hospital General de León. No pensaba intervenir en esto, pero me sorprendieron ayer con esto y es una cosa que me afecta personalmente porque la hice yo. La única

reforma que se hizo en los accesos al Hospital General de León en la época socialista fue una reforma que hizo este servidor de ustedes siendo alcalde de esa ciudad que, de alguna manera, solucionó todos los problemas de tráfico que tenían los accesos al hospital. Eso me costó Dios y ayuda y la crítica furibunda de sus compañeros de partido, porque no se entendía que hubiera que hacer ese tipo de actuaciones. Ésa es la actuación que se ha realizado en León. Si hacemos el plan, mal; si no hiciéramos el plan, malo; si nos sirviera su plan funcional, dirían que no tenemos imaginación. Como no nos sirve el plan de ellos porque no debe ser bueno, por lo que se ve, porque todo evoluciona y cambia, resulta que somos gente que no cumplimos, que no tenemos voluntad política y hay que cesar a no sé quién. Además, se utilizan términos, como el de escandaloso, que me parecen totalmente inapropiados. Aquí no hay ningún escándalo, hay dos planteamientos y dos formas de hacer política; una, la que ustedes han tenido oportunidad de hacer y, otra, la que nosotros pretendemos hacer. Déjennos hacer, no hagan permanentemente ruedas de prensa con afirmaciones absolutamente gratuitas y cantos al sol. Ésa es la realidad auténtica.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tiene la palabra el señor secretario general de Asistencia Sanitaria.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Señora Valcarce, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, no he tenido tiempo de visitar el hospital de León porque, si no, no puedo firmar todas las carpetas cuando me las ponen a la firma. Es decir, no puedo estar en el despacho y, a la vez, en todos los hospitales. He ido al hospital de El Bierzo donde, por cierto, he visto una placa; quien lo inauguró no fui yo, como es natural, que solamente me reuní con los facultativos; lo inauguró el ex vicepresidente del Gobierno, excelentísimo señor don Narcís Serra, quien en aquellos momentos no tenía muchas responsabilidades en el ámbito sanitario. Vi la placa y le puedo asegurar que no se me ocurriría inaugurar una cosa inaugurada por un vicepresidente de un Gobierno.

Quiero decirle que tengo interés y compromiso de ir a visitar ese hospital de León, pero parecía más razonable ir al hospital de El Bierzo en aquella ocasión porque poníamos, como usted sabe, una unidad de psiquiatría de agudos, problema planteado hacía mucho tiempo en la comarca de El Bierzo. Además, porque a veces hay que visitar los hospitales menos renombrados pues los muy nombrados los visita todo el mundo.

En cuanto a la necesidad de reparaciones, señoría, normalmente ustedes piden comparencias de los responsables de la Administración general del Estado y, normalmente también, les recriminan porque las inversiones que destinan a los proyectos son insuficientes, no cumplen las expectativas necesarias y, en definitiva, no dan respuesta a todos los problemas planteados. Ésta es la primera ocasión, pero es bueno aprender, que se les recrimina también por lo contrario, es decir, por hacer una inversión de más

del doble de la prevista inicialmente y por intentar solucionar más problemas de los previstos inicialmente.

Yo no sé lo que le han contado en el Insalud. Estoy convencido de que usted da estos datos porque se los han contado, sin duda. El problema es que a usted le han contado cosas que no tienen ningún respaldo documental. La Administración no cuenta cosas, las escribe, y el principio de escritura es el que rige en el Derecho administrativo, no hay otro. Como la Administración las escribe, le puedo asegurar que no hay ni ha habido ningún compromiso presupuestario para el plan funcional del hospital de León a 13 de mayo de 1996, fecha de mi toma de posesión. No ha habido ni una sola peseta, excepto los 10 millones de pesetas que costó el plan funcional, 10 millones frente a esos compromisos bianuales de los que usted habla, que los sitúa en 700 millones de pesetas. ¿De dónde han salido? Porque en el anexo de inversiones de 1996, ni un duro, señoría. Por tanto, si el plan funcional se entrega en marzo, lo que parece razonable es que ya en el anexo de inversiones de ese año hubiese una partida para esas obras que usted califica de urgentes. Pues bien, la única urgencia que ha habido, insisto, era pagar el plan funcional que estaba valorado en 10 millones de pesetas.

Señoría, nosotros creemos que cuando se acomoda un plan funcional no es malo tener un buen planteamiento, no es malo tener un buen documento técnico, no solamente no es malo, es imprescindible cuando la Administración pública va a gastar 1.500 millones, que parece ser que era lo que costaba el plan que ustedes presentaron. Por cierto, no sé de dónde salen 1.500 millones porque ni siquiera estaba valorado presupuestariamente; si se coge el plan funcional que usted conoce, dígame en qué página aparece el valor contable o el valor de las unidades de obra que en él se mencionan. Como usted sabe, en un plan funcional no aparece eso, aparece en los concursos de redacción de proyecto que desarrollan el plan; concurso de redacción de proyecto que no se había empezado en ningún momento.

Por tanto, señorías, quiero decirles que los técnicos, que creemos que son los que saben de esto, nos han dicho que ese plan funcional era incompleto, que si se ejecutase como estaba previsto dejaría dos edificios sin una comunicación suficiente. Decía el señor diputado del Grupo Parlamentario Popular, ciudadano de León igual que usted, que un edificio de trece plantas y otro de once no pueden tener una única comunicación. Salvo que a mí se me hubiera dicho una cosa distinta, en el plan funcional sólo se preveía una única comunicación. Insisto, señoría, en que son datos de la Subdirección que analizó el plan funcional al que usted hace referencia. Lo que se pretende hacer son más unidades de obra de las que se pretendía hacer con el plan funcional inicial. Si me permite, se las voy a referir, aunque sea muy sucintamente. Las unidades de obra que se pretende hacer por encima de las que conoce son las siguientes. Creemos que se han de aumentar las comunicaciones horizontales, pasando de una a tres niveles. Esto supone una partida de 200 millones de pesetas. Creemos que se deben modificar las fachadas del hospital. Esto supone nada más y nada menos que 400 millones de pesetas, que no contemplaba el plan funcional inicial.

Tampoco contemplaba el plan funcional inicial la urbanización desde la variante del aparcamiento nuevo y el acceso a urgencias que suponen, aproximadamente, 200 millones de pesetas. No contemplaba el plan funcional inicial la posibilidad de instalar un helipuerto en ese hospital, que supone, aproximadamente, 150 millones de pesetas. No contemplaba el plan funcional la centralización total de las instalaciones, que supone 300 millones de pesetas. No contemplaba el plan funcional un edificio donde se albergase la nueva dirección y administración, que supone, aproximadamente, 100 millones de pesetas. Los gastos generales y la repercusión del IVA de todas estas partidas son 625 millones de pesetas. Las unidades de obra que sumo y a las que me acabo de referir son algo más de 2.000 millones de pesetas. Todo esto no lo contemplaba el plan funcional anterior.

Quiero insistir en que a usted lo que le preocupa y lo que preocupa a los ciudadanos de León es que se haga un plan funcional, que los dos edificios queden definitivamente remodelados y que no tengamos que plantearnos cada dos años obras concretas en hospitales que siguen estando sin reformar, insisto, señoría, al menos desde 1990, que es la fecha en la que el Insalud se hizo responsable del Hospital Provincial de León.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tiene la palabra la señora Valcarce, por cinco minutos.

La señora **VALCARCE GARCÍA**: Intervengo para puntualizar, de nuevo, al señor secretario general. Lamento que descalifique un plan que desconoce. Decir que en el plan funcional del hospital de León no se contempla la construcción de un edificio que unifique los dos actuales edificios de Virgen Blanca y de Princesa Sofía es desconocer el contenido del plan, como decir que no contempla un helipuerto o decir que no contempla la reordenación del tráfico interno en el área hospitalaria. Eso es desconocerlo por completo. Es faltar a la verdad decir que no estaba evaluado, porque lo mismo que ha hecho usted en este momento, cuando todavía no se ha sacado a concurso su nuevo plan, también están valoradas en el plan las unidades de obra y aproximadamente se dicen las cantidades que cuestan las unidades de obra para cubrir esos objetivos. Usted lo acaba de decir.

Han perdido ustedes dos años, han recortado inversiones previstas y voy a recordarle una cosa. Desde 1993 a 1995, es decir, en un bienio, Insalud ha invertido en la provincia de León 4.600 millones de pesetas en atención especializada. Si se mantuviese ese promedio de inversión, supondría más de 2.000 millones de pesetas anuales. Ni siquiera le decimos que haga ese esfuerzo inversor porque comprendemos que el Insalud debe atender a otras provincias y a otras comunidades. Si ustedes mantuviesen este nivel de inversión, se habría acometido y ya estarían completadas todas las obras previstas en el plan funcional del Hospital de León. Lo único que pedimos es que si no son capaces de avanzar en lo que los socialistas hemos hecho, mantengan, al menos, el mismo nivel de inversión. **(El señor Morano Masa pide la palabra.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): ¿A qué efectos pide la palabra, señor Morano?

El señor **MORANO MASA**: A los mismos efectos que mi ilustre compañera, para puntualizar. Son veinte segundos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tenga en cuenta que su anterior intervención ha contradicho a la representante del Grupo Parlamentario Socialista y ésta no ha solicitado la palabra, sin perjuicio de que tenía derecho de acuerdo con el artículo 73.1. Le ruego que no prolongue innecesariamente su intervención. Le tomo la palabra y se la doy por un segundo.

El señor **MORANO MASA**: Efectivamente, un segundo.

Para recordarle a mi ilustre compañera que difícilmente podemos haber perdido dos años cuando sólo llevamos un año en el Gobierno.

La señora **VALCARCE GARCÍA**: Dieciséis meses.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tiene la palabra el señor secretario general de Asistencia Sanitaria.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Señoría, yo no acostumbro a descalificar documentos de los técnicos porque no soy técnico, lo que acostumbro es a transmitir las opiniones de los técnicos sobre trabajos técnicos; y las opiniones sobre ese plan es que es insuficiente, insisto, incompleto. Señoría, cuando hay un plan que tiene una inversión prevista de 1.500 millones y los técnicos aconsejan que se haga una inversión de cuatro mil y pico millones, de verdad creo que no procede seguir discutiendo al respecto. Yo no sé si hay más unidades de obra o no, pero lo cierto es que ante una inversión de 1.500 millones resulta que el culpable es el que quiere realizar una inversión de 4.000 millones. Estas culpabilidades las asumo con mucho honor y con mucho gusto.

Por último, yo no sé de dónde ha sacado usted lo de los 2.000 millones, espero que no haya metido usted la inversión del hospital del Bierzo. Si ustedes quieren que sigamos haciendo hospitales en la provincia cada dos años, parece que eso no es lo más conveniente; ustedes —estoy convencido— nunca han pretendido hacer hospitales cada dos años en León. Ustedes han hecho un hospital en El Bierzo, un excelente hospital; desde luego, si se compara el plan funcional que ustedes tenían previsto con las instalaciones de confort hospitalario que hay en El Bierzo, le puedo asegurar que los ciudadanos de León no estarían de ninguna manera de acuerdo con su plan funcional si lo comparan con el hospital comarcal que hay en El Bierzo. Usted lo conoce, yo también. Por tanto, compare usted el plan funcional que conoce con el nuevo hospital del Bierzo y sabrá si ése es el plan funcional que merecían la provincia y la ciudad de León.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Ruego a los portavoces de los grupos que se acerquen un momento a la Mesa. (**Pausa.**)

— **EL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000362) Y DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO (Número de expediente 212/000792).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Pasamos al último punto del orden del día. Comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria para explicar el plan estratégico del Insalud. Quiero señalar a SS. SS. que en esta comparecencia se subsume también la petición del Grupo Parlamentario Socialista de comparecencia del ministro de Sanidad y Consumo para explicar el mismo plan estratégico del Instituto Nacional de la Salud, de conformidad con el acuerdo adoptado el pasado día 29 en la reunión de Mesa y Portavoces.

Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Agradezco tanto al Grupo Parlamentario Socialista como al Grupo Parlamentario Popular su interés por dicho plan y la posibilidad que me ofrecen de efectuar una introducción al mismo, sin perjuicio, como es natural, de asumir el compromiso de proceder a su presentación pública, una vez que el Pleno del Congreso de los Diputados haya dictaminado las conclusiones y recomendaciones de la subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, y en este contexto de introducción, expondré lo que en mi opinión son los vectores fuerza o las líneas maestras de este plan.

Sin duda, este Gobierno y esta Comisión han objetivado la necesidad de reformar el sistema sanitario español y, por dicho motivo, se creó la subcomisión en el Congreso de los Diputados, para avanzar en la consolidación de nuestro Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable, la modernización del sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad, de equidad en el acceso, con la participación de los grupos parlamentarios y buscando el mayor consenso posible.

Nos parecía, pues, que este esfuerzo de la Comisión, este esfuerzo del Parlamento, este esfuerzo del Gobierno requería también un esfuerzo del Instituto Nacional de la Salud, de este servicio de salud que sigue siendo, en su volumen, el primero del Estado, y nos pusimos a trabajar —simultáneamente con los trabajos de la subcomisión— en intentar concretar un documento donde se plasme lo que consideramos que se ha de hacer para la consolidación de nuestro sistema, para la legitimación del sistema sanitario público de este servicio de salud, consiguiendo compromisos constantes con los principios de eficacia y efi-

ciencia que concreta la Ley General de Sanidad. Con este motivo, se ha abordado la realización del plan estratégico, donde se ha analizado la situación de partida y se han diseñado las estrategias más adecuadas en base a ese diagnóstico de situación; estrategias más adecuadas para mejorar la organización y la gestión de los servicios sanitarios.

Obviamente, se establece el compromiso de recoger en dicho plan cualquier recomendación o conclusión de la subcomisión. Prueba de ello es que, una vez finalizado el plan, hemos propuesto su presentación hasta que el Pleno del Congreso, como decía anteriormente, emita las conclusiones y recomendaciones. Como es natural, desde el momento de la presentación pública se remitirá a todos los agentes y a todos los interlocutores sociales para cerrar, una vez conocidas las opiniones y propuestas de los agentes sociales, la versión definitiva del plan estratégico.

Este plan no pretende ser un documento estático, sino un documento dinámico. Pretende que anualmente se revise el plan, se modernice el plan y se concrete en posibles alegaciones, posibles recomendaciones de los interlocutores sociales, de los agentes, en definitiva, y se complete con la experiencia que se asuma como lógica dentro del Sistema Nacional de Salud de nuestro país. Por tanto, este plan, insisto, busca un documento público, conocido, donde se realice de una forma evidente una reafirmación y legitimación del sistema, sistema que ha de actualizarse e, insisto, comprometerse con los principios de la Ley General de Sanidad, con todos y cada uno de ellos, entre los que se encuentran la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios públicos.

Es importante resaltar que este plan tiene en cuenta el horizonte de las transferencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas que aún no las han asumido; son diez comunidades autónomas, junto con Ceuta y Melilla, y en su formulación, en consecuencia, se ha contado también con normas autonómicas de carácter jurídico y organizativo adoptadas ya por estas comunidades autónomas y adaptadas y adoptadas por las comunidades que sí poseen competencias plenas en sanidad. En su elaboración han participado 114 expertos y profesionales del sistema sanitario, tanto del Insalud como del resto de las comunidades autónomas, siguiendo la metodología expuesta por el ministro en su primera comparecencia, que tuvo lugar el 12 de junio de 1996.

Por lo que se refiere a la situación, hemos hecho un diagnóstico en el que concretamos los puntos fuertes y los puntos débiles del sistema. Me voy a referir muy sucintamente a los puntos débiles exclusivamente. Creemos que los puntos débiles se centran en tres ejes. El primero, en la exigencia de los ciudadanos. Los ciudadanos de nuestro país han experimentado un cambio profundo en sus usos sociales durante las últimas décadas, la elevación de su nivel de vida, el conocimiento no sólo de sus deberes sino también de sus derechos y su mayor participación han elevado su grado de exigencia hacia los servicios que se les prestan. En segundo lugar, como punto débil está la desmotivación de los profesionales. Lógicamente, los cambios experimentados han afectado también a los profesionales, quienes en la actualidad no se encuentran suficiente-

mente motivados ni incentivados para participar en aquellos procesos que dependen directamente de sus acciones. Por último, hemos visto que el Insalud adolece de una estructura burocratizada que responde a un modelo exclusivamente administrativista, de carácter burocrático, excesivamente reglamentado y carente de la agilidad necesaria para dar respuesta a las demandas de la sociedad. Estos tres condicionantes, exigencia de los ciudadanos para adaptarnos a sus demandas, desmotivación de los profesionales y estructura burocratizada, son los que hemos detectado como puntos más débiles del sistema.

Hecho este diagnóstico —que, insisto, es una mera introducción al plan—, les voy a exponer, también con carácter introductorio, las líneas básicas de actuación que resumimos en cinco. La primera de ellas es que el plan intenta orientar todos los servicios sanitarios hacia los ciudadanos, de manera que abran cauces de comunicación y, al mismo tiempo, de información sobre las prestaciones del sistema, facilitando en todo momento el acceso equitativo de todos los ciudadanos al mismo. La segunda línea básica de actuación es la creación de un sistema de competencia regulada, con definición y separación de las funciones de compra y provisión, para ganar la eficiencia y la eficacia a las que me refería como referentes de la Ley General de Sanidad, para mejorar la capacidad de elección del ciudadano y sustituyendo el modelo burocrático por otro dotado de mayor agilidad y capacidad de adaptación a las exigencias y retos. Cuando digo competencia regulada estoy haciéndome eco de todas las conclusiones y recomendaciones de los técnicos en materia sanitaria, porque nada tiene que ver un sistema de competencias regulada con lo que algunos llaman mercado libre. Este plan es una negación absoluta y en todos los extremos de que en sanidad sea conveniente introducir el mercado libre. Insisto, el plan busca optimizar el sistema sanitario público, legitimar el sistema sanitario público y, por tanto, conseguir los mayores incentivos para que esta maquinaria produzca más con la misma calidad y con mayores resultados, pero de ningún modo podemos utilizar en este sistema los mecanismos del mercado libre que, en nuestra opinión, para el ámbito sanitario no serían correctos.

La tercera línea básica es la dotación de autonomía de gestión a los centros sanitarios a través de personalidad jurídica propia. Nada tiene que ver, insisto, la titularidad, que seguirá siendo pública, la gestión, que seguirá siendo pública, con el hecho de que un centro sea un mero negociado dentro de la Administración o, por el contrario, ostente la personificación jurídica a través de entidades públicas, de fundaciones públicas o de consorcios. Por tanto, se trata de desarrollar en este aspecto la Ley 15/1997, que todos los grupos parlamentarios, salvo uno, han tenido a bien refrendar.

La cuarta línea básica de actuación es aquella que busca la motivación, la incentivación y la participación de los profesionales en la gestión por medio de regímenes de personal concordantes con la autonomía de gestión de los centros, en un marco de relaciones laborales más flexible que devuelve el mayor protagonismo posible a los trabajadores.

Por último, la quinta línea es la que busca la mejora continua de la calidad. Entendemos que no es cuestión de hacer más actividad exclusivamente, sino de que esa actividad vaya precedida por los protocolos que garanticen la calidad máxima que se puede obtener de nuestros recursos sanitarios. Por tanto, la mayor autonomía y la mayor implicación, junto con el acercamiento de las relaciones médico/paciente, fortalecen la confianza del paciente en el sistema y generan en los trabajadores una auténtica mentalidad del servicio sanitario público en busca de la calidad total.

Siguiendo con este esquema que les anticipo, hemos hecho una definición de funciones; definición que creemos que se debe de separar en tres. Primera, el Insalud —servicios centrales debe de tener la competencia en lo que denominamos funciones corporativas o de planificación estratégica, es decir, en aquellas de desarrollo estratégico y de carácter horizontal. A modo de ejemplo, puedo citar la acreditación de los centros, la homologación de los mismos, los sistemas de información, el impulso de las mejoras de gestión, el plan de calidad total, etcétera.

Otras funciones que creemos se deben separar son las funciones de compra, que se deben ejercer en otros departamentos distintos a los de las funciones corporativas, y han de buscar la equidad en el acceso, la cobertura en las prestaciones definidas a nivel estatal, la calidad en el servicio y la elección de proveedor por parte del usuario.

Por último, las funciones de provisión o de planificación operativa, que son las dirigidas a dar estos servicios sanitarios, a coordinar, a facilitar y a velar por el correcto desarrollo de los factores de provisión; en definitiva, son los centros sanitarios a los que les corresponde esta función de provisión.

Las líneas estratégicas de actuación, sobre la base de los antecedentes que acabo de citar, las concretamos en once, y responden, en algunos casos, a la agrupación de conceptos tradicionales. La primera, la relativa al escenario transferencial; la segunda, a la atención primaria; la tercera, a la atención especializada; la cuarta, a las urgencias y emergencias sanitarias; la quinta, a la atención socio-sanitaria; la sexta, a recursos humanos; la séptima, al desarrollo directivo, a la política de directivos de la institución; la octava, a proveedores externos; la novena, a la garantía de calidad; la décima, a los sistemas de información y, por último, la undécima, la relativa a la prestación farmacéutica. Todas estas líneas disponen de una serie de objetivos globales sobre los que se basa la determinación de líneas de actuación en cada una de las líneas estratégicas; concretamente, 48 líneas de actuación desarrollan estas 11 líneas estratégicas. Cada línea de actuación tiene objetivos concretos para su implementación. Por su contenido e importancia, me voy a referir, aunque sea muy sucintamente —dado el contexto y dada la presentación pública del plan, una vez, insisto, que concluyan los debates del Pleno— a las siguientes líneas estratégicas y a las conclusiones más importantes en relación con ellas.

En cuanto a la atención primaria, entendemos que hay dos objetivos globales: primero, que la atención primaria ha de bascular sobre un aumento de la capacidad de elec-

ción y satisfacción del usuario; y segundo, que se ha de potenciar la atención integral a través del seguimiento completo del paciente desde la atención primaria. Para estos objetivos nos proponemos las siguientes líneas de actuación. En primer lugar, profundizar en la autonomía de los equipos de atención primaria, otorgada mediante los contratos de gestión de carácter funcional con sus respectivas gerencias. En segundo lugar, flexibilizar y optimizar el horario de trabajo de cada médico, permitiendo al usuario una mayor accesibilidad a la consulta de su facultativo en horario de mañana y tarde. En tercer lugar, proponer algunos cambios en el modelo retributivo de los facultativos, de tal manera que en las retribuciones tenga más peso el factor capítativo que el factor salario y que estén más relacionadas, por tanto, con la cartera de servicios del equipo de atención primaria en el que se ha de incluir, sin duda, la atención domiciliaria y las actividades preventivas. En cuarto lugar, en este ámbito de la atención primaria nos hemos de replantear el papel del personal de enfermería, replanteamiento que debe girar en torno a aumentar el protagonismo de este personal en la atención domiciliaria y a tomar parte activa en la coordinación de los dispositivos socio-sanitarios. Otra de las líneas en atención primaria es dar capacidad de gestión a los equipos de atención primaria para comprar determinados servicios a la atención especializada. No se asusten de la palabra compra. Se trata exclusivamente de monitorizar los consumos de radiología, de laboratorio y de consultas externas, al objeto de saber exactamente si la atención primaria funciona o no como puerta de entrada al sistema o como mero pasaporte para otro nivel asistencial. Y por último, nuevas formas de autonomía de gestión, con distintas personalidades jurídicas, en la que, en el supuesto de que un equipo de atención primaria voluntariamente optase y solicitase a la Administración conformarse con personalidad jurídica, creemos que la fórmula adecuada sería la de la cooperativa de profesionales y en ningún caso que la fórmula adecuada fuese la sociedad limitada, la empresa pública o cualesquiera otras de las que se podrían utilizar; pero, insisto, en el supuesto de que el equipo de atención primaria quisiese constituirse con personalidad jurídica propia.

En la atención especializada, los objetivos macro los concretamos en cuatro. El primero, convertir al paciente en el eje central de la organización; el segundo, potenciar la calidad de la prestación; el tercero, dotar de autonomía de gestión a los centros y, el cuarto, la mayor participación posible en las labores de gestión ordinaria a los profesionales. Con estos cuatro objetivos pretendemos desarrollar las siguientes líneas de actuación. La primera de ellas es buscar la permanente orientación de los hospitales hacia el paciente, tanto hacia el paciente hospitalizado como al ambulatorio, mediante la coordinación de pruebas especiales que eviten esperas innecesarias, mediante la elaboración de un plan de acogida al paciente hospitalizado, mediante la mejora de los aspectos hoteleros, mediante la mejora de la información tanto al paciente como a sus usuarios. Pretendemos concretar actuaciones permanentes sobre las listas de espera. Creemos que los planes de choque no son el criterio a seguir, sino que tienen que ser permanentes, por-

que nos jugamos en ellos la legitimación social del sistema. Pedimos y pediremos auxilio para concretar los protocolos de derivación a los servicios y a las sociedades científicas de los tiempos de espera razonables, intentando garantizar los tiempos de espera máximos para todas las patologías en todos los territorios del Insalud. Otra de las líneas es potenciar los sistemas de información, los referidos tanto a la actividad asistencial como a los aspectos presupuestarios que conlleva esta actividad. Otra de las líneas es el diseño e implantación del nuevo contrato de gestión, que pretendemos sustituya al contrato-programa, que ha tenido un papel importante en la optimización de los servicios, pero que es necesario remodelar en el sentido de que cada vez más este contrato tenga mayor carácter contractual, requiriendo una auténtica negociación entre el hospital como proveedor y los servicios centrales como compradores. Este contrato habrá de ser la suma de los pactos, de los contratos que hagan los equipos directivos de los hospitales con los servicios y con las unidades y departamentos del hospital. También en el ámbito de la atención especializada pretendemos potenciar la participación e implicación de los profesionales en la gestión. Esto, insisto, no es una mera pronunciación sino un compromiso permanente para optimizar nuestras instalaciones sanitarias.

Otra de las cuestiones es la relativa a las nuevas formas de gestión en los hospitales. En definitiva, pretendemos implementar el mandato parlamentario contenido en la Ley 15/1997, de habilitación de nuevas fórmulas de gestión. También haremos un plan estratégico en cada hospital, al objeto de que tenga su propia planificación explícita y de que concrete los pasos que han de darse para la optimización de sus servicios. Creemos que se ha de reformar el reglamento sobre estructura y organización de hospitales y proponemos una renovación y adecuación de recursos humanos y materiales en los hospitales al objeto de mantenerlo permanentemente presente en la elaboración de los presupuestos. Otra de las líneas estratégicas es la referida a las emergencias sanitarias. Creemos que se debe hacer un análisis y ordenación de los dispositivos de urgencia y emergencia existentes, que se ha de extender la cobertura de urgencias y emergencias a todas las comunidades autónomas del Insalud, concretamente a las diez, toda vez que actualmente sólo en dos comunidades autónomas existe este dispositivo. Hemos de buscar fórmulas organizativas que aglutinen los recursos de las distintas administraciones, como es el caso de Madrid, donde el Samur, el Sercam y el 061 están actuando sobre la misma población y sobre el mismo territorio. En materia de atención sociosanitaria hemos de profundizar en las consideraciones reales del problema. Hemos de deslindar lo sanitario y lo social y se ha de intensificar la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios a cada comunidad autónoma.

En materia de recursos humanos —muy brevemente y con esto termino— hemos de buscar una mayor vinculación directa del personal al centro, sin perjuicio de que mantenga su vinculación con el Instituto Nacional de la Salud y, por tanto, con el sistema. En este orden de cosas hemos de descentralizar la selección de personal de ma-

nera que sean los centros sanitarios los que tengan mayor protagonismo en estas decisiones. Creemos que reforzar el papel central del profesional —nunca nos hartaremos de decirlo— es una de las líneas que debemos plantearnos en todas las esferas de la sanidad, así como potenciar y protocolizar los incentivos al objeto de que no sean perversos, al objeto de que no busquen la retribución exclusivamente sino el incremento de las dotaciones de infraestructura y de formación de los profesionales. En cuanto a la garantía de calidad o calidad total, creemos que se debe de aprobar y difundir una carga de derechos de los pacientes al objeto de que sea conocida e implementada en todo el territorio, carta que recogerá los derechos contemplados en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, así como las modificaciones que plantea la nueva situación desde 1986. Debemos diseñar y aplicar un plan de calidad total para el Insalud y trasladarlo después a cada servicio y a cada centro y debemos también hacer esfuerzos por la acreditación de los centros sanitarios en términos de calidad. En cuanto al sistema de información, insistimos en la imperiosa necesidad de crear la unidad central de información, ya creada pero hay que potenciarla al máximo, y diseñar un sistema de información integrado al objeto de que las informaciones y las comparaciones sean homogéneas.

Por último, señorías, en materia de prestación farmacéutica, sin duda la contención del gasto farmacéutico es una preocupación que compartimos con todos los países de la Unión Europea. Hemos de impulsar la mejora continua de la calidad de la prestación farmacéutica y, por otra parte, hacer un uso racional de este gasto. Por lo tanto, continuaremos con el programa de uso racional del medicamento, modificado y ampliado como se concreta en el plan. Hemos de buscar y estamos buscando sistemas de retroalimentación informativa a los facultativos sobre su perfil fármaco prescriptor y persistiremos —pensamos hablarlo en el primer trimestre de 1998— en el conocimiento de los consumos de cada usuario como herramienta en la que se basa la justificación social de este servicio. Creemos que se deben establecer presupuestos indicativos por médico, por equipo de atención primaria, por módulo organizativo, como ya se venía estableciendo, incidiendo exclusivamente en una mayor información y en una mayor organización. Debemos estar absolutamente en línea con la prescripción de medicamentos genéricos y con la información sobre precios de referencia, al objeto de trasladar a la red las decisiones que se adopten tanto desde el Parlamento como desde el Gobierno.

Señorías, entiendan que es una mera introducción al plan estratégico. Dado nuestro compromiso formal de presentación y de traslación a los grupos parlamentarios y a los agentes sociales, con plazo suficiente, para hacer todo tipo de comentarios o alegaciones, me ahorro una explicitación más pormenorizada de un documento que tendrán ustedes en el próximo mes, si tenemos la posibilidad de presentarlo, y en todo caso dentro de las próximas semanas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Gracias, señor Núñez, por esta introducción al plan estratégico, lo que evidentemente motivará que tengamos ocasión de hablar de él en otras muchas ocasiones en esta Comisión, dado que, como muy bien ha indicado, se trata simplemente de una introducción, que ha sido amplia, con una gran cantidad de elementos y de líneas de trabajo que resulta hoy imposible discutir y que tendremos que ir analizando despacio porque realmente pensamos que se trata de algo importante. Ya lo señalaba usted en diciembre de 1996. Lo que sucede es que esta introducción que ha hecho del plan estratégico ha variado poco. Es decir, yo no sé si todo el trabajo de este plan estratégico ha servido para mucho o poco porque lo que nos ha dicho hoy, en esta introducción, estaba ya contenido en sus manifestaciones de diciembre de 1996. Usted señalaba —voy a citar brevemente— que el plan estratégico del Insalud no es otra cosa que buscar la forma de establecer un régimen transitorio del modelo tradicional, del modelo conservador de gestión, a un modelo implantado en los países europeos —algunos de ellos paradigmas de la social democracia— y no es otro que ir dando a los centros autonomía suficiente para poder gestionar los recursos con mayor eficiencia y con mayor calidad. Después se fue extendiendo en este tema. Por tanto, en esta vía de introducción que ha sido su comparecencia ante esta Comisión, me gustaría hacerle algunas preguntas para que tuviéramos respuesta concreta a las mismas y pudiéramos ir avanzando en futuras comparecencias.

Usted señalaba que el plan estratégico del Insalud se estaba elaborando en aquel momento —diciembre de 1996— por la Dirección General de Organización y Planificación y que, además, esta dirección había contratado a tres empresas consultoras. Por tanto, yo le preguntaría: ¿Qué empresas consultoras son, cuánto han costado estas tres empresas consultoras, cuándo han entregado los trabajos al Insalud y cómo se han contratado estas empresas consultoras? Digo esto porque entiendo que la justificación que ustedes han ido reiterando —la mantuvo el otro día en la comparecencia de los presupuestos y hoy la ha vuelto a señalar— es que no han presentado públicamente el plan estratégico en espera de los resultados de la subcomisión. Pero debo indicarle que la novena actuación —usted es muy aficionado a ir enumerando las actuaciones— para el año 1997 señalaba: Hemos apostado por la elaboración de lo que ya conocen ustedes como plan estratégico del Insalud como el documento guía de nuestra actuación en los próximos años, que esperamos presentar en el primer trimestre de 1997. Estamos en el cuarto trimestre del 97 y, por tanto, quisiéramos saber cuándo se han entregado algunos de estos trabajos.

Voy a referirme ahora a algunas cuestiones concretas, porque resulta muy difícil entrar en todo lo que usted ha manifestado. En cuanto a los principios filosóficos, estamos totalmente de acuerdo con lo que usted ha manifestado, es decir, con las líneas básicas de actuación, con las funciones que ustedes proponen, etcétera. Respecto a las líneas de trabajo, que se derivan de estas líneas básicas y de estas funciones que ha desarrollado el plan estratégico, usted se ha centrado fundamentalmente en tres, pero yo me

centraré en dos, para acortar un poco la intervención, que son la atención primaria y la atención especializada.

En cuanto a la atención primaria, usted señalaba que hay dos objetivos básicos, que son el aumento de la capacidad de elección y la atención integral, y para conseguirlos prevén nuevas formas de actuación. Usted ha dicho —el otro día ya salió en la prensa y hoy lo ha vuelto a manifestar en esta Comisión— que hay que desarrollar nuevas formas de gestión en atención primaria y que una de las que ustedes prevén es la cooperativa de profesionales; para entendernos, supongo que es la copia del modelo Vic. La Ley 15/1997, de habilitación de nuevas formas de gestión, que fue aprobada por este Parlamento, establece —usted mismo lo señalaba— que estas nuevas formas de gestión deben garantizar y preservar la condición de servicio público y que, por tanto, las entidades admitidas en derecho que se deben crear deben ser, en todo caso, entidades públicas. Esto es lo que dice la ley y ustedes lo reconocen, ustedes lo admiten y ustedes lo defienden. Yo le pregunto, concretamente: Las cooperativas de profesionales ¿son entidades de derecho público o tendrán otra titularidad que no es el derecho público? ¿Cómo se compagina esta posibilidad de cooperativas de profesionales con el tema de la titularidad pública de la gestión de los servicios del Sistema Nacional de Salud? Me parece que aquí hay una discrepancia fundamental entre la ley que prevé estas nuevas formas de gestión, lo que ustedes comentan, y lo que eso puede representar. Además, se plantean una serie de cuestiones que el modelo Vic ha presentado y que el propio conseller de Sanitat ha dicho que no se ha manifestado hasta el momento que haya cambios sustancialmente con otros modelos tradicionales de atención primaria, los centros de atención primaria públicos. Porque ¿quién va a construir los centros de atención primaria? ¿Las cooperativas de profesionales? ¿Con qué financiación? ¿No va a haber, como ha pasado en el modelo Vic, que haya organismos corporativos profesionales que son los que están detrás de las cooperativas de profesionales? ¿Cómo se va a garantizar todo esto? ¿Cómo se va a controlar? El riesgo y ventura, como dicen los contratos de la Administración, ¿los van a soportar exclusivamente las cooperativas de profesionales o el Insalud va a estar detrás de los problemas que se puedan plantear en este sentido? Como ve, este tema da para mucho. Podríamos insistir. No creo que lleguemos hoy a ninguna conclusión, pero por lo menos permítanos que pongamos de manifiesto algunas de las dudas que nos plantean.

En cuanto a la atención especializada, usted señalaba que uno de los objetivos es que haya una competencia entre los distintos sistemas; que esta competencia regulada, a que se referían ustedes, en nombre de mi grupo debo manifestar que estoy totalmente de acuerdo en que no es el mercado libre, la sanidad no sigue las leyes de la oferta y la demanda propias del mercado libre y, por tanto, no puede funcionar con estos mecanismos. Ahora bien, yo me pregunto cómo puede establecerse esta competencia regulada de la atención especializada en aquellas provincias o regiones sanitarias en las que hay un único equipamiento de atención especializada. Difícilmente la competencia

puede salir en este tema. En relación con esto haré unas preguntas concretas porque se pueden plantear dudas con los elementos que ustedes están creando, con las nuevas formas de gestión. Acaba de firmarse por la Fundación Hospital Manacor un convenio con una aseguradora privada para atender a sus enfermos. Es decir, no sólo aumenta esta competencia regulada sino que, al revés, incluso los que tienen un aseguramiento privado van a ser atendidos obligatoriamente, porque no hay otro equipamiento, por un equipamiento público. Por tanto, competencia regulada poca. En todo caso, ¿qué va a pasar en este Hospital de Manacor? Éstas son algunas preguntas que también nos gustaría que nos pudiera aclarar en esta comparecencia. Los ciudadanos que tienen un aseguramiento privado con esta compañía que acaba de firmar un convenio con el Hospital de Manacor, ¿tienen cubierta la asistencia sanitaria por el sistema público o tienen doble cobertura y se atiende con doble dinero la misma cobertura, por el sistema público y por el sistema de aseguramiento? Esto ya ha pasado. Tenemos experiencia en nuestra comunidad autónoma de alguna compañía que trabaja para el sistema público y tiene además asegurados, concretamente La Alianza, que plantea problemas. Entonces ¿qué va a suceder con estos ciudadanos de la aseguradora privada? ¿Tienen preferencia sobre los de la pública? ¿Siguen los mismos esquemas de la pública? ¿El Hospital de Manacor, cuando se creó, se sobredimensionó sobre las necesidades reales de la población? ¿No hay listas de espera ni van a surgir listas de espera y, por tanto, se pueden ofrecer servicios a compañías aseguradoras? ¿Va a haber esta doble vía de financiación? ¿Van a tener algunos privilegios en relación con los del sistema público? Todo eso plantea dudas que pienso que —como le decía en la comparecencia anterior— ustedes, como responsables del buen nombre del sistema público, deben desvanecer de entrada porque las experiencias que hay, no muchas en nuestro país pero algunas hay, no han sido siempre positivas. Por ejemplo, le citaba el caso de La Alianza con sus asegurados y su atención pública o lo que sucede en el modelo Vic, que tampoco termina de funcionar. Esta implantación de gestión propia de equipos de atención primaria que en algunos países se ha desarrollado, en alguna comparecencia en la subcomisión de los que habían avanzado en esta línea, como es el sistema del servicio nacional de salud inglés, están dando pasos hacia atrás y consideran que no deben ser los equipos de atención primaria los que deben comprar servicios, sino que debe ser el servicio público el que debe comprar los servicios, etcétera. Hay comparecencias en la subcomisión muy clarificadoras en este sentido.

Nos gustaría que nos contestara a estas preguntas que le hemos hecho para ir clarificando el tema y esperamos, con verdadera ansiedad, el momento en que hagan la presentación pública del plan para que podamos estudiarlo e irlo discutiendo línea a línea. Éste es un tema que a nosotros nos preocupa mucho y supongo que a ustedes también. Por eso han llevado adelante este plan estratégico y yo pediría que lo avanzaran cuanto pudieran. Cuando les ha interesado, este Parlamento no ha sido demasiado respetado. Es decir, no esperaron a que la comisión ni la subcomisión se

reuniera para hacer el real decreto-ley de formas de gestión. Dijeron que tenían que gobernar, lo cual es lógico, y que por tanto hacían el real decreto-ley. También tienen que gobernar en el Insalud. Por tanto, sigan adelante con el plan estratégico, comuníquennoslo, discutámoslo, veamos qué elementos tiene y no se escuden en que tienen que gobernar y que por tanto no pueden esperar a lo que diga el Parlamento, porque o jugamos siempre con la misma baraja o no jugamos, porque si no cambiamos las reglas del juego y esto nos lleva a ciertas indefiniciones.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO**: Vaya por delante el agradecimiento de mi grupo, señor Núñez, por haber sido usted respetuoso con los deseos y el sentir que habíamos expresado en esta Cámara de que este plan estratégico se presentara en fecha posterior a la presentación, valga la redundancia, de la ponencia sobre la mejora de la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Como bien saben SS. SS., en estos últimos años se ha producido un aumento en los recursos destinados a la asistencia sanitaria, así como también una mejora sensible en la eficacia y altos niveles de calidad científico-técnica. Sin embargo, este desarrollo estructural y técnico de la asistencia junto con los progresivos niveles de envejecimiento de la población, el impacto de la aparición de estas nuevas tecnologías y patologías, así como el incremento de la demanda expresada por los ciudadanos tanto en cantidad como en calidad han provocado un desajuste entre la capacidad de respuesta de la Administración a las necesidades sanitarias de la población y las expectativas que ésta tiene con respecto a la sanidad pública. De este proceso, señor presidente, no han podido abstraerse ni tan siquiera países europeos de nuestro entorno que se han dotado de sistemas sanitarios a los que en algunos casos España había mirado y de los que en su día había recogido o había asimilado. Estos países, como ya se ha dicho, también han emprendido una serie de reformas necesarias para actualizar su sistema sanitario. Aquí, en España, tras la aprobación por todos los grupos de la Cámara de la proposición no de ley 24 del año 1996, presentada por el Grupo Parlamentario Popular para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, se creó una subcomisión con unos resultados en sus trabajos que todos conocemos, dándose de esa manera cumplimiento a uno de los más importantes compromisos que adquirió el Gobierno y el grupo que lo sustenta. Uno de esos cuatro grandes apartados en que se estructura esa ponencia es el que entiende sobre la organización y gestión, y es en ese ámbito, en el de la organización y gestión, donde se produjo también la aprobación de una ley que consideramos de máxima importancia como es la ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. Esta ley —repito— de singular importancia, es una herramienta de trabajo necesaria —así creo que lo he entendido— y ha sido una referencia

importante a la hora de elaborar este plan estratégico del Insalud, plan estratégico que tendrá una vigencia, señor Núñez, de un tiempo determinado que nos gustaría conocer y que además está consustanciado —y eso sí lo ha dicho— con propiedades tan necesarias como la de ser un plan dinámico y que estará sometido, por su propia característica evolutiva, a una continua evaluación. Este plan, según he entendido, se ha diseñado fundamentalmente para mejorar la organización y la gestión de los servicios sanitarios. Por otro lado, se ha anunciado como un plan participativo —también se ha dicho— porque cuando sea aprobado por el Pleno se hará la presentación pública del mismo y será remitido a todos los agentes e interlocutores sociales.

De la exposición que ha efectuado destacaría la seriedad y el rigor tanto en el diseño como en el contenido, señalando claramente que los objetivos y las herramientas que se van a aplicar para lograrlos son consecuencia de un análisis certero de la situación, donde se ha detectado una serie de potencialidades y debilidades, y dentro de esta clasificación ha analizado las debilidades que han sido identificadas para, de alguna forma, aplicar la terapéutica necesaria y tratar —como así ha manifestado—, mediante unos objetivos claros, lo siguiente. En primer lugar, orientar los servicios hacia los ciudadanos. En segundo lugar, crear un sistema de competencia regulada con definición y separación de las funciones de compra y provisión. En tercer lugar, dotar de autonomía a la gestión. En cuarto lugar, motivar, incentivar y hacer participar a los profesionales en la gestión. Y en quinto lugar, conseguir mejoras continuas en la calidad. Éste sería un resumen de todo lo que usted ha expuesto haciendo referencia al análisis de la identificación de las debilidades analizadas, las sugerencias y los objetivos que deberíamos seguir.

También se ha mencionado —y esto es importante para las comunidades autónomas— que en la estructura territorial el Insalud se plantea articular los servicios con las comunidades autónomas a través de lo que serán las direcciones generales. Nos ha detallado específicamente lo que van a ser los nuevos modelos de organización y gestión, así como los fines que se persiguen y que yo resumiría diciendo —creo no equivocarme— que su objetivo y su razón de ser, además de un mandato constitucional, es la mejora continua de la asistencia al paciente.

Un capítulo no menos importante que también ha mencionado es el de la atención a la urgencia y emergencia sanitarias. Su preocupación reside en la coordinación —ésta es la palabra exacta— tanto de los recursos de cada una de las comunidades autónomas como de las distintas administraciones.

Otro capítulo importante al que usted se ha referido brevemente, dada la hora en que estamos y porque posteriormente tendremos tiempo de seguir debatiendo estas cuestiones, es el que hace referencia a la atención socio-sanitaria. Este capítulo lo considero el más importante. Además, estoy convencido de que será el mayor de los retos hasta ahora conocidos que deberán afrontar los sistemas sanitarios, más concretamente nuestro Sistema Nacional de Salud, puesto que España nos hemos instalado en una ten-

dencia al envejecimiento poblacional de la que parece ser que no salimos.

En cuanto a la atención primaria y a la atención especializada, el análisis que ha hecho usted es suficientemente explícito. Quisiera mencionar que, dentro del contexto de la atención socio-sanitaria, la atención primaria es la atalaya preferente y necesaria que debe coordinar —así creo que lo he entendido— e impulsar esta atención.

Ha hecho referencia a los profesionales sanitarios, y yo destacaría el objetivo referido a conseguir un marco flexible dentro de las relaciones laborales, como parte conducente, en primer lugar, a conseguir recuperar el protagonismo perdido y, en segundo lugar, a conseguir esa mayor autonomía en la gestión.

Esta forma de poder conseguir estos dos objetivos debe estar modulada, y así se debe entender, de forma gradual —corríjame si no lo he entendido bien—, debe ser pactada —esto es una sugerencia— con todas las organizaciones sindicales. Remitiéndonos a la ley de acompañamiento del año 1997, se especificaba claramente que el personal estatutario que quisiera acogerse a esta nueva modalidad tendría una excedencia especial en la cual se recogería la reserva de su plaza durante tres años.

No ha mencionado, considero que en aras de la brevedad, algo referente a la política que va a emprender el Sistema Nacional de Salud sobre directivos, y también creo que ha dejado fuera algo, a lo que sí se había referido en anteriores comparecencias, como es el capítulo dedicado a los proveedores externos, capítulo importante al que, si usted lo considera necesario, se podía referir en el siguiente turno.

Sí ha hablado de la informatización, y yo tengo que hacer referencia a que es la herramienta quizá más importante para poder conseguir el objetivo que todos pretendemos, que es una gestión que sea más eficaz, más eficiente, más ágil, más rápida y que tenga claramente consustanciado el concepto de garantía total de calidad. Si no tenemos una red completamente informatizada, con unos profesionales bien dotados en este terreno, difícilmente podemos llegar a conseguir los objetivos que estamos pretendiendo. Ya fracasó en su momento otro plan y esperemos que, en este caso (y hacemos votos por ello, porque la ciudadanía así se lo merece), el nuevo plan de tecnología de información sea una realidad.

Ha hecho referencia a la política farmacéutica. Quiero mencionar brevemente que es la primera vez que un gobierno se plantea hacer una política farmacéutica integral, globalizada, que está dando de momento —y ahí están— los resultados apetecidos, aunque esto no es suficiente, y va a seguir desarrollándose esta política farmacéutica entendida en su globalidad, en su integridad. Además consideramos que eso es tan necesario, que, de haber seguido por el camino que conocíamos anteriormente, quizá se hubieran puesto en peligro el principio de equidad y el mismo sistema nacional.

Finalmente, señor presidente, señorías, termino diciendo que el Plan estratégico del Insalud presentado hoy en esta Comisión por el secretario general de Asistencia Sanitaria y presidente del Insalud supone un motivo de sa-

tisfacción para el Grupo Parlamentario Popular, porque consideramos que es un valioso documento en el que se desbrozan, se diseccionan, se exponen los viejos, y no tan viejos, problemas que vienen haciendo que nuestro Sistema Nacional de Salud se deteriore de manera progresiva, por lo que, tras un diagnóstico, que hemos mencionado y considerado acertado, se va a aplicar esa terapéutica necesaria e imprescindible que busca en todo momento la pervivencia y consolidación del Sistema Nacional de Salud. Por todo ello, le felicito en nombre de mi grupo, señor Núñez Feijoo, y le deseo suerte en el desarrollo y aplicación del mismo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Por el Grupo Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Gracias, señor Núñez, por este avance del Plan estratégico del Insalud.

Quiero decirle, en primer lugar, que en lo que nos ha presentado —otra cosa es lo que se haya dejado en la cartera— echo de menos un eje estructural, algo que debe contener cualquier elemento de planificación y que en este caso serían los objetivos de salud a los que responde. Evidentemente, es muy difícil que esto aparezca en tanto que el Plan integrado de salud ha desaparecido de sus prioridades y, por tanto, no hay noticias de que pueda estar en marcha. Es más, no sabemos si no será un documento para poner en una estantería en vez de lo que debería ser en función de su formulación: el eje estratégico —éste sí— de desarrollo, de funcionamiento de los servicios sanitarios. Por tanto, sin saber, sin que el Ministerio ni el Insalud hayan identificado cuáles son las necesidades de salud, qué objetivos sanitarios pretende acometer el Insalud, habría que decir que es un plan sin cabeza, un plan descerebrado, un plan que carece de la formulación básica de aquello para lo cual deben servir presupuestos tan sustanciosos como los que dedica la sociedad a la atención sanitaria.

Sin embargo, sin que eso esté presente en ninguna medida, es curioso que se hable de la exigencia de los ciudadanos y del paciente como centro de la asistencia sanitaria. Evidentemente, esto sería una incongruencia si no subyaciera camuflada de una manera intencionada la conceptualización del paciente como comprador de servicios sanitarios, que —entiendo— es uno de los ejes centrales que atraviesan ese plan estratégico. No voy a entrar en detalles, pero sí quería preguntarle acerca de algunos conceptos que me parecen extremadamente peligrosos y que configuran uno de los ejes fundamentales por los que el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida no suscribió el acuerdo parlamentario. Le pido que los desarrolle, porque creo que estos elementos, sobre los que usted ha andado de puntillas, configuran un cambio absoluto del sistema sanitario. Por ejemplo, ¿qué entienden ustedes por libre elección de proveedor? Se ha traspasado el concepto de libre elección de médico, de libre elección de hospital y ustedes insisten en la libre elección de proveedor. Hablando en castellano, señor Núñez Feijoo, ¿esto quiere decir que habrá financiación pública y libre elección de sistema, pú-

blico o privado, si no al principio, al final del Plan estratégico del Insalud?

Dentro de actuaciones encomiables que yo suscribo, por ejemplo, la de orientar e informar a la población, se incluye un tipo de información inquietante. ¿Qué quiere decir información sobre las prestaciones del sistema sanitario público? ¿Eso es el desarrollo de lo que en el acuerdo de la subcomisión aparecía como financiación selectiva de prestaciones sanitarias? Es decir, ya no tiquets moderadores ni 100 pesetas por receta, sino simplemente el cien por cien a financiar por el ciudadano en el caso de que las prestaciones que necesite no estén financiadas por el Insalud, ya que precisamente estamos hablando de las comunidades autónomas que no tienen transferencias sanitarias.

¿Qué quiere decir competencia regulada? ¿Quiere decir competencia entre entidades públicas y privadas, que, obviamente, es el desarrollo lógico de la separación entre las funciones de compra y de provisión; es decir, compra por parte de los presupuestos del Insalud a proveedores públicos o privados? Es una cuestión que le rogaría que esclareciera.

En relación con la calidad, tengo el máximo interés por conocer ese pretencioso —no tengo nada que objetar— plan de calidad total, pues tiene un nombre muy llamativo.

¿Qué está pasando con la participación de clínicas privadas en las listas de espera? ¿Ha evaluado el Insalud la calidad de la atención que se presta y en qué medida reingresos consecuencia de actuaciones inadecuadas o de altas precoces, han recaído en su atención posterior en la sanidad pública? ¿Pretende el plan de acreditación (que me parece muy bien que el Insalud lo conserve entre sus funciones centrales) determinar la dotación de personal para cada tipo de nivel de atención sanitaria?

Quiero decir que han llegado a mis manos datos muy preocupantes; hay clínicas privadas en las que se hace cirugía que ya están participando en programas de listas de espera y cuentan con una dotación de ocho enfermeros o enfermeras para cuarenta camas y cinco quirófanos o con cuatro enfermeras para veintiséis camas y dos quirófanos. ¿Cree el señor Núñez Feijoo que esto no requiere de alguna intervención urgente por parte de quien acredita a estas instituciones para prestar asistencia sanitaria?

No pretendo ser exhaustiva y no sé si hay aquí sindicalistas, pero decir que el marco de relaciones laborales más flexibles supone mayor protagonismo para los trabajadores, resulta, cuando menos, curioso. Mi pregunta concreta es: ¿hay algún proyecto, anteproyecto o preproyecto de estatuto marco? En ese caso, qué líneas fundamentales requiere.

Reitero las preguntas que ha hecho el señor Corominas en relación con la atención primaria, pero a mí me llama la atención que las nuevas formas de gestión (ha sido pionera en introducir muchas de ellas la Comunidad Autónoma de Cataluña) del Insalud continúen ejemplos que en la sanidad catalana se han demostrado como con serios interrogantes, por no adoptar otro tipo de calificativos. En ese sentido, ¿ha evaluado el Insalud en todas sus dimensiones el modelo Vic, que es el que está detrás de esta formulación de la atención primaria?

Querría insistir en el tema Manacor; me parece que más allá de las buenas intenciones, que se le suponen, como el valor en el servicio militar, a la Administración, los datos que hay, los que la realidad reitera machaconamente es que lo que se está produciendo es una parasitación creciente de la sanidad privada con respecto a la pública. Si estamos en unos datos de cobertura sanitaria pública del 99 por ciento de la población ¿cómo es posible que una aseguradora privada esté vendiendo a sus clientes atención sanitaria en instituciones públicas?

La gente no es tonta, y con su dinero menos. Es decir, a cambio de qué privilegios se está permitiendo ese acceso a los servicios sanitarios públicos a personas que, sin necesidad de suscribir póliza alguna, en su inmensa mayoría tendrían su derecho garantizado, como ciudadano español, a la asistencia sanitaria.

Por otro lado, reitero la pregunta: ¿qué privilegios existen en cuanto a las listas de espera, en cuanto al acceso a la hostelería? Con respecto a este tema, el de la mejora en las condiciones de hostelería es algo que cualquier persona, cualquier grupo parlamentario apoya, la mejora de las condiciones de la hostelería en los centros. Pero aprovecho para decirle que me parece muy inquietante que, sin aumentos sustanciales (no me voy a pelear por las cifras) en los presupuestos de la sanidad pública se pretendan acometer mejoras sustanciales en la hostelería y en qué medida eso va a producirse en detrimento del volumen total de instalaciones y de infraestructuras en la sanidad pública. Pongo el ejemplo del hospital Clínico, en el que me parece estupendo que haya habitaciones de dos camas, en lugar de habitaciones de seis. El problema es qué va a suceder con los dos tercios que no tienen acceso, es verdad, a una cama poco confortable, pero también espero que esté de acuerdo conmigo en que la hostelería es importante pero está subordinada a otros parámetros más importantes de la atención sanitaria, como es la calidad o la existencia misma de la atención sanitaria.

Quisiera que esto se entendiera con carácter de urgencia y, como han dicho otros portavoces, tiempo tendremos para hablar más en detalle de los diferentes aspectos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tiene la palabra el señor Núñez. Teniendo en cuenta lo avanzado de la hora, le ruego la máxima brevedad y concisión.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Voy a intentar ser breve, aunque, como usted ha podido comprobar, las cuestiones planteadas por SS. SS. me impedirán ser todo lo breve que me gustaría.

Señor Corominas, he de decirle que siempre está bien que a uno se le censure por lo que hace, pero es un problema que se le censure por lo que no hace. Yo creí, honradamente, que podíamos presentar el plan estratégico, pero después de ver su reacción a un real decreto ley que, insisto, era una copia y una trasposición de leyes de ordenación sanitaria de otras comunidades autónomas votadas por el Partido Socialista en esos parlamentos, señor Corominas, salvo que el «Diario de Sesiones» no refleje conve-

nientemente esos datos, creo que son ciertos. Después de lo que hemos hecho, el ministro entendió que no era oportuno. Yo no sé lo que usted plantearía si fuéramos a una presentación pública del plan estratégico con 11 estrategias, con 48 líneas de actuación, con más de 100 objetivos y en esta Comisión parlamentaria, que tiene dentro de sus apartados uno que se denomina organización y gestión, estén ustedes debatiendo a la vez que nosotros presentamos esto. Es lo único que nos ha movido, se lo puedo asegurar; en todo caso, como usted sabe, el Plan estratégico está acabado desde marzo —y ahora me referiré a sus cuestiones—; en esa fecha las consultoras entregaron sus trabajos definitivos e —insisto— están acabados cuando menos desde el verano de 1997. Las consultoras que resultaron adjudicatarias —si no me falla la memoria— fueron tres: Coopers & Lybrand, Arthur Andersen y Gabise. El importe de la licitación a la que usted se refería creo que fue de aproximadamente 30 millones cada consultor.

Le agradezco que en los principios programáticos, porque esto es la sustancia y lo fundamental de los planes, usted muestre su conformidad condicionada, como es natural, a un conocimiento más profundo del plan. Pero es evidente que hemos de sentirnos satisfechos porque a los principios programáticos del plan usted les dé su visto bueno, en una visión inicial.

Usted ha planteado tres cuestiones: la atención primaria, en cuanto a nuevas fórmulas de organización, la competencia regulada —en la que usted ha manifestado su conformidad en cuanto a concepto, pero quiere conocer lógicamente los mecanismos en aquellas áreas donde solamente exista un único centro sanitario público— y también ha hecho alguna referencia al hospital Manacor. Intentaré responderlas.

En atención primaria —y tengo delante el papel de mi intervención— yo he marcado seis objetivos, de los seis, a usted le preocupa uno exclusivamente. De los 34 objetivos que he señalado, sólo le preocupa uno, eso me tranquiliza y estoy convencido de que le voy a tranquilizar también con esta explicación. Mire, no hay ningún peligro en que los equipos de atención primaria dejen de ser tales equipos. No hay ningún peligro. Además, el Insalud ha heredado en el cambio de administración una buena distribución de los equipos de atención primaria. Hemos heredado una amplia cobertura de los equipos de atención primaria y, por consiguiente, hemos de reconocerlo públicamente. Yo creo que al final de este año vamos a llegar al 90 y el año que viene al 95 por ciento de cobertura. Tenemos más de 1.100 centros de salud y no hay peligro alguno.

Sin embargo, lo que nos parecía razonable y exigible por parte de ustedes y de los profesionales era que en atención primaria, dado que estamos hablando de un plan estratégico, señalaran qué líneas consideran que se deben avanzar. De las seis líneas de atención primaria cinco hacen referencias al modelo de equipo de atención primaria, a seguir profundizando en el modelo, a seguir dotándole de autonomía, de protagonismo, etcétera. Y una de ellas —porque nos parece, insisto, que en un documento de estrategia y de planificación era necesaria— era manifestarnos sobre algo que se nos preguntaría sin duda, que es ¿de

otorgar personalidad jurídica, es decir, de desarrollar la ley 15, ustedes qué harían? Nosotros nos hemos anticipado y hemos dicho que, si nos preguntan qué haríamos para otorgar personalidad jurídica, creemos que las sociedades o las cooperativas de profesionales son lo adecuado, pero en el entendimiento —y cuando lea el plan estratégico lo podrá comprobar— de que esto es voluntario; que el centro de salud es del Insalud, sin ninguna duda; que estos profesionales seguirían siendo profesionales del sistema y se quedarían en situación de servicios especiales durante tres años, y que no vamos a empujar a nadie hacia este modelo, en absoluto, pero tal vez alguien lo quiera. Y normalmente los que querrán serán los equipos de atención primaria más comprometidos con la sanidad pública, eso se lo puedo asegurar, los que querrán más autonomía y mayores dotes de organización van a ser aquellos que crean más en el modelo de sanidad pública, sin duda. Los demás no querrán asumir ningún riesgo ni ningún protagonismo. Por tanto, si estos equipos que están más imbricados con el concepto integral de salud en atención primaria nos proponen una fórmula de organización, creemos que ésta sería la adecuada. Pero insisto en que esto es un planteamiento del plan estratégico, que ahora abriremos el debate a los interlocutores sociales, y que no tendremos problema alguno, si esto no se entiende por la generalidad de nuestros interlocutores, en suprimirlo, ningún problema. Pero nos parecía, insisto, que en un documento de planificación debe abrirse esa puerta hacia el futuro de que en atención primaria en nuestro país puedan ensayarse fórmulas que, garantizando la prestación, mantengan el sistema sanitario público.

Usted me concretaba —y es un peligro hablar, porque usted se lee absolutamente todo— que yo había hablado —y es verdad— del tema de las entidades públicas. Sin embargo, como parlamentario y como conocedor de la ley en toda su amplitud, usted sabe que la ley habla de gestión directa, de gestión indirecta a través de y mediante acuerdos, convenios o contratos. Pues esto de acuerdos, convenios o contratos es lo que posibilita las sociedades o las cooperativas de profesionales, porque entiendo que la experiencia de Vic no es ilegal. Si fuese ilegal evidentemente estaría fuera de la ley 15 y yo entiendo que está absolutamente dentro de ella. Se haría a través de acuerdos, convenios o contratos, pero quiero insistir una vez más, señor Corominas, en que, si esto es lo que le preocupa al Grupo Parlamentario Socialista en materia de atención primaria, estoy convencido de que podremos llegar a acuerdos sin ningún problema.

En cuanto a la competencia regulada, que me felicito por su sincero pronunciamiento al respecto, es evidente que en áreas donde no hay más que un centro público la competencia es difícil, sin duda. Cuando hablamos de competencia regulada nos estamos refiriendo a áreas donde hay uno o más centros públicos; no vamos a competir con los centros privados porque no creamos en el mercado libre, si lo creyésemos, no podríamos hablar de competencia planificada o de competencia regulada. Pero sí creemos que los incentivos se pueden generar dentro de la misma organización, porque puede haber competencia regulada entre servicios; es posible que sólo haya un hospi-

tal, pero es posible que haya dos servicios. Es posible que sólo haya un equipo de atención primaria, pero normalmente en las áreas hay más. Por tanto, la información y la competencia dentro del sector público creemos que es nuestra obligación como gestores del mismo.

Por último, en relación con el hospital de Manacor, usted trae a colación una de las cuestiones que hace unos días ha llevado a cabo el gerente, que es el decir que sí a la propuesta de una entidad aseguradora privada de dar asistencia sanitaria dentro de la fundación. Lo primero que debemos plantearnos es que no lo debemos estar haciendo tan mal cuando una aseguradora privada quiere que demos asistencia sanitaria. **(La señora Maestro Martín: Si no hay otra cosa.)** Por tanto, insisto, parece razonable pensar que los indicadores de esa fundación son adecuados, incluso para todos estos ciudadanos que son tan exigentes que no les vale la sanidad pública en principio.

Dicho esto, tengo que añadir que no es ninguna cuestión atípica. Nosotros en nuestro presupuesto de ingresos, que ustedes conocen, tenemos más de 13.000 millones de pesetas por facturación a terceros; es decir, mutuas de accidentes de tráfico, aseguradoras en otros sitios y todo lo que facturamos a personas que no tienen derecho al sistema sanitario o que, aun teniéndolo, vienen como consecuencia de un doble aseguramiento, lógicamente lo facturamos. Evidentemente, no hay, ni puede haber ni habrá (y el que incurra en esa responsabilidad allá él) ningún trato de favor ni ningún privilegio a personas que provengan de una aseguradora en nuestras instalaciones. Insisto en que si ha habido o puede haberlo tendrá que responder el responsable.

Al portavoz del Grupo Parlamentario Popular le agradezco su apoyo y su lectura de los documentos que fueron presentándose en las distintas ponencias como avances del plan estratégico. Le insisto en que, efectivamente, la vigencia de este plan se pretende que sea de cuatro años, aunque anualmente se incorporarán modificaciones como consecuencia de las cuestiones que se vayan planteando, la reforma necesariamente ha de ser gradual y pactada, sin duda, y la informatización es uno de los grandes problemas que tiene el Insalud. Por esto el plan estratégico irá adicionado con un plan de tecnologías de la información donde concretaremos nuestros compromisos en esta materia como adición al plan estratégico. Muchas gracias por su apoyo.

A la responsable de Izquierda Unida y portavoz del grupo he de decirle que esto es muy difícil. Le reconozco que es muy difícil, porque dice que el plan estratégico carece de cabeza porque no ha hecho una evaluación de los problemas de salud y, por tanto, no contiene un plan integrado de salud. Pero no es correcto, porque no es un plan integrado de salud, señorita. Por tanto, no puede ser una cosa que no es. Pero es que, además, usted sabe que el Insalud no puede hacer planes de salud. Usted lo sabe, y, si no, se lo recuerdo. Las leyes orgánicas que aprobaron los estatutos de autonomía confieren la competencia para la elaboración de los planes de salud a las comunidades autónomas. Estamos colaborando con las comunidades autónomas que todavía no tienen plan de salud en la elaboración

del plan de salud: hemos colaborado muy recientemente con la Comunidad Autónoma de Extremadura, estamos colaborando con la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, con la Comunidad Autónoma de Castilla y León; en definitiva, es a ellas a las que les corresponde hacer los planes de salud, y, una vez detectados los problemas de salud, a nosotros nos corresponde la organización y gestión de los servicios, y a esto es a lo que intenta responder el plan estratégico.

¿El paciente comprador de servicios sanitarios? No, no, el paciente no es el que compra los servicios sanitarios, eso ya se lo anticipo. No, el paciente no compra los servicios sanitarios. Los servicios sanitarios los compra parte de la Administración que se encarga de esa función. El paciente acude a los centros y tiene derecho a elegir, pero no compra los servicios sanitarios. Quiero tranquilizarle en ese sentido. La cuestión es que concretó qué entienden por libre elección de proveedor, si es libre elección entre público y privado. Señorita, usted sabe que no, usted sabe que no se puede elegir entre el público y el privado. Solamente una persona podrá elegir irse al privado si se lo paga, pero, desde luego, no puede decidir la finalidad de sus impuestos y de sus cotizaciones para acudir al centro privado, bajo ningún concepto. No está en ningún documento, ni siquiera de trabajo de los que hemos utilizado, y mucho menos dentro del plan estratégico.

Por tanto, la libre elección de proveedor significa exactamente la libre elección de centro en el caso de hospitales, y en el caso de equipos de atención primaria la libre elección de centro de salud y de médico que presta su asistencia.

Información de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Le preocupa a usted que incluyamos la información sobre las prestaciones del Sistema. **(La señora Maestro Martín hace signos negativos con la cabeza.)** No, en ese caso entendí mal. Podía deducir su financiación selectiva. El Insalud no tiene competencias sobre esta cuestión y, por tanto, un plan estratégico no puede ni debe entrar en esta cuestión. Las prestaciones son las que apruebe el Gobierno si es un real decreto, o las que apruebe el Parlamento si es una ley. Nosotros tenemos que dar toda la información a los ciudadanos de los servicios que tienen derecho a solicitar de los servicios sanitarios, y creemos que una carta de derechos de los pacientes es un documento que, desde luego, viene a garantizar que estamos dispuestos a que los pacientes exijan por lo que pagan y que a través de sus impuestos y de sus cotizaciones mantienen el Sistema.

¿La competencia regulada? No, le insisto, no es una competencia regulada entre entidades públicas y privadas; no, sería un mercado. Nosotros no creemos en esto. Se lo hemos dicho, y yo intentaré tranquilizarla cada vez que me lo plantee. No es esta la cuestión. La competencia regulada, como decía el señor Corominas, es la competencia dentro de los proveedores públicos.

A mí me preocupa, como es natural, que haya algún tipo de mala praxis en las listas de espera en las clínicas concertadas donde estamos actuando. Le preocupa a usted, a cualquier ciudadano y, desde luego, a nosotros. En todo caso, si tan malos son los centros privados, es bastante di-

fcil que usted tenga preocupaci3n por la competencia regulada pues, si son como usted lo describe, creo que nadie iría a un centro privado. Como evidentemente no son así, o al menos la mayoría no es así, si hay alguna denuncia sobre estas cuestiones, nosotros no solamente la tramitamos sino que, si es necesario, inhabilitamos a esa clínica. Lo hemos sacado a concurso público, se han presentado 48 clínicas en todo el sistema y las conocemos. Antes, no se sacaba a concurso público, eran simplemente pactos entre la Direcci3n Provincial y cada clínica; ahora, no, ahora hay publicidad, hay concurrencia y todos los licitadores tienen que cumplir un pliego; si no se cumple el pliego, como usted sabe, cualquiera de los licitadores o de las personas interesadas puede denunciar el incumplimiento del pliego. Por tanto, quiero tranquilizarla en el sentido de que, si esto se está produciendo, háganoslo saber porque no lo vamos a consentir.

Sobre el proyecto de estatuto marco, quiero decirle que existe ese proyecto. No entra en el ámbito de mis competencias, pero la Subsecretaría del Ministerio está trabajando en un proyecto de estatuto marco como desarrollo de una de las conclusiones y recomendaciones de la propia subcomisi3n.

Lo mismo que el diputado del Grupo Socialista, no admitimos privilegios ni en La Paz ni en Manacor. Son dos hospitales del sistema público con igualdad de intensidad. No hay ningún privilegio en este sentido y le conmino a que, si conoce alguno, por el bien de esta sanidad, nos lo haga saber, como es lógico.

Usted está de acuerdo con que la hostelería es un problema. También se ha referido al problema del Clínico. El problema del Clínico es la ejecuci3n de un plan director —no es el caso de León, que nos parecía un plan director insuficiente y por eso lo hemos cambiado— que nos parecía bueno, aprobado en 1995, y es el resultado estricto de la aplicaci3n de un plan director que nos hemos encontrado, cuya redacci3n considerábamos técnicamente correcta. No se suprimen 600 camas, no es verdad, parece ser que se suprimen 300 del total de aforo, pero qué 300 camas, señoría; aquello eran salas, no habitaciones, salas donde había hasta seis camas. Es evidente que una reestructuraci3n de esa sanidad requiere de una nueva remodelaci3n y un nuevo aforo de camas dignas para prestar asistencia sanitaria en el centro.

En cuanto a la capacidad de inversiones o no, los presupuestos concretan que la suma de los capítulos 6 y 7 sube un 20 por ciento sobre las inversiones del año anterior y, desde luego, rompen el crecimiento del Insalud de los últimos cinco años. Seguro que todavía no es suficiente este incremento del 20, pero convendrá conmigo en que es mejor un 20 que congelar la inversi3n como se había tenido que realizar en los últimos años, no porque se quisiera sino porque el gasto corriente era el que era.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Muchas gracias, señor secretario general de Asistencia Sanitaria, por su dilatada y amplia exposici3n. **(El señor Corominas i Busqueta pide la palabra.)**

¿Señor Corominas?

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Si me lo permite, señor presidente, una intervenci3n muy breve para puntualizar dos cuestiones que ha dicho el señor Núñez.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Tiene la palabra.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Dos puntualizaciones simplemente porque el tema, como ha manifestado y nosotros estamos convencidos, tiene mucho interés y vamos a debatirlo en profundidad.

Sobre los presupuestos del Sistema Nacional de Salud, es evidente que esos ingresos por terceros, como usted comentaba, son fundamentalmente por accidentes de tráfico y mutualidades administrativas que conciertan con la Seguridad Social. Sin embargo, no son convenios con aseguradoras privadas del tipo del firmado con la Fundaci3n Manacor y sobre el que usted ha hecho una extrapolaci3n. Tampoco deben creer que en el presupuesto para 1998 han disminuido los ingresos de terceros. Por tanto, no cuadra con lo que usted ha indicado. De todas formas, debo decirle que estoy de acuerdo con lo que ha manifestado respecto a lo bien que debe funcionar el sistema público, incluso con las aseguradoras privadas. Nosotros siempre hemos defendido que el sistema público es bueno, eran ustedes los que decían que no era bueno y que el privado era mejor. En este sentido, nos congratulamos de que hayan pasado a nuestro bando, y le rogaría, si es posible, que aprovechara la circunstancia para hacer campaña a favor del sistema público, advirtiéndole que los ciudadanos escogen pagar un aseguramiento privado que no les sirve para nada, porque después van al servicio público, donde tienen derecho a ir sin pagar nada y tienen la misma atenci3n. Aprovechen la ocasi3n para hacer propaganda del sistema público. Es un buen momento, porque, tal y como usted ha manifestado, es a cambio de nada por lo que estos ciudadanos de Manacor están pagando un aseguramiento privado.

En segundo lugar, otro tema de mucho mayor calado, en el que se han introducido unos elementos que ahora no es el momento de discutirlos pero que lo vamos a hacer próximamente, que es el de las cooperativas de profesionales y este sistema de privatizar la atenci3n primaria.

Es evidente que la Ley General de Sanidad prevé ciertos, no la Ley 15/1996, pero éstos son con carácter complementario al sistema público cuando éste no puede cubrir la asistencia, no para hacer una sustituci3n de dicho sistema, porque esto es, a nuestro entender, una privatizaci3n del sistema, es una ruptura del aseguramiento único y público. Por tanto, en este tema ya le avanzo que tendrá la oposici3n radical del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): ¿Alguna otra intervenci3n? **(Pausa.)**

Señor Núñez, muy brevemente, por favor.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijoo): Empezando por la úl-

tima disquisición, la ley, una vez publicada en el Boletín Oficial del Estado, ha de aplicarse, y yo le puedo asegurar que con los procedimientos jurídicos que existen en el In-salud, los acuerdos, convenios o contratos son una fórmula más amplia que los conciertos. Insisto en que, en mi opinión, el modelo Vic es absolutamente legal, porque, bajo su criterio, sería ilegal, y deberían ustedes de plantearlo formalmente.

Quiero decirles una vez más en que a nosotros nos interesa mucho su percepción del plan estratégico, nos interesa mucho su postura, y una vez que lo presentemos y que conozcamos la suya, actuaremos en consecuencia. Si es necesario concretando, aquilatando o estableciendo escenarios, lo haremos con mucho interés.

Le puedo asegurar que este planteamiento no va a romper el posible acuerdo sobre un plan estratégico que elaboran los servicios de salud, el más importante del Estado, pero uno de ellos. Hay muchos planes estratégicos que elaboran otros servicios de salud, que también conviene leerse porque, con independencia de la ideología que sustenta al Gobierno, hay cosas que son muy coincidentes con ideologías teóricamente distintas. Por tanto, estaremos muy atentos a sus valoraciones, que nos interesan muchísimo.

En relación con la segunda cuestión, yo sigo sin saber exactamente cuál es el problema de la Fundación Manacor. Si deberíamos haber dicho que no, que los autónomos que estén metidos en esta mutua no tienen derecho a acceder a estos servicios, porque como no tienen derecho a la asistencia sanitaria o, teniéndolo, actúan por una mutua, nosotros no les atendemos.

Esa responsabilidad es posible que fuera muy dudosa de asumir en un establecimiento público. Lo que sí desde luego sería absolutamente espúreo es que no percibiésemos la facturación por estos servicios, pero si un proveedor, privado en este caso, quiere utilizar nuestras instalaciones públicas, negárselo, la verdad es que habría que justificarlo y motivarlo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Arnau Navarro): Gracias, señor secretario general.

Finalizado el orden del día, recuerdo a las señoras y señores portavoces que a continuación tendremos la reunión conjunta de Mesa y portavoces para fijar el orden del día de la próxima Comisión.

Se levanta la sesión.

Eran las tres y cuarenta minutos de la tarde.