



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1998

VI Legislatura

Núm. 582

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 31

celebrada el jueves, 26 de noviembre de 1998

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- Sobre medidas para asegurar que la vigilancia y control epidemiológico de la infección por VIH se realice a través de un sistema codificado que preserve la identidad de las personas infectadas. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/001196.) 16992
- Relativa a la confección de un archivo de datos sobre personas infectadas por el VIH/Sida. Presentada por el Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001271.) 16992
- Por la que se insta al Gobierno a solicitar de las empresas farmacéuticas que comercializan la tiroxina la introducción de presentaciones de 5 y 25 microgramos a la mayor brevedad posible. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/001219) 16996

Comparecencia del señor presidente del Instituto Nacional de Salud, Insalud (Núñez Feijóo) para informar sobre los mecanismos de puesta en práctica de la Ley 15/1997, los criterios de aplicación de las nuevas formas de gestión a centros sanitarios del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), los mecanismos de toma de decisiones, las relaciones laborales, así como la plantilla correspondiente a cada tipo de hospital. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000311.)

16999

Comparecencia del señor director general de Salud Pública (Francisco Polledo) para informar sobre las políticas de coordinación en materia de salud pública desarrolladas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/001715.)

17009

Se abre la sesión a las cuatro y treinta minutos de la tarde.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE MEDIDAS PARA ASEGURAR QUE LA VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIH SE REALICE A TRAVÉS DE UN SISTEMA CODIFICADO QUE PRESERVE LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS INFECTADAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/001196.)**

— **RELATIVA A LA CONFECCIÓN DE UN ARCHIVO DE DATOS SOBRE PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH/SIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001271.)**

El señor **PRESIDENTE:** Damos comienzo a la sesión de la Comisión con el orden del día que todos ustedes conocen.

Anuncio a SS.SS. que las votaciones serán cuando terminen de tramitarse las tres proposiciones no de ley, por lo que calculo que puede ser alrededor de las cinco y media.

En primer lugar debatimos una proposición no de ley sobre medidas para asegurar que la vigilancia y control epidemiológico de la infección por VIH se realice a través de un sistema codificado que preserve la identidad de las personas infectadas. Esta proposición no de ley ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, y propongo a la Comisión, porque fue un acuerdo de Mesa y portavoces, que se tramite acumuladamente con la presentada por el Grupo Parlamentario Socialista relativa a la confección de un archivo de datos sobre personas infectadas por el VIH/Sida. ¿Estamos de acuerdo? (**Asentimiento.**)

Tiene la palabra la señora Maestro, por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Efectivamente, la proposición no de ley de Izquierda Unida pretende que esta Comisión tome posición y por lo tanto inste al Gobierno a paralizar, en su caso, o a no adoptar decisiones polémicas (no digo yo que entre los especialistas haya unanimidad al

respecto, pero que sí han concitado unanimidad entre las asociaciones de afectados), de cara a impedir una medida, una medida destinada a mejorar el control y la vigilancia epidemiológica en el caso de la infección por VIH, ya que en las condiciones en las que se planteaba o se plantea su realización podría incidir gravemente en el derecho a la intimidad de toda persona, de todo paciente dicho sea de paso, gravemente amenazada desde diferentes flancos en los últimos tiempos, pero que en el caso que nos ocupa afecta a personas que sufren una infección por una de las enfermedades más sensibles desde el punto de vista de la intimidad y, en correspondencia, de los derechos laborales, del derecho a la propia imagen y a las condiciones de convivencia de estas personas.

El Ministerio de Sanidad anunció la creación de un registro nominal de personas infectadas por VIH, registro nominal en el que obviamente se estarían planteando los datos de identificación personal —el nombre y apellidos—, el domicilio, datos personales relativos a cada una de las personas identificadas. Si bien la vigilancia epidemiológica es un instrumento fundamental de salud pública en el control y el seguimiento de infecciones de la trascendencia que plantea la del sida, desde Izquierda Unida entendemos que aunque el registro pudiese aportar alguna ventaja estrictamente técnica, el derecho a la intimidad de las personas podría ser vulnerado de una manera que no justifica —insisto— las posibles ventajas que esto pudiera comportar. En estos momentos existen fórmulas de identificación que permitirían, desde nuestro punto de vista, identificar a los individuos, desde el punto de vista de su infección, sin que la identidad personal pudiera ser conocida por personas ajenas a la estricta relación médico-paciente en una enfermedad como ésta.

Por lo tanto, el registro nominativo que el Ministerio de Sanidad propone debe ser eliminado como propuesta, porque en nuestra opinión podría tener efectos exactamente contrarios a los que se pretenden al hacer un registro universal de infectados, ya que dadas las características de la enfermedad podría retraer a las personas a la hora de realizar la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH, justo en un momento en el que los tratamientos con los que hoy se cuenta tienen en el diagnóstico precoz de la infección una de sus herramientas fundamentales.

Por ello, sin cuestionar la necesidad de llevar a cabo un registro epidemiológico que refleje la trayectoria de la

infección por VIH y permita la adopción, en su caso, de medidas de prevención o medidas de diagnóstico y de tratamiento que pudieran aparecer en adelante, entendemos que nunca debe codificarse ese registro de manera que refleje directamente la identidad de las personas infectadas; al contrario, lo que proponemos es que el registro en todo momento garantice el anonimato a las personas que pudieran incluirse en dicho registro, mediante un sistema cifrado, exclusivamente accesible al médico y al paciente.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor presidente, intervingo brevemente para defender la posición de mi grupo respecto a este problema y, en concreto, a la proposición de ley que hemos presentado, que va en la misma dirección que la defensa que ha hecho doña Ángeles Maestro.

Efectivamente, en marzo de este año de 1998, la Secretaría del Plan nacional sobre el sida hizo un informe sobre las nuevas necesidades de vigilancia epidemiológica de la infección por VIH en España. Con este informe estamos prácticamente de acuerdo en su totalidad, exceptuando lo que luego comentaré. Estamos de acuerdo, por ejemplo, en la necesidad de hacer un sistema de notificación de casos de infección por el virus del sida; estamos de acuerdo en todas las consideraciones legales para la creación de ese registro de las personas infectadas por el virus; sin embargo, no estamos de acuerdo en la propuesta concreta que hacen para la puesta en marcha de un registro de infección por VIH en España. Y no lo estamos porque en este apartado se propone una identificación mediante el sistema de nombre y apellidos. Esta propuesta se basa en que en España no hay tradición en la gestión de estos registros identificados por códigos. Yo creo que si no empezamos nunca, nunca va a haber esta experiencia, y algún día tendríamos que empezar, al igual que lo han hecho en otros países, como Francia, Italia, Holanda, Escocia, etcétera.

Señor presidente, señorías, esta propuesta nos parece a nosotros, y les parece a las organizaciones no gubernamentales, que podría vulnerar la legislación vigente, en concreto la Ley 5/1992, de 31 de octubre, que trata sobre el tratamiento automatizado de datos de carácter personal, y ello, naturalmente, en relación con lo que establece la Constitución en su artículo 18, referido a la intimidad personal, y más concretamente el apartado 4 de ese artículo, en el que se limita el uso de la informática para garantizar dicha intimidad. Pues bien, fruto de esta reflexión que hemos hecho es la proposición de ley: para que si se hace un registro, en todo caso se haga un registro de acuerdo con las organizaciones no gubernamentales, y se haga con un carácter no nominativo, que garantice la privacidad de las personas, que garantice la intimidad de las personas. Además, cualquier registro que se haga haciendo constar el nombre y apellidos no iba a tener el efecto deseado. Me explico. Si lo que se pide a los enfermos y portadores del virus es que den datos sobre su enfermedad, cuando no saben ellos exactamente muy bien, puesto que va a figurar el nombre y apellidos, cómo pueden ser manejados esos datos tan sensibles, está claro que muchos, una gran mayoría, se van a

negar a facilitar cualquier dato de este tipo, sobre todo teniendo en cuenta el borrador de protocolo que la propia Secretaría del Plan proporcionaba a la hora de hacer la recogida de datos epidemiológicos, en el que figuraban cuestiones tan íntimas como preguntas acerca del tipo de sexualidad de los pacientes o de los portadores, si eran adictos o no a drogas, o si practicaban la prostitución. Yo creo que son preguntas todas ellas que pertenecen al mundo de la privacidad que, como mucho, se responden al médico y porque se entiende que es solamente al médico al que le corresponde saberlo para poder distinguir cuál es la etiología o la fuente de infección de esta enfermedad, pero nada más. Como en el Boletín del 15 de julio de 1998 se publicó una orden ministerial para la contratación de los servicios de un desarrollo en la aplicación de un sistema de información para la vigilancia epidemiológica nacional a partir de registros de infectados del virus del sida, la alarma tiene, digamos, una segunda parte muy importante, y es que lo que se hace es contratar a una empresa privada, a la cual se le van a facilitar los datos de los enfermos, o los datos de portadores. Por lo tanto, aquí se establece ya un sistema de transferencia de datos sensibles, que está prohibido expresamente por la ley orgánica a que me he referido anteriormente, salvo que hubiese un consentimiento expreso de los propios afectados. Y como quiera que en la propia orden ministerial se dice que esa empresa puede trabajar en los locales de la Administración pública o, si ella lo prefiere, en sus propios locales, está claro, señorías, insisto, que lo que se hace es una transferencia de datos sensibles que no se ha permitido por la ley.

Como fruto de todas estas reflexiones proponemos que, de acuerdo con las organizaciones gubernamentales, se establezca un sistema de codificación diferente, como existe en otros países, diferente al nominativo, y que, naturalmente, se deje sin efecto la orden publicada y el concurso publicado en el Boletín oficial a que he hecho referencia, porque va a contar con la oposición de todos los afectados y de las ONG que trabajan en este campo y porque mucho me temo, como he dicho anteriormente, que iba a producir efectos contradictorios o perjudiciales a la hora de hacer un mapa epidemiológico, que efectivamente es necesario realizar en España.

El señor **PRESIDENTE**: A estas dos proposiciones no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Si me permite, una cuestión de orden: ¿qué procedimiento sigo: definiendo cada una de las enmiendas o las dos de golpe?

El señor **PRESIDENTE**: Como usted quiera, señoría.

La señora **RIERA I BEN**: Empiezo, pues, por el mismo orden que los grupos proponentes, por la proposición no de ley de Izquierda Unida.

La proposición no de ley de Izquierda Unida, en su exposición de motivos, parte de que hoy en día se ha demostrado la necesidad de atacar el virus del sida e iniciar el tratamiento a las personas afectadas desde el mismo

momento en que se detecta la infección; es decir, en todos los foros científicos se recoge la necesidad de atacar la infección precozmente y con todos los medios posibles. Los datos que actualmente se manejan son insuficientes para saber realmente en qué situación estamos, cuántas personas son víctimas en este momento del virus; se confunden, según las ONG anti-sida, los casos de seropositivos con los casos de la enfermedad ya declarada, etcétera. En consecuencia, hoy por hoy, nadie discute la necesidad de implementar un registro epidemiológico que refleje la trayectoria de la infección del virus del sida y su verdadera magnitud. Y destaca la proposición del Grupo de Izquierda Unida que no solamente se trata de saber cuántas son las personas infectadas, sino saber también, conocer las prácticas por las cuáles uno se infecta.

Estos criterios son totalmente compartidos por mi grupo parlamentario y pienso que probablemente por la mayoría de grupos de la Cámara. Por tanto, si estamos de acuerdo todos los grupos parlamentarios en el objetivo, en el fin, se trata de intentar ponernos de acuerdo en los medios para lograr este fin.

En este sentido, la enmienda que propone mi grupo parlamentario pretende recabar este consenso que nos sirva para conseguir los objetivos de control finalistas para poder actuar en favor de los afectados con los medios que día a día se muestren más eficaces, y que al mismo tiempo respete y garantice la más absoluta confidencialidad de la información recogida.

Creemos que teniendo en cuenta las distintas competencias que existen en el conjunto del Estado en materia epidemiológica, lo que debemos hacer hoy aquí es establecer los requisitos que nos obligamos a cumplir, dejando abiertas las opciones para que cada responsable en esta materia (en Cataluña, el Gobierno de la Generalitat, al igual que otros Gobiernos autonómicos con competencias en salud pública y vigilancia epidemiológica), diseñe, consensúe e implemente aquel sistema que crea más apropiado para conseguir el fin que perseguimos.

Mi Gobierno no quiere renunciar a la responsabilidad que le compete, del mismo modo que tampoco quiere adoptar ninguna medida que no sea consensuada con las ONG que están trabajando a favor de la lucha contra el sida y con los profesionales de la salud. Del mismo modo, estamos convencidos de que este consenso tan necesario sería mucho más factible encontrarlo con el esfuerzo de todas las administraciones implicadas. En un tema tan complejo y tan sensible le parece a mi grupo parlamentario que lo más sensato es buscar a cada nivel competencial los acuerdos y consensos que nos permitan adaptar los objetivos, métodos, necesidades y recursos de cada lugar.

En este sentido, me permito, señor presidente, leer la enmienda y ponerla a consideración del grupo proponente, solicitándole que nos la acepte, si le parece que hemos recogido el espíritu de su propuesta, y pidiendo además a los otros grupos que también nos la apoyen. La enmienda quedaría redactada en estos términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para asegurar que la vigilancia y el control epidemiológico de la infección del VIH se realice a través de un sistema que asegure los objetivos de la actividad y que garantice

en todo momento el uso restringido y confidencial de la información recogida.

En cuanto a la proposición del Grupo Socialista, mi grupo querría exponer que hay parte de la argumentación que es perfectamente compatible con la que ya he hecho. Por lo tanto, voy a obviar lo que serían parámetros comunes y simplemente pondré más ímpetu en los motivos que ha promovido el Grupo Socialista al presentar esta iniciativa.

El grupo proponente considera que el concurso público para la contratación de los servicios de un desarrollo de la aplicación de un sistema de información para la vigilancia epidemiológica a partir de registros de infectados por el VIH, puede conculcar los derechos a la intimidad de las personas, ya que se trata de elaborar un fichero público de datos en los que, a criterio del grupo proponente, no se garantiza ni la confidencialidad ni la privacidad.

Piensa mi grupo parlamentario que no es en absoluto deseable que entre el colectivo de personas afectadas por el VIH exista la menor duda de la firme voluntad y compromiso de los Gobiernos, estatal y autonómicos con competencias en la materia, de garantizar la total privacidad y confidencialidad de los datos de un registro de afectados. De no ser así, no tan sólo conculcaríamos derechos fundamentales de los ciudadanos y ciudadanas, sino que seguramente estaríamos ante una situación que, lejos de servir para ayudar a los afectados, sería la mejor excusa para que las personas que temen de su contagio se autonegaran la evidencia para no ser estigmatizados. Seguro que esto es exactamente lo que nadie quiere. Queremos conocer la realidad para actuar sobre ella pronto y bien.

La enmienda que mi grupo propone persigue este objetivo y pide al Grupo Socialista por favor que la acepte. Su proponente, señor Blanco, me ha manifestado que aceptaba la enmienda. El Grupo Popular me ha dicho que, con unos pequeños matices, también estaría dispuesto a aceptarla. Leo, si le parece, señor presidente, la enmienda. Señor Blanco, modificaría ahora dos expresiones que no se las he facilitado a usted, y solicitaría del grupo proponente y de los demás grupos de la Cámara que nos la voten a favor, al objeto de lograr este consenso. La enmienda quedaría en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, al establecer un sistema de información para la vigilancia epidemiológica de la infección del VIH, se respeten los acuerdos técnicos consensuados entre los representantes de las comunidades autónomas y el Plan sobre el sida de 20 de octubre de 1998, en el sentido de que cualquier propuesta de ámbito estatal en relación con la declaración de la infección por el VIH se haga teniendo en cuenta las metodologías, procedimientos e iniciativas que en su caso hayan adoptado las diversas comunidades autónomas de acuerdo con sus competencias en salud pública, a efectos de instaurar un sistema de declaración de la infección por el VIH consensuado con sus organizaciones no gubernamentales y sus profesionales.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, me gustaría que interviniera, para que tenga más datos o elementos de juicio el resto de los miembros de la Comisión que quieran intervenir, para decidir su aceptación o denegación de toda la proposición no de ley.

Para los efectos de la aprobación, o rechazo en su caso, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, la voluntad de consenso yo creo que es plena, lo que pasa es que estamos hablando porque evidentemente el tema es el mismo. El Grupo Catalán (Convergència i Unió) ha presentado sendas enmiendas a cada una de las proposiciones no de ley, pero que abordan el mismo tema. Entonces quizás se trataría de, si la intervención del Grupo Popular pudiera permitirnoslo, llegar a un consenso para que hubiera una única enmienda a las dos proposiciones no de ley, que se fundirían en una en ese caso. Creo que hay posibilidades de acuerdo; tenemos una propuesta que hacer a la señora Riera pero no sé si hacerla en este momento o posibilitar una conversación entre nosotros.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Mi grupo parlamentario lo que desea es que los grupos de esta Cámara lleguemos a un acuerdo en este tema. Por nuestra parte, la disposición es total.

El señor **PRESIDENTE**: ¿El señor Blanco tiene alguna propuesta?

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor presidente, tengo la misma disposición que la señora Riera y que la señora Maestra. Mi grupo lo que busca es una redacción de acuerdo, porque este tema tan sensible merece que nos pongamos de acuerdo.

El señor **PRESIDENTE**: Voy a hacer una propuesta a los proponentes, a la enmendante y al resto de los grupos: intervención de los grupos que quieran fijar posición y durante el debate de la siguiente proposición no de ley pueden ustedes hacer alguna transacción antes de proceder a la votación al final del segundo debate.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Va a ser difícil, porque también es una proposición mía.

El señor **PRESIDENTE**: Soy consciente de ello, pero a lo largo de las intervenciones que va a haber ahora puede ir matizando ya su conclusión definitiva.

Tiene la palabra el señor Gómez Rodríguez, del Grupo de Coalición Canaria.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: Intervengo con brevedad para manifestar nuestra posición en estas dos proposiciones no de ley, una del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y otra del Grupo Socialista, que se están tramitando conjuntamente.

Es loable el objetivo y preocupación de estos dos grupos porque se respeta el derecho a la defensa de la intimidad, que es un derecho constitucional, pero al mismo tiempo están reconociendo la necesidad de un registro epidemiológico no nominativo. En eso estamos todos conformes. Según me informan desde el Servicio Canario de

Salud, ya se está trabajando en un sistema codificado con unas posibilidades de dígitos, que pueden ser, por ejemplo, año de nacimiento, código de provincia de nacimiento o código de provincia de prueba e iniciales del paciente, para evitar repeticiones en las diversas comunidades autónomas; y luego todos esos datos se consolidarían en un registro central. Esto va a ser estrictamente confidencial y obedece a los acuerdos adoptados ya en el Consejo interterritorial.

Repito que aplaudimos todo lo que sea ayudar a que se puedan obtener datos para el seguimiento necesario del VIH, pero que por encima de todo aplaudimos la confidencialidad, por ser un derecho constitucional.

Nosotros, en principio, vemos con criterio favorable la propuesta que ha hecho Convergència i Unió y, de haber un criterio uniforme en las dos soluciones que se proponen, si se mantiene en la misma línea, la apoyaremos favorablemente.

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

El señor **GIL MELGAREJO**: Pido perdón, pero ya saben SS.SS. que en estos momentos estamos intentando llegar a un acuerdo unánime para que sólo exista una propuesta ante este caso que consideramos de vital importancia. Y consideramos también que, además de tener una importancia relevante, ha habido por el camino una serie de confusiones de matices que a veces, continuando con esa bola de nieve, al final se hace gigante y no refleja lo que desde el primer momento se ha intentado decir.

Por lo tanto, señor presidente, si usted me permite, yo tendría que hacer un análisis, aunque sea breve, de ambas proposiciones no de ley, comenzando por la de Izquierda Unida, y comunicando que, como todos sabemos, si hemos llegado a un acuerdo común sobre la necesidad por parte de todos de obtener un sistema donde se controle y exista un sistema de vigilancia epidemiológica para el tema del VIH, es porque está claro que ese acuerdo que estamos intentando propiciar aquí ya ha existido previamente. Se ha mencionado aquí, en febrero de 1998, en los organismos internacionales que entienden sobre esta cuestión, en reuniones que se han producido en el Ministerio de Sanidad y Consumo, concretamente en el Plan nacional del sida con los coordinadores del sistema de vigilancia epidemiológica de todas las comunidades autónomas, que se ha formado un equipo para el estudio concreto de este sistema o de cómo abordar estos nuevos sistemas para que sean realmente eficaces y se adecuen a la realidad actual, que está claro que no es la realidad del año 1981, cuando aparece el primer caso de sida en España. Hasta ahora teníamos nada más un catálogo de casos. Indudablemente es necesario que tengamos un sistema que ahonde en especialidades concretas tales como la situación clínica, en el sistema epidemiológico, en cuestiones sociales y demográficas. En una palabra, se necesitan más datos para que consigamos vencer de una manera definitiva a esta terrible enfermedad, y vencerla, indudablemente, desde el máximo y el más escrupuloso de los respetos hacia la confidencialidad y privacidad del enfermo. En ningún momento, en ningún momento, y tengo que decirlo, señor presidente, señorías, el concurso

de julio, el concurso que propicia el Ministerio de Sanidad, el Plan nacional del sida, conculca ni adopta ningún otro punto, ya sea constitucional o no, puesto que, y sin querer ahondar en esta cuestión, lo único (y ahí está el concurso para ser leído y releído, señor presidente) que se somete a concurso es un soporte lógico que sirva para desarrollar una aplicación. Un ejemplo: esto es, como todos sabemos, un soporte, y esto sería una aplicación. Se saca a concurso el soporte, no ningún otro dato ni ninguna otra manifestación. Eso es así dentro del mundo de la informática; todos sabemos lo que es un soporte de aplicación. Por lo tanto, un soporte es un continente, nunca un contenido. Eso quiere decir que el concurso no conculca ninguno de los puntos a los que se refieren las proposiciones no de ley, tanto del Grupo Socialista como del Grupo Federal de Izquierda Unida.

Dicho eso, que es muy importante, también tengo que decir, para finalizar y no hacerme muy extenso, que el acuerdo al que se refiere la enmienda del Grupo de Convergència i Unió, que es de 20 de octubre de 1998, ese acuerdo precisamente es el que se traslada y sobre el que se está trabajando, tanto en las comunidades autónomas, como en el Plan nacional del sida, como el que tienen recogido todas las organizaciones no gubernamentales.

Por lo tanto, y para terminar, señor presidente, el concurso no conculca ninguno de los derechos esenciales a los que nos estamos refiriendo en este caso, de privacidad y confidencialidad, ni, por otro lado, en ningún momento se ha dicho, sino todo lo contrario, que se iban a utilizar ciertas características nominales para poder realizar y llevar a cabo ese sistema. Dicho lo anterior, lo único que me queda es manifestar mi apoyo al acuerdo obtenido hace unos momentos, a la enmienda de sustitución completa que propone el Grupo Catalán (Convergència i Unió) y que engloba a las dos proposiciones no de ley, y desear que esta cuestión quede de una vez esclarecida. Pienso que va a quedar esclarecida definitivamente, y que este esfuerzo que estamos haciendo en la Cámara, que están haciendo las ONG, el Ministerio y el Plan nacional del sida, así como todas las comunidades autónomas, sirva realmente para conseguir el objetivo que nos hemos propuesto, que se proponen el Ministerio y las comunidades autónomas: vencer la enfermedad del sida de manera definitiva.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A SOLICITAR DE LAS EMPRESAS FARMACÉUTICAS QUE COMERCIALIZAN LA TIROXINA LA INTRODUCCIÓN DE PRESENTACIONES DE 5 Y 25 MICROGRAMOS, A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 161/001219.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la siguiente proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno a solicitar de las empresas farmacéuticas que comercializan la tiroxina la introducción de presentaciones de 5 y 25 microgramos, a la mayor brevedad posible. Ha sido formulada por el Grupo Parlamentario Federal de

Izquierda Unida, y para su presentación y defensa tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: El tema que plantea el Grupo Federal de Izquierda Unida a continuación es sencillo y espero cuente con la comprensión y el apoyo de todos los grupos parlamentarios. Simplemente tiene por objetivo que nuestro país cuente con la disponibilidad de presentaciones de fármacos de hormona tiroidea semejantes a las que se producen en otros países y que permiten adecuar las cantidades de la dosis necesaria a las necesidades de cada paciente.

La situación es la siguiente: En nuestro país, una de las hormonas tiroideas, la tetrayodotironina, T4, está comercializada en nuestro país en presentaciones de 50 microgramos y más. Esto supone continuas adaptaciones de la dosis en función de las necesidades de cada paciente, que son variables, porque, como algunas de SS.SS. sabrán y a otros les informo, el tratamiento de hormona tiroidea pretende sustituir la función del tiroides dañada por diferentes patologías, y por lo tanto las necesidades de la dosis varían a lo largo de la vida, a lo largo de las circunstancias, y son necesarios ajustes que en la situación de las presentaciones de nuestro país (insisto, de 50 microgramos y más) suponen que cada paciente tenga que partir materialmente el comprimido, con todas las pérdidas de materia, la falta de precisión, la mala cumplimentación de la dosificación por el hecho de utilizar técnicas tan rudimentarias para adecuar la dosis a las necesidades. En otros países del mundo, desde luego en Estados Unidos y en la Unión Europea, existen presentaciones a dosis inferiores, de 25 y 5 microgramos, y aquellas personas de nuestro país que por diferentes circunstancias pueden hacerlo, acceden a su compra, y de hecho buscan la fórmula de conseguir presentaciones que, de una manera en mi opinión absolutamente injustificada, no están en nuestro país.

Por lo tanto, el objetivo de la proposición no de ley es simplemente que el Gobierno solicite de los laboratorios que a su vez procedan a solicitar el registro de presentaciones a dosis inferiores, que impidan el despilfarro económico, los desajustes técnicos y la mala cumplimentación de los tratamientos que en este momento se está produciendo, con enfermedades graves y con tratamientos de gran repercusión sobre la vida y sobre la salud de las personas. Entiendo que si esto no se ha llevado a cabo así ha sido por razones económicas, es decir, que los laboratorios, desde el punto de vista de rendimientos económicos, no han encontrado interesante la comercialización en nuestro país de estas presentaciones, pero entiendo que hay razones de salud pública, de protección de las condiciones de calidad de los tratamientos, que lo aconsejan.

No querría terminar esta intervención sin señalar que, pese a que no está reflejado en la proposición no de ley que presento, hay un problema relacionado con este mismo tratamiento que me gustaría someter a su consideración.

Existe la posibilidad de dos tipos de tratamientos con dos hormonas tiroideas diferentes. Hasta ahora me he referido a la T4, que tiene una vida media de un mes. En multitud de circunstancias, sobre todo en el cáncer de tiroides, existe la necesidad de proceder a tratamientos con una hormona como la T3, que tiene una vida media de ocho horas.

Esa más corta vida media en sangre permite ajustes más fáciles. Incomprensiblemente esta hormona no está comercializada en nuestro país, pese a que es una necesidad cotidiana para los endocrinólogos, para las personas que tienen padecimientos de tiroides, que no encuentran la fórmula de sustituir sus necesidades de hormona tiroidea y la solicitan como medicamento extranjero.

Para finalizar, quiero someter a la consideración de los grupos parlamentarios, porque el tema que estamos tratando es bien concreto, que valoren la posibilidad de añadir a la proposición no de ley, o a las enmiendas que se pudieran presentar, que el Gobierno solicite de las empresas fabricantes o que comercializan estas hormonas el registro de la triyodotironina, conocida como T3, y que —insisto— en estos momentos el Gobierno procede a comprarla en el exterior como medicamento extranjero.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular. Para su presentación y defensa, tiene la palabra el señor Calpe.

El señor **CALPE SAERA**: El Grupo Popular... **(Rumores.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego silencio, porque el señor taquígrafo no puede seguir la sesión.

El señor **CALPE SAERA**: El Grupo Popular comparte la proposición de Izquierda Unida en cuanto al problema que supone las adaptaciones de las dosis para el tratamiento de las enfermedades tiroideas. De todas formas, cree que la proposición tiene algunos defectos que han motivado la presentación de la enmienda.

No nos parece correcto que se entienda que la situación actual es un grave problema. Cierto es que es mejorable, que sería mejor tener dosis con una composición inferior; pero también es cierto que la situación actual española, con presentaciones de 50 y 100 microgramos, es exactamente la misma que hay en países con un alto nivel científico y de calidad asistencial, como son Suiza, Italia o el Reino Unido. También es cierto, lo ha dicho la proponente por parte de Izquierda Unida, que en Estados Unidos, y también en Alemania o en Francia, existen presentaciones de 25 microgramos, incluso en Francia menores de 5 microgramos, en solución oral, que permiten dosificaciones de 5 microgramos.

Por parte del Gobierno se está desarrollando una política de adecuación de las especialidades farmacéuticas a las necesidades de los tratamientos, y se trabaja tanto en la adecuación de las presentaciones como en la disponibilidad de dosificaciones que faciliten al prescriptor el establecimiento de la posología idónea individualizada y que sirvan para un mejor cumplimiento por parte del paciente. Por eso decíamos que nos parecía adecuada la proposición de Izquierda Unida.

Es cierto que han existido casos —y existen en la actualidad— de peticiones de dosis inferiores, y que hay que recurrir o bien a partir el comprimido, como se ha dicho (lo cual tampoco es demasiado problemático, porque las presentaciones actuales son en comprimidos ranurados), o

bien a pedir que se sirvan los medicamentos extranjeros con la oportuna autorización por parte de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y con la tramitación administrativa que ello lleva. Por tanto, es mucho más cómodo y daría un mejor servicio si se dispusiera de composiciones inferiores a las que actualmente tenemos.

La proposición de Izquierda Unida no nos parece correcta en su contenido porque lo que hace es, según dice el texto escueto, instar al Gobierno a solicitar de las empresas farmacéuticas que comercializan la tiroxina la introducción de presentaciones de 5 y 25 microgramos a la mayor brevedad posible, con lo cual parece que el Gobierno tenga que instar a los laboratorios farmacéuticos a que directamente introduzcan en el mercado otras composiciones. Sabemos que no es este el espíritu de la proposición. En cualquier caso parece que hay que guardar las formas, solicitando la oportuna autorización y el oportuno registro. De ahí el texto de la enmienda que hemos presentado, que lo que hace es instar a que se solicite el registro, no en la composición que indica la proposición de Izquierda Unida, sino en las inferiores que se estimen oportunas, sobre todo porque con la de 5 microgramos parece que hay una cierta unanimidad en que su uso sería muy excepcional y quizás no estaría justificada su composición. Nosotros entendemos que la enmienda técnicamente mejora la proposición, por lo que solicitamos del Grupo de Izquierda Unida que la admita, y al resto de los grupos que la apoyen.

También la portavoz de Izquierda Unida ha manifestado que en el texto —suponemos que habría que presentar una enmienda transaccional— se inste al Gobierno para que solicite de los laboratorios el registro de la T3. Nosotros entendemos que no es el momento adecuado y nos oponemos a que se traiga a esta proposición. Estamos hablando ya de otro medicamento. Aunque sea una hormona tiroidea y tenga que ver con el tratamiento de las enfermedades tiroideas, es una cuestión absolutamente novedosa que se introduce ahora aquí, distinta a la que nos estaba ocupando. Sin perjuicio de que Izquierda Unida pueda presentar en su momento otra proposición no de ley —que seguro que estudiaríamos con agrado y que quizás podríamos apoyar—, no estamos en condiciones ahora de dar el apoyo a una transaccional si finalmente se nos propone en este sentido.

Por lo tanto, lo único que hacemos es mantener nuestra enmienda con la solicitud al grupo proponente de su admisión.

El señor **PRESIDENTE**: A los solos efectos de la aceptación o denegación de la enmienda, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Evidentemente, el recurso a la mejora técnica es bien conocido en los trámites parlamentarios. Por ello me entero de que el Gobierno ya está haciendo gestiones, lo cual me satisface mucho. En cualquier caso acepto la enmienda.

Será difícil explicar (no tanto a los pacientes que, como sabemos, todos no demandan medicamentos, sino que toman lo que el médico les prescribe) que el Grupo Popular no haya entendido la posibilidad de completar el tratamiento de un tema bien específico y bien concreto. Por supuesto

que presentaremos la correspondiente proposición no de ley. Mientras tanto habrá que explicar a las personas que necesiten este tratamiento que deben esperar tres o cuatro meses, en el caso de que los grupos parlamentarios tengan a bien apoyar la propuesta que yo haré en su momento. Por si acaso hay algún problema con esto, debo decir que la hormona tiroidea nada tiene que ver con la interrupción voluntaria del embarazo.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Gómez.

El señor **GÓMEZ RODRÍGUEZ**: Con toda brevedad, para volver a repetir conceptos que dije anteriormente, en el sentido de que son loables las iniciativas que presenten que un medicamento esté al alcance del enfermo, teniendo en cuenta la posología correspondiente, con dosis adecuadas; dosis adecuadas que, como se dice, ya existen en otros países de la Unión Europea.

Nosotros consideramos que el texto, vamos a llamarle, más objetivo es el de la enmienda que ha presentado el Grupo Popular. Pero ya desde ahora afirmo que la iniciativa complementaria que presenta Izquierda Unida sobre el registro de la triyodotironina también la vemos favorable y en su momento la apoyaremos decididamente.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Novoa.

La señora **NOVOA CARCACIA**: Señorías, intervengo para fijar la posición de mi grupo parlamentario en relación a la proposición no de ley de Izquierda Unida que estamos debatiendo.

Empiezo por decir que apoyaremos esta iniciativa porque entra dentro del espíritu de algo muy discutido en esta Comisión, que es la adaptación de las especialidades farmacéuticas a las necesidades de los correspondientes tratamientos.

En relación con la propuesta concreta que hoy trae Izquierda Unida a esta Comisión, debo decir que la levotiroxina sódica es una hormona tiroidea sintética que se utiliza como terapia sustitutiva en el hipotiroidismo y el mixe-dema para la corrección de deficiencias fisiológicas de la hormona tiroidea. También se utiliza para el bocio simple no endémico, para la tiroiditis crónica linfocítica y en determinados casos de carcinoma de tiroides.

La dosis de levotiroxina sódica para el tratamiento de cualquier problema tiroideo debe ser individualizada en función de la respuesta clínica y de los análisis bioquímicos efectuados regularmente, de forma que en adultos suele comenzarse con una pauta de 50 a 100 microgramos al día y se va incrementando hasta corregir la deficiencia y estabilizar la dosis requerida. Por otra parte, la levotiroxina se encuentra comercializada en España por cuatro laboratorios, con las concentraciones siguientes: dos comercializan la levotiroxina en concentraciones de 100 microgramos; otro, en concentraciones de 25 y 100 microgramos; y un

cuarto laboratorio, en concentraciones de 50 y 100 microgramos.

Hecha la descripción de la situación en España, conviene exponer la de los países de nuestro entorno socioeconómico. En los países de nuestro entorno, en cada uno de los mercados los diferentes laboratorios tienen comercializadas cada uno de ellos concentraciones que van de 25 a 100 microgramos, incluso alguna de mayor dosis. Esta situación está justificada, entre otras razones, porque la levotiroxina tiene diferente biodisponibilidad en función de quien la fabrique, por lo que es necesario que los pacientes tengan permanentemente a su disposición, dentro de la misma marca y laboratorio, las diferentes presentaciones que permitan ajustar la dosis adecuadamente.

Por esa razón encontramos muy razonable la proposición no de ley que ha defendido la señora Maestro. El Grupo Parlamentario Socialista votará a favor de esta proposición tal como la ha presentado la señora Maestro o en los términos que resulten de incorporar la enmienda del Grupo Parlamentario Popular. (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego silencio, porque el señor taquígrafo tiene enormes dificultades para poder seguir la sesión.

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: A nuestro grupo le parece bien la proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida a fin de que las presentaciones comerciales de la hormona tiroidea, tiroxina, se adecuen de una manera más exacta a las prescripciones de los facultativos. Ello conllevaría una mejor utilización del producto por el paciente, al ser su posología más adecuada. La presentación actual, de 50 y 100 microgramos, parece excesiva. Sin embargo, la presentación en comprimidos ranurados facilita la utilización de la cantidad precisa, con lo cual tampoco sería necesaria tanta variedad de presentaciones. Por otro lado, en caso de uso pediátrico, excepto en el de los lactantes, parece que la dosis conveniente no es necesariamente más baja, sino todo lo contrario. Y si nos fijamos en las presentaciones de otros países, no parece que existan los comprimidos de 5 microgramos.

Aun coincidiendo básicamente con el objetivo de la proposición no de ley de Izquierda Unida, apoyaríamos la enmienda del Grupo Popular, en la que se solicita a las empresas farmacéuticas que las presentaciones sean menores de las actualmente disponibles, aunque sin especificar las dosis más bajas, por no considerarlas de carácter tan prioritario.

El señor **PRESIDENTE**: Terminado el debate de las proposiciones no de ley, vamos a pasar a las votaciones.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: No sé si es necesario que se lea el acuerdo final sobre la primera proposición no de ley, para que por lo menos pueda quedar así en el «Diario de Sesiones».

El señor **PRESIDENTE**: Esta Presidencia lo tenía previsto. Interpreto que de las dos enmiendas a las dos proposiciones no de ley, a la del VIH y a la de la tiroxina.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: No. A la primera, a la del VIH, pero que se refiere a las dos proposiciones no de ley, a la del Grupo Socialista y a la de Izquierda Unida.

El señor **PRESIDENTE**: Pregunto también a la señora Maestro si acepta la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Por supuesto.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo. Antes de proceder a la votación, ruego al señor letrado que lea el texto al que han llegado los parlamentarios de los distintos grupos. Tiene la palabra el señor letrado.

El señor **LETRADO**: Dice así: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, al establecer un sistema de información para la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH, se respeten los acuerdos técnicos consensuados entre los representantes de las comunidades autónomas y el Plan sobre el sida, de 20 de octubre de 1998, en el sentido de que cualquier propuesta de ámbito estatal en relación con la declaración de la infección por el VIH se haga teniendo en cuenta las metodologías, procedimientos e iniciativas que en su caso hayan adoptado las diversas comunidades autónomas de acuerdo con sus competencias en salud pública, a efectos de instaurar un sistema de información a partir de la declaración y de registros de infectados por el VIH consensuado con sus organizaciones no gubernamentales y sus profesionales y que garantice en todo momento el uso restringido y confidencial de la información recogida.

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la votación conjunta de las dos proposiciones no de ley, en los términos resultantes de la enmienda presentada y consensuada por todos los grupos.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado por unanimidad.

Pasamos a la votación de la segunda proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno a solicitar de las empresas farmacéuticas que comercializan la tiroxina, la introducción de presentaciones de 5 y 25 microgramos, a la mayor brevedad posible; también en los términos resultantes de la aceptación por el grupo proponente de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, INSALUD (NÚÑEZ FEIJÓO) PARA INFORMAR SOBRE LOS MECANISMOS DE PUESTA EN PRÁCTICA DE LA LEY 15/1997, LOS CRITERIOS DE APLICACIÓN DE LAS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN A CENTROS SANITARIOS DEL INSTITUTO DE LA SALUD (INSALUD), LOS MECANISMOS DE TOMA DE DECISIONES, LAS RELACIONES LABORALES, ASÍ COMO LA PLANTILLA CORRESPONDIENTE A CADA TIPO DE HOSPITAL. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA (Número de expediente 213/000311.)

El señor **PRESIDENTE**: Siguiendo el orden del día, damos la bienvenida al señor presidente del Instituto Nacional de la Salud, que por acuerdo de la Mesa y portavoces sustituye al señor ministro de Sanidad y Consumo. Su comparecencia es a petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, para explicar los mecanismos de puesta en práctica de la Ley 15/1997, los criterios de aplicación de las nuevas formas de gestión a centros sanitarios del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), los mecanismos de toma de decisiones, las relaciones laborales, así como la plantilla correspondiente a cada tipo de hospital.

Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Señorías, tengo la ocasión de comparecer, a petición del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, para explicar los mecanismos de puesta en práctica de la Ley 15/1997, de 25 abril, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Quizá sería necesario, al menos así lo entendemos, recordar cuáles fueron las razones que llevaron a los grupos parlamentarios, incluso al propio Gobierno, a plantear el real decreto ley y posteriormente su tramitación como ley y que hoy es objeto de comparecencia.

Creo que la mayoría de SS.SS. estará de acuerdo en que la gestión de los centros sanitarios está excesivamente burocratizada, que las decisiones no se producen de forma descentralizada, que la autonomía de gestión es más bien escasa, que los centros pueden ser todavía más eficientes y que las normas que regulan estos centros son bastante rígidas e inflexibles. Éste no es un diagnóstico de un equipo que actualmente tiene el honor de gestionar el servicio sanitario, al menos en el ámbito de las comunidades autónomas en las que tiene competencias, sino que es compartido por la opinión de los grupos parlamentarios que aprobaron la ley. Era inevitable que había que tomar medidas para ir modificando esta manera de funcionar. Tampoco resulta novedoso que hemos de buscar nuevos modelos de gestión que permitan alcanzar una mayor eficiencia. Sobre estas cuestiones, tanto los grupos parlamentarios españoles como los europeos están de acuerdo.

Permítanme que traiga a colación un documento titulado: Reformas sanitarias en Europa: análisis de las estrategias actuales, elaborado por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. En dicho

documento se establece que actuaciones de reforma sobre la prestación de servicios sanitarios han tenido un éxito particularmente notable como consecuencia, entre otras medidas, de la transformación de los centros y de la mejora de la gestión a través de la descentralización de la autoridad operativa hacia centros autónomos y empresas públicas. Cito literalmente el informe de la Organización Mundial de la Salud.

En nuestro país, antes incluso de la aprobación de esta ley, diversas administraciones, diversas comunidades autónomas con competencias transferidas en materia de gestión sanitaria, ya habían abordado desde hace tiempo la configuración de los centros sanitarios, intentando trasladar ese principio de autonomía hospitalaria de una forma real y efectiva. Ya se encuentran estos orígenes en las leyes de ordenación de las comunidades autónomas con gestión transferida. Ya en 1990 la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña lo prevé de una forma expresa, donde se establece que se podrán constituir o participar en consorcios y demás entes que se creen para la gestión de los servicios sanitarios. La ley de 1994 de la Comunidad Autónoma de Canarias, donde se prevé expresamente la posibilidad de crear o participar en cualesquiera entidades admitidas en derecho. Muy recientemente, la ley del País Vasco, de 1997, transforma nada más y nada menos que la totalidad del Servicio Vasco de Salud en un ente público sujeto a derecho privado. Y no solamente en las comunidades autónomas con gestión transferida, sino incluso en las comunidades autónomas sin gestión en materia de Sanidad, pero que van creando paulatinamente los servicios de salud para recepcionar las transferencias, tales como la ley de 1992, de Asturias; de 1993, de Castilla y León; de 1994, de Murcia.

Así pues, las Comunidades Autónomas de Andalucía, de Canarias, de Cataluña, de Galicia y de Euskadi han creado centros sanitarios con personificación jurídica propia. Incluso algunas instalaciones sanitarias de comunidades autónomas sin competencias en la materia tienen también personificación jurídica: la Comunidad Autónoma de Asturias, la Fundación Arriendas, la Comunidad Autónoma de Murcia, la Fundación de Cieza; la Comunidad Autónoma de Baleares, que ha creado Gesma como empresa pública que gestiona la totalidad de su red sanitaria; y la Comunidad Autónoma de Castilla y León, que ha creado consorcios con las diputaciones para la gestión de determinados centros sanitarios, casi todos ellos de carácter psiquiátrico.

Estamos, pues, ante un gran consenso político y parlamentario, un gran consenso también de los gestores de los distintos sistemas sanitarios de nuestro país y de los distintos sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea. Por lo tanto, creemos que esta ley ha sido un acierto evidente en nuestro sistema sanitario, que ha posibilitado una modificación que otorga seguridad jurídica a la Ley General de Sanidad. Digo que otorga seguridad jurídica porque establece un marco común para todo el Sistema Nacional de Salud y porque los grupos que han apoyado esta ley, y que son todos los que en este momento tienen en un territorio o en otras competencias en materia de Sanidad, se han puesto de acuerdo en que es necesario, en que es bueno y en que se debe otorgar personificación jurídica a los centros sanitarios. Dicho de otra forma se debe, de una forma

definitiva, trasladar el denominado principio de autonomía hospitalaria de una forma concreta, efectiva y definitiva.

Pasaré a referirme al desarrollo de la Ley 15. En mi opinión, es necesario hacer una diferenciación. Por una parte hemos de hablar de la aplicación de la ley a los centros de nueva creación y, por otra, porque si no seguro que SS.SS. lo pedirán, de los centros con gestión tradicional.

Señorías, sin duda ustedes conocen, porque tienen interés parlamentario explícito, el funcionamiento de estos centros, al menos en el ámbito del Insalud, que ostentan ya esta personificación jurídica desde el inicio. No obstante, es necesario hacer alguna relación sobre su actividad y sobre los determinados aspectos de funcionamiento de estos centros. Antes de ello sí me gustaría decirles que esta ley es necesario que se desarrolle por un reglamento. No conozco ninguna comunidad autónoma que hasta la fecha haya editado dicho reglamento. No obstante, el Gobierno, en este caso el Ministerio de Sanidad, tiene ya redactado ese reglamento —por fin, añadiría seguro alguna de SS.SS.— y en los próximos días se someterá a audiencia de los interesados, al objeto de que posteriormente se remita al Consejo de Estado para su dictamen, y por último, al Consejo de Ministros para, si procede, su aprobación como real decreto.

Por lo que se refiere a los datos concretos de las entidades que hasta ahora el Insalud ha podido (estamos hablando siempre de centros nuevos) poner en funcionamiento, seguro que SS.SS. conocen que estos centros están funcionando correctamente, que se está obteniendo una buena rentabilidad social de los recursos sanitarios que en ellos funcionan. Y, si me permiten, me gustaría darles algunos datos desde estas cuatro vertientes: organización, política de recursos humanos, gestión presupuestaria e indicadores de actividad, al objeto de poder contestar de forma más explícita a las cuestiones de la comparecencia.

Por lo que se refiere a la organización y gestión, haré algunos apuntes, empezando por su apertura. Saben SS.SS. que estas fórmulas han permitido poner en funcionamiento estos centros. En el caso de la Fundación Hospital Manacor, se abrió el centro entre un mes y un mes y medio desde la entrega de la obra; y en el caso de la Fundación Hospital Alcorcón, entre quince días y un mes desde que se entregó la obra civil. Recordarán también SS.SS. que el ordenamiento jurídico al que se sometía la gestión tradicional conllevaba que el período de puesta en funcionamiento de los centros estaba entre un año y un año y medio. Por lo tanto, podemos ya decir que en este caso —en el de Alcorcón 250.000 personas, y en el de Manacor más de 120.000 personas— han podido empezar a disfrutar de ese servicio público con bastante anterioridad que si se hubiesen utilizado las fórmulas tradicionales.

Es bueno también hablar de los horarios y de la actividad. Sus señorías conocen que los horarios son de mañana y tarde; que las consultas funcionan desde las 8,30 de la mañana hasta las 5 de la tarde ininterrumpidamente; que los quirófanos ininterrumpidamente, funcionan desde las 8 de la mañana hasta las 7 de la tarde; y que las salas de diagnóstico por imagen funcionan desde las 8 de la mañana hasta las 6 de la tarde.

En materia de política de recursos humanos, las fundaciones públicas están actuando con una ratio de personal

ajustada, un poco por debajo —sensiblemente por debajo, depende cómo se mire— de los hospitales tradicionales de grupo, y esto posiblemente se deba a esa jornada partida.

Y desde el punto de vista retributivo, también sus retribuciones fijas son similares a las del Insalud, quizás relativamente por debajo, pero sus incentivos son un poco superiores.

Como hemos visto en las elecciones pasadas, hay un gran compromiso sindical en estas fundaciones. Según el último dato de la Fundación Hospital de Manacor, la participación ha marcado todos los récords, con un 74 por 100 de los trabajadores en el momento de las elecciones de sus órganos de representación.

Por lo que se refiere a la gestión presupuestaria y de compras, esta autonomía hace que el hospital disponga de tesorería propia y pueda establecer plazos en el pago de los proveedores. De esa manera con dinero público se puede conseguir alguna mejora en los distintos suministros que necesite el hospital. Prueba de ello es que en el último equipamiento aprobado para la Fundación Hospital Manacor se consiguió un descuento sobre la previsión de adjudicación de un 17 por ciento. Frente a los 3.577 millones de presupuesto, la adjudicación se hizo en 2.967 millones, con descuento —insisto— del 17,1 por ciento. Y los excedentes, si se producen, revierten en el propio hospital. De aquí que hay un estímulo de gestión para hacer más eficiente al hospital, porque esos excedentes no se pierden dentro del sistema, sino que quedan comprometidos dentro del hospital.

El coste de la unidad ponderada de asistencia, la tradicionalmente denominada UPA, en el hospital de Manacor es de 31.000 pesetas, frente a las 39.000 pesetas del coste medio de los hospitales del grupo al que pertenece.

Pero estarán ustedes conmigo, señorías, en que el que se dé autonomía no significa que se rebajen los controles, sino que una mayor autonomía conlleva inevitablemente un mayor control: un mayor control en la gestión, un mayor control en la prestación de los servicios, un mayor control, en definitiva, para ver si se está ejerciendo responsablemente dicha autonomía. Y este control es mayor en estas fundaciones, porque además del control financiero del Tribunal de Cuentas, al que están sometidos los hospitales tradicionales, es preceptivo para la elaboración de sus cuentas una auditoría externa. La aprobación de las cuentas y del presupuesto de estos hospitales viene a este Parlamento, son conocidos por SS. SS. y, por lo tanto, hay un mayor control parlamentario de las cuentas de las fundaciones que sobre el conjunto de hospitales de la red, que en ningún caso presentan una propuesta de presupuesto, pues hay un presupuesto global del Insalud y no hospital por hospital.

Los datos de indicadores de asistencia también son francamente positivos. La estancia media en el hospital de Alorcón es de 5,5 días y la estancia media en los hospitales del grupo es de 7,6. La estancia media en el hospital de Manacor es de 6,3 días y en los del grupo es de 6,4 días. Destaca el importante volumen de cirugía programada sin ingreso, alcanzando en la Fundación Alorcón el 55 por ciento y en la Fundación Manacor el 42 por ciento. Recuerdo que la media de los hospitales del Insalud está en el 36,7 por ciento. Quiere decirse que Alorcón tiene un 19 por ciento más de actividad sin ingreso y Manacor un 6 por

ciento más. Esto significa que se pueden rentabilizar mejor los quirófanos y también los ingresos en el hospital.

Un dato que a SS. SS. quizás les interese son las urgencias quirúrgicas, que no se derivan para incluirlas en programación, las urgencias quirúrgicas que se atienden en los quirófanos de urgencias: el 26 por ciento en Alorcón y el 24 por ciento en Manacor se hacen a través de las intervenciones urgentes; estos porcentajes, muy superiores a la media del grupo, no necesitan derivar la actividad programada.

También en consultas externas los datos son positivos. Así, las ratios sucesivas sobre consultas primeras en Alorcón es de 0,7 y en Manacor es de 1,4, y en el grupo son de 1,8 y 1,9 respectivamente. Quiere decirse que se están haciendo más consultas primeras que consultas sucesivas, o al menos en el caso de Manacor, donde, aun haciéndose mayor número de consultas sucesivas, son inferiores a las que se hacen en los hospitales tradicionales. Los profesionales de este hospital han tenido a bien organizarse para realizar consultas que se vienen denominando en el argot de gestión consultas de alta resolución, es decir, consultas que en el mismo día permiten no solamente hacer un diagnóstico, sino también hacer una prueba complementaria, de tal forma que el paciente se vaya con el diagnóstico definitivo sin tener que esperar a que se realice esa prueba complementaria. En la Fundación Hospital Alorcón se está trabajando con este tipo de consultas de alta resolución en catorce especialidades, y en la Fundación Manacor en cuatro.

El porcentaje de urgencias ingresadas, que es otro de los índices que a SS. SS. les puede interesar, es también inferior a la media del grupo: de cada 100 urgencias, solamente el 8,5 ingresan en Alorcón, mientras que en los hospitales de su grupo ingresan el 15,7 por ciento.

Creo, por lo tanto, que en estas dos instituciones hay beneficios importantes para los usuarios —el hospital es más accesible, el horario se adapta más a las necesidades de los mismos—, hay beneficios para los profesionales —los profesionales logran una identificación mayor con su puesto de trabajo y logran, eso sí, a través de un mayor esfuerzo, una política retributiva que incentiva la dedicación y el esfuerzo al que me refiero—, hay unos mayores beneficios para la organización, hay mayores controles que en los hospitales tradicionales, hay una mejor política de compras a través de la capacidad de tesorería. En definitiva, hay una mayor rentabilidad de los recursos sanitarios.

Decía que este es el planteamiento de los hospitales nuevos. Y sobre los hospitales nuevos o pendientes de poner en funcionamiento (entiéndase que no se trata de meros traslados de edificios, sino hospitales que no tienen personal porque están en construcción) la propuesta y el compromiso de esta institución es proseguir con estas fórmulas de personificación jurídica.

En relación con los hospitales tradicionales, con el núcleo fundamental del Insalud, con los 80 hospitales que todavía se gestionan bajo fórmulas tradicionales, conviene decir lo siguiente. En primer lugar, que, como ustedes saben, la Ley 15 prevé que se puedan crear entes de naturaleza o titularidad pública admitidos en derecho. Los entes que en este momento contempla el ordenamiento jurídico actual —ya lo dice la propia exposición de motivos de la

ley— son los consorcios, son las empresas públicas y son las fundaciones. Tanto el personal de las fundaciones como de las empresas públicas ha de ser laboral. Y en los consorcios, como ustedes saben, para poder consorciar se necesita que el hospital sea titularidad de dos o más administraciones públicas. Pues bien, estas tres figuras jurídicas, que son las que actualmente existen en el ordenamiento jurídico, creemos que no son las adecuadas para trasladar esa autonomía de gestión a los hospitales tradicionales. Y no son las adecuadas porque el compromiso del Ministerio, y por consiguiente del Insalud, de mantener el régimen jurídico del personal tal cual, es decir, de mantener el personal en el régimen jurídico estatutario, imposibilita que en el futuro se puedan crear fundaciones o empresas públicas, dado que este personal inevitablemente ha de ser personal laboral. Por lo tanto, se ha de buscar —y la ley lo prevé al decir «cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública»— una nueva figura jurídica que admita en su seno el personal estatutario, un nuevo organismo público que posibilite que el personal mantenga el régimen jurídico que tiene, por lo tanto que se respeten absolutamente los derechos adquiridos del personal del Insalud. Y este es el compromiso de esta institución.

En cuanto a de qué forma, a través de qué procedimiento o a través de qué pautas (creo que S.S. en la comparecencia lo solicita) tiene el Insalud previsto otorgar personificación jurídica a los centros sanitarios, hemos de decir que esto se prevé de una forma bastante explícita en uno de los anexos del plan estratégico que el Insalud ha presentado. En este plan estratégico se prevé un proceso operativo por el cual un hospital podría obtener esta autonomía hospitalaria, dentro de lo dispuesto en el ordenamiento jurídico, obviamente, y se establecen una serie de etapas. No se puede improvisar el otorgamiento de personalidad jurídica y de autonomía hospitalaria a todos los hospitales, sino que se han de cumplir una serie de compromisos y se han de realizar con éxito una serie de controles.

La primera etapa es la elaboración por parte del hospital de su plan estratégico con participación activa de los profesionales, plan estratégico que ha de incluir un análisis exhaustivo externo e interno, así como una proyección de futuro del hospital. ¿Qué ha de contener ese documento de estrategia? Ha de contener reflexiones sobre: relaciones con el resto de su área sanitaria, análisis de la demanda, cartera de servicios, análisis de las áreas de gestión, contabilidad, almacén, gestión de pacientes, análisis de recursos humanos, análisis de la estructura y recursos materiales, análisis de los sistemas de información, análisis de los programas funcionales y de los servicios, análisis de la política de calidad y de la política de docencia e investigación. Una vez que el hospital haya finalizado su plan estratégico, una vez que resulte aprobado, es necesario que por parte de auditores externos, de funcionarios externos al hospital, se cumplimenten y se auditen todas las cuestiones que se reflejan en el plan estratégico. Así, se han de establecer unos requisitos mínimos, que se fijarán en relación con las herramientas de gestión. ¿A qué me refiero? Me refiero a que se ha de comprobar el grado de la contabilidad analítica a nivel de grupos funcionales homogéneos y codificación diagnóstica en el área de hospitalización; se han de comprobar los sistemas de información del hospital; se han

de comprobar las áreas que aseguran una adecuada base organizativa: la gestión de personal, la gestión de adquisiciones, de almacén y distribución de suministros, la gestión de farmacia, de facturación, de laboratorios, de diagnóstico por imagen; en fin, todas y cada una de las cuestiones a las que se refiere el hospital. Una vez que se ha comprobado todo este tipo de requisitos y de registros, el hospital estará en condiciones de poder asumir más competencias, de poder asumir en definitiva la autonomía a la que todos los centros sanitarios de nuestro país están abocados para realizar mejor su trabajo y para realizar mejor el servicio público al que están encomendados.

Hasta aquí, señorías, he intentado explicar lo que el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida interesa en esta comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo, por su presencia en la Comisión y por sus explicaciones, si bien debo decir que, en una primera valoración, responden más a un ejercicio de *marketing*, tan de moda en los últimos tiempos, acerca del funcionamiento de las fundaciones de Manacor y Alcorcón. Ya le anuncio que voy a solicitar información por escrito, porque siendo hospitales que tienen un tiempo de funcionamiento tan escaso, en el caso del hospital de Alcorcón apenas se han puesto en funcionamiento la mitad de los servicios previstos, me parecía un poco prematuro y un poco obsesivo por mi parte pedir información a estas alturas. Pero si el señor Núñez Feijóo exhibe ya datos de promedio de la envergadura de los que ha dicho, pues evidentemente voy a solicitar esa información, que en cualquier caso digo que me sorprende. Habla de indicadores de permanencia, de utilización de camas, de urgencias quirúrgicas, etcétera, estableciendo comparaciones, cuando los hospitales evidentemente están funcionando. Pero si a mí me hubiera preguntado, la elaboración de indicadores me hubiera parecido osada, cuando menos. Pero si ya están disponibles, pues mucho mejor.

En cualquier caso, aprovecho ya este turno para establecer preguntas concretas. Debo decirle, señor Núñez Feijóo, que hubiese quedado infinitamente más satisfecha si usted me hubiera comentado, ya que dice que están redactadas, cuáles son las líneas generales del reglamento de desarrollo de la Ley 15/1997. Por si no lo ha estimado en el primer turno, yo le ruego, ante la oportunidad que tiene de estar ante la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, no que nos muestre ninguna redacción literal, pero sí que nos hable de las grandes líneas de ese futuro real decreto. Es que no ha dicho usted apenas nada, señor Núñez Feijóo. Que los hospitales, los centros de nueva creación van a tener personalidad jurídica propia, a estas alturas de la batalla. Evidentemente, nadie pensaba que el PP asumiera directamente su gestión, pero ni siquiera ha señalado qué tipo de ente o cosa o persona jurídica será, si es que usted estima que las fundaciones son tan deslumbrantes en su funcionamiento que lo van a aplicar a todos los hospitales de nueva creación, etcétera.

Por cierto, no ha hablado nada usted sobre un asunto que además estos días está en los medios de comunicación, del hospital de Alzira. He estado atentísima a las figuras jurídicas a las que usted ha hecho mención en la exposición de motivos de la exigua y no por ello poco trascendente ley 15/1997, y no ha hecho usted ninguna mención a la concesión ni a la gestión privada directa del hospital, con ánimo de lucro, por parte de Cajas de Ahorro, empresas constructoras, etcétera, con vocación sanitaria. Es decir, siguiendo el ejemplo del señor Abril Martorell, que se dedicaba a los bancos y a las empresas constructoras y eso no le impidió dirigir un informe del que casi nadie quiere acordarse, pues también en su misma comunidad autónoma empresas constructoras y bancos se aprestan a obtener lucro privado directo de la gestión de un hospital, un hospital público/privado, pero desde luego obteniendo negocio a partir de dinero público. Insisto, señor Núñez Feijóo, ni en fundaciones, ni en el hospital de Alzira se ha establecido ningún mecanismo de control de calidad de la atención sanitaria, de la eficacia y la eficiencia, no del gasto, sino de la atención sanitaria; los errores, las autopsias, los segundos ingresos, es decir, lo que es la actuación de los servicios sanitarios sobre la salud de la población, no sobre la gestión de un presupuesto sanitario, que es importante, pero evidentemente viene después de haber demostrado la calidad sanitaria estricta. Porque si no hay calidad en la atención sanitaria, es decir, si las personas no ven mejorados sus niveles de salud, el supuesto ahorro es un despilfarro descomunal. Porque si yo ahorro y hago muy barata una intervención quirúrgica que no está indicada, señor Núñez Feijóo, y usted sabe a qué me estoy refiriendo, estoy tirando el dinero por la ventana, aunque desde el punto de vista contable y presupuestario yo esté haciendo una intervención quirúrgica baratísima.

Por cierto, en cuanto a los indicadores de rotación de camas, es decir, de permanencia media en la utilización de la cama, he de decir sobre el hospital de Alzira que esto debe ser una escalada, porque el hospital de Alzira se plantea objetivos de rotación de cama muy inferiores a los que usted atribuye ya como índices del Hospital Fundación Alcorcón y el de Manacor. Usted establece, hablando de los hospitales actuales (debo deducir, porque usted no lo ha dicho, usted me aclarará si la deducción es correcta o no), que ninguna de las figuras jurídicas que contempla la Ley 15/1997 —cuando dice otras, claro, no se sabe— es aplicable al sistema sanitario público con el personal estatutario. Mi pregunta es obvia: ¿en qué otra figura jurídica de las no contempladas explícitamente en las líneas del artículo único de la Ley 15/1997 se inscribirían los modelos de autonomía hospitalaria, para los hospitales realmente existentes? Es decir, la creatividad dónde va a llegar y si hay alguna vía que permita saber por dónde van los planes o la toma de decisiones.

No ha hecho usted mención a los institutos clínicos. Evidentemente, yo le decía, señor Núñez Feijóo, que no hay cobertura legal para los institutos clínicos tal y como los definieron. Ahora, para hacer un troceado del contrato-programa por unidades inferiores, eso es otra cosa. Quiero que me diga en qué nivel está el asunto de los institutos clínicos y qué relación tiene con la autonomía hospitalaria.

He escuchado atentamente, señor Núñez Feijóo, y esperaba que usted se refiriera a lo que dijo aquí hace poco más de un mes, al proyecto de ley de autonomía, de modernización hospitalaria. Hoy no ha hablado de él, y creo que está relacionado con el tema. No sé si es que se le ha olvidado, si que es un proyecto desechado, o bien se subsumiría, en ese reglamento de desarrollo de la ley, como real decreto.

Hay un tema que finalmente quiero tocar en esta primera intervención, y es que le solicito una declaración formal, señor Núñez Feijóo, ante la petición de Convergència i Unió, de la administración sanitaria catalana, acerca de la necesidad de reformar la Ley de Seguridad Social para modificar el régimen de propiedad de la Seguridad Social de las instalaciones sanitarias de la red pública. Instalaciones sanitarias que son propiedad de la Seguridad Social y que, por lo tanto, son un obstáculo que yo entiendo no de menor nivel, junto al régimen laboral, para transformar los hospitales del Insalud a un régimen jurídico sometido al derecho privado. En cualquier caso, solicito formalmente una declaración acerca de las intenciones del Gobierno de modificar en estos aspectos la Ley de Seguridad Social.

Termino, después de estas preguntas, haciendo una consideración. Se le ha olvidado al señor Núñez Feijóo decir que en el amplísimo consenso que usted atribuye a los cambios en la gestión, evidentemente no se ha encontrado Izquierda Unida, ni se va a encontrar, ni se encontró con el Gobierno anterior. Izquierda Unida denunció que en 1991 el Ministerio de Sanidad procediera a la separación entre la financiación pública y la gestión y provisión pública o privada de los servicios sanitarios. Curiosamente, un gestor socialista ha publicado recientemente en la revista *Administración sanitaria* un artículo que más valía que se hubiera aplicado en aquel entonces. Decía: «La separación entre compra y provisión era parte del diseño de reformas del mercado interno, necesaria para introducir un modelo de asignación de recursos basado en la competencia entre proveedores y formalizado a través de contrato». Como era bien evidente, y como Izquierda Unida con poca fortuna se encargó de decir y repite en este momento, éste era uno de los mecanismos fundamentales para la introducción de criterios de mercado, por lo tanto de beneficio y por lo tanto de ahorro, al margen de la calidad en la gestión de la Administración sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Termine, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Termino con esto. En cuanto a uno de los elementos fundamentales del nuevo modelo de gestión, la vinculación del ahorro sin control de calidad alguna, del control de calidad de la atención sanitaria no del control de la gestión del presupuesto, a las retribuciones, le recuerdo, señor Núñez Feijóo, algo de lo que yo me enorgullezco, y conste que no siempre me enorgullezco de mi profesión: cuando el grupo médico de asesores de la Comisión Europea denunció como contrario a la ética y a la deontológica médica la vinculación de retribuciones al ahorro. Cuando los países en los cuales se han puesto en marcha estas reformas están de vuelta, después de haber experimentado el deterioro en el estímulo (no económico, porque existen otras cosas que no son los estímulos económicos) en los ejercicios de las profesiones sanita-

rias y cuando se ha constatado el deterioro en la calidad de la atención, todo ello junto con incrementos notables en el presupuesto, además de mejoras contables, me apena enormemente que el Partido Popular, en lugar de analizar, en lugar de estudiar, en lugar de valorar las experiencias ajenas, esté decididamente empeñado en buscar vericuetos legales (que hasta ahora no parece haber conseguido discernir, a la espera de la respuesta del señor Núñez Feijóo) para hacer un sistema sanitario atractivo y eficiente no para las necesidades de salud de la población, sino para todos aquellos que están, como en el ejemplo de Alzira, deseando y defendiendo la ética y la eficacia del negocio en la sanidad pública con dinero público y con beneficios privados.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que deseen intervenir? Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: En primer lugar, señor Núñez, quiero agradecerle que una solicitud que hicimos en la última reunión de Mesa y Portavoces para que nos hicieran llegar la Memoria del Insalud del año 1997 se haya atendido esta mañana. Le agradecemos la rapidez y eficacia con que se ha cumplimentado la petición elevada al presidente de la Comisión. Espero que en el futuro lleguen con agilidad otras documentaciones, porque son útiles para ir trabajando. Que conste el agradecimiento de que esta vez con mucha rapidez se ha cumplimentado una solicitud de este grupo parlamentario.

En cuanto a su intervención en la comparecencia de hoy, yo quisiera comentarle algunos pocos temas y algunas preguntas, para que usted pueda clarificarnos definitivamente hacia dónde vamos en el campo sanitario, cuál es la política real del Partido Popular y del Gobierno del Partido Popular en el tema de la sanidad y de la asistencia, porque no parece muy clara.

Estamos hablando de la Ley de nuevas formas de gestión, la Ley 15, de 25 de abril de 1997. Como usted muy bien ha dicho, esta ley, que tuvo un amplio consenso en la Cámara, prevé que, manteniendo la titularidad pública de los centros, se puedan buscar fórmulas de gestión más ágiles, mejores desde el punto de vista de la eficiencia y de la eficacia; pero (y ésta fue una premisa que estuvimos discutiendo y que parece que entendimos mal, y esto me gustaría que lo confirmara usted) estábamos de acuerdo en que se debía mantener la titularidad pública de los entes que se crearan. Estábamos de acuerdo en que tuvieran personalidad jurídica propia, que hubiera formas de gestión —digamos entre comillas— empresarial, que es lo que se lleva, pero manteniendo la titularidad pública. Por eso desde el primer momento nosotros dijimos que el modelo Alzira, que no afecta al Insalud, no se ajustaba a la ley; no se ajusta a la ley, no es de titularidad pública, es una concesión administrativa a una unión temporal de empresas, además, para mayor *inri*, en este momento, que ya está terminado el hospital, la unión temporal de empresas va a transformarse en una aseguradora propia. Gracias a este modelo de gestión, no a la ley sino al real decreto-ley que dio origen a la ley, ustedes crearon dos fundaciones, Manacor y Alcorcón, y aprobaron unos estatutos de estas fundaciones que nosotros creemos que tienen graves lagunas y muchos proble-

mas, y hemos pedido que se adecuen estos estatutos a la ley actualmente vigente, ya que la ley derogó el real decreto-ley. El argumento que se nos dio desde el primer momento es que esto se haría una vez aprobado el real decreto de desarrollo de la Ley. Hubo un compromiso de toda esta Comisión de Sanidad, unánime, y cabe entender también por parte del Ministerio, porque me consta que se hicieron consultas previas, de que en septiembre de 1997 tenía que estar elaborado y aprobado este real decreto, y estamos en noviembre de 1998. En otras cosas, cuando les interesa, el soporte de la Cámara lo utilizan. En este caso no lo han utilizado. Usted ha dicho que ya estaba redactado definitivamente, que está en período de consulta con los interesados. Estamos ansiosos de ver este desarrollo reglamentario y cómo va a incidir en la reforma de los estatutos de las fundaciones de Manacor y Alcorcón, que supongo que van a adaptar a este desarrollo reglamentario.

Usted ha estado hablando de la aplicación de esta ley a los centros de gestión tradicional, que aquí plantea muchos más problemas. Y discrepo de usted en algunas de las afirmaciones que ha hecho, en el sentido de que para que se pueda establecer un consorcio es necesario que la titularidad del centro sea de dos administraciones públicas. No es necesario para establecer un consorcio que la titularidad sea de dos administraciones públicas. Me gustaría que me aclarara la afirmación que usted ha hecho. Por ejemplo, si en un consorcio no puede existir personal estatutario. Mi experiencia es que sí. Si usted dice que no, pues en algunos otros lugares lo comentaremos, no aquí. Pero en algunos consorcios hay personal estatutario, aparte de personal laboral; es decir, se dan los dos tipos, y por tanto no sería impedimento en lo que usted comentaba. Y como veía todos estos problemas, planteaba la necesidad de una nueva figura pública que no fueran ni fundaciones ni consorcios ni empresas públicas sino otra nueva, pero tampoco nos ha desvelado por dónde van sus preocupaciones. Nos gustaría conocer hacia dónde van por lo menos las reflexiones de estas nuevas formas públicas de gestión, de titularidad pública, que no son ninguna de estas fórmulas que hemos dicho.

Y me gustaría también que aclarara, porque no queda suficientemente claro, si los institutos clínicos —porque aquí hay informaciones contradictorias— los han basado en la Ley de nuevas formas de gestión o no. Yo creo que no, creo que no los han basado en ella, y la información que recabé en su momento (que ha llegado también después de un largo período) es que están basados en un decreto del año 1987, en el que se hablaba de la organización de los institutos clínicos, y este decreto no prevé ninguna fórmula de personalidad jurídica propia; por lo tanto, los institutos clínicos no tienen personalidad jurídica ni la pueden tener. Todas estas historias que han ido saliendo, y que me imagino que usted desmentirá, de si el personal va a ser propio del instituto, que han salido en alguna prensa profesional. Según el decreto del año 1987 eso no es posible, y por tanto no creo que se haga. Le agradecería que usted lo clarificara para de que de una vez por todas haya doctrina unívoca en este tema y no salgan versiones distintas.

El tema de Alzira es complejo y no afecta al Insalud, pero yo sí que le pediría, como responsable de la sanidad pública en el territorio del Ministerio, su opinión, su crite-

rio de si se ajusta o no a la ley de nuevas formas de gestión. Es decir, ¿usted cree que el modelo Alzira se ajusta a lo legislado en la Ley de nuevas formas de gestión del 25 de abril de 1997? ¿Es posible que una concesión administrativa, a riesgo y ventura del contratista, del propio adjudicatario, que era la UTE, que es la compañía aseguradora, se vaya a transformar en una aseguradora distinta para el tema de la atención a la comarca de La Rivera? ¿Cree usted que está dentro de la ley o no está dentro de la ley?

Otro tema que le quería plantear es si ustedes mantienen el tema del aseguramiento único. A mí me gustaría leerle algunas expresiones muy recientes, de ayer, y que por tanto están de máxima actualidad. Ayer se dijo que lo que determina el carácter de servicio público del Sistema Nacional de Salud no es la forma jurídica de sus centros ni la gestión, sino simplemente que los recursos son públicos; es decir, que financia el Estado. Si este es el criterio que ustedes sostienen; es decir, que lo que determina que la sanidad sea pública es que paga el Estado. A quién y cómo ya no importa, se mantiene público porque sale de lo público. Evidentemente, este modelo no coincide con el nuestro en absoluto. Precisamente lo que hemos estado discutiendo durante mucho tiempo y defendemos es que no se pueden financiar a través de recursos públicos sistemas privados de atención sanitaria.

También se dijo ayer que se había dado carta de naturaleza a la provisión mixta de la asistencia sanitaria. No sé si le suena esta expresión, pero se dijo ayer por personas cualificadas del Partido Popular. Evidentemente, yo no he visto en ninguna parte que se haya dado carta de naturaleza a la provisión mixta, ni en la ley que estamos mencionando. No sé si van a hacer alguna otra ley en que se le dé carta de naturaleza, pero hasta ahora esta carta de naturaleza no se ha dado. Y se decía: «Se ha dado carta de naturaleza a la provisión mixta de la asistencia sanitaria, uno de los aspectos más defendidos por el Partido Popular, facilitando la libertad de elección al usuario, implantando la competencia regulada, aumentando la eficacia y la eficiencia y la satisfacción de los profesionales». Y se añadía a continuación: «No es necesario, ni se debe, no hay que establecer un debate entre sanidad pública y privada, sino diferenciar entre monopolio y competencia». Esto se decía ayer, y me suena mucho, y le voy a leer otras frases en las cuales se habla de la política sanitaria oficial del Partido Popular, que después se ha querido dismantelar durante estos dos años o esconder. Se dijo en el año 1994, en la Conferencia Nacional de Sanidad del Partido Popular, que el principal objetivo del Partido Popular era romper el monopolio asistencial del Estado para que los ciudadanos puedan elegir médico o prestador de asistencia sanitaria. Por tanto, no me extraña que ayer se dijera esto, cuatro años después de la Conferencia Nacional de Sanidad, porque yo pienso que este es el auténtico programa sanitario del Partido Popular que han ido vendiendo durante estos dos años de Gobierno. Pero me gustaría que usted, que está en el Gobierno, que es el responsable del Instituto Nacional de la Salud y que es subsecretario de asistencia sanitaria, nos confirmara si piensan aplicar lo que se dijo en la Conferencia Nacional de Sanidad y en el programa, o bien lo que han venido diciendo durante estos dos últimos años públicamente. Porque ligan mucho más las afirmaciones de ayer con las de la

Conferencia Nacional de Sanidad que con los discursos que han venido haciendo estos dos últimos años, y con los cuales estábamos realmente enfrentados por lo que al modelo se refiere. Eran dos modelos, el suyo y el nuestro, y no quiero entrar en el debate de cuál es el mejor o cuál sería el conveniente, pero son dos modelos distintos: el de romper el monopolio asistencial del Estado para que se pueda elegir prestador de asistencia sanitaria y lo que se dijo de que lo que conviene no es discutir público o privado, sino que los dineros sean públicos pero que las compañías privadas puedan hacer más. En suma, el modelo sanitario del Partido Popular no es el del Sistema Nacional de Salud, sino el del fraccionamiento del asesoramiento público.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego concluya.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Sí, voy terminando ya, señor presidente. Tenemos otros elementos que nos hacen sospechar de esto, como por ejemplo la modificación que han introducido en la ley que hoy se acaba de aprobar en este Parlamento del impuesto sobre la renta de las personas físicas, en la cual se considera que no son retribuciones en especie las pólizas sobre seguros sanitarios que las empresas puedan hacer a sus trabajadores, a sus directivos, que no son retribuciones en especie, por tanto no cotizan en el impuesto sobre la renta de las personas físicas, lo que facilita este rompimiento del aseguramiento público.

Para terminar, aunque nos apartemos del tema, pero también está de actualidad, quiero referirme al tema de la farmacia. He leído unas declaraciones de responsables del Insalud diciendo que no va a haber problemas en cuanto al presupuesto, y no sé si lo puede aclarar, porque van a utilizar el dinero de la incapacidad temporal (lo leí ayer o anteayer), cuando, si no me equivoco, este dinero ya se incluyó en los presupuestos del año pasado y además se detrajo una partida de farmacia. Este es un tema que iremos analizando simplemente porque es de actualidad. Le agradecería que nos confirme o no esta versión. Para el año 1999 nos dijo que el dinero que no estaba en presupuesto, que era el de la incapacidad temporal, lo iba a dedicar a farmacia, para tapar el agujero que se podía producir.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Con esto termino, señor presidente. Para el año 1998 no parece que esto sea factible, utilizar dos veces el dinero de la ITE para poder tapar el agujero que se va a producir en farmacia. Ustedes admiten que va a estar por encima del 11 por ciento, pero si sumamos los dos puntos que quitaron, la desviación en farmacia va a estar por encima del 13 por ciento.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Brevísimamente, voy a fijar la posición del Grupo Parlamentario Popular.

En primer lugar, como es natural, quiero agradecer la presencia, ya habitual, del presidente del Insalud en esta Comisión y su exhaustiva información de los resultados

que las nuevas fórmulas de gestión están dando a los ciudadanos.

Se han hecho en las intervenciones del Grupo Socialista y del grupo proponente algunas afirmaciones sobre cuáles son las intenciones del Grupo Popular y del Gobierno en relación con la sanidad pública. Es un debate que viene ya desde hace dos años o dos años y medio y sinceramente me parece que es bueno que el presidente del Insalud venga hoy con datos reales, datos reales que creo que, como son satisfactorios, tienen que ser recogidos con agrado por los distintos grupos políticos y sobre todo por los ciudadanos. Porque, a fin de cuentas, no se trata de hacer operaciones de *marketing*, sino de saber exactamente qué es lo que hace el Gobierno con la sanidad pública, qué uso hace con el dinero público y cuál es el grado de satisfacción de los usuarios, de sus familiares, de los ciudadanos en general y de los profesionales que prestan la atención sanitaria. Por ello, las cifras, los datos que ha dado el presidente del Insalud son gratificantes y de todos ellos, todos nosotros, todos los ciudadanos tenemos que estar satisfechos. Además tenemos que solicitar y que animar al Gobierno a que siga por este camino en los nuevos centros hospitalarios y también, en virtud de las posibilidades, a que reinicie las modificaciones en los hospitales de corte tradicional.

Por último, he de decir que yo pienso que la condición ética de un político tiene que ser fundamental en virtud de dos hechos: primero, llevar lo mejor de uno mismo a la sociedad, con la ética individual y con la ética social y, segundo, dar lo mejor de todos los presupuestos del Estado a los ciudadanos, haciendo el mejor uso de los mismos, y no poner en tela de juicio en ningún momento la aplicación rastrera en virtud de unas cifras o de unas situaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo, para dar contestación a las distintas preguntas.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): La verdad es que contestar a todas las cuestiones que han expuesto los portavoces que han fijado posición por sus grupos significaría cuando menos otra comparecencia. No obstante, voy a intentar hacerlo en la medida de lo posible.

He de agradecer en primer lugar la intervención de la señora Maestro. A veces tengo que mostrarle mi disconformidad con algunas apreciaciones suyas, pero en este caso voy a empezar agradeciéndoselas, porque he visto que usted ha calificado como positivos los resultados de las fundaciones. **(Risas.—La señora MAESTRO MARTÍN: Que conste en el «Diario de Sesiones» que no.)** Que conste en el «Diario de Sesiones» lo que quiera S.S., pero S.S. lo ha dicho, y yo reitero que eso es bueno. Eso es bueno, porque efectivamente los resultados son positivos. Yo creo que todos los resultados que se obtienen a través del servicio público sanitario en nuestro país, o del servicio sanitario en general, son buenos para los ciudadanos. Y prueba de que a usted le han interesado —eso sí que no me lo podrá negar— es que va a pedir esos datos. Por consiguiente, muchas gracias, señorita, por su interés, y desde luego se los daremos todos.

Se ha interesado usted, como era natural, por el reglamento, por sus líneas generales, y no queriendo ser pesado intentaré decir algunas líneas generales de ese reglamento, que espero haber traído. Este reglamento, como explicita la propia Ley 15/1997 en su exposición de motivos, habla de tres figuras jurídicas. Habla explícitamente de fundaciones, similares a las ya creadas a través del real decreto -ley, habla de empresas públicas y habla de consorcios. Lo que intenta, por consiguiente, hacer este reglamento, siendo respetuoso con la propia exposición de motivos de la ley, es desarrollar estas tres figuras. Estas tres figuras no innovan el ordenamiento jurídico, existen en él. Las fundaciones tienen una amplia tradición legal en el ámbito de las corporaciones locales, de la Administración local; amplio, insisto. Tienen una tradicional contemplación jurídica de las mismas. Los consorcios también provienen básicamente de la Administración local y las empresas públicas o sociedades estatales provienen de las antiguas leyes generales presupuestarias y de las antiguas leyes de la Administración institucional del Estado. Estas tres figuras son las que desarrolla el reglamento. No hay ninguna otra figura.

Y las cuestiones fundamentales serían las siguientes: El reglamento establece, obviamente, una serie de garantías, una serie de garantías de las prestaciones, de los servicios y de los centros, de los controles. Y, en materia de estas garantías, en lo que se refiere a prestaciones, dice el reglamento que garantiza la condición de servicio público y el cumplimiento de todos los principios del Sistema Nacional de Salud en todos los centros que se creen al amparo de la ley y del reglamento. Que garantiza que la atención sanitaria se prestará en todo caso en idénticos términos a lo previsto en el real decreto de 1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias o en la normativa que en cada momento resulte de aplicación. Y garantiza, como es natural, que todas las actividades se desarrollarán con sujeción a los criterios de planificación, a los criterios de coordinación y a las directrices de carácter general emanadas para cualquier otro centro público por el Ministerio de Sanidad y por el Insalud. En garantías, desde el punto de vista de los servicios y centros asistenciales a los que se aplica, se garantiza el mantenimiento pleno e integrado de los centros y servicios dentro de la red del Sistema Nacional de Salud, al igual que el resto de centros del modelo tradicional.

Los controles. Hay controles de eficacia, que le corresponden tanto al Insalud como al propio Ministerio. Hay controles de calidad, que es una de las cuestiones que a S.S. le preocupa, que corresponden al Insalud, con el mismo control de calidad que al resto de los centros; con el mismo control de calidad, señorita, repito, que al resto de los centros. Hay controles económicos y financieros: Intervención General de la Seguridad Social, Tribunal de Cuentas, auditoría externa. Hay, lógicamente, explicitación del régimen presupuestario conforme a lo que establece la Ley General Presupuestaria. Y hay controles de participación y representación; hay participación interna a través de la junta clínica, una junta clínica que se podrá constituir en comisiones técnicas; hay participación externa a través del Consejo de participación como órgano colegiado de asesoramiento y consulta del órgano de gobierno, y hay también órganos de representación laboral, a través de los delegados de personal y comités de empresa, y a través de los delegados de

personal y juntas de personal. Estas son las líneas básicas en las que se inspira el reglamento, y, como es natural, S.S. podrá hacer las reflexiones que considere oportuno.

Su señoría y el portavoz del Grupo Socialista han pedido aclaraciones sobre qué figura podría ser aquella que albergase personal estatutario. Me voy a referir primero al señor Corominas. El señor Corominas hace una pregunta en relación con los consorcios y dice si no es verdad que en los consorcios puede haber personal estatutario. Es verdad que en los consorcios puede haber personal estatutario. También es verdad que en el consorcio no tienen por qué tener titularidad las entidades consorciadas. No me atrevería yo a decir tanto, no me atrevería; lo dejamos en interrogante. Lo razonable, si una Administración pública nada tiene que ver, desde el punto de vista de la titularidad y de la gestión, con un servicio público, es que participe de forma directa, activa, en esa gestión y prestación, aunque solamente sea por un principio de responsabilidad. No nos parece que el consorcio sea susceptible de generalizarse para todos los hospitales. Imagínese un Ayuntamiento de Madrid, por ejemplo, que participe en los 15 hospitales del Insalud simplemente para poder formar consorcios. No tendría mucho sentido.

En las fundaciones, que están sometidas a la Ley 15, pero provienen de la Ley 30/1984, su personal ha de ser laboral, lo dice la propia ley. Y en las empresas públicas también dice la Ley General Presupuestaria que ha de ser laboral. Por tanto, no valen para los hospitales tradicionales. Estamos ante la obligación de crear una nueva figura jurídica de naturaleza y de titularidad pública, que permita explícitamente que el personal sea personal estatutario. Esta es la razón por la que nos hemos comprometido con todos los agentes sociales que trabajan en el ámbito de la sanidad a una figura jurídica, insisto, para que la autonomía y las competencias de que gozan y gozarán los hospitales nuevos, también, lógicamente, las tengan los hospitales tradicionales. En el caso de que haya dos o más administraciones públicas, podemos hacer un consorcio y las fundaciones de la Ley 30 no nos valen para esta misión de mantener el régimen jurídico del personal estatutario. Haremos, por consiguiente, una nueva figura jurídica en el más estricto respeto a las dos condiciones que dice la ley. Y la ley, señor Corominas, habla de dos cosas. No habla de titularidad; habla de titularidad o de naturaleza pública, lo dice literalmente. Y nosotros, ya se lo anticipo, vamos a respetar las dos. Vamos a respetar la titularidad y vamos a respetar la naturaleza.

Señoría, como usted es facultativo, yo tengo pocas cosas que decir sobre que haya facultativos que, por el hecho de trabajar en centros con personificación jurídica, hagan intervenciones quirúrgicas no indicadas. Estoy convencido de que esto no puede ser así, estoy convencido de que ningún facultativo de Alcorcón o de Manacor hace actividad no indicada, estoy convencido, porque incurrirían en responsabilidad e incurrirían en los más elementales principios éticos de su profesión. En cuanto a la calidad, el mismo sistema de información que tienen los hospitales tradicionales, los conservadores, por decirlo de alguna forma, lo tienen estos nuevos hospitales, el mismo. Por consiguiente, la tasa de infección, la tasa de reintervenciones, los reingresos, son los mismos. En esos datos que

usted me va a pedir seguro que incluirá alguno para comprobar que esa calidad se produce, y en el caso de que lo compruebe, espero que no haga usted alguna reflexión de esta naturaleza.

La creatividad, que dónde va a llegar la creatividad. Ya le he respondido: va a crear una figura jurídica de naturaleza y de titularidad pública, que su personal pueda ser estatutario y que, sin embargo, pueda tener la autonomía en la gestión económica de su presupuesto.

Institutos clínicos, cobertura legal, relación con la autonomía hospitalaria. Y también el señor Corominas hacía mención a esta cuestión. Está en lo cierto, señor Corominas, los institutos clínicos no tienen personalidad jurídica y por lo tanto no tienen personal propio, no es posible; al no tener personalidad jurídica, no pueden tener personal propio. Así, no estaban en lo cierto cuando algunos decían que se trataba de fragmentar el hospital, que se trataba de crear pequeñas organizaciones dentro de la organización hospitalaria y que el hospital se compartimentalizaba. Lo contrario. El hospital lo que hace es que disminuye su jerarquía, lo que hace es que rebaja y aplanan la organización, porque el paciente no entiende que pueda ser susceptible de ser revisado por el número de especialidades que el Consejo Nacional de Especialidades considere que deben existir en nuestro país. Si hay 42 especialidades, el paciente entiende mal que haya 42 compartimentos estancos en los hospitales y sin embargo entiende bien que los hospitales se organicen en función del paciente, en función de las patologías; entiende bien que los problemas cardíacos estén resueltos desde el punto de vista de organización y que no se pase del servicio de cardiología al servicio de cirugía cardíaca, a la UCI de coronaria, a los intensivos, etcétera.

Y esto es lo único que se ha hecho, señora portavoz de Izquierda Unida. Se lo hemos dicho y era la intención desde el principio, desde el principio, del Insalud. Y por eso hemos dicho que el 521/1987 prevé explícitamente la agrupación de dos o más servicios. Y esta normativa ya tiene once o doce años, es una normativa bastante tradicional.

Señoría, usted me hace dos preguntas para cuya contestación yo tengo muchas dificultades. Primero, usted me lo ha recordado y yo también se lo he dicho, porque yo no ostento la categoría de diputado, y usted me hace dos preguntas que han de ser contestadas por los grupos parlamentarios. ¿Qué opina de la propuesta de *Convergència i Unió*? ¿Qué opina de la propuesta de un grupo parlamentario? Pues verá usted, entiendo que son los grupos parlamentarios los que habrán de decirlo. Yo ni tengo conocimiento exacto de la propuesta. Lo que sí pienso, y me parece que usted estará de acuerdo, es que si un hospital adquiere un bien con su patrimonio, no con el patrimonio transferido, insisto, si el Hospital La Paz, por ejemplo, adquiere una resonancia nuclear magnética, parecería razonable que tuviera también algún poder de decisión para la enajenación, con independencia de que tuviese los controles y las autorizaciones correspondientes por parte del Insalud. Y que no tenga que ser la Tesorería de la Seguridad Social la que autorice la venta de cualquier tipo de aparataje que adquieran los hospitales. Pero esto no es, evidentemente, la proposición de *Convergència i Unió* sobre el patrimonio de la Seguridad Social. Y yo, si usted me lo permite, no me

voy a pronunciar sobre cuestiones que desde luego no me competen.

Usted acababa fijando, señoría, una posición y diciendo que yo había hablado del amplio consenso de la ley, pero que quedase claro de que en ese amplísimo campo no estaba Izquierda Unida. Pues bien que lo lamentamos, porque en esos amplísimos campos de consenso deben estar los grupos parlamentarios más importantes del país. Y deben estar porque en ese amplio campo de consenso no solamente está España, el Grupo Socialista, todos los grupos nacionalistas, el Grupo Parlamentario Popular; está la Organización Mundial de la Salud. Y he leído textualmente, señoría, lo que dice dicha oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa.

Las cuestiones del señor Corominas. Señor Corominas, la Memoria del Insalud, que se imprimió me parece que en el mes de septiembre, creo recordar que se remitió a los portavoces de los grupos. Creo recordarlo. Están los portavoces aquí y podrán decir si es verdad o no. Y considerando que en un debate parlamentario en el Congreso se puso en duda algunos datos que ofrecía la Memoria, consideramos oportuno que había que remitirla no solamente a los portavoces de los grupos, sino también a los diputados de la Comisión de Sanidad. He de decirle que pregunté cuál era la tradición de la casa y la tradición de la casa no era esa. En todo caso, hay que cambiar las tradiciones y hay que innovar, no solamente en la gestión, sino en determinados comportamientos. Yo reconozco el agradecimiento explícito que ha hecho usted y no se preocupe que tendrá estas Memorias del Insalud, al menos durante el tiempo que podamos seguir haciéndolas.

Mantener la titularidad pública. Yo le vuelvo a reiterar que la ley habla de una doble posibilidad, naturaleza o titularidad pública. Esto es lo que dice la ley. Vuelvo a insistir en que, en esa creatividad a la que se refería la señora diputada de Izquierda Unida, vamos a mantener las dos cosas, la naturaleza y la titularidad; por lo tanto, vamos a mantener la política de consenso que se consiguió por la generosidad de su grupo parlamentario y de otros que entendieron que esto había que hacerlo. No vamos a romper esa política de consenso, no es nuestra intención, se lo aseguro.

En cuanto al consorcio, creo recordar que más o menos he intentado explicarlo. Los institutos clínicos exactamente, está usted en lo cierto, no se amparan en la Ley 15; se amparan en el real decreto del año 1987. Y usted, a partir de ahí, empieza a hacer una serie de manifestaciones que, en mi opinión, nada o poco tienen que ver con el objeto de esta comparecencia. Mi obligación no obstante es al menos contestarle en parte.

Usted pregunta, modelo Alzira. También lo preguntó la diputada de Izquierda Unida. Me gustaría, si es posible, que esta respuesta valga para las dos intervenciones. Usted dice: ¿se ajusta a lo legislado en la Ley 15/1997? Yo creo que la Ley 15/1997 es una ley que modifica o que digamos que amplía otra ley, que es la Ley 14/1986, General de Sanidad. Y usted sabe que el Tribunal Superior de Justicia de Valencia consideró, en principio, ajustado a derecho, ajustado a la Ley General de Sanidad, el modelo Alzira. Por lo tanto, si es conforme a derecho, es legítima. Si no es conforme a derecho, es impugnabile. Mientras el Tribunal Superior de Justicia de Valencia o cualquier otro tribunal

entienda que la concesión administrativa cabe en la Ley General de Sanidad, esta decisión es legítima. Si algún día algún tribunal considera que la concesión administrativa no cabe en la Ley General de Sanidad, habrá de ser impugnada.

A mí me parece una decisión legítima el modelo Alzira y me parece también una decisión legítima los modelos que está aplicando el Insalud. Y cada uno ha de responder por los modelos que aplica, obviamente. Pero, eso sí, hemos de dejarlo claro y no sembrar dudas sobre la legitimidad de las actuaciones cuando éstas tienen apoyo en la ley. Y vuelvo a reiterar: el auto del Tribunal Superior de Justicia de Valencia no suspende la ejecución de la concesión, por considerar que aparentemente —después el tribunal tendrá que entrar en detalle— no se viola la Ley General de Sanidad. Y la Ley General de Sanidad habla de una provisión a través de instituciones privadas. Es verdad que la Ley General de Sanidad dice «instituciones privadas preferentemente sin ánimo de lucro». Pero también de otras instituciones privadas. Si no, imagínese usted cómo es posible que el Insalud y los demás servicios de salud se estén gastando lo que se están gastando en conciertos. Sería ilegítimo y sin embargo es legítimo. Y esto es un concierto en el que, además, la titularidad del centro revertirá al Gobierno de la Comunidad Autónoma Valenciana, por lo que he visto, dentro de un plazo. Yo le vuelvo a reiterar que este asunto está en el Tribunal Superior de Justicia de Valencia. Dejémosle en sede jurisdiccional. Y me parece un modelo legítimo tanto el hacerlo como el no hacerlo. El Insalud es responsable seguro de lo que hace y menos de lo que no hace.

Sacar las manifestaciones de contexto no es lo más adecuado. Aseguramiento único. Eso está aprobado en el Pleno del Congreso de los Diputados en diciembre de 1997. Me remito al «Diario de Sesiones» del Congreso de los Diputados. Y los grupos que apoyaron ese debate aprueban el aseguramiento único, con excepción de las mutualidades de funcionarios. Lo dice el Congreso de los Diputados y pocas cosas se pueden decir cuando hay un documento escrito por primera vez, insisto, sobre lo que se entiende por consolidación y modernización de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Y a mí, si me permiten, me gustaría leer un párrafo, no de ese documento, sino de otro. Literal: Para la nueva época necesitamos en España políticas que, manteniendo el adecuado control del déficit público, mejoren la eficacia del sistema de protección social en la salud, la educación y los servicios sociales. La separación del sector público y privado, tanto en sanidad como en educación, no favorece ni a las clases populares ni a las clases medias. Necesitamos una síntesis de los mejores elementos de ambos sistemas. Está usted de acuerdo con esta afirmación, seguro. **(Un señor diputado: Depende.)** No puede ser que dependa...

El señor **PRESIDENTE**; Señorías, no establezcan diálogo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Usted está de acuerdo. Bien. Necesitamos una síntesis de los mejores elementos de ambos sistemas. No dice pública. Esto es lo que

dice y usted está de acuerdo. Se dice también y lo leo literalmente, porque es que no puedo contestarle de otra forma más que leyendo documentos. Dice: Finalmente, se ha declarado partidario de ensayar nuevos modelos de organización hospitalaria y en clara alusión al Hospital de La Rivera, en Alzira, ha comentado que no se pierde nada en ensayarlo y que siempre se puede sustituir por fórmulas conocidas si no llega a cuajar el ensayo. ¿No está de acuerdo con esto? ¿Cómo no va a estar de acuerdo con esto, señoría? A lo mejor es que se sacó de contexto. Si no está de acuerdo con esto, yo no tengo nada más que decir. Al menos yo ya le anticipo que estoy de acuerdo con esta tercera afirmación. Sigue diciendo: Y apuntó como solución viable un pacto entre el PP y el PSOE, partidos que en su opinión ahora coinciden en el modelo sanitario que defienden. Esto lo dicen destacados representantes del grupo parlamentario del señor Corominas, que entiendo que usted comparte. No es bueno sacar determinadas frases de un párrafo.

Nosotros creemos en el aseguramiento único; nos lo ha dicho el Parlamento, lo vamos a seguir ejecutando, creemos firmemente en el mismo, y creemos que los conciertos han de estar sometidos a publicidad y transparencia. Y creemos que los contratos marco en materia de los conciertos es un buen sistema. Y creemos, en definitiva, que el sector privado tiene un papel que jugar dentro del sector sanitario de nuestro país. Y creemos, eso sí, que los centros sanitarios públicos han de seguir siendo públicos y han de seguir siendo gestionados por gestores públicos bajo la supervisión y bajo la dirección de los ministerios correspondientes.

Por último, y concluyo, señoría, farmacia. Señor Corominas, usted lo sabe perfectamente. Usted sabe perfectamente que en 1998 hemos hablado por activa y por pasiva de la generación de crédito que se produjere como consecuencia de las incorporaciones en materia de incapacidad temporal y en materia del retorno de los ingresos de Farmindustria. Y está en el «Diario de Sesiones».

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**

Señora Maestro, me veo obligado a recordarle que en este trámite parlamentario no existe dúplica. Si es para una cosa muy puntual, le daría un minuto, porque el señor Núñez Feijóo ha contestado de manera exhaustiva a todas las cuestiones que ha planteado su señoría.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor presidente, sólo es una precisión muy concreta.

He entendido que el señor Núñez Feijóo ha dicho que se está buscando una figura jurídica nueva, no existente en nuestro ordenamiento jurídico, que permita de forma explícita que el personal sea personal estatutario. **(El señor Corominas i Busqueta pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, un minuto.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Sólo quería insistir en que yo le he preguntado si estaba de acuerdo conmigo en que no se ajustaba a la Ley 15/1997.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Efectivamente, señora Maestro, eso es lo que he dicho, que se está buscando una figura jurídica nueva que permita que el personal sea personal estatutario. Y al señor Corominas sólo quiero decirle que la Ley 15/1997 vino a modificar la Ley General de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos la presencia del señor Núñez Feijóo y vamos a seguir con el orden del día. **(Pausa.)**

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA (FRANCISCO POLLEDO) PARA INFORMAR SOBRE LAS POLÍTICAS DE COORDINACIÓN EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA DESARROLLADAS DESDE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/001715.)

El señor **PRESIDENTE**: El siguiente punto del orden del día es la comparecencia del director general de Salud Pública, señor Francisco Polledo, para informar sobre las políticas de coordinación en materia de salud pública desarrolladas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. La comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra el señor director general.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Francisco Polledo): Trataré de ser breve.

Señor presidente, señoras y señores diputados, hace un año más o menos, el 23 de abril de 1997, y a petición del Grupo Socialista, intervine ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para explicar la situación y las perspectivas de las políticas de Salud Pública que se desarrollan desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Ya en aquella ocasión, tanto en mi exposición como en las de los portavoces de los distintos grupos parlamentarios que hicieron uso de la palabra, ocupó un espacio relevante la cuestión de la coordinación de las políticas de Salud Pública desarrolladas en España. En efecto, las competencias en materia de salud pública fueron recogidas en la Constitución entre aquellas sobre las que las comunidades autónomas podrían asumir competencias exclusivas. Esa posibilidad fue efectivamente contemplada por todos y cada uno de los estatutos de autonomía y por último así se plasmó en los correspondientes reales decretos de transferencias. Por lo tanto, sin entrar a analizarlo y mucho menos a juzgarlo, lo cierto es que el bloque constitucional desarrollado entre 1978 y 1981 consideró conveniente y posible transferir y fragmentar una función sanitaria, la de la salud pública, con limitado contenido económico pero altísimo componente de autoridad.

Como ya señalé ante esta misma Comisión en abril del año pasado, esa fue una decisión trascendente que viene

condicionando las políticas de salud pública que se desarrollan en España. El que se abriera, como se hizo, la posibilidad de que en problemas de salud pública pudieran adoptarse decisiones diferentes y aun contradictorias por administraciones sanitarias de distinta base territorial ha venido marcando, y sin duda seguirá haciéndolo en el futuro, las políticas de salud pública que pueden y deben desarrollarse desde la Administración del Estado y más concretamente desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Desde este Departamento se asume como una de sus prioridades el mantenimiento de una constante labor de coordinación de las políticas de salud pública de las comunidades autónomas, todo ello, como no podía ser de otra manera, con un pleno respeto a las competencias de las comunidades autónomas y bajo la inspiración y el principio impulsor de que con esa actuación de coordinación se trata no tanto de cubrir una necesidad o un anhelo del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino de construir un instrumento que ha de redundar en una mayor eficacia de las comunidades autónomas en el desempeño de sus competencias. Porque es cierto, como hemos señalado, que la distribución de las competencias con carácter exclusivo puede generar situaciones en las que, ante problemas o circunstancias similares, se adopten decisiones diferentes, pero no es menos cierto que esas situaciones no son generalmente bien entendidas por la población y acaban generando problemas para el efectivo ejercicio de su soberanía para estos temas por parte de las comunidades autónomas.

Apunté también en mi intervención de abril del año pasado que la interpretación constitucional del contenido de la alta inspección, que impidió que llegara a constituirse en un instrumento útil para el fin que nos ocupa, dejaba en manos del Sistema Nacional de Salud dos exclusivos instrumentos de coordinación: el Consejo Interterritorial y el Plan integrado de salud. Además, desde mi punto de vista, habría otras dos herramientas accesorias, el dictado de normativa básica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y las políticas presupuestarias que este departamento pudiera desarrollar en materia de salud pública. Pues bien, el núcleo de mi intervención constituirá un repaso de las acciones que se están desarrollando por el Ministerio de Sanidad y Consumo en cada uno de esos cuatro apartados: Comisión de salud pública del Consejo interterritorial, planificación, normativa básica y política presupuestaria.

La Comisión de salud pública constituye sin duda el instrumento clave para la coordinación de las decisiones que en materia de salud pública tienen que adoptar las comunidades autónomas. Su funcionamiento viene siendo juzgado, de forma unánime, como correcto y eficaz y frecuentemente se la ha señalado como ejemplo a seguir para todos aquellos ámbitos del Sistema Nacional de Salud que precisen de una coordinación interterritorial. Su inspiración estriba en respetar escrupulosamente las competencias de cada comunidad autónoma y en huir de toda obsesiva vocación por conseguir la unanimidad o la homogeneidad. Pero también su funcionamiento se alimenta de un constante compromiso con el principio de que las decisiones que se adopten se basen en las mejores evidencias y técnicas disponibles, que cada autoridad competente sepa cuáles son las decisiones que han adoptado el resto de comunidades autónomas y, en un marco de mutuo respeto y lealtad,

que se pueda llegar a planteamientos globales en los que estén perfectamente explicadas las diferencias que puedan existir.

Se trata de un órgano ágil, consolidado, respetado y no cuestionado por nadie, que, insisto, puede presentarse como un modelo para cualquier política que precise la coordinación interterritorial. Un órgano capaz de compartir la gestión del corto plazo, tan frecuente en las urgencias de salud pública, como de abordar cuestiones de medio y largo plazo. Un órgano, en definitiva, que entiende y desarrolla la labor de coordinación con respeto literal a la interpretación que el Tribunal Constitucional ha venido manteniendo para esa función, es decir, como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema.

En definitiva, un órgano que puede presentar importantes balances de gestión. Así, desde mayo de 1996 hasta noviembre de 1998, la Comisión de Salud Pública ha mantenido 17 reuniones ordinarias y 6 reuniones extraordinarias, y las ponencias de ella dependientes (Vigilancia epidemiológica, Salud alimentaria, Sanidad ambiental, Vacunaciones y Salud laboral) han mantenido en ese mismo período 51 sesiones de trabajo.

En los últimos treinta meses no ha habido absolutamente ningún problema de salud pública en España, en alguna de sus comunidades autónomas, que no haya sido analizado por la Comisión de Salud Pública y para el que, en caso de ser necesario, no se haya adoptado alguna decisión por parte de la Comisión. Por ella han pasado los calendarios de vacunaciones, las medidas dirigidas a evitar la encefalopatía espongiiforme bovina, los alimentos transgénicos, la problemática relativa a *Escherichia coli* 157, el brote de tularemia de Castilla y León, el sistema de vigilancia epidemiológico de infección por VIH, los sistemas de información y los protocolos de vigilancia de salud laboral, la acreditación de los laboratorios de salud pública, los programas de lucha contra el tabaquismo, etcétera. Y no ha sido además una labor que haya terminado en sí misma, sino que ha propiciado la elevación de propuestas al propio Pleno del Consejo Interterritorial.

En efecto, en los últimos treinta meses la Comisión de Salud Pública ha elevado al Pleno siete propuestas, que éste ha adoptado en todos los casos, que van desde la aprobación de los protocolos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria hasta los criterios de acreditación de los servicios médicos de los servicios de prevención, pasando por la introducción de la vacunación frente a *Haemophylus influenzae* tipo B en los calendarios de vacunación.

En definitiva, señorías, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo podemos garantizar con rotundidad que el Sistema Nacional de Salud cuenta con una herramienta eficaz, consolidada, que goza del general reconocimiento y aceptación para propiciar que, en el proceso de toma de decisiones en materia de salud pública, las comunidades autónomas puedan disponer de la mejor información técnica y científica, sepan cuáles son las intenciones del resto de las

autoridades implicadas y consigan en todo caso posiciones globales y, cuando resulte conveniente, uniformes.

Créame si les digo que ésta no es sólo mi opinión, sino la de muchos responsables políticos en materia de salud pública. Un instrumento útil que debemos seguir cuidando entre todos, alejándolo de enfoques sectarios, porque sin duda es un elemento decisivo para aminorar los potenciales efectos negativos, que los hay, que en materia de salud pública podrían derivarse de la distribución competencial.

La segunda herramienta de coordinación estribaba en la planificación. Señalaba anteriormente que otro de los instrumentos de coordinación en materia de salud pública lo podría constituir un futurible Plan integrado de salud, tal y como se recoge en el título III del capítulo 4.º de la Ley General de Sanidad. Hace casi trece años que se redactaron los artículos a los que me refiero, y sinceramente creo que es un ejercicio de razonamiento, más que de crítica, el certificar: primero, que en aquellos momentos algunos aspectos de planificación sanitaria en materia de salud pública conciliaban un acuerdo técnico y científico más generalizado que en la actualidad; segundo, que las consecuencias reales de las transferencias sanitarias no se habían manifestado todavía con claridad; tercero, faltaba doctrina del Tribunal Constitucional relativa a diversos aspectos del Estado de las autonomías; cuarto, finalmente, no se habían expresado prácticamente algunas de las consecuencias derivadas de la fragmentación de las autoridades sanitarias ni de la no coincidencia dentro de un mismo ámbito territorial de la autoridad política responsable de la asistencia sanitaria con la autoridad política responsable de la salud pública.

Fuera como fuese, la Ley General de Sanidad preveía la necesidad de la elaboración de planes de salud de diferente índole y ámbito y, aún más, preveía la confluencia de todos ellos en un supuesto Plan integrado de salud.

Lo previsto por la ley no fue un simple espejismo de rápida evanescencia, sino que propició actuaciones consecuentes con ello por parte de todas las administraciones sanitarias. Así, en octubre de 1988, el Pleno del Consejo Interterritorial aprobó el conjunto mínimo de objetivos e indicadores nacionales para la evaluación de los planes de salud. En diciembre de 1990 este mismo órgano aprobaba una propuesta de desarrollo de los contenidos mínimos de los planes de salud y una revisión de los indicadores. Incluso en 1989 se aprobaba un real decreto que establecía los procedimientos y los plazos para la elaboración de los planes de salud y, aún más, preveía un esquema concreto para el contenido de éstos, en los que según la norma, no podían faltar las siguientes partes: un análisis y diagnóstico de los problemas, establecimiento de objetivos, programas a desarrollar, financiación, responsabilidades de ejecución y sistemas de evaluación.

Fuera como fuese, el caso es que se creó una dinámica que impulsó a todas las administraciones sanitarias en una obra planificada, aunque en muchos casos, como un simple ejercicio intelectual y teórico que, emprendido con diferente entusiasmo y acierto, justificó en múltiples documentos. Así, por lo que se refiere al ámbito concreto de las comunidades autónomas, hace unos pocos meses que se ha culminado una trayectoria que ha terminado dando finalmente un Plan de salud a todas y cada una de ellas.

Así pues, nos encontramos con una abigarrada y prolífica actividad planificadora, que además, al menos teóricamente y en una interpretación literal de lo previsto normativamente, debería culminar en un nuevo plan, el Plan integrado de salud. Sin embargo, resultaría de una obstinación recalcitrante no hacer un análisis del panorama existente antes de seguir dando pasos. Un análisis que debe partir de la constatación de los siguientes hechos.

Primero, la actividad planificadora de las comunidades autónomas se ha registrado en un intervalo de al menos nueve años, aunque ya pueden encontrarse antecedentes datados en 1986, lo que extendería la horquilla hasta los doce años. Como no podía ser de otra manera, esta falta de sincronía se refleja en los contenidos de los documentos, que presentan una importante heterogeneidad.

Segundo, pocos de los documentos aprobados respetan todos los contenidos normativamente previstos. Solamente uno de ellos recoge los aspectos de financiación y sólo cinco comprenden expresamente lo relativo a la atribución de la ejecución y los sistemas de evaluación.

Tercero, la vocación íntima de cada uno de los planes de las comunidades autónomas varía desde aquellos que son puramente salubristas hasta aquellos otros que otorgan un importante papel a los aspectos asistenciales, pasando por los que equilibran ambos componentes.

Cuarto, mientras que algunas comunidades autónomas han finalizado hace apenas algunas semanas su primer Plan de salud, otras están a punto de iniciar los trabajos que les deberán conducir a la tercera revisión.

En quinto lugar, la naturaleza jurídica y política de los planes oscila desde el simple documento técnico hasta el aprobado formalmente por el órgano del poder ejecutivo y aun, en una minoría de supuestos, por el órgano legislativo. Consecuentemente con lo anterior, la influencia eficaz de lo realmente previsto en cada plan en la política sanitaria de cada comunidad autónoma varía, sin que ello los desprovea en ningún caso del beneficioso efecto derivado de la sistematización que cualquier plan supone.

Independientemente de cuáles hayan sido sus previsiones y sus contenidos, los servicios de salud, todos, sin excepciones, no se han mostrado excesivamente permeables a los planes de salud. Entiéndase todo lo dicho no como una crítica de quien está convencido de que las cosas se han hecho mal y podrían haberse hecho bien. Al contrario, evaluamos como muy beneficiosa toda la actividad de planificación efectuada, el esfuerzo de sistematización que ha llevado implícito, la mejora de la calidad del debate político que ha supuesto a la hora de tratar aspectos de prioridades, la cierta evaluación de eficacias que ha permitido y la contribución que ha supuesto a la hora de permitir la conexión de proyectos como el de SALUD PARA TODOS. Pero en lo que se refiere a seguir dando pasos, resultaría descabellado no tener en cuenta algunas de las características del proceso que comentamos. Y es en ese contexto en el que nos embarcamos hace algunos meses, en el proyecto de elaborar un documento, un informe, del cual tenemos en este momento el sexto borrador, que esperamos que sea el definitivo, sobre la salud de los españoles. Un contexto al que habría que añadir algunos elementos de variada naturaleza y variada influencia, pero que en todo caso también hemos tratado de tener en cuenta.

En primer lugar, el panorama internacional. En países de nuestro entorno son frecuentes documentos, de Estado o de nación, comprensivos de los principales problemas de salud, sus determinantes y los objetivos a los que mueven a los responsables de las administraciones sanitarias. Gran Bretaña, Francia, Dinamarca e Italia son ejemplos de lo mencionado.

En segundo lugar, la naciente aunque incierta vertiente comunitaria de las políticas de salud pública. En efecto, la modificación del artículo 129 del Tratado de la Unión, el informe del Parlamento Europeo en relación con la encefalopatía espongiiforme, la reestructuración de los servicios de la Comisión de la Unión Europea y la propia dinámica del Consejo de Ministros de Sanidad son factores que están incrementando las posibilidades reales de que la Unión Europea cuente con algo parecido a una política de salud pública. De hecho, en estos momentos se está discutiendo un proyecto muy inicial sobre un nuevo marco para las políticas de salud pública en la Unión Europea, y para el proceso de discusión y negociación que se abre, a cualquier Estado miembro le resultará enormemente útil un documento como el que nos ocupa.

En tercer lugar, y por las mismas razones que en el caso anterior, el proyecto SALUD XXI, de la Organización Mundial de la Salud, que habrá de sustituir a SALUD PARA TODOS, aconseja una puesta al día de los informes sobre la situación de la salud y sus determinantes.

En cuarto lugar, un panorama marcado también por excelentes estudios y trabajos procedentes de grupos universitarios, investigadores a título individual o sociedades científicas, en los que se han abordado con carácter general, o particularizando en el tiempo o en el espacio, las características de los problemas de salud: su evolución, su solución, etcétera. Tampoco faltan en esta misma línea extraordinarias aproximaciones efectuadas desde instancias administrativas, algunas de ellas desde el propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

Y finalmente, y como no podía ser de otra manera, la aparición de nuevas fuentes de información o la actualización temporal de las que tradicionalmente han venido utilizándose.

Es en este panorama en el que se inscribe nuestro proyecto, un proyecto que no pretende elaborar un documento de planificación sanitaria específica y de organización del sistema asistencial. Un documento que no quiere ser ni un Plan de salud ni el Plan integrado de salud. Estamos ante el fruto de un proyecto que ha escuchado con atención las piezas interpretadas hasta este momento por múltiples instrumentos, que las valora todas muy positivamente, pero que pretende dar una nota de diapasón para favorecer los acoplamientos de las sucesivas interpretaciones para colaborar a construir una obra sinfónica.

Es evidente que en los próximos meses y años asistiremos a una revisión generalizada de los planes de salud de las comunidades autónomas, y creemos muy conveniente que ese proceso se realice teniendo como elemento de referencia el informe que nos ocupa. Estamos convencidos que de esa manera será mucho más fácil obtener un panorama más homogéneo, capaz de llegar a posibilitar empresas aún más ambiciosas en el ámbito de la planificación de salud pública. En definitiva, queremos construir un informe de

salud pública que anime el debate social, político y profesional sobre los principales problemas de salud y sus determinantes.

Tercer instrumento de coordinación: listado de normativa básica. El Ministerio de Sanidad y Consumo mantiene una activa producción normativa, especialmente dirigida a propiciar una recepción uniforme en todo el Estado de las disposiciones adoptadas por la Unión Europea. Durante los últimos treinta meses el Ministerio ha tramitado 24 reales decretos y 13 órdenes ministeriales. Se encuentran entre todas estas disposiciones, por ejemplo, la aprobación de los criterios de calidad en medicina nuclear, la reglamentación técnico-sanitaria de los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad, o el reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, o la aprobación de los criterios de calidad en radioterapia. En definitiva, una actividad que está propiciando una recepción uniforme en el conjunto del Estado de la normativa procedente de la Unión Europea, y no solamente de la normativa, sino también de la aplicación efectiva de la misma.

Y por último, y termino, señorías, un cuarto instrumento: política presupuestaria. La primera apreciación que debemos hacer en relación a este elemento es poner de relieve su novedad. Efectivamente, en los presupuestos del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1998 figuró por primera vez una partida, en su capítulo 4 de 375 millones de pesetas para distribuir entre las comunidades autónomas en concepto de subvención al desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, especialmente en el ámbito de las enfermedades emergentes y reemergentes y de las enfermedades de especial relevancia.

Gracias a ello, el pasado 22 de marzo el Pleno del Consejo Interterritorial propuso unos criterios de distribución de estas partidas y decidió que las comunidades autónomas beneficiadas las destinasen a los siguientes proyectos: lucha contra el tabaquismo, especialmente en el ámbito sanitario; ejecución del calendario de vacunaciones aprobado por el Consejo Interterritorial; prevención de las encefalopatías animales transmisibles al hombre; desarrollo del Plan nacional de hemoterapia; adecuación de los laboratorios de salud pública a las exigencias de la normativa de la Unión Europea; mejora de los sistemas de información relativos a los trastornos nutricionales y desarrollo de programas de lucha contra la tuberculosis.

En definitiva, pues, otro instrumento, en este caso presupuestario e inédito, que ha sido puesto en funcionamiento desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y que ha ayudado a pactar y desarrollar conjuntamente por todas las comunidades autónomas actuaciones concretas en el campo de la Salud pública.

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

El señor **ALCALDE SÁNCHEZ:** Quiero, señorías, en primer lugar agradecer su comparecencia al señor don Francisco Polledo, director general de Salud Pública, para explicar, como ha hecho de forma exhaustiva y desde luego totalmente satisfactoria para el grupo proponente, para el

Grupo Popular, las políticas de coordinación que en materia de salud pública está desarrollando el Ministerio de Sanidad.

Desde el Gobierno y desde mi grupo hemos venido sosteniendo que el foro diseñado por la Ley General de Sanidad para la puesta en común de las políticas sanitarias de las distintas administraciones competentes, o sea, el Consejo Interterritorial, debía ser potenciado, e incluso revisadas y definidas las funciones de la autoridad central para el futuro, ya que, como ha dicho el señor director general, la transferencia de las competencias en materia de asistencia sanitaria a las diez comunidades autónomas que en estos momentos no la poseen, cuando se produzca, modificará sustancialmente el papel del Ministerio de Sanidad dentro del propio Sistema Nacional de Salud.

Consideramos que en ese escenario de descentralización plena de la asistencia sanitaria hay que otorgar al Consejo Interterritorial unas mayores facultades de decisión, potenciando el papel coordinador que tiene el Ministerio de Sanidad. Esta opinión entendemos que no sólo la comparte el Gobierno y el principal grupo que lo sostiene, sino que también parecen compartirla los grupos que apoyaron el acuerdo de la subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, el 18 de diciembre de 1997, cuando había dicho acuerdo de establecer un nuevo régimen de funcionamiento interno del Consejo Interterritorial, así como de la necesidad de establecer, a través del mismo, acuerdos y convenios para la implantación de las iniciativas parlamentarias que se produzcan en materia de organización y gestión sanitaria.

Nos ha recordado el señor don Francisco Polledo los antecedentes constitucionales que han conducido al marco competencial por comunidades autónomas con el que nos dotamos los españoles en este momento, por lo que no me voy a extender al respecto. Pero sí que me voy a referir, señorías, al fondo de esta comparecencia, solicitada por mi grupo, y que no es otro que la coordinación de las políticas sanitarias en general, y más concretamente de la salud pública.

La coordinación general sanitaria ha sido una de las principales preocupaciones del actual Gobierno desde su toma de posesión, y se ha plasmado fundamentalmente en dos aspectos concretos. Por un lado, se ha dado un gran impulso a las tareas del Consejo Interterritorial, de forma que se ha incrementado de manera evidente el número de reuniones del plenario de dicho Consejo, de las comisiones permanentes y de los grupos de trabajo que lo componen, así como el número e importancia de los acuerdos adoptados. Concretamente, el número de reuniones se ha duplicado en 1997 y en 1998 respecto de la media anual que había hasta 1996.

Por otro lado, se han reactivado las aletargadas comisiones mixtas de coordinación con las comunidades autónomas que todavía no han recibido las competencias sanitarias en materia de asistencia, y se ha promovido la reforma de los estatutos de autonomía precisos para que todas las comunidades autónomas puedan recibir dichas transferencias, de manera que ya se han modificado los de Aragón, Castilla-La Mancha, Murcia y Madrid, estando en tramitación parlamentaria en este momento la reforma del resto.

Señorías, si en materia de asistencia sanitaria no es fácil coordinar al Estado y a siete comunidades autónomas que tienen transferidas las competencias, en lo que se refiere a salud pública lo es todavía menos, pues todas las comunidades autónomas tienen competencias exclusivas, como perfectamente nos ha dicho el director general, en la materia, pudiendo adoptar decisiones distintas ante problemas iguales. Por lo que una cuestión tan delicada como la sanitaria, no sólo en sí misma sino también por la amplia repercusión social que tiene cualquier noticia o decisión al respecto, señor don Francisco Polledo, convierte en una labor ardua y meritoria la coordinación que está desempeñando el Ministerio. Si además esta función se está realizando no sólo de forma correcta y eficaz, sino más bien modélica, diría yo, señor director general, como un ejemplo a seguir en otras esferas de la coordinación institucional, no podemos por menos que expresarle desde mi grupo parlamentario nuestra satisfacción y nuestra felicitación por la parte importante que a usted le corresponde en ello.

Entrando ya en la actividad coordinadora de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial, no me voy a centrar en las 17 reuniones ordinarias y 6 extraordinarias que ha mantenido la citada Comisión desde la entrada del actual Gobierno, ni tampoco sobre los múltiples asuntos tratados en la misma ni en las propuestas elevadas al Pleno, todas ellas aprobadas por dicho plenario, pero sí que voy a referirme, aunque al dejarme alguna no quiera menospreciarla, a las que, según mi criterio, merecen mayor significación.

Voy a referirme concretamente, dentro de esta labor coordinadora de las políticas de salud pública de las comunidades autónomas, a la que se está haciendo frente a las enfermedades emergentes y de especial relevancia. Hay razones que aconsejaban y siguen aconsejando una armonización de las mismas, especialmente cuando pudiera estar en peligro el derecho que tienen los ciudadanos a la igualdad en la protección de la salud. Para favorecer dicha labor y colaborar con la que viene desarrollando la Comisión de Salud Pública, el Ministerio de Sanidad ha contado en sus presupuestos para 1998, como ha referido el director general, con 375 millones a transferir a las comunidades autónomas para estas políticas.

Igualmente me gustaría destacar la labor de la Comisión en materia de salud laboral, señor don Francisco Polledo, ya que, una vez aprobada la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y los reglamentos que la desarrollan, yo diría que amplia y difusamente, corresponde al Ministerio mantener una línea clara de actuación que garantice las actuaciones, valga la redundancia, de las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas respectivas, de manera que ésta resulte lo más homogénea posible. Ya se ha aprobado un documento relativo a los criterios de acreditación de los servicios médicos de prevención. Y a lo largo de este año, 1998, en esta área el Ministerio está dirigiendo su esfuerzo a la elaboración de sistemas de información homogéneos, que son fundamentales, de modo que la información epidemiológica que se pueda recoger en los centros de trabajo resulte en principio comparable, que es lo mínimo que se puede exigir, independientemente del ámbito territorial en el que se esté generando esta información.

Asimismo en materia de redes de alerta es preciso unificar las existentes, y en el seno del Consejo Interterritorial se han venido desarrollando diversas redes de alerta en relación con riesgos alimentarios, medioambientales y novedades epidemiológicas derivadas de los sistemas de vigilancia.

En materia de seguridad transfusional es preciso promover la creación de un sistema estatal de seguridad transfusional dentro del Plan nacional de hemoterapia, y el Consejo Interterritorial estudió un informe presentado por la Dirección General que usted dirige sobre el desarrollo del Plan nacional de hemoterapia. Igualmente estudió un documento relativo a su evaluación y desarrollo futuro, que incluía la necesidad de crear un sistema estatal de seguridad transfusional.

Otro punto a destacar entiendo que es el que se refiere a desarrollar la coordinación y mejora de los programas de vacunaciones, una vez conseguida la unificación de los calendarios de las distintas comunidades autónomas a través de la decisión del Pleno del Consejo Interterritorial por la que se incluyó en los mismos la vacunación frente al *Haemophilus influenzae* tipo B. Se va a proceder a una periódica actualización de dichos calendarios a la luz, por supuesto, de las evidencias científicas y de las situaciones epidemiológicas que se puedan registrar. En concreto, a lo largo de 1998 se está estudiando detalladamente un análisis respecto a la conveniencia de introducir la vacunación contra la varicela.

Voy a referirme a continuación a otra faceta de la coordinación en materia de salud pública, que es el Plan integrado de salud, al que ha hecho usted referencia y que contempla la Ley General de Sanidad en su artículo 74. Mi grupo, señor don Francisco Polledo, comparte plenamente las explicaciones que usted ha dado al respecto. Es prácticamente imposible conjugar 17 planes de salud autonómicos (por cierto, el último es muy reciente) que han sido realizados en un periodo de tiempo tan dilatado —han transcurrido doce años, creo recordar que ha dicho usted, desde los primeros trabajos al respecto—, confeccionados cada uno de ellos con unos parámetros planificadores distintos, con un soporte jurídico, como usted ha recalcado, muy diferente, por lo que sería tanto como mezclar o juntar elementos que no son homogéneos, que adulterarían, sin lugar a dudas y por completo, el resultado final, el llamado Plan integrado de salud.

Esta opinión, por otra parte, parecen compartirla, y así ha aparecido recientemente en los medios de comunicación, las comunidades autónomas, por lo que mi grupo quiere aplaudir la iniciativa del Ministerio de confeccionar el documento ESTADO DE SALUD DE LA NACIÓN, que se está elaborando, con objeto de convertirlo en elemento de referencia recopiladora de los principales problemas de salud de los españoles, analizando la situación en nuestro país en el entorno internacional y definiendo y cuantificando los diez principales problemas de salud.

Ya como conclusión, señorías, sin entrar, en aras de la brevedad, a hablar de la actividad normativa, mi grupo se congratula de que la actividad del Consejo Interterritorial en general y de la Comisión de Salud pública en particular se haya visto potenciada con el actual Gobierno, por lo que son para nosotros difícilmente comprensibles las críticas

que algún miembro de la oposición ha realizado respecto a una presumible inexistencia de coordinación o una situación de clientelismo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Montes Contreras.

La señora **MONTES CONTRERAS**: En primer lugar, yo quiero agradecer la comparecencia del señor Polledo esta tarde aquí, en la Comisión de Sanidad y Consumo. Y agradecerle que se nos presente un trabajo en este ámbito de la salud pública, un trabajo que, como el señor Polledo sabe, es continuación de lo que se había estado desarrollando por parte de Gobiernos anteriores, aunque en los últimos tiempos mi grupo no visualizaba ningún trabajo en el campo de la salud pública. A lo mejor hay a quien no le gusta escuchar esto, pero es así. Y después le explicaré algunas de las cuestiones por las cuales nuestro grupo no ha visto esta coordinación y esta actuación por parte del Gobierno de la nación.

A mí me gustaría, primero, definir lo que entendemos por salud pública, esto es, aquellas actuaciones que van encaminadas a prevenir las enfermedades, a prolongar la vida y a promocionar la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. Para ello tiene que desarrollar una serie de funciones, como son la de ejercer la autoridad sanitaria, la planificación, la evaluación y el diseño de políticas de salud y también otro tipo de actuaciones, como son los servicios específicos de protección y promoción de la salud colectiva.

Me gustaría recordar algo que yo creo que es de sobra conocido, que ha reiterado bastantes veces la Organización Mundial de la Salud y que leo textualmente: Los prerequisites para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la Seguridad Social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el acceso al poder de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo, la pobreza es la mayor amenaza a la salud. Esto figura en la Declaración de la Organización Mundial de la Salud de Yakarta de 1997. Con esto intento describirles cómo entendemos nosotros que hay que actuar en el ámbito de la salud pública.

Desde mi grupo no creemos que las actuaciones del Gobierno del Partido Popular hasta ahora vayan encaminadas a superar ninguno de estos obstáculos en la vida de muchos hombres y mujeres de nuestro país. La salud pública, entendida de la manera como la acabo de definir, tiene muchos componentes que son intersectoriales, que no los podemos enmarcar solamente en el ámbito sanitario. Una política, que es la que está desarrollando el Gobierno del Partido Popular, que favorece a los que más tienen va justo en la dirección contraria a esa salud para todos, que requiere del esfuerzo solidario de la mayoría para promocionar las situaciones desfavorecidas de las minorías. Y yo creo que aquí hay que hacer mención a las reformas fiscales que el Partido Popular está poniendo en marcha desde que ha llegado al Gobierno, que hacen que el esfuerzo fiscal invierta la tendencia que hasta ahora había tenido. Sí, señor presidente, así entiendo yo la salud pública.

El Gobierno del Partido Popular... (**Rumores.**)

Señor presidente, pido su amparo.

El señor **PRESIDENTE**: Está amparada en cualquier caso, pero yo no he captado ninguna alusión directa.

La señora **MONTES CONTRERAS**: Pero yo me distraigo.

Las reformas fiscales que ha venido adoptando el Gobierno del Partido Popular desde que llegó al poder han ido encaminadas justo en la dirección contraria a una redistribución de la riqueza, porque ha hecho recaer el esfuerzo fiscal en todos los ciudadanos por igual, mientras que se han ido disminuyendo los ingresos fiscales de aquellos ciudadanos que tienen más capital. Por tanto, creemos que no va en la dirección de buscar la equidad para todos los ciudadanos y limar esas diferencias que hacen que la situación de salud sea distinta para aquellos que menos tienen. Y esto es una evidencia.

Tenemos que partir de los datos que tenemos sobre la salud de los españoles que, en líneas generales, indican que España tiene una buena situación de salud en relación a los países de nuestro entorno europeo. Y tengo que señalar que a esto algo habremos contribuido los socialistas a lo largo de los años de Gobierno con la construcción del Estado del bienestar.

La mortalidad ha ido descendiendo, porque han ido descendiendo las enfermedades del aparato circulatorio, aunque han ido subiendo los tumores malignos, básicamente los tumores de pulmón. El indicador de buena salud subjetiva es malo concretamente (estoy definiendo cuál es la situación de salud que tenemos en estos momentos) para el conjunto de las mujeres en nuestro país. Es cierto que las mujeres vivimos más tiempo como media, pero también es verdad que sentimos que nuestra salud es peor.

Otra de las características que definen el estado de salud de nuestro país es que existen desigualdades entre comunidades autónomas, que nos indican hacia dónde se deben orientar los esfuerzos por parte del Gobierno. Yo creo que el no reconocimiento del censo de 1996 a efectos de la financiación autonómica es un handicap para conseguir la equidad en cuanto al derecho a la salud de comunidades autónomas que parten de una situación históricamente desfavorecida. Hay informes que hablan de esta desigualdad en el estado de salud según qué comunidades autónomas, que coincide que son las comunidades autónomas del sur. Entonces, el hecho de que no se reconozca el censo de población real que existe en este momento hace que haya ciudadanos que no estén recibiendo la financiación que necesitan para dar cobertura a los servicios.

Creemos además, por los datos que tenemos, que es necesario mejorar las estadísticas sobre mortalidad y los sistemas de información sanitaria para poder utilizarlos en el diseño de políticas de salud. Parece que en esto estamos avanzando.

Acerca de las líneas de actuación que el señor Polledo nos ha ido indicando, como son el trabajo en la calidad de los servicios sanitarios, la nutrición y alimentación, no voy a entrar a definir cada una de las actuaciones que se llevan a cabo, pero sí a enumerarlas. Los programas de vacunaciones, salud materno-infantil y programas sobre el sida son cuestiones sobre las que hay que seguir trabajando; hay

que ir adaptándose a las nuevas demandas y situaciones que en estos momentos tenemos. Pero hemos de hacer especial incidencia en temas en los que hemos profundizado menos anteriormente, como son la seguridad ambiental, la seguridad alimentaria y las nuevas enfermedades emergentes y reemergentes.

Una vez hecho este repaso a nivel general, me gustaría plantear una serie de cuestiones, que son las que a nuestro grupo le han hecho pensar y tener esa sensación de que no existía una política de salud pública en nuestro país en estos tres últimos años, porque nos hemos encontrado ante una serie de cuestiones que han generado una gran preocupación en todos los ciudadanos en nuestro país. Me estoy refiriendo a la hepatitis C en la Comunidad de Valencia; a la salud de las mujeres, a la planificación familiar, donde no vemos una actuación clara que desarrolle políticas en este sentido; a los accidentes domésticos —en estos últimos días hemos tenido la posibilidad de ver un informe que muestra que han aumentado considerablemente en el último año—; a los accidentes laborales, que continúan produciéndose y cada vez con mayor gravedad; a los accidentes de tráfico, que nosotros no creemos, como alguna vez ha dicho el Gobierno, que se producen porque la situación económica es buena, porque España va bien y por eso la gente se mata en accidentes de tráfico. Nosotros no creemos que eso sea así; algo tendrá que ver el hecho de que el índice de alcoholemia detectado a los conductores en los controles haya aumentado. Aparte están otros problemas que se han ido presentando, como es el brote de meningitis C; por cierto, en mi grupo tenemos una información oficiosa sobre que hay un informe del laboratorio Carlos III en el que se pone de manifiesto que no hay una previsión diferenciada de la incidencia entre las comunidades autónomas que han vacunado y las que no. Nos gustaría que el señor Polledo nos aclarase si es verdad que esto es así.

Un caso que hemos visto —justamente ayer mismo lo teníamos en los medios de comunicación— es el de la legionella en el hospital Miguel Servet de Zaragoza. Parece ser que desde hace dos meses se tenía noticias de que existía este problema y hasta pasados dos meses no se ha empezado a poner medidas para atajarlo. **(El señor Alcalde Sánchez: Qué barbaridad.—La señora Amador Millán pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Amador.

La señora **AMADOR MILLÁN**: Quisiera, señor presidente, que llamase al orden para que pueda concluir su intervención la ponente del Grupo Socialista y para que los diputados del Grupo Popular mantengan la misma actitud de respeto que hemos mantenido los del Grupo Socialista ante la intervención de su portavoz, que merecía también no ya comentarios, sino algunas exclamaciones, porque sus palabras han producido sonrojo. De manera que, o permiten concluir la intervención, señor presidente, o nosotros tendremos que interrumpirla ante la imposibilidad de hacer una exposición coherente, en vista de los jocosos comentarios que se permiten y que dicen bien poco de la actitud de los representantes que hoy asisten a la Comisión.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Amador, yo le agradezco su intervención; pero le quiero recordar que precisamente el Grupo Parlamentario Socialista no es un dechado de virtudes en ese aspecto. Yo encantado de que usted haga las reclamaciones que estime oportunas, pero luego las cumpliremos todos. No he detectado que se salgan de lo habitual en las comparecencias las exclamaciones que puedan haber hecho los miembros del Grupo Parlamentario Popular; no se han diferenciado en nada de las que pueda haber hecho el Grupo Parlamentario Socialista en la intervención o en la comparecencia anterior, en la que más de una vez he tenido que llamar no al orden, porque no es la costumbre de este presidente, pero sí la atención para que moderasen expresiones o gestos, que usted sabe que es una cosa muy habitual en su grupo, en todos los grupos parlamentarios y en toda la práctica parlamentaria.

Puede continuar la señora Contreras.

La señora **MONTES CONTRERAS:** Por último, yo quería plantear el asunto de la encefalopatía espongiiforme, en el que en su momento tampoco vimos esa coordinación y esa actuación decidida por parte del Gobierno. Ahora, cuando se ha producido el levantamiento del embargo a las exportaciones de la Unión Europea del vacuno británico, queríamos hacerle una serie de preguntas al señor Polledo para tranquilizar, si es posible, a la población sobre los riesgos a los que nos podemos estar enfrentando.

A mi grupo le gustaría saber si se han pedido los informes preceptivos de los expertos. Nos gustaría conocer también qué papel es el que ha jugado el Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con el Ministerio de Agricultura en la posición que el Gobierno español ha mantenido; le recuerdo que se ha abstenido. ¿Por qué se ha abstenido? ¿Está en condiciones o no de garantizar la seguridad en el consumo del vacuno procedente de Inglaterra? ¿Qué garantías puede ofrecer a los ciudadanos?

Y, por último, le voy a hacer un par de preguntas al hilo de su exposición, señor Polledo. Una es si me puede explicar cuál es el motivo de las seis reuniones extraordinarias que ha celebrado la Comisión de salud pública. Y la segunda: si ese borrador sobre el estado de salud de los españoles es el que pidió el Grupo Socialista en el debate sobre el Estado de la Nación y al que el Grupo Popular votó en contra, rechazó.

El señor **PRESIDENTE:** Cuando quiera, puede contestar el señor director general de Salud.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Francisco Polledo): Quiero agradecer la intervención del señor Alcalde, sobre todo en tres aspectos concretos. Los que trabajamos en esto, en la salud pública, somos muy sensibles a aquellos que lo son a su vez con la repercusión pública que los programas de salud pública pueden tener, y de hecho tienen, sobre todo con la intranquilidad ciudadana que se produce en las soluciones, cuando son distintas para problemas similares.

Yo creo que el Estado de las autonomías tiene muchas ventajas, incluso para el campo de la salud pública, pero tiene también algunas derivaciones que en momentos determinados son extraordinariamente difíciles de gestio-

nar. Agradezco también la sensibilidad en relación con el trabajo que se ha desarrollado en materia de salud laboral. Es un tema complicado en el que la Administración sanitaria tiene dificultades para entrar, porque no hay una gran tradición. Sin embargo, no es difícil prever que en el ámbito de la salud pública los aspectos de salud laboral en el próximo siglo van a ser, sin duda ninguna, los de mayor importancia. Hemos cogido ese tema de una manera muy prematura, muy rápida; estamos consiguiendo que las comunidades autónomas lleven un ritmo más o menos acompasado. Hemos sido capaces de aprobar unos criterios, comunes para todas ellas, para acreditar los servicios médicos de los servicios de prevención. Y si, como apuntaba S.S., somos capaces a lo largo de este año de pactar un sistema de información uniforme, habremos hecho una labor muy interesante.

Le agradezco especialmente la permeabilidad a las explicaciones que se han dado en relación con el tema del Plan integrado de salud. Yo creo que ahí hemos tenido cierto valor al decir que eso estaba así y que había que hacer el análisis correcto de acuerdo con cuál ha sido el devenir de los tiempos y cuáles eran las previsiones y los acontecimientos, dando una salida razonable a la situación en la que nos encontramos mediante la elaboración de un informe, que puede ser muy bueno en sí mismo, pero que además puede propiciar definitivamente en la próxima etapa planificadora en la que vamos a ingresar —también las comunidades autónomas— el que podamos llegar de verdad en su día a un plan de salud común. Es evidente que en este momento sería absurdo, salvo que fuese una obsesión por dar una cobertura o un cumplimiento meramente formal a una previsión de la ley, decir que tenemos el Plan integrado de salud simplemente sumando planes de salud de comunidades autónomas, cuando distan unos de otros 12 años; cuando algunos son la tercera versión y otros la primera; cuando algunos son mixtos, otros asistenciales, otros salubristas; cuando algunos son documentos aprobados por el Parlamento y otros simplemente documentos técnicos. Tenemos que buscar una buena salida a través de este documento, «El estado de salud de los españoles», que además nos tiene muy ilusionados.

Con relación a la señora Montes Contreras, la cuestión es que nosotros estamos convencidos (y cuando hablo en plural no me refiero solamente al Ministerio de Sanidad y Consumo, sino a él más las comunidades autónomas) de que estamos haciendo una labor de coordinación muy buena. Estamos siendo capaces de recepcionar el derecho comunitario de una manera uniforme en el conjunto del Estado. Cuando yo les cuento a los alemanes cómo lo estamos haciendo en España, les sorprende, porque no es fácil que sea así, y no lo es en Alemania. Estamos pactando programas concretos, no hay ninguna comunidad autónoma que esté tomando decisiones sin saber qué es lo que hacen las otras. Con mucha frecuencia se llega a la uniformidad y, siendo posible, no se están produciendo grandes divergencias en el desarrollo de las competencias de salud pública por parte de las comunidades autónomas. Hacer eso, señoría, es muy difícil, extraordinariamente difícil, muy complicado, y nos sentimos muy orgullosos de ello; por eso, somos extraordinariamente sensibles a cualquier valoración peyorativa que se pueda hacer de esa labor, porque

además de ser injusto, nos haría daño a la hora de poder seguir desarrollando esa labor, que se realiza en el seno de una Comisión con un nivel de funcionamiento aceptable. Creo poder asegurar, comparando con cualquier otra política en la que haya una distribución de las competencias con carácter exclusivo a todas las comunidades autónomas, que nunca más que en este caso se habrá llegado a niveles de coordinación como éstos. Y ése es un equilibrio muy delicado, y creo que es una pequeña joya; es una joya del Sistema Nacional de Salud, no del Ministerio de Sanidad y Consumo, y debe ser apreciada como tal, se ha de rectificar cuando haya equivocaciones, pero no minusvalorarla de una manera genérica, porque, insisto, sobre la injusticia se suma el hacerla un daño que puede ser importante a la hora de conseguir sus funciones. Eso en lo relativo a políticas de salud pública al uso. Porque usted, sin pretenderlo —y perdón por el término—, me desquicia un poco el debate cuando me hace una definición de la salud pública. Por cierto, hay salubristas que la entienden así y la confunden con lo que usted la ha confundido, con la felicidad; más o menos sí. Ese enfoque ha hecho mucho daño académicamente en el campo de la salud pública. Ha sido una visión que, por querer abarcar mucho, después ha tenido que relajarse en la diletancia de no servir para nada. Estamos más comprometidos con enfoques de salud pública más concretos, más ligados a políticas sanitarias de verdad, que al final acaban sirviendo para algo. En cuanto al otro enfoque, le puedo admitir incluso que se puede rastrear en documentos de la propia Organización Mundial de la Salud, pero son teorías que en el campo salubrista dan lugar a comunicaciones, a congresos, a artículos, a introducciones de libros, incluso a libros, aunque tradicionalmente (y eso está acunado y yo le podría ofrecer algunos trabajos para que los leyera que la persuadirían de hasta qué punto tengo razón), en general, producen pocos beneficios en términos de salud para los ciudadanos. Son enfoques que se suelen olvidar de los ciudadanos y van a planteamientos muy academicistas. Si me lleva el debate ahí, evidentemente no estamos haciendo labor de coordinación, porque no es ésa la salud pública que entendemos nosotros ni nadie. En estos momentos la salud pública que se puede hacer desde la Administración sanitaria es un campo concreto que tiene unos perfiles y unas coordenadas. Y en ese campo concreto, con esos perfiles y esas coordenadas, le puedo garantizar que lo que estamos haciendo está muy bien; se puede explicar, es meritorio e, insisto, es una pequeña joya para el Sistema Nacional de Salud.

Yo admitiría que hay ejemplos en los que la coordinación ha ido a veces mejor y otras peor, pero eso no son los problemas de salud. Los problemas de coordinación son los que sean. Con la hepatitis C usted sabe como yo exactamente qué es lo que ha pasado, y no es un problema de coordinación precisamente. Y lo mismo le puedo decir en relación con los accidentes domésticos, con los accidentes laborales o con los accidentes de tráfico.

El otro día, preparando la comparecencia de hoy, repasé mi intervención, creo que de abril del año 1997, que finalizaba en una réplica reconociendo la actuación del Congreso de los Diputados y de la Comisión de Sanidad en relación con la crisis de la meningitis. Fue una actitud muy inteligente por parte de todos los grupos, y me gusta reco-

nocerlo expresamente. Yo creo que sería muy bueno que siguiéramos en esos términos, señoría, y le prevengo sobre cualquier tipo de enfoque o de posibilidad de hacer un análisis del pasado en términos tan... No quiere el director general de Salud Pública hacer valoraciones de dónde ha habido más meningitis o menos meningitis, y le ruego, señoría, que no entre en ese tema. De verdad, sinceramente, no entremos en ese tema, porque yo creo que es mejor no hacerlo, porque, si no, vamos a tener que repasar quién vacunó, quién no vacunó, quién vacunó a todos de una manera expresa, quién vacunó a casi todos pero no lo dijo, quién a pesar de eso tiene más, tiene menos. Yo no aconsejo ese debate; ésa es una página pasada, y muy desgraciada. Yo le recomendaría muy sinceramente que no escuche a quien le hable de informes apócrifos, que no existen, ni a quien le recomiende lecturas porque a lo mejor resulta que es quien está muy preocupado; dejemos ese tema. El asunto de la meningitis se superó de una manera razonable con la ayuda de ustedes y está en el pasado. La meningitis evoluciona bien en este momento; no nos planteamos temas de revacunación ni de nada, y yo creo que se actuó de una manera razonable.

No es justo tampoco (se lo digo porque al hacer esas cosas a veces se hace daño a profesionales que están detrás) su enfoque en relación con la legionella del hospital Miguel Servet. Ha sido el propio hospital el que ha elaborado la nota de prensa señalando lo que había, el que ha tenido una actuación rápida y ha establecido una hipótesis con bastante rapidez. Se está llevando técnicamente y de una manera razonable; yo creo que no es justo decir eso. Los brotes por legionella en los centros sanitarios son típicos en Europa por diversas razones; existe una doctrina al respecto. Hablando de coordinación —sé que no lo había señalado—, a este brote se puede hacer frente con un protocolo aprobado en la Comisión de Salud Pública, que uniformiza cuáles son los pasos a dar ante estas cuestiones. Pero, si con cada problema de salud que vaya a aparecer en nuestro país —si este año aprieta la gripe— vamos a juzgar que no hay política de coordinación en materia de salud pública, no es justo.

En el tema de la encefalopatía espongiiforme, tampoco puede expresarse como lo ha hecho. Hemos trabajado y muy bien, y con las comunidades autónomas; ha habido un buen trabajo. Además de haber realizado un buen trabajo seguramente hemos tenido algo de suerte y ni hemos tenido casos de vacas locas ni nos ha entrado carne inglesa; cualquiera de las dos cosas podía haber ocurrido. Hemos conseguido que no fuera así y lo seguimos consiguiendo, incluso ante situaciones como la de Portugal, que sabemos que es mala y está lindando con varias comunidades autónomas; en algunos puntos de ellas prácticamente no se sabe cuándo los animales están pastando a un lado o a otro lado de la frontera. Hemos actuado con medidas unilaterales adoptadas contra otros países europeos, y que han sido vistas con dureza por parte de los servicios de la Comisión. Hemos conseguido que las comunidades autónomas lo aplicaran. No crea usted que es fácil eliminar las vísceras de riesgo de todos los animales procedentes de Francia, de Bélgica y de Irlanda; no es sencillo, es muy difícil hacerlo. Y lo hemos hecho de una forma razonable y con bastante poca alharaca. Estamos muy orgullosos de haber hecho

eso, no podemos recibir esa crítica. En otras cosas a lo mejor sí, pero no en ésta.

Levantamiento del embargo. Tengo apuntadas las preguntas que me hace al respecto. Informe de los expertos. El comité rector (ya sabe que la Unión Europea se ha dado un comité «ad hoc» para el tema de vacas locas, hay un comité que se llama el Comité Rector) ha informado favorablemente la propuesta del levantamiento del embargo con los requisitos que se establecen.

El papel del Ministerio de Sanidad y Consumo con el Ministerio de Agricultura. El voto, tanto en el comité veterinario permanente inicialmente como el voto en el Consejo de Ministros de Agricultura, fue pactado entre ambos departamentos, y estamos trabajando conjuntamente en este problema; no por nada, sino porque no podía ser de otra manera.

¿Por qué nos abstuvimos? Hay varias razones; una de ellas era que habíamos reaccionado con dureza frente a Portugal, y era un ejemplo de un país vecino, muy cercano. Y después, existe algo con lo cual hemos venido no estando de acuerdo, y es la fecha. Lo del otro día se trataba de un aspecto formal; falta mucho todavía para que pueda llegar carne inglesa a cualquiera de los países de la Unión Europea, faltan por lo menos cuatro o cinco meses. Según la decisión que se adoptó, la fijación de la fecha en la cual entrará en vigor el acuerdo queda en manos de los servicios de la Comisión de la Unión Europea, mientras que nosotros queríamos que decidiera el Consejo de todos los países, de todos los Estados miembros. Eso no se eliminó y, por tanto, nos abstuvimos nosotros, igual que Francia y algún otro país.

¿Se garantiza la seguridad? Garantizar la seguridad ya sabe usted que es una cuestión de porcentajes. Las condiciones en las que se ha aprobado el levantamiento del embargo a Gran Bretaña, con animales de entre seis y treinta meses, nacidos después del 1 de agosto de 1996, y en el que haya garantías documentales de que su madre ha sobrevivido por lo menos seis meses después del nacimiento de los animales, y además sólo para que se pueda exportar en todo caso carne deshuesada, creemos sinceramente que es un elemento de garantías en este momento. La única cuestión que puede quebrantar esa garantía sería una práctica que violentara el que eso fuese así, es decir, una práctica fraudulenta en origen, no esperable, porque Gran Bretaña ha incrementado notablemente su sistema de inspección y de control. Yo creo que tiene muy claro que cualquier tipo de problema que se generase a partir de este momento se traduciría en serias y enormes dificultades. No pienso que por ahí vayamos a tener graves problemas. Hemos de prestar en estos momentos más atención a Portugal que a Gran Bretaña.

Las seis reuniones extraordinarias se produjeron todos los lunes de los meses de marzo y abril del año 1997 con motivo de la crisis de la meningitis C. Ésas son las seis reuniones extraordinarias.

Y yo no puedo contestar con exactitud a lo que me pregunta sobre si este borrador es el que ustedes pedían en el debate sobre el Estado de la Nación, porque desconozco en concreto qué era lo que se solicitaba o de qué se habló. Pero lo que sí le puedo decir es que éste es el sexto borrador. Lo tenemos bastante avanzado; en su momento a mí me gusta-

ría poder presentarlo ante esta Comisión y que ustedes fueran los primeros que lo conocieran. Yo creo que esto puede ser una realidad en la primavera del año que viene.

Eso es todo. **(El señor Alcalde Sánchez y la señora Montes Contreras piden la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Sus señorías saben que no existe segundo turno en este tipo de comparecencias. Por un minuto, tiene la palabra el señor Alcalde.

El señor **ALCALDE SÁNCHEZ**: En primer lugar, agradecer al señor Francisco Polledo que haya aclarado, como zaragozano que soy y como diputado por esa circunscripción, la situación del brote de legionelosis en el hospital Miguel Servet, disipando cualquier intento de crear alarma social.

Quiero sacar también al señor Francisco Polledo del posible estupor que haya podido tener hoy aquí al escuchar unas declaraciones de intenciones retóricas, que por otra parte podemos compartir todos los grupos parlamentarios, sobre la vivienda, el acceso al poder de la mujer, la igualdad, la pobreza, e incluso se ha llegado a hablar del impuesto sobre la renta. Pero quiero aclararle que hoy, señor Francisco Polledo, se ha votado, se ha aprobado en este Congreso de los Diputados la reforma del impuesto de la renta con el apoyo del Grupo Popular y con el voto en contra del Grupo Socialista, y algunos quizá no hayan superado todavía ese trauma.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Montes, tiene la palabra.

La señora **MONTES CONTRERAS**: Yo simplemente quería hacerle ver al señor Polledo que en ningún momento mi intervención ha sido peyorativa; me parece no haberlo expresado así. En cambio, la tónica de sus respuestas, a principio sobre todo, no acabo de encajarla bien; es la verdad. Le he dicho que nos alegramos de escuchar por parte del señor Polledo que en este país tenemos política de salud pública. Me parece importante que se continúe trabajando en las líneas que ya teníamos abiertas, líneas de trabajo clásicas en el tema de la salud pública; pero no podemos olvidar ese otro objetivo que hemos de conseguir entre todos, y yo creo que para el Gobierno debería de ser una de las metas, porque está consagrado en la Constitución lo que es la igualdad de todos los españoles, con independencia de que se resida en una región o en otra. Si la situación de la salud de los españoles, al menos por los datos que yo tengo, y usted no me los ha contradicho, señala que hay diferencias en los niveles de salud dependiendo de las comunidades autónomas en las que se encuentren los ciudadanos, yo creo que es obligación del Gobierno actuar para reducir esas diferencias, y por eso me parece importante que, vía financiación de todas las partidas presupuestarias, se vaya incrementando, o al menos respetando, el número de ciudadanos. Le he hablado del censo de población, es verdad, censo de población que el Gobierno del Partido Popular no reconoce, y que provoca que, por ejemplo, en Andalucía haya 400.000 ciudadanos que no reciben financiación autonómica; esto es así, le guste o no al señor Polledo. **(Rumores.)**

Cuando he hablado de la reforma del IRPF es porque me parece que eso tiene una incidencia en la calidad de vida de todos los ciudadanos, desde luego negativa en los que tienen menor poder adquisitivo. Si el Grupo Popular no lo comparte, me parece perfecto que no lo comparta, pero, por favor, pido que se respeten las opiniones.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Quiere añadir algo el señor Polledo?

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Francisco Polledo): Yo no hacía frente tanto a que hubiera en su intervención un juicio peyorativo, sino ciertamente a que algunas veces sí que se han oído juicios peyorativos en relación con el tema de la coordinación en

materia de salud pública o sobre una supuesta evanescencia del departamento en este tema. A eso es a lo que quería salir al paso.

El señor **PRESIDENTE**: Terminado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las ocho y diez minutos de la noche.

NOTA.—El presente «Diario de Sesiones», de la Comisión de Sanidad y Consumo, del jueves, 26 de noviembre de 1998, no guarda la relación cronológica habitual con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

Edita: **Congreso de los Diputados**. C/. Floridablanca, s/n. 28071 Madrid
Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional**. B.O.E.
Avda. Manoteras, 54. 28050 Madrid. Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: M. 12.580 - 1961