



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 1999

VI Legislatura

Núm. 619

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ**

Sesión núm. 34

**celebrada el miércoles, 17 de febrero de 1999**

	<u>Página</u>
<b>ORDEN DEL DÍA:</b>	
<b>Comparecencia urgente del Ministro de Sanidad y Consumo (Romay Beccaría) para informar sobre:</b>	
— El gasto farmacéutico producido en 1998. A solicitud del Grupo Socialista del Congreso. (número de expediente 213/000957 .....	17998
— Las denuncias que se han hecho públicas en relación con la Asociación Española contra el Cáncer. (número de expediente 213/000891) .....	18010
— Comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria (Núñez Feijóo), ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre informática del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) para 1999. A petición propia (Número de expediente 212/001787 .....	18016

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

**COMPARECENCIA URGENTE DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (ROMAY BECCARÍA), PARA INFORMAR SOBRE:**

**— EL GASTO FARMACÉUTICO PRODUCIDO EN 1998 A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 213/000957).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la celebración de la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que todas SS.SS. conocen. Hay dos comparencias del señor ministro de Sanidad y Consumo y como tercer punto figura la comparencia del secretario general de Asistencia Sanitaria.

En primer lugar, por acuerdo de la Mesa y también de acuerdo con el señor ministro, cambiamos el orden del día a petición del Grupo Parlamentario Socialista e iniciamos la sesión con el punto segundo del orden del día para que el señor ministro explique el gasto farmacéutico producido en 1998, comparencia solicitada por el Grupo Socialista del Congreso.

Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señorías, como tuve ocasión de explicar en esta Cámara en el Pleno del pasado día 10, la racionalización del gasto farmacéutico es una de las prioridades de este Gobierno y en este sentido se han tomado una serie de medidas para lograr que el crecimiento del gasto farmacéutico se sitúe en términos asumibles por el sistema sanitario público y más próximo a lo que son las distribuciones porcentuales en los distintos componentes del gasto sanitario en los países de la Unión Europea. A lo largo de esta comparencia expondré a SS.SS. la evolución del gasto farmacéutico en 1998, que, como ya informé en el Pleno anteriormente citado, ha arrojado un crecimiento neto de un 6,5 por ciento, así como su adecuación básica al acuerdo de financiación del Sistema Nacional de Salud para el período 1998/2001 alcanzado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de noviembre de 1997.

Como es sabido, el gasto farmacéutico canalizado a través del presupuesto sanitario público, y en concreto a través del Insalud, se sitúa en torno al billón de pesetas y representa algo más del 24 por ciento del gasto total del Sistema Nacional de Salud, siendo uno de los más altos de la Unión Europea. Ello explica la importancia de esta cuestión y que sea prioridad del Gobierno analizar las causas de su crecimiento y adoptar las medidas oportunas. El gasto farmacéutico, como la mayoría de los gastos y consumos sanitarios, tiene una tendencia natural de crecimiento superior al PIB que viene motivada fundamentalmente por el envejecimiento de la población por la aparición de medicamentos nuevos para enfermedades para las cuales o no existía tratamiento y bien los disponibles están siendo sustituidos por otros de mayor eficacia. Por ello cuando se plantea un objetivo de ahorro del gasto farmacéutico este debe entenderse siempre en términos de contención de su crecimiento, dado que no resultaría realista pensar que se puede alcanzar un crecimiento negativo en esta capítulo.

El Gobierno, con el objeto de adecuar y racionalizar el gasto farmacéutico, adoptó en el año 1997 una serie de medidas, como fueron la disminución de los márgenes comerciales de las oficinas de farmacia y de los almacenes distribuidores, que supuso una reducción del precio de los medicamentos de un 3,87 por ciento, con independencia de quién los adquiriera a los financie. Esta modificación de los márgenes, que entró en vigor el 1 de marzo de 1997, permitió ese año un ahorro de 28.000 millones de pesetas y en 1998 de 38.481.

Otras medidas adoptadas por el Gobierno son la aprobación del Real Decreto 1663/1998, por el que se amplía la relación de medicamentos excluidos de la financiación pública, así como el impulso que se está dando a la autorización del conjunto del Sistema Nacional de Salud ha ascendido a 946.652 millones en 1998, lo que representa un crecimiento bruto del 10,5 por ciento en relación con el registrado en 1997, con una disminución de casi el 0,1 por ciento en el número de recetas prescritas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Si se observa la evolución mensual registrada en 1998, se comprueba que durante el período de enero a agosto el gasto farmacéutico creció un 11,3 por ciento. Concretamente y por períodos, el gasto acumulado en el sistema experimentó la siguiente evolución respecto al mismo período de 1997: de enero a mayo, 9,9; de enero a junio, 10,5; de enero a julio, 10,9; de enero a agosto, 11,3. De haberse mantenido esta tendencia, el gasto farmacéutico habría registrado un crecimiento del 12,5 por ciento, es decir, igual al crecimiento tendencial 1990-1996.

La aprobación del Real Decreto 1663/1998, por el que se amplía la relación de medicamentos excluidos de la financiación pública con efectos a partir del 1o de septiembre de 1998, así como el impulso dado a la autorización y comercialización de medicamentos genéricos han permitido modificar esta tendencia. Así, el gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud creció en el mes de septiembre de 1998 un 8,59 por ciento en relación con el mismo mes del año anterior; en octubre, el 10,95 por ciento; en noviembre, el 6,45 por ciento y en diciembre, el 9,71 por ciento. El gasto farmacéutico acumulado en el período de enero a septiembre fue de un 11,03 por ciento; de enero a octubre, 11,02; de enero a noviembre, 10,58 y de enero a diciembre, 10,5. Por tanto, el resultado de esta medida, unida a la potenciación de los genéricos, se ha traducido en una desaceleración en el ritmo de crecimiento de dos puntos, en el caso de haberse mantenido la tendencia, o en un punto, en el supuesto más improbable de modificación de la misma, lo que supone 20.000 millones de pesetas, que es lo que habría crecido el gasto si no se hubiera adoptado la medida, y que en definitiva son ahorros para el sistema.

Además, las administraciones sanitarias firmamos a comienzos de 1998 un acuerdo con Farmaindustria según el cual la industria farmacéutica se comprometía a aportar 65.000 millones de pesetas en dos años: 39.000 millones en 1998 y caso 26.000 millones en 1999. La aportación correspondiente a 1998 supone que la industria farmacéutica financia con sus pagos un 4 por ciento del gasto farmacéutico registrado en 1998, es decir, 2,5 puntos más de lo que supuso la aportación en 1997 sobre la base del acuerdo anterior. De esta forma y dado que del incremento bruto del

10,5 por ciento debe deducirse la aportación de 39.145 millones que efectúa la industria farmacéutica, el resultado es que el incremento neto del gasto ha sido, como antes he dicho, del 6,5 por ciento respecto a 1997.

Aunque ese crecimiento, como les he señalado, debe ser a mi juicio valorado positivamente, el crecimiento bruto ha sido, en efecto, del 10,5 por ciento, y por ello me parece oportuno analizar algunas de las causas que han influido sobre ese crecimiento bruto, dado el interés y prioridad que tiene esta cuestión para el Gobierno y para todas las administraciones sanitarias. Entre estos factores, cabe señalar los siguientes. Por un lado, la progresiva disminución en la aportación de los usuarios. En mayor número de pensionistas, relacionado con el envejecimiento de la población, y el hecho de que este colectivo esté exento de aportación al gasto farmacéutico ha dado lugar a que progresivamente haya ido disminuyendo la contribución del usuario que ha pasado de un 16 por ciento en 1984 a un 7,69 en 1998. En segundo lugar, el aumento del coste por receta. El coste medio por receta en el Sistema Nacional de Salud se ha incrementado en un 10,6 por ciento. En 1997 el gasto medio por recete fue de 1.524 pesetas, pasando a 1.686 pesetas en 1998. Este incremento está relacionado en gran medida con la aprobación y comercialización de nuevos medicamentos, más efectivos que los anteriormente disponibles y de precio más alto. A 31 de diciembre de 1997 había en nuestro país 7.109 formatos de especialidades financiadas por la Seguridad Social. Solamente en 1997 se han producido 681 altas nuevas. El porcentaje de formatos de aportación reducida de los 7.109 era de un 22 por ciento. En las nuevas altas hasta un 38,9 por ciento son de aportación reducida.

Nuevos tratamientos terapéuticos. La aparición de nuevos medicamentos para enfermedades para las que no disponíamos de tratamiento efectivo, como el Alzheimer, la esclerosis múltiple y los nuevos tratamientos más eficaces para enfermedades como el Parkinson, la epilepsia o el asma, y lógicamente de precio medio más elevado que el de los anteriormente existentes en el mercado, hacía prever en 1998 un incremento significativo en el gasto farmacéutico público. Así, el precio medio de los nuevos principios activos de venta con receta comercializados en 1997 fue de 11.955 pesetas, siendo en 1998 de 14.535. Como ejemplo de la incidencia de los nuevos productos en el gasto farmacéutico, puedo señalarles que el Donepezilo, que es un nuevo medicamento para el Alzheimer, registrado y comercializado en 1998, ha supuesto un gasto de 1.800 millones de pesetas; el Montelukast, nuevo medicamento para el asma, ha supuesto casi 1.000 millones de pesetas en el primer año de comercialización, y los nuevos medicamentos para el Parkinson han supuesto 1.250 millones de pesetas.

El modelo de financiación sanitaria para el período 1998-20001, establecido sobre la base del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de noviembre de 1997 y suscrito por la totalidad de las comunidades autónomas con competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria incluyó un programa de ahorro farmacéutico cuyos efectos económicos revierten en el propio sistema sanitario, circunstancia que no se dio en el modelo de financiación sanitaria de 1994. En el programa de ahorro

en farmacia se hace referencia a las necesidad de adecuación del consumo de medicamentos a las necesidades reales de salud de nuestra población, eliminando o desincentivando los consumos innecesarios. Para ello el acuerdo de financiación preveía que el Gobierno introduciría una serie de medidas dirigidas a racionalizar y ordenar el gasto farmacéutico, cuyo impacto se estimó en 65.000 millones de pesetas. No se trataba de lograr un ahorro de 65.000 millones sobre el gasto farmacéutico del año anterior, sino de introducir medidas que permitieran este objetivo, sin menoscabo en el alcance y la calidad de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Así fue aprobado por las comunidades que suscribieron el modelo de financiación, aunque posteriormente uno de los firmantes se haya desmarcado de forma unilateral.

Las medidas previstas por el Gobierno para llevar a cabo el objetivo de ahorro eran la ampliación de la lista de medicamentos excluidos de la financiación pública, el impulso a la política de genéricos y el acuerdo con la industria farmacéutica. Estas medidas deberían permitir alcanzar el objetivo previsto. Como SS.SS. saben, la entrada en vigor del Real Decreto por el que se amplía la lista de medicamentos excluidos de la financiación pública se demoró algo más de lo inicialmente previsto, fundamentalmente por el celo del departamento en la tramitación de esta norma, que fue mucho más amplio de lo que había sido el Real Decreto del año 1993. En concreto y con independencia del trámite de audiencia e informe a los distintos centros directivos y departamentos ministeriales, sometimos el proyecto a información pública por parte de más de 23 entidades y asociaciones, frente a las 7 a las que fue sometido el Real Decreto de 1993. Igualmente fue sometido a dictamen de los órganos colegiados oportunos, que incluyeron al Consejo interterritorial, el Consejo Económico y Social y la Comisión Nacional de Uso Racional del Medicamento. El resultado de todo ello fue, como se ha indicado, que esta norma entró en vigor el 1 de septiembre de 1998, algo más tarde de lo inicialmente previsto. No obstante, esta medida, unida al impulso dado a la autorización y comercialización de los medicamentos genéricos y al acuerdo con Farmaindustria, permite hablar de un elevado grado de cumplimiento del objetivo previsto. En efecto, el acuerdo con la industria, que aporta la cantidad de 39.000 millones de pesetas, y el Real Decreto de financiación selectiva, unido a los genéricos y al resto de las acciones para racionalizar la prestación farmacéutica, permiten estimar un ahorro de 20.000 millones por ese concepto, que revela un alto cumplimiento del objetivo.

De otra parte, tal y como se prevé en el acuerdo, en el primer trimestre de este año el Gobierno efectuará una valoración lo más concreta posible del impacto producido por las medidas adoptadas, planteando en su caso el Consejo de Política Fiscal y Financiera las medidas oportunas en orden a alcanzar la adecuada cobertura de las necesidades de gasto del sistema. Por tanto, puede afirmarse que la evolución del gasto farmacéutico no ha originado déficit en el primer año de vigencia del modelo de financiación. También es innegable que el nuevo modelo ha permitido la incorporación al sistema de un considerable volumen de recursos adicionales que han permitido mejorar la atención que se presta a los ciudadanos.

En opinión del Gobierno, los resultados que acabo de señalarles son positivos, ya que un crecimiento neto del gasto farmacéutico del 6,5 por ciento tiene que ser así valorado, sobre todo porque además se ha mejorado cualitativamente la atención prestada e incorporado con rapidez nuevas tecnologías en materia de medicamentos. Señorías, siempre hubiera sido deseable haber registrado crecimientos menores, pero lo cierto es que el dato es positivo y sobre todo hemos logrado mantener una disminución de la tendencia de crecimiento del gasto farmacéutico cuyo incremento medio interanual fue del 12,3 por ciento durante el período 1990-96. El objetivo del Ministerio es seguir trabajando en esta adecuación de la prestación farmacéutica a las necesidades de salud de la población, para lo que va a seguir impulsándose el registro y comercialización de medicamentos genéricos. Además, se encuentra muy avanzada la tramitación del proyecto de real decreto por el que se establecen los precios de referencia de los medicamentos financiados con cargo a fondos públicos. Estas medidas, junto a la mejora en la gestión y control de esta prestación gracias al programa TAIR permitirán mantener el crecimiento del gasto farmacéutico público en términos asumibles para el sistema sanitario público y aproximarnos a las distribuciones porcentuales del gasto de farmacia del resto de los países de la Unión Europea.

En definitiva, señorías, esto es como puedo informarles sobre el gasto farmacéutico producido en 1998.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Muchas gracias, señor presidente, y gracias, señor ministro, por su comparecencia. Les agradezco a ambos y al resto de los miembros de la Comisión la amabilidad que han tenido modificando el orden del día para permitir que efectúe mi intervención con anterioridad a lo previsto en el mismo.

Señor ministro, el Grupo Socialista cree que en estos momentos usted tiene dos graves problemas, el primero de los cuales es de credibilidad, de autoridad y de solvencia. Su estrategia política como ministro se ha basado durante este tiempo en dos cuestiones: estar ausente cada vez que hay un conflicto y sortear los problemas y las dificultades ocultando la realidad de los mismos, que es lo que creo que ha hecho en su intervención. Tiene usted una especial habilidad para sortear estas dificultades y para quitarse los problemas de encima, quizá porque piensa que de esa manera dejan de existir. El segundo problema que tiene S. S. es el de dar solución al caos financiero y de gestión al que está llevando al Sistema Nacional de Salud y especialmente al ámbito de su estricta competencia, el INSALUD.

Por eso, señor ministro, el Grupo Socialista ha pedido su comparecencia en el día de hoy, a fin de que nos explique cómo va a solucionar el déficit de más de 100.000 millones de pesetas que se ha producido en el gasto farmacéutico en el año 1998.

A lo largo de todo el año, el Grupo Socialista le ha preguntado y les ha interpelado a usted y al secretario general de Asistencia Sanitaria acerca de cuáles eran los datos reales de aumento del gasto farmacéutico. En numerosas ocasiones les hemos puesto de manifiesto que las cifras que

mes a mes se iban conociendo para el Insalud y para el conjunto del sistema eran muy preocupantes porque denotaban una falta total de control sobre un factor crítico del sistema a la hora de lograr los necesarios equilibrios financieros en la evolución del gasto en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Nos preocupa porque en muchas ocasiones les hemos escuchado la advertencia de que este país no podía permitirse el lujo de tener un sistema público de salud con unos costes como los que tenía y, por tanto, había que recortar las prestaciones. Así justificaban usted y su Gobierno, entre otras razones, el recetazo, es decir, la exclusión de medicamentos financiados por el sistema público y aproximadamente, con esa misma frialdad, justificarán la exclusión de otro tipo de prestaciones.

También de manera reiterada les hemos advertido de que las medidas que anunciaban para controlar el gasto en farmacia y la política sobre medicamentos eran absolutamente ineficaces para conseguir los objetivos que ustedes mismos habían marcado. Además, para agravar más la situación, el nuevo sistema de financiación sanitaria aprobado para el próximo quinquenio 1998-2001, está condicionado y comprometido desde su inicio por la absurda exigencia del Ministerio de Economía y Hacienda de que una parte de los recursos debía provenir del ahorro de 65.000 millones al año (260.000 millones para el período) en gasto farmacéutico. De ese modo, no se estaban aportando mayores recursos al sistema, sino que se procedía a una redistribución de los mismos.

Usted conoce bien nuestra opinión sobre el nuevo sistema de financiación sanitaria y no voy a repetirla. Sólo quiero recordar dos de las razones que hemos argumentado para no estar de acuerdo con el mismo: la inseguridad, al no ser ciertos los recursos financieros en que se basaba, y la insuficiencia financiera con que se dotaba a la sanidad pública y que obliga, entre otros motivos, a imponer una redistribución territorial de recursos realmente insolidaria e injusta, precisamente en el ámbito de gestión del Insalud.

Señor Romay, la gestión irresponsable e ineficaz del señor Núñez y de usted mismo ha conseguido en un solo año, 1998, dos cosas de gran valor. En primer lugar, crear un déficit en gasto farmacéutico de 124.000 millones de pesetas, y en segundo lugar, poner en crisis la financiación del sistema público sanitario. Señor ministro, ¿es cierto que están ustedes manteniendo negociaciones con las comunidades autónomas para dar solución a este déficit, comunidades autónomas que ya se han pronunciado en el sentido de la necesidad de revisar el sistema de financiación? ¿Cómo van a solucionar este problema con las comunidades autónomas?

El análisis de los datos económicos existentes, datos reales y ciertos, en relación con el gasto farmacéutico para 1998 demuestra que son graves; pero las actitudes, las declaraciones y las decisiones que están ustedes tomando producen auténtica perplejidad y asombro. No voy a entrar a hablar de los gastos brutos o netos, como usted ha expresado hoy aquí y el miércoles de la semana pasada en el Pleno de la Cámara. Con esos datos, señor ministro, intentan reiteradamente marear y no llegar a ningún sitio. Voy a referirme a las cifras ciertas, a las cifras oficiales que ustedes mismos elaboran.

En el presupuesto de 1998 del Insalud rebajaron en dos puntos las previsiones iniciales presentadas por el Gobierno, en un insólito alarde de marcar arriesgados objetivos de ahorro farmacéutico. Pues bien, una vez concluido el año 1998, los datos son que no solamente no se ha conseguido cumplir esos objetivos, sino que se ha aumentado el gasto farmacéutico y ese aumento ha sido del 10,61 por ciento sobre 1997, con lo que la desviación de sus objetivos ha sido realmente un 12,61 por ciento, es decir, cercano al 13 por ciento. Y si hablamos de pesetas gastadas, el dato es muy relevador. Se han gastado 34.300 millones de pesetas más en 1998 que en 1997, y esto sólo en el Insalud. Para el conjunto del sistema, el aumento del gasto ha sido de 59.000 millones de pesetas, lo que supone una desviación de los objetivos de 124.000 millones de pesetas, si tenemos en cuenta el ahorro previsto y que no se ha producido de los 65.000 millones previstos en el sistema. Si comparamos el aumento de gasto sobre lo realmente presupuestado en 1998, la desviación es de 30.414 millones de pesetas: se ha gastado un 10 por ciento más en 1998 de lo aprobado en el presupuesto por esta Cámara. La extrapolación de ese aumento para el conjunto del sistema sanitario supone una desviación de 80.000 millones de pesetas.

Señor ministro, el debate de los presupuestos para 1999 está aún muy reciente, pero me gustaría recordar algunas cuestiones que el responsable del Insalud y secretario general de Asistencia Sanitaria dijo en esta Cámara y que ponen de manifiesto la irresponsabilidad de su gestión y de sus actitudes. Para empezar, el gasto farmacéutico para 1999 aumentó, como usted bien sabe, un 8,5 por ciento con relación al presupuesto de 1998, cuando el conjunto del aumento para la sanidad fue de sólo el 6 por ciento, pero, aún así, lo presupuestado en el año 1999 está por debajo en más de 4.000 millones de pesetas de lo que se ha gastado realmente en 1998.

A pesar de ello, el señor Núñez manifestó literalmente: No hay, insisto, ningún tipo de política en el gasto farmacéutico que sea necesario rectificar. Y usted, hoy, reafirma esa intención y esa actitud. A continuación, anunciaba sin ningún problema cómo iba a cubrir el déficit existente. El señor Núñez utiliza partidas —y así lo manifestaba— extrapresupuestarias que no están incorporadas al presupuesto de ingresos, que se van a generar durante el ejercicio de 1998 y que se acomodarán —literalmente— en aquellas partidas que el gestor —es decir, él o usted— considere oportunas.

El señor Núñez parece que se refería —aunque no está suficientemente claro— a dos conceptos, cuando hablaba de partidas extrapresupuestarias, las transferencias de la Seguridad Social por ahorro de IT, que no sabemos si realmente está o no incorporada en los presupuestos de ingresos de 1998, previsto en el acuerdo de financiación sanitaria, de 42.000 millones de pesetas, es decir, la parte que correspondería al Insalud, y la aportación de la industria farmacéutica, que no sabemos si para 1998 son 29.000 millones, 26.000 ó 21.000 millones —espero que usted pueda aclarárnoslo—, según el acuerdo firmado en Farmaindustria. Estas partidas van a financiar el agujero creado por el gasto farmacéutico. Por cierto, éste, el del acuerdo con Farmaindustria, es el tercer elemento clave —como

usted mismo ha señalado— que condiciona y configura su nefasta e ineficaz política sobre el medicamento.

Tampoco voy a reiterar nuestras razones en contra de este acuerdo, de sobre conocidas, pero sí quiero preguntarle, señor ministro, ¿cuánto ha aportado Farmaindustria durante el año 1998 al Sistema Público de Salud? ¿En qué partida presupuestaria se ha generado este crédito? ¿Según el oportuno criterio del gestor?

Mi grupo está interesado en saber cuál ha sido finalmente la cantidad aportada, por dos razones. Una, porque la prevista inicialmente en el acuerdo, de 29.000 millones de pesetas, fue modificada en la comisión de seguimiento creada con posterioridad al acuerdo; en segundo lugar porque el acuerdo estipulaba que esa cantidad estaba condicionada al ahorro por la comercialización de genéricos y por la exclusión de especialidades farmacéuticas, previamente financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pozuelo, le ruego vaya concluyendo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Intento ir lo más rápidamente, señor presidente.

También contemplaba el acuerdo que la política de genéricos atiende al respeto de los legítimos intereses de la propiedad industrial y la liberalización de precios en los medicamentos excluidos. También queremos que nos diga, de los 42.000 millones de IT y de los veintitantos mil millones de Farmaindustria, cómo se distribuyen entre el Insalud y las comunidades autónomas con gestión transferida.

Por eso, señor ministro, la desviación del gasto en farmacia durante 1998 ha puesto de manifiesto los problemas que el Grupo Parlamentario Socialista ha ido denunciando en relación a cada una de las decisiones que ustedes han ido tomando y que se han mostrado inútiles, ineficaces, erróneas y regresivas: los presupuestos de 1998, insuficientes y que han generado un déficit en el Insalud de 30.000 millones y de 80.000 para el conjunto del sistema; el acuerdo de financiación, que está gravemente comprometido, según las propias declaraciones del Gobierno, al ahorro de 65.000 millones de pesetas, se dedicaría a mejorar la eficacia y la equidad del sistema y a destinar mayores recursos a necesidades básicas como aminorar las listas de espera. Ese ahorro de 65.000 millones previstos se ha convertido en un déficit de 124.000 millones. Está el acuerdo con Farmaindustria, que además de disminuir su aportación sobre lo previsto inicialmente, tiene condicionada la política sobre genéricos y precios de referencia que aún no han sido capaces de poner en marcha. Y está la exclusión de medicamentos de la sanidad pública, que no ha tenido efecto alguno sobre la disminución del gasto farmacéutico. En este sentido, señor ministro, quiero decirle que afortunadamente la comunidad andaluza no aceptó el sistema y que, gracias a ello, está liderando, como usted bien sabe, el ahorro farmacéutico durante todo el año 1998. Es la comunidad, dentro de todo el conjunto del sistema, que menos gastos ha tenido en farmacia durante 1998.

Señor Romay, las decisiones que han tomado para ocultar estas desviaciones nos parecen graves. No pueden sus traer al Parlamento el control del gasto sanitario y por eso le exigimos, en primer lugar, que comunique a esta Cámara

cuáles son los ingresos y recursos reales con que cuenta el Sistema Nacional de Salud y que no se deje al libre criterio del gestor la utilización de los mismos.

En segundo lugar, ¿cómo va a financiarse esta desviación presupuestaria, porque los ingresos por IT y la industria farmacéutica son insuficientes para cubrirlos?

En tercer lugar, ¿cómo van a reparar el agujero de 124.000 millones que se ha producido en el sistema de financiación sanitario? ¿Van a atender las peticiones de las comunidades autónomas que ya están exigiendo una revisión del mismo?

En cuarto lugar, señor ministro, ¿piensa reparar el déficit inicial con que parten los presupuestos del Insalud para 1999 y que tienen menos presupuesto en recetas médicas que lo gastado en 1998?

Señor ministro, usted y sus eficaces gestores han conseguido situar el gasto farmacéutico en el porcentaje más alto sobre el gasto sanitario público de toda la Unión Europea. Señor ministro, ¿quién cree usted que debe asumir la responsabilidad de lo ocurrido?

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor ministro, por su comparecencia y por la información que nos ha dado.

Evidentemente, a pesar del tímido análisis que usted hace, casi de conmisericordia, respecto al fracaso de los objetivos, diciendo que de enero a agosto ha ido mal, pero que luego parece que la cosa mejora, no llega a demostrar ni llega a poder cubrir siquiera la apariencia de que apenas se ha logrado cumplir los objetivos de ahorro, porque era imposible, señor ministro, porque el diagnóstico estaba mal hecho y porque el tratamiento no era el adecuado. En ese sentido, no le acuso de haber gestionando mal sus propios objetivos, sino de haberse equivocado de plano, una vez más, usted y los gobiernos anteriores, en el diagnóstico de los problemas que afectan a una estructura del gasto farmacéutico que es exagerada y que además nada tiene que ver con los problemas de salud de la población.

Y para que no se engañe, señor ministro, quiero decirle que el primer medicamento del Gobierno socialista supuso una más que momentánea reducción del incremento del gasto en el primer año, a un 5 por ciento, que rápidamente remitió. Por tanto, además de acusarle a usted de haber incrementado la participación del usuario, señor ministro, no en el gasto público pero sí en el gasto farmacéutico total, excluyendo de la financiación pública más medicamentos que en 1993, además de eso, es evidente que usted no ha conseguido intervenir para nada en una estructura del gasto farmacéutico que obedece a otros criterios. El primero de ellos es una insuficiencia global del sistema sanitario, es decir, el porcentaje del 24 por ciento que usted identifica, que no es mucho más ni mucho menos de lo de siempre, es decir, que se mantiene una tendencia a un gasto farmacéutico muy elevado con respecto al gasto público total, tiene que ver con una insuficiencia de los recursos sanitarios, que se refleja en una estructura inadecuada del sistema sanitario.

Una vez más, señor ministro, no me gusta nada repetir argumentos, pero cuando la realidad nos los arroja a la cara hay que seguir insistiendo en que la insuficiencia y la masificación de la atención primaria son la primera causa de un consumo de medicamentos que se utiliza casi como un problema de orden público en ambulatorios, en centros de salud masificados, que en lugar de tratar adecuadamente problemas de salud, dan recetas como sustitución de una adecuada intervención sobre el gasto farmacéutico. Ese problema se mantiene y ese problema no se soluciona ni con medicamentos, ni con genéricos ni con aportaciones de la industria farmacéutica, que por otro lado, y esa es la segunda gran causa, controla la demanda, y ni ustedes ni gobiernos anteriores han tenido la valentía política de asumir globalmente los problemas del gasto farmacéutico e intervenir al menos en quien está controlando la demanda, señor ministro.

Aquí, como cada cual, sobre todo el Gobierno, continúa con sus argumentos, independientemente de la realidad, esto parece un diálogo de sordos.

Señor ministro, ¿cómo puede decir que la causa del aumento del gasto farmacéutico es el envejecimiento de la población si al mismo tiempo reconoce que no hay incremento sino disminución del número de recetas por persona? Desde el punto de vista del consumo, a pesar de los factores estructurales que le he indicado de la masificación de la atención primaria, la presión sobre los médicos para reducir el gasto está haciendo que el número de recetas por personas disminuya —ligeramente, pero disminuye—, es decir, el consumo insaciable de medicamentos por parte de la población no es causa del incremento del gasto farmacéutico sino de un incremento muy notable del precio por receta. Y yo cuestiono —porque está por ver que desde el Ministerio de Sanidad haya algún criterio de política del medicamento, de adecuación del medicamento como herramienta del sistema sanitario a las necesidades de salud de la población— que esos incrementos del precio por receta se deban realmente a que hay —estoy hablando en general— medicamentos más eficaces para intervenir sobre las mismas enfermedades. Señor ministro, lo que hay es una presión enorme de la industria farmacéutica para deshacerse de medicamentos baratos, útiles y de eficacia demostrada, y sustituirlos sin más por medicamentos como producto de las campañas de *marketing* de la industria farmacéutica. Consecuencia de ello y, clamorosamente, por la ausencia de una política en materia de antibióticos, que ha hecho que antibióticos usados y baratos, como la amoxicilina, que resolvía problemas de salud banales y era el medicamento más recetado, ya no estén sirviendo absolutamente para nada, por una política de medicamentos que hace que nuestro país sea el primero de Europa en resistencias a los antibióticos, se han sustituido en la práctica unos antibióticos por otros que son el triple, cuando menos, de caros. Aquí hay responsabilidades claras del Ministro de Sanidad por omisión, porque cuando se parte de la base de que esto es como un enorme mercado y los pacientes compran, la industria farmacéutica vende y el Ministerio de Sanidad mira, pasa lo que pasa, cuando realmente ni esto debería ser un mercado, ni la población está demandando como si tuviera capacidad de elegir a la hora de consumir medicamentos.

Vamos otra vez a los medios de comunicación. ¿Qué política de educación para la salud tiene su Ministerio para indicar a la población que los medicamentos sirven pero que tienen que ser utilizados como corresponde? Ninguna, porque se les caería la cara de vergüenza si observaran los programas y los anuncios de televisión presionando a la población de una manera absolutamente vergonzosa con publicidad engañosa al consumo de medicamentos para resolver problemas que no deberían resolverse con medicamentos sino desde otro punto de vista.

No ha intervenido usted sobre otro de los factores estructurales que cualquiera que conozca el sector denuncia, la ausencia de formación continuada por parte del Ministerio de Sanidad en materia del medicamento, por lo que los profesionales de la salud están en manos totalmente de la presión económica e informativa, entre comillas, de la industria farmacéutica. Por otro lado, los programas de formación de médicos en las facultades de medicina siguen indicando, fundamentalmente en atención no hospitalaria, el medicamento como único mecanismo de intervención para los problemas de salud. Pregunte usted a cualquier estudiante o a cualquiera que haya terminado la carrera cuál es la única herramienta que se concibe en nuestro país para intervenir sobre los problemas de salud.

Por tanto, señor ministro, el gasto farmacéutico va a seguir aumentando. Usted vendrá diciendo que parece que la cosa mejora, pero va a seguir aumentando porque las causas estructurales están pendientes y no hacen más que aumentar en su intensidad. Hacen falta programas políticos y valentía política para poner de acuerdo a unos sectores muy variados en un problema muy complejo que requiere de un abordaje integral de cada uno de los elementos que al final tiene como consecuencia un determinado gasto en el sistema sanitario público. Me parece muy bien la aportación de la industria farmacéutica, pero lo que está claro es que ésta en absoluta ha disminuido su cuenta de beneficios con esta aportación al sistema, que generosamente está recibiendo por otras vías. ¿Y al final quién paga, señor ministro? Como ha señalado la portavoz del Grupo Socialista, lo único que a ustedes se les ocurre, al margen de cualquier criterio de legalidad presupuestaria, es que la disminución del gasto por prestaciones por enfermedad, que pagan los trabajadores y trabajadoras de este país, en una acusación de fraude en la prestación por enfermedad jamás demostrada, con una estructura laboral mediante la cual los trabajadores y trabajadoras se autocensuran a la hora de ir al médico para no tener riesgos de ser dados de baja y perder el puesto de trabajo, en las condiciones de precariedad en las que se está trabajando hoy en nuestro país, lo único que se le ocurre a su Ministerio y al Gobierno en general es transferir 60.000 millones de pesetas —según se calcula— que los trabajadores enfermos han dejado de recibir por enfermedad, por prestación de incapacidad laboral, y trasladarlos al gasto farmacéutico. Señor ministro, si esta no es una política de intereses en la que los problemas de fondo se mantienen y al final se maquillan, sacando de donde siempre para meter donde siempre, explíqueme cuál ha sido su gestión al respecto.

Finalmente, una curiosidad que a usted le sonará mucho, señor ministro. Cuando se produjo el segundo medicamento, mi grupo parlamentario volvió a recordar lo que con el primero. ¿Qué pasa con los vasodilatadores cerebrales? ¿Qué pasa con el grupo de medicamentos más denostado por su absoluta ineficacia en el tratamiento para el que teóricamente está indicado? Según mis datos, en 1997 el gasto en vasodilatadores cerebrales del sistema sanitario público fue de 32.000 millones de pesetas. ¿Cuál ha sido en 1998 el dinero claramente despilfarrado por el Ministerio de Sanidad en la financiación de vasodilatadores cerebrales?

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

La señora **RIERA I BEN**: Gracias, señor ministro, por su comparecencia.

Mi grupo no quiere plantearle hoy ninguna cuestión a nivel ni de crítica ni en el otro sentido. (**El señor Blanco García: De alabanza**), de que nos tengamos que felicitar. Intentaré explicarme, señor ministro. Tenemos la impresión de que estamos ante la cuadratura del círculo. Evidentemente, es difícil, cuando uno tiene una responsabilidad como la suya, compaginar lo que la sociedad en este momento a nivel sanitario de gasto farmacéutico nos demanda. Por un lado nos vemos abocados cada vez más y afortunadamente a ser capaces de hacer frente a enfermedades tremendas, nuevas, que surgen y a tener la capacidad de respuesta para paliar estas enfermedades o luchar contra ellas. Usted ha hablado de que indudablemente los nuevos medicamentos que se han incorporado para combatir el Alzheimer, el Parkinson y el asma han disparado el gasto farmacéutico, y yo me atrevo a decir, señor ministro, que sin duda usted tiene razón y bienvenido sea este incremento que se ha originado por estas causas. Ojalá —y seguramente todos compartimos este criterio— pudiéramos seguir diciendo que como vamos descubriendo nuevos medicamentos que atacan estas enfermedades, el gasto farmacéutico sube. (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego silencio.

La señora **RIERA I BEN**: Probablemente en ese caso todos compartiríamos la satisfacción de que se produjera aumento en el gasto. Por tanto, hay algo de cuadratura del círculo, porque queremos mantener dos cosas a la vez, por un lado ser capaces políticamente de estar en la primera línea de lo que hoy día la ciencia y la medicina pueden permitirse para combatir las enfermedades, y, por otro, es reconocido por todos que el aumento de expectativa de vida que la población alcanza va a disparar y seguirá disparando el gasto farmacéutico, pues es sabido que los últimos años de vida de cualquier persona, de este país y de los de nuestro entorno, son los que más disparan la asistencia sanitaria en todos sus conceptos, incluido naturalmente el gasto farmacéutico. Llega un momento en que uno se pregunta que cómo vamos a ser capaces de compatibilizar la voluntad política de seguir luchando contra enfermedades

que son terribles, con los nuevos medicamentos que surgen, que son caros, y nosotros queremos estar en ello, cómo vamos a ser capaces de dar una calidad de vida, como dice el eslogan que se hizo famoso en Cataluña, de que no sólo hay que añadir años a la vida? sino dar vida a los años, lo que también significa más gasto y hacer posible que todo esto sea compatible con una reducción, con una contención de este gasto. Esto es muy difícil, señor ministro. Evidentemente no pienso que la solución sea estar todo el día criticando al Gobierno de turno, sea éste o anteriormente el Partido Socialista con responsabilidades que tuvo en la primera materia, porque, con sinceridad, pensamos que todos los gobiernos intentan, con más o menos fortuna, solucionar este problema. Ante esta situación nos sacamos de la manga, ahora y antes, medidas que, ahora y antes, demostraron su relativa eficacia, como puede ser la lista negativa de medicamentos, etcétera, y llegamos a la conclusión de que en algo pueden ayudar. Usted ha dicho que de no haber hecho esto el crecimiento bruto y el crecimiento neto hubiesen sido superiores. Por otra parte, diría que lo que dice usted, ministro, es de sentido común; probablemente, sí, hubiera sido más alto.

Pero en el fondo pienso que seguimos sin tener resuelta la gran cuestión. ¿Hay fórmulas técnicas, fórmulas de expertos que podamos poner encima de la mesa para llegar a la conclusión de qué debemos hacer? ¿Ha sido suficiente el impulso que se ha hecho en medicamentos genéricos, como para que realmente palién en algún porcentaje el crecimiento que se viene dando por los medicamentos que no pueden ser genéricos, porque son del último descubrimiento y son más caros? ¿Cómo vamos a compensar todo esto? ¿Existe realmente una buena política de educación sanitaria? ¿Somos capaces, entre todos, de dejar de hacer demagogia, cada uno dentro de su estilo, dentro de su contenido, y de pactar unas líneas entre todos, sin responsabilizar a nadie, ni al Gobierno ni a la oposición ni a los grupos que damos apoyo al Gobierno, teniendo voluntad de pactar unas normas de consenso que tuviesen este criterio profiláctico, como decía la señora Maestro? ¿Cuando conectas un canal de televisión de cualquier comunidad —y no quiero buscar responsables en sitios determinados, sino que prefiero compartir la responsabilidad— hay una presión, ya que se nos viene a decir: médíquese usted que va a ser más listo, más guapo, más joven y más saludable. ¿Es compatible esta publicidad que existe —aunque luego diga: consulte a su médico— con esta cultura de decir que lo que tenemos que hacer es ser mucho más razonables y pensar que no todos los males se van a curar con determinados medicamentos? ¿Vamos a ser capaces de distinguir aquello que inexorablemente tiene que tratarse con un medicamento de aquello, como puede ser la epidemia de gripe que ha habido estos días y que ha sido generalizada, y que la mayoría de médicos que han tenido tiempo de hablar con su paciente le han dicho: si le sube mucho la fiebre tome paracetamol o beba mucha agua y no haga nada más? Hay médicos que han hecho esto. Sinceramente creo que no son los malos médicos los que han hecho esto, sino simplemente los que tienen tiempo y los que la reforma de la atención primaria les ha permitido tratar a los pacientes que tenían delante con la suficiente dedicación para poder tranquilizar al enfermo y decirle: tranquilo que usted no tiene que tomar

antibióticos? ni tiene que tomar nada. ¿Vamos a ser capaces de hacer todo este montaje?

Señor ministro, sinceramente pienso que el gran debate político que debía significar la subcomisión parlamentaria para la reforma de la sanidad creó muchas expectativas y llegó desgraciadamente a pocos acuerdos. En este país tenemos varias asignaturas pendientes, pero en cuanto a lo que concierne a sanidad, ya que estamos en esta Comisión y en presencia del máximo responsable político en este tema, pienso que la gran asignatura política de todos es la de intentar hacer un esfuerzo, dar un paso que signifique que hablen los expertos, para que nos digan en qué podemos actuar y tengamos voluntad política de consensuarlo. De lo contrario, me parece que no vamos a avanzar. Porque, ¿qué pasaría si hoy hubiese venido usted, ministro, y hubiese dado la noticia de que habíamos rebajado espectacularmente el gasto farmacéutico? Probablemente, algunas o algunos de los que estamos aquí le hubiéramos achacado a usted que como lo que se quiere es comercializar con la salud de las españolas y los españoles, ya que lo que se quiere es tener criterios economicistas, prescindiendo del coste que esto tiene para la salud de muchos, estoy segura de que hoy hubiese oído parte de estas críticas.

Por tanto, le vuelvo a repetir, ministro, tenemos que pactar qué es lo que es discurso político diferenciado, legítimo, y qué es lo que inexorablemente tendremos que ser capaces de consensuar, qué es necesario hacer. Pienso sinceramente, señor ministro, que seguimos estando faltos de una visión científica, si se me permite la expresión, de lo que va a ser la evolución en los próximos años del gasto farmacéutico. Pienso también que en ningún país de Europa de nuestro entorno se ha conseguido encontrar la medida para que se pueda simultanear la reducción del gasto con esta mayor competencia para curar en la salud. Por tanto, tendremos que pactar, ministro, qué asumimos y qué dejamos de asumir y, en un acto de honestidad, decir: hasta aquí llegamos y esto lo vamos a dar políticamente a la solidad y esto quizá tendremos que plantearnos que no es posible hacerlo compatible con una contención del gasto. Hasta que no seamos capaces de llegar por estos derroteros probablemente, usted, ministro, o el ministro que en otro momento tenga la responsabilidad, seguirá dando muchas explicaciones y, en el fondo, no habremos avanzado casi nada.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV), tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO BASÁÑEZ**: Señorías, señor ministro, en nombre del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tengo que agradecer la presencia del señor ministro de Sanidad y Consumo, así como la información y explicaciones que nose ha aportado. También creo que sí debemos felicitarnos por los logros parciales conseguidos en la contención del gasto farmacéutico, de acuerdo con los objetivos previstos que compartimos.

Las medidas aplicadas hasta el momento no han tenido toda la repercusión esperada en la contención del crecimiento del gasto farmacéutico. Téngase en cuenta que, a pesar del impacto que hayan podido tener, el crecimiento del gasto no ha sido exactamente de un 10,5 por 100, sino alrededor, casi, del 11 por 100, en términos homogéneos,

dado que el ejercicio de base, 1997, sobre el que se calcula dicho crecimiento experimentó, a partir de marzo, la reducción de márgenes.

Si se toma en consideración el hecho de que el desembolso público anual por este concepto está a punto de rebasar el billón de pesetas, es obvio que los niveles de crecimiento que experimente adquieren una especial relevancia, no sólo por su cuantía absoluta, sino también por el coste de oportunidad que suponen para el necesario desarrollo de otras áreas, tanto de la sanidad pública, como de otros sectores no exclusivamente sanitarios.

Por ello nos interesa conocer, al menos, un esbozo de las medidas que al efecto pudiera tener en cartera ya el Ministerio y especialmente, por la proximidad de su puesta en marcha, la posibilidad de introducir algunas modificaciones pertinentes en el proyecto de real decreto por el que se regulará el sistema de precios de referencia, al objeto de que su impacto económico sobre el gasto farmacéutico total, a través de receta, sea sensiblemente superior a esta exigua minoración del 0,38 por 100 que se produciría, según nuestras estimaciones, en el mejor de los casos.

Finalizo agradeciendo de nuevo su presencia en esta Comisión y manifestándole, como en anteriores ocasiones, un apoyo con matices críticos, a la política seguida, que esperamos poder mantener en el futuro.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Señoras y señores diputados, señor ministro, el Grupo Popular quiere agradecerle su comparecencia en la primera sesión de la Comisión de Sanidad de este período de sesiones y quiere agradecerle, por supuesto, las explicaciones pormenorizadas que ha dado con relación al gasto farmacéutico del año 1998, a instancias del Grupo Socialista, que solicitó esta comparecencia por vía de urgencia.

Señor presidente, cuando el Partido Popular planteaba a los ciudadanos el programa sanitario en 1996, hacía referencia a cuestiones fundamentales en materia de sanidad. Decía que había que incrementar la financiación del sistema sanitario, que había que mejorar el control del gasto y hacer una política presupuestaria ajustada, real y sin desviaciones, y creemos que, a lo largo de estos tres años de Gobierno del Partido Popular, se están llevando a cabo no sólo esos objetivos, sino también los compromisos que habíamos adquirido con la sociedad.

La realidad es que cuando se habla de gasto sanitario y en particular del gasto farmacéutico, los técnicos en política sanitaria, expertos en el establecimiento de las políticas presupuestarias y de control del gasto, dicen que lo que es más difícil de controlar es el gasto farmacéutico, porque hay muchos factores que intervienen sobre la factura final.

Nosotros, como una gran mayoría de los diputados de esta Comisión, somos conocedores de los desvelos del Ministerio, del Instituto Nacional de la Salud y de los diferentes servicios regionales de salud por controlar el gasto farmacéutico, y hay que decir que a lo largo del año 1998, y a la vista de la información que nos ha dado el ministro, esos desvelos de todos los responsables de la gestión sanitaria han dado su fruto.

Pero muchas veces las palabras son sólo palabras y tienen que ir acompañadas de dastos. Con el permiso del señor Presidente, si hacemos una referencia a lo que ha significado el gasto farmacéutico en esta década, en la década de los 90, hay que hablar de lo que supuso el incremento del mismo en el año 1990: nada menos que el 16,24 por ciento de incremento sobre el año 1989. En el año 1991 supuso el 17,03 por ciento de incremento sobre el año 1990. **(La señora Amador Millán: ¡Qué bárbaro!)** En 1992, el 14,09 por ciento sobre el año 1991. En 1993, el 7,85 por 100 sobre el año 1992. Es decir, en un período de seis años, 1990-1995, la media de incremento del gasto farmacéutico fue del 12,5 por ciento respecto a los años anteriores.

¿Qué hay que decir de estos dos años y medio, en que el Gobierno del Partido Popular asume la responsabilidad del incremento del gasto farmacéutico? Hay que decir que en 1997 el incremento del gasto farmacéutico ha sido del 5,4 por ciento y que en el año 1998 ha sido del 6,5, como acaba de informar el señor ministro. **(La señora Amador Millán: No.)** Algunos portavoces han intervenido y han dado cifras de desviación multimillonarias; creo que hay que hacer una llamada al rigor y no utilizar las cifras con frivolidad.

El ministro ha dado datos importantes y a todos nos preocupa la ejecución presupuestaria y el gasto farmacéutico en particular. Ha dicho el ministro que el gasto farmacéutico en España viene a representar el 25 por ciento del gasto sanitario y se cifra en casi un billón de pesetas. Alguien ha dicho: ¡ustedes han conseguido llevar...! No, no es así. El ministro de Sanidad, el Gobierno del Partido Popular, nos ha dado las cifras concretas; antes no se sabía cuál era el gasto total desde el punto de vista sanitario. **(La señora Amador Millán: ¿Ah, no?)** No se sabía, señorías, señora diputada.

Establecemos diferencias con otros países de la Unión Europea —algunos diputados que han intervenido han mencionado las diferencias que hay, por ejemplo, con Alemania, Suiza, Dinamarca, Noruega—, y pensamos que debemos acercarnos a esas cifras, pero también habría que reflexionar sobre por qué esos países tienen esos datos y tienen un gasto farmacéutico que, en relación con el español, es manifiestamente mejor.

Hay que tomar medidas, y este Gobierno ha sido el que más medidas ha tomado desde el punto de vista del control del gasto farmacéutico. Lo ha dicho el ministro, pero me parece oportuno repetirlo: el decreto de márgenes de las oficinas de farmacia se publicó en el año 1996 por iniciativa del Gobierno del Partido Popular; los genéricos no existían en nuestro país hasta el año 1996-1997 y, por las cifras que yo tengo, hay 173 genéricos en el mercado español. Aquí vemos una de las diferencias; en Alemania, por ejemplo, hay un gasto farmacéutico más bajo que en España, porque el número de genéricos en ese país es mucho más alto que el nuestro. Ha habido un acuerdo con Farmaindustria que se ha criticado aquí diciendo que siempre se intenta mercantilizar, y resulta que la industria farmacéutica nunca había aportado tanto dinero al sistema sanitario español. Ha habido una medida valiente por parte del Gobierno como es la financiación selectiva; curiosamente, todos

sabemos que los que tienen la patente de su invención son los que más lo han criticado.

El ministro nos acaba de dar más datos sobre lo que han significado todas estas medidas a lo largo del año 1998, y nos da las cifras. Si vemos la variación en el gasto farmacéutico de enero a agosto de 1998, el incremento en agosto iba a ser aproximadamente del 11,3, y, como esa progresión, en el mes de diciembre de 1998 hubiera supuesto un 12,5. Ese incremento se hace retroceder a través de la medida de la financiación selectiva de medicamentos, que supone un recorte en el gasto de dos puntos, en torno a los 20.000 millones. Si esto supone al final un incremento del 10,5 y la aportación de la industria farmacéutica en torno a 39.000 millones, que significan cuatro puntos, hace que el gasto farmacéutico sea del 6,5 en el año 1998, en relación con el año 1997. **(La señora Amador Millán: Que no, que no.)** Señoría, los datos son los datos, que yo creo que son objetivos y las valoraciones son muy subjetivas. Me estoy refiriendo a los datos concretos que no sólo los da el ministro, los dan los técnicos de los servicios regionales de salud.

Se ha puesto a una comunidad autónoma como ejemplo y paladín del recorte o del control de gasto farmacéutico. Yo no quisiera entrar a establecer diferencias entre distintas comunidades autónomas. **(La señora Amador Millán: Entre, entre.)** Que en el año 1998 haya habido un ajuste mayor en el gasto farmacéutico no quiere decir que otros años esa comunidad no haya sido la primera en el gasto. Estamos hablando del Sistema Nacional de Salud y de los datos globales en nuestro país.

A mí me ha parecido un dato muy importante que pone de manifiesto que, dentro de la política sanitaria del Gobierno, se están llevando a cabo medidas de control del gasto, y no solamente desde el punto de vista del control estricto sino también con la pretensión de evitar el aumento. El ministro ha dicho que ha habido una disminución del número de recetas. Por los datos que ha dado, la disminución no es muy significativa, pero es importante, dado que se va reduciendo la prescripción por parte de los facultativos. Dice el ministro: ha aumentado el coste medio por receta a un 10,6, ha disminuido la aportación de los usuarios y este conjunto de cuestiones hace que aumente la factura de farmacia.

Por eso, señor presidente, como la diputada tiene...

El señor **PRESIDENTE:** Alusiones, ninguna, señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO:** Quiere controlar el tiempo del portavoz del Grupo Popular, cuando nadie en su momento le ha dicho nada sobre las intervenciones de otros diputados. Voy a terminar para que la señora diputada no se ponga nerviosa.

El señor **PRESIDENTE:** Al señor Villalón le quedan dos minutos.

El señor **VILLALÓN RICO:** Señor Presidente, para terminar, siguiendo la línea de la intervención de la Diputada de Convergència i Unió, me gustaría hacer una llamada a la responsabilidad de todos a la hora de no frivolar los datos, ser responsables a la hora de manejarlos y mejorar la

factura farmacéutica en aquellos que tienen responsabilidades de gobierno. El Ministro ha anunciado que se están tomando ya medidas: se está trabajando en el Real Decreto sobre los precios de referencia, que está a punto de ver la luz, o en las medidas para mejorar la gestión y el control a través del programa TAIR.

Señor Presidente, termino diciendo que a nosotros nos ha satisfecho plenamente la intervención y la comparecencia del Ministro. Creemos que se está controlando el gasto, señor Diputado; que se está haciendo una política presupuestaria ajustada real y sin desviaciones; que se han mejorado de forma manifiesta las prestaciones sanitarias, y las farmacéuticas en particular y, al final de todo, el Ministerio, el Gobierno, todos los responsables sanitarios de nuestro país, están dando un buen servicio sanitario a nuestros ciudadanos. Hay cosas que hay que mejorar, pero somos todos conscientes de ello y el Gobierno y el Ministro están tomando las medidas para alcanzar esos objetivos que decíamos al principio.

El señor **PRESIDENTE:** Para dar respuesta a las distintas intervenciones, tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaria): La portavoz de Grupo Socialista empezó con apreciaciones y calificaciones subjetivas que yo no voy a discutir, eso forma parte de su libertad. Yo quiero decir que me siento satisfecho de algunos de los avances muy importantes que estamos consiguiendo en la política sanitaria de nuestro país. Creo que la política farmacéutica ha sufrido un giro copernicano, y de prácticamente no existir y presentar una situación verdaderamente de encefalograma plano, hemos pasado a tener una política europea de medicamentos que está empezando a dar ya resultados muy alentadores y los datos son incuestionables y tercos. Me siento muy orgulloso de eso, me siento muy orgulloso de la reducción importantísima que hemos hecho en las listas de espera elemento fundamental de eficacia y de equidad del sistema. **(Risas.)** Pregunten ustedes a los pacientes lo que tenían que esperar antes, que ahora ya no lo hacen. Estamos satisfechos del enorme impulso que estamos dando a las inversiones en infraestructuras sanitarias. Hemos pasado de 36.000 millones, que era el capítulo de inversiones que recogimos, a 66.000 millones, que nos está permitiendo modernizar y afrontar mejoras importantísimas en las infraestructuras sanitarias. Ahí está el balance de la gestión y ésa la juzgarán los ciudadanos que, en definitiva, son los que tienen que hacerlo.

Vienen ustedes aquí intentando confundir a la opinión pública: déficit de 100.000 millones. ¿Dónde está el déficit de 100.000 millones del gasto? Yo les voy a decir cómo el Insalud ha cubierto sus necesidades de gasto farmacéutico, que está perfectamente claro y es entendible. El Insalud hizo un presupuesto de gasto farmacéutico de 360.000 millones. Que ustedes que hacían unos presupuestos que no cumplían nunca, en el gasto farmacéutico y en muchas más cosas, vengan a hablar de esto, ¡hace falta tener valor! El Insalud presupuestó 308.000 millones y gastó 338.000 millones. Sabía que podía disponer de una previsión de ingresos con cargo a unos fondos que venían del sistema de Seguridad Social como consecuencia de economías en la IT; dispuso y

recibió 15.000 millones de pesetas que dedicó a esa atención. Sabía que de la industria farmacéutica iba a recibir, ha recibido buena parte y la otra la recibirá en los primeros meses del año, 14.890 millones, y eso da 338.000 millones, que es prácticamente lo que gastó el Insalud en farmacia, con lo cual, ahí no hay ningún agujero; 308.000 millones de presupuesto, 15.000 millones del control de IT y 14.000 millones y pico de la industria farmacéutica que no estaban en los presupuestos. Señora Amador, usted fue ministra de esto, supongo que se sabría sus presupuestos, y no estaban tampoco en ellos por criterios del Ministerio de Economía. No es cosa suya ni mía, sino del Ministerio de Economía, que cree que esos ingresos deben irse generando en el presupuesto a medida que se van produciendo, y por eso no aparecen a principios de año en el presupuesto. Sin embargo, se producen, como los de la IT, y se aplican a lo que corresponde; por tanto, no hay ahí ningún agujero. El Insalud pudo cubrir su gasto farmacéutico con las previsiones que tenía y con una forma muy normal de gestionar un presupuesto y unos recursos. El Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, aspiraba a tener un ahorro de 65.000 millones, como consecuencia de un menor gasto en materia de medicamentos y estamos en el orden de esas cifras. La industria farmacéutica nos aporta casi 40.000 millones; hagan ustedes las cuentas como quieran. Si una previsión normal situaba este año el crecimiento del gasto en el 12,5 por 100, una cifra absolutamente normal dentro del sistema, inferior a la de años anteriores; y, como consecuencia de la entrada en vigor del Decreto de financiación selectiva, el 1 de septiembre, se invierte esa tendencia y lo que tenía una proyección al 12 por 100 termina teniendo un resultado del 10,5 por 100, ahí hay dos puntos de economía que hay que imputar razonablemente a la única medida que aparece como nueva en ese momento. Estamos dispuestos a discutir esto con quien haga falta y analizarlo con toda seriedad y rigor. No estoy dogmatizando en nada, pero estoy dando unos datos que nos permiten pensar que estamos muy cerca de haber conseguido ese objetivo del ahorro de los 65.000 millones con esta mayor aportación de la industria esa desaceleración en el crecimiento del gasto, como consecuencia de esa medida y un poco de los genéricos que han ido apareciendo en el mercado.

Realmente, si esta inversión de tendencia y estos avances que estamos teniendo son muy preocupantes para el Partido Socialista, no sé dónde tendría que haber llegado la preocupación cuando ellos gobernaban y cuando estábamos en esos crecimientos medios del 14 o del 12 por 100 acumulativo. Tendrían que estar desesperados, porque lo que estamos haciendo es mejorar claramente la situación que ustedes nos dejaron, y no se mejora por casualidad, sino porque se adoptan medidas racionales para conseguirlo.

Ustedes habían hecho una lista negativa de medicamentos que quedó aislada, sin medidas complementarias, y no fue seguida de los resultados esperados. Ustedes no tenían un genérico en el mercado ni habían legislado sobre ello nada; cero. **(Risas.)** Ahora nos dicen que vamos despacio. No hay 173, como decía el portavoz, ahora son doscientos y pico los aprobados, mientras ustedes tenían cero. No tenían precios de referencia; ahora dicen que los precios de refe-

rencia son tímidos, pero ustedes tenían cero. Tenían una aportación de la industria que a lo que más llegó fue a 15.000 millones pero, además, condicionada a que no tocara la lista negativa. Tenían una rebaja del por 100 de los colegios farmacéuticos. Ése era el cuadro de su política farmacéutica.

Nosotros hacemos la lista negativa, nosotros introducimos los genéricos, nosotros introducimos los precios de referencia, nosotros hacemos un acuerdo con la industria farmacéutica de 40.000 millones, aun con lista negativa, y dicen ustedes que es un acuerdo para favorecer a la industria. Ya me dirán cómo se favorecía en la etapa anterior, porque si es favorecerla pedirles 40.000 millones y encima que soporten una lista negativa, ¿cuál era la situación cuando daban 15.000 millones y no tenían lista negativa? Aquello era Jauja, comparado con la situación actual. Y aquella rebaja del 2 por 100 que les hacían los colegios farmacéuticos nosotros lo traducimos en una reducción de los márgenes de la farmacia y de los almacenes de distribución que supone una reducción del precio de los medicamentos del 3,87 por 100.

Ésa es la diferencia entre ustedes y nosotros. Naturalmente eso se traduce en que aquellos crecimientos del 14 por 100 y del 12 por 100 ya fueron mucho menores el año pasado y este año, en términos netos, están en el orden de ese seis y pico por ciento que antes decía, que supone un principio de desaceleración de un crecimiento. Si esto es lo que nos sitúa en el gasto público entre los países más alto de Europa, no sé qué es lo que hubiera ocurrido si siguiéramos con sus políticas. Desgraciadamente ese «ranking» lo habían adquirido ustedes y nosotros estamos intentando empezar a reducirlo, manejado este asunto de otra manera y con más eficacia. De modo que nada de déficit de 100.000 millones de pesetas ni en el Sistema Nacional de Salud ni en el Insalud. Si no hemos conseguido los 65.000 millones de pesetas de ahorro, que ya lo veremos, tendremos que convenir que no andamos muy lejos, porque ahí está esa aportación de la industria y esa desaceleración que es evidente a partir del 1 de septiembre. Pero está previsto que en el primer semestre del año el Gobierno estudie esta cuestión y plantee sus puntos de vista y posiciones al Consejo de Política Fiscal y Financiera, lo discuta con todas las instituciones representadas en ese órgano y adopte las medidas que estime pertinentes, que es lo previsto y lo que naturalmente se hará.

Fracaso del nuevo sistema de financiación. Insuficiencia del nuevo sistema de financiación. ¡Pero si hemos aumentado en 205.000 millones de pesetas el gasto sanitario sobre lo que hubiera sido el crecimiento previsto según el modelo de financiación de ustedes! ¿Y les parece poco? Pues no le pareció poco a la Junta de Andalucía, que estuvo conforme con este modelo de financiación y votó a favor de todas las medidas previstas en el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, aunque de esos 205.000 millones de pesetas 40.000 millones, efectivamente, venían de fondos de la Seguridad Social. Muy bien, pero para la sanidad son 40.000 millones de pesetas que vienen por haber buen un trabajo en relación con la incapacidad temporal, que tampoco es por otra cosa. **(Rumores.—El señor Blanco García: De eso ya hablaremos.)** De ahí vienen 40.000 millones de pesetas; muy bien, han venido. No, es que no

se sabe... No, no, han venido y los 40.000 millones que nos ha dado la industria farmacéutica nos los ha dado. Si no nos los ha dado, una parte la pagará en los próximos meses. Les dimos algunas facilidades de pago, como se las daban ustedes. No creo que eso sea para rasgarse las vestiduras. **(Risas.)** Les hemos dado una facilidades de pago y lo van a pagar. Devengado está. El ingreso corresponde a lo que ha ocurrido este año **La señora Maestro Martín: Y habrá rebaja de enero**), unas pequeñas facilidades de pago que no creo que sea para rasgarse las vestiduras. Se las daban ustedes también.

Dicen: insuficiencia financiera, fracaso del nuevo modelo de financiación. Pues miren, gracias a eso estamos pudiendo duplicar casi las inversiones del Insalud en mejora de los hospitales, en la construcción de nuevos centros de salud, en dotación de tecnología, etcétera, atendiendo necesidades muy sentidas en algunas comunidades autónomas que requerían este enorme esfuerzo inversor, como Castilla y León, Castilla-La Mancha, La Rioja, etcétera, en donde estamos contemplando crecimientos muy superiores al cien por cien en lo que se refiere a las inversiones destinadas a sus infraestructuras sanitarias.

Que la redistribución fue injusta. ¡Si mejoramos los criterios de distribución de todos los conceptos! En todos los conceptos se reparte ahora más equitativamente que cuando lo repartían ustedes. Es así, en todos los conceptos se reparte más equitativamente ahora. Ya me dirán ustedes cuál es el balance de todo esto. El balance es que la política... **(La señora Amador Millán: Desolador.)** Pues no sé cuál era el anterior, señora Amador. Si esto es desolador, si esto es un fracaso, cuando los resultados eran doblemente peores, ¿tendría usted que decir que doble fracaso? Un fracaso, pues el anterior doble. Nada de fracaso, una política sería. No todas estas medidas son a corto plazo. Hemos tenido que acomodar las medidas a sus rendimientos. La aportación de la industria, que es una medida a corto plazo porque se la podíamos sacar así, ha sido muy grande este primer años porque en los genéricos, efectivamente, tardan más en entrar en vigor los precios de referencia, todos los esfuerzos que estamos haciendo, y me referiré también a algunas de estas otras cuestiones cuando conteste a la señora Maestro. En esta política hay medidas a muy corto plazo, medidas a medio plazo y medidas a largo plazo, pero por primera vez tenemos un modelo de política farmacéutica, complementada con lo que luego le diré a la señora Maestro, que también tendrá su parte **(Risas.)**, homologable a las políticas europeas, y no este resto que ahora vemos aquí de no se sabe qué, que nos había llevado a ese título tan poco envidiable de ser en Europa los que más gasto farmacéutico teníamos en relación con el gasto total.

Yo creo que sobre lo que me dijo la portavoz del Grupo Socialista poco más tengo que decir, porque realmente sus argumentos son muy fáciles de desmontar, y sus apreciaciones subjetivas son de su exclusiva responsabilidad.

Señora Maestro, los objetivos de ahorro se han cumplido muy cerca. No tenemos tan mal diagnóstico ni tan mala terapéutica. Nosotros sabemos la importancia que tiene la atención primaria en estas cuestiones, y naturalmente, estamos intentando mejorarla y tener más medios humanos, aumentar el tiempo de las consultas —y usted sabe que eso es verdad— **(La señora Maestro Martín hace signos**

**negativos.)** ... Sí, sí, se está aumentando el tiempo de las consultas, se está haciendo mejor, estamos haciendo un gran esfuerzo en atención primaria, aumentado el número de equipos, aumentado los equipos de apoyo; en definitiva, una mejora sustancial en atención primaria, aprovechándonos además de la enorme capacidad que tienen los profesionales de atención primaria para afrontar más cosas. No sólo están haciendo mejor lo que hacían siempre, sino que pueden hacer más cosas. Fíjese usted si estará mejorando, que no solamente hacen mejor lo que hacían, sino que además hacen cirugía menor ambulatoria —20.000 intervenciones este año—, y van a poder pedir pruebas diagnósticas directamente a los hospitales sin necesidad de pasar los especialistas. En fin, estamos con una política de aprovechamiento de la atención primaria, y de mejor dotación y también de su formación farmacológica.

Usted sabe que cada vez hay más protocolos concertados con las sociedades científicas sobre las enfermedades prevalentes que son guías para conseguir, primero, una buena calidad de la asistencia que damos y, segundo, una buena relación coste/beneficio en relación con los medicamentos que se utilizan, dentro de las máximas exigencias de calidad. Sabe usted que sobre eso se está trabajando, se aumenta la información de los profesionales en farmacia, se aumenta su formación... En fin, se está tratando ese tema con todo el rigor y con toda la profundidad que merece en relación con el funcionamiento de los servicios. El envejecimiento de la población, pase lo que pase con el número de las recetas, evidentemente determina un encarecimiento de la asistencia médica y también farmacológica; es evidente. Hay enfermedades nuevas de la gente mayor. Me refería concretamente a una de ellas, el Alzheimer, y a sus nuevos medicamentos, que evidentemente afecta a ese grupo de población y tienen los costes que todos sabemos.

Le tengo que decir que la Dirección General de Farmacia es absolutamente rigurosa y exigente en relación con los nuevos medicamentos, de forma que si no suponen una aportación efectiva y neta de eficacia a los efectos terapéuticos de medicamentos anteriores no se autorizan, no se aprueban, no se dan. Ese tema se maneja y se trata con todo el rigor y con toda la competencia que merece.

Hacemos educación sanitaria, ¡Claro que la hacen los servicios de primaria, que tienen programas de promoción de la salud, programas de educación sanitaria! La hacemos nosotros a través de distintas campañas dirigidas al gran público por distintos medios. Hay campañas de uso racional del medicamento; ahora está preparada una sobre los medicamentos genéricos. Hay un esfuerzo de educación sanitaria permanente y constante de nuestros servicios sanitarios, que es una de las funciones más importantes justamente de todos ellos pero especialmente de la primaria.

Publicidad engañosa. Si hay alguna, yo le ruego que usted la denuncie, que se perseguirá **(La señora Maestro Martín: En televisión.)**, por que no estamos por amparar ninguna publicidad engañosa. Las otras responsabilidades las compartimos con las comunidades autónomas, que estoy seguro que las ejercerán lo mejor que puedan. Formación continuada, sí, publicidad engañosa, no.

La cuenta de beneficios de la industria, yo no sé cuando sería mejor, si cuando subían el 12,5 por ciento, el 14 por ciento y le daban 8.000 millones de pesetas a la Adminis-

tración o cuando crece menos y le dan 40.000 millones de pesetas (**La señora Amador Millán: No es así.**) Yo no sé cuándo estaba mejor la industria farmacéutica. Usted podrá juzgarlo. No justamente ahora que, con crecimientos menores del gasto, hace aportaciones mayores. Ya me dirá usted de dónde sale eso. Eso lo entiende cualquiera.

De los vasodilatadores me parece que hablamos ya en el debate de financiación selectiva, y me remito a las consideraciones que formulé entonces. (**La señora Maestro Martín: Eso no me vale.**)

La señora portavoz de CIU me anima a seguir avanzando en estas cuestiones, y yo creo que es algo que tenemos que buscar. Desde luego, estoy muy de acuerdo con S. S. en que debemos abandonar esos discursos demagógicos, y usted lo ha señalado muy bien: si gastamos mucho, nos dicen que malgastamos, y si gastamos poco, nos dicen que recortamos. Vamos a ver si somos serios, y a esa seriedad yo me sumo, señora Riera. Me sumo porque me parece que por ahí debe ir el discurso. Nosotros estamos intentando contener el crecimiento del gasto farmacéutico porque nos parece que es alto en España en relación con los módulos con los que nos podemos comparar de los países más avanzados de Europa. Y me parece que ese es un objetivo compatible con una buena sanidad, que creo que tenemos que darla, la estamos dando, la vamos a dar, y no creo que se les niegue a los grandes países avanzados de Europa, que son capaces de dar una excelente sanidad y al mismo tiempo mantener el gasto farmacéutico en unos límites razonables. Y seguramente porque tienen el gasto farmacéutico en límites razonables, pueden mejorar otras atenciones. Este es un objetivo que todos nosotros deberíamos asumir. Yo celebro que S. S. se sume a ese planteamiento y busque también una homologación con los países con los que nos comparamos, y creo que vamos dando pasos en la buena dirección.

Al representante del PNV le agradezco su apoyo, aun con los matices que ha expresado. Creo que estamos progresando, estamos avanzando, estamos dando pasos; hay medida, como antes decía, a corto plazo, otras a medio; pienso que todas ellas pueden producir sus efectos y que entre todos, si seguimos en esta línea, conseguiremos ir acercándonos a los objetivos que nos hemos señalado.

Y al representante del Grupo Parlamentario Popular le agradezco, como siempre, el apoyo a nuestras políticas y, en concreto, al ámbito de la política farmacéutica, que tanta importancia tiene en nuestro país.

Muchas gracias. (**La señora Maestro Martín pide la palabra.**)

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor ministro.

Señora Maestro, sabe que no existe turno de réplica.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: No es réplica, es una respuesta.

El señor **PRESIDENTE**: Para una pregunta, tiene un minuto.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor presidente. Creo que ni lo voy a agotar.

Es una pregunta muy concreta que he hecho al señor ministro, que entra estrictamente en el contenido de su comparecencia: informar acerca de la evolución del gasto farmacéutico en 1998. Y le pregunto exactamente por el gasto producido en el grupo de medicamentos que es el paradigma de la ineficacia y, por lo tanto, del despilfarro. A manera de orientación, he dado una cifra correspondiente a 1997: 32.000 millones de pesetas; ¿cuál es el gasto farmacéutico producido en 1998 para los vasodilatadores cerebrales y si, en su caso, piensa tomar alguna medida, no ya, desde el punto de vista de mi grupo parlamentario, para eliminar la financiación pública y hacer publicidad en televisión, sino para eliminar del registro medicamentos que no sirven para nada?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señora Maestro, no tengo ese dato disponible aquí, pero con mucho gusto se lo haré llegar, y el registro está siempre abierto para actuar en consecuencia en relación con la revisión de los medicamentos en función de su utilidad sobrevenida. (**El señor Corominas i Busqueta pide la palabra.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, le repito lo que he dicho: no hay turno de réplica ¿Para qué me solicita la palabra?

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, el señor ministro, en su respuesta, aparte de mostrarse muy nervioso (**Rumores**) ha hecho una serie de imputaciones graves. (**El señor Villalón Rico: Apreciación subjetiva.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, ¿para qué solicita la palabra?

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Un momento, si me deja el portavoz del Grupo Parlamentario Popular...

El señor **PRESIDENTE**: No hable de si el señor ministro ha estado nervioso o no.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Ha hecho una serie de imputaciones al Partido Socialista relativas a que falseábamos los datos, y quiero aclarar esta cuestión. Creo que es una imputación grave que ha hecho al Grupo Parlamentario Socialista, y creemos que es de obligación aclararla con los datos oficiales publicados por el propio Ministerio.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, el señor ministro ha dado respuesta a todas las preguntas que le ha formulado la portavoz señora Pozuelo. No tiene la culpa el señor ministro de que en la legislatura anterior fuese el Grupo Parlamentario Socialista el que ostentaba el poder, y lo mismo que ustedes hacen críticas, éste ha sido un debate

político puro y tienen ustedes que asumirlo, señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Lo asumimos, señor presidente. Pero una de las preguntas era cómo se solventaba el déficit, y el señor ministro no ha contestado, porque los datos son otros.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, el señor ministro ha contestado a lo que ha estimado oportuno, y en el «Diario de Sesiones» constará todo.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Pues que conste la protesta del Grupo Parlamentario Socialista en el «Diario de Sesiones».

El señor **PRESIDENTE**: Que conste.

Finalizada esta comparecencia, si les parece, vamos a dar dos minutos de receso para que ordenen ustedes sus papeles. **(Pausa.)**

#### — LAS DENUNCIAS QUE SE HAN HECHO PÚBLICAS EN RELACIÓN CON LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER A PETICIÓN DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO (Número de expediente 213/000891)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, siguiendo el orden del día, pasamos al segundo punto: comparecencia del señor ministro de Sanidad y Consumo para informar sobre las denuncias que se han hecho públicas en relación con la Asociación Española contra el Cáncer. Dicha comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario, tiene la palabra cuando quiera el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Se le requiere al Gobierno en esta petición de comparecencia para que se manifieste con respecto a las denuncias que se han hecho públicas con relación a la Asociación Española contra el Cáncer.

Como luego se verá, por lo que al debate público se refiere —luego haré mención de otras cuestiones—, recordaré que en los días anteriores y posteriores a la celebración, el pasado 10 de diciembre, de una asamblea de la Asociación Española contra el Cáncer, los medios de comunicación hicieron públicas diversas denuncias, algunas de carácter judicial y otras no, sobre supuestas irregularidades en la gestión de esta entidad, unas referidas a la conducta del dimitido titular de la dirección general y otras a la reacción de la Unión Europea, que habría ordenado una auditoría y suspendido el abono de unas subvenciones concedidas a la Asociación Española contra el Cáncer, como gestora, en la persona de su director general, de un programa adjudicado a la Asociación Latinoamericana de Instituciones contra el Cáncer.

En cuanto a las subvenciones de la Unión Europea, la contestación no puede ser otra que la prevista por este Ministerio para dar respuesta escrita a un diputado: La materia no es competencia de este departamento, ninguna instancia del Gobierno español interviene para nada en la concesión y control de estas ayudas y, en concreto, el

Ministerio de Sanidad no tiene la obligación, y mucho menos la facultad, de vigilar el recto empleo de los fondos que la Comisión Europea destina a una entidad privada española.

Por lo que hace a las denuncias sobre irregularidades de gestión, algunas están en sede judicial y a este Ministerio no le cabe sino esperar las resoluciones correspondientes. Como tuve ocasión de decir en una rueda de prensa posterior a una reunión del Consejo Interterritorial de Sanidad, ya tenía conocimiento de la existencia de diferencias entre los propios órganos de la Asociación Española contra el Cáncer y les había recomendado someterse a los controles apropiados destinados a resolver esos problemas.

La Asociación Española contra el Cáncer es una asociación privada, recogida básicamente por el artículo 22 de la Constitución Española, que, como ha dicho el profesor Marín, experto en estas cuestiones, supone la consagración absoluta de la libertad de asociación. Lo hace por la vía de pleno reconocimiento de este derecho a individuos y personas jurídicas, por la vía de exclusión de cualquier intervención administrativa en la constitución de estas entidades, por lo tasado de los límites fijados en la libertad de asociación, que sólo excluye la persecución de fines o utilización de medios tipificados como delitos o el que se trate de asociaciones secretas o paramilitares. Lo hace, por último, con la reserva de la posible disolución de la Asociación o la suspensión de sus actividades a la existencia de una resolución judicial motivada. Con ello, este precepto tiene la enorme virtualidad de desapoderar a la Administración de todo género de intervención en lo tocante a la suspensión o disolución de las asociaciones.

Al no existir resolución judicial alguna acerca de los conflictos que se han hecho públicos en los niveles directivos de la Asociación Española contra el Cáncer, nada, pues, puede hacer la Administración. Y, desde un punto de vista complementario, el informe elaborado en este departamento y corroborado por la Abogacía del Estado, concluye que, en aplicación del principio de legalidad, no corresponde al Ministerio tomar iniciativas o medidas en este asunto, toda vez que los problemas denunciados nada tienen que ver con las relaciones contractuales que mantiene el departamento con la Asociación ni con ayudas o subvenciones concedidas con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. En idéntico sentido, los estatutos de la Asociación excluyen la intervención de cualquier órgano administrativo en la actividad dispuesta por los órganos representativos de la entidad para el cumplimiento de los fines asociativos.

Pienso, señorías, que con lo dicho puede considerarse cumplimentada la solicitud de comparecencia que ha hecho el Grupo Socialista, pero creo obligado explicar aquí las relaciones contractuales que mantiene este Ministerio con la Asociación Española contra el Cáncer. Antes de hacerlo no está de más recordar que ninguno de los protagonistas de la polémica pública ha puesto en tela de juicio la ejemplar ejecutoria de la Asociación Española contra el Cáncer. De ella ha dicho el más significativo crítico de la anterior dirección que está desarrollando una actividad fabulosa. Y de su anterior presidente se afirmó que convirtió a la Asociación Española contra el Cáncer en una de las mejores del mundo. Esa es también la opinión del ministro que les habla, que tiene la convicción de que la Asociación Espa-

ñola contra el Cáncer presta servicios muy meritorios y cuenta con un voluntariado ejemplar. Ese era también el parecer del anterior Gobierno de la nación, que con fecha 8 de enero de 1996 firmó con la Asociación un convenio-marco de colaboración para la realización de actividades hospitalarias por medio de voluntarios.

En cuanto al departamento que represento en estos momentos, puedo decir que tiene suscritos con la Asociación Española contra el Cáncer los siguientes convenios: Acuerdo-marco entre el Insalud y la Asociación Española contra el Cáncer para la actuación coordinada en la lucha contra el cáncer. Pretende instrumentar medidas funcionales y orgánicas en materia de cuidados paliativos a enfermos terminales, y no implica compromisos directos de carácter económico. Se podrán realizar convenios singulares con las gerencias de atención primaria y especializada. Tiene un año de vigencia y es prorrogable tácitamente.

Convenio de colaboración entre la AEC, el Gobierno de La Rioja y el Insalud para la detección precoz del cáncer de mama. Tiene fecha 30 de marzo de 1998 y el Gobierno de La Rioja financiará a la Asociación, en tanto que el Insalud se obliga a aportar a la realización del programa un profesional de radiodiagnóstico y la atención hospitalaria que se derive. Tiene vigencia hasta el 31 de diciembre de 1998 y actualmente está sujeto a revisión. Convenio entre el Insalud y la Asociación Española contra el Cáncer para la realización de exploraciones mamográficas. Lo que se contrata es la atención por la AEC a pacientes del ámbito de gestión del Insalud. Estos pacientes deben ser elegidos por la unidad de gestión y dirección del programa para el diagnóstico precoz del cáncer de mama en cada dirección provincial del Insalud. El pago de los servicios lo realiza la dirección provincial de origen del paciente, de acuerdo con las tarifas establecidas. El acuerdo venció el 31 de diciembre de 1998. Las mamografías, ha dicho el director del Insalud, se abonan por esta institución cuando se realizan.

Añadiré que de las cuestiones ajenas al ámbito del Ministerio este departamento ha tenido doble conocimiento: A través del informe de un vocal del consejo directivo al subsecretario del departamento, de 27 de mayo de 1998, que incluía una visión personal de los problemas de la Asociación, y también por medio de una visita que yo recibí el 28 de mayo siguiente del entonces secretario general de la Asociación, en la que me expresó sus discrepancias con el director general sobre el modo de llevar las cosas y que dio lugar a mi consejo en los términos a que antes me referí. Ni que decir tiene que el Secretario general, experto jurista, no los necesitaba y sabía muy bien cuál era su deber.

Por el escrito de 28 de diciembre que la nueva presidenta de la Asociación Española contra el Cáncer dirigió al ministro de Sanidad y Consumo indicando cuáles eran los acuerdos adoptados por su consejo ejecutivo, se creó una comisión investigadora para esclarecer las acusaciones aparecidas en los medios acerca de la gestión del anterior equipo directivo, con las exigencias de responsabilidad que pudieran establecerse, y se encargó una auditoría de la gestión realizada en la Asociación por la actual presidencia, que inició sus tareas en enero de 1998.

Del conjunto de cuanto queda dicho, resulta evidente que todos los problemas que han trascendido al debate público siguen pendientes y no afectan ni al ámbito de la

competencia del departamento ni al desarrollo de las actividades de la Asociación en colaboración con el Insalud que según la información disponible, se están desarrollando con toda normalidad.

Diré por último que reitero la valoración globalmente positiva que hace el Gobierno de los servicios y actividades que realiza la Asociación Española contra el Cáncer en el marco de los programas sociales que lleva a cabo. En definitiva, esto es cuanto puedo informar a SS. SS. con respecto a la comparecencia solicitada sobre la Asociación Española contra el Cáncer.

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

El señor **BLANCO GARCÍA**: Quiero agradecer doblemente la presencia del señor ministro para dar su parecer en esta comparecencia sobre los hechos acaecidos en esta asociación; digo doblemente, primero, por cortesía y, también, porque hemos tenido algunas dificultades para que comparezca porque, a pesar de que esta petición de comparecencia había sido admitida por la Mesa, el Grupo Popular se ha resistido a la comparecencia del señor ministro en esta Comisión con argumentos como el de que es una entidad privada y, por tanto, nada tiene que explicar el Ministerio al respecto, algo que no entendemos muy bien...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Estoy en el agradecimiento al señor ministro por haber comparecido y diciendo por qué le agradezco doblemente la comparecencia, señor presidente. Ahora, si lo que quiere es que me salte los agradecimientos: señor ministro, no le agradezco nada que esté aquí. **(Risas.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco, esta Presidencia quiere recordarle únicamente que la petición de la comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista entró el 16 de diciembre de 1998. Es obvio que S. S. sabe que el mes de enero ha sido inhábil y que está compareciendo el señor ministro en la primera comparecencia posible de esta Comisión. Luego, huelga el comentario que ha hecho sobre si el Grupo Parlamentario Popular la había boicoteado. Ésta ha sido la primera comparecencia.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor presidente, con todo el respeto, lo que yo diga aquí, lo que huelga o deja de ser procedente será responsabilidad mía, siempre que mantenga el respeto a todas SS. SS., señor ministro incluido. Por tanto, como soy miembro de la Mesa y hoy estoy interviniendo aquí porque así lo fija el Reglamento, yo sé, y usted lo sabe también —y me molesta este tipo de debate con la Presidencia porque aquí estamos para otra historia—, que el Grupo Popular puso una objeción a la comparecencia del señor ministro sobre esta materia precisamente por lo que ha dicho el señor ministro: que está es una entidad privada y que el Ministerio nada tenía que ver en esta cuestión. Yo agradezco al ministro que, a pesar de las dificultades, esté hoy aquí y estoy en ese turno de agradecimiento. Además, —y ahora sigo con la inter-

vección, si usted me lo permite, señor presidente—, eso contrasta con la opinión del propio portavoz del Grupo Popular que en diciembre, nada más saltar el escándalo a la prensa, declaraba que se investigará esta denuncia presentada y no se descarta solicitar al Ministerio de Sanidad una intervención para que explique la situación actual de esta asociación. Simplemente constato esas cuestiones y quiero manifestar, con el permiso y la venia del presidente, la posición del Grupo Socialista.

A nosotros nos parece que este asunto, como le parece al señor ministro, es grave y además tenebroso. Esto parece de película de aquelarre, donde hay una presidenta más allá que acá en esta vida, a quien se la hace firmar o presuntamente se la falsifican firmas, y de la que se dice que está con una salud envidiable cuando a los pocos días fallece. Aparte de producirnos tristeza que pueda funcionar así una asociación que es reconocida por todos los españoles y por este grupo, tenemos que manifestar que las cosas no funcionaban internamente bien en cuanto a la participación de los voluntarios y los órganos elegidos y la transparencia que debe tener ese tipo de organizaciones, pudiéndose llegar a situaciones como las descritas en los medios de comunicación, que no han sido desmentidas sino, todo lo contrario, que han acabado en que en el plazo de una semana tiene que dimitir el director general de esa asociación.

Es grave porque se ha paralizado un programa destinado a trabajar con los enfermos del cáncer en conjunción con otras asociaciones de América Latina por un valor nada menos que de unos 2.000 millones de pesetas. Solamente este hecho merecería calificar de grave la situación o lo que ha ocurrido con los directivos de la asociación, para no implicar a todos. Además es grave, señor ministro —y creo que ha perdido la oportunidad de decirlo aquí—, porque empaña a los millones o cientos de miles de voluntarios que hay en toda España trabajando en las ONG, que muestran la solidaridad con otros humanos en este país y fuera de él. Naturalmente, esto afecta directamente, querámoslo o no, al buen nombre de esta asociación, hacia la que tenemos un juicio positivo como tal, pero afecta también indirectamente al resto de las ONG, muchas de las cuales funcionan por cuestaciones, por peticiones de dinero, etcétera, pues los ciudadanos, con este tipo de escándalos, difícilmente van a colaborar, tras la denuncia, con la facilidad con la que lo venían haciendo tradicionalmente. Sólo el esclarecimiento de los hechos hasta el fondo, como muchos de los dirigentes han dicho, puede poner de nuevo a esta asociación en el lugar que le corresponde.

Dichas estas cosas en relación con nuestra posición y respecto de la propia asociación, creo que el Ministerio, cuando firma convenios debe velar por que las asociaciones que los hacen sean transparentes y ésta no lo era —la prueba está en el escándalo que se ha montado—; que se haga con asociaciones transparentes, máxime si están recibiendo todavía ayudas públicas, porque es el dinero de los españoles el que se pone en manos de personas que, con opacidad, podrían utilizarlo —lo digo en condicional— para otros fines.

A nosotros nos parece, señor ministro, con todos los respetos para que el presidente no me llame la atención, que el Ministerio ha mirado para otro lado. Por cierto, no nos podrá reñir, como en la intervención anterior, porque

éstos son hechos de los años 1997 y 1998 y el Gobierno socialista no ha firmado convenios con esta asociación, salvo uno que ha citado, que es para la utilización de sus servicios hospitalarios. Por tanto, queda en el marco temporal estricto del Gobierno del Partido Popular. Insisto en que el Ministerio y el ministro lo que han hecho ha sido mirar para otro lado. Yo tengo aquí sus declaraciones, que ha repetido. Dice que lo único que está ocurriendo en la asociación es que hay algunas diferencias en el seno de los órganos directivos respecto al modo de ver las cosas. Si por el modo de ver las cosas la Unión Europea paraliza un convenio de 2.000 millones de pesetas, de los cuales 700 había enviado ya para su uso en ese programa, no se trata de una pelea de poder, sino de una pelea entre unos que quieren restablecer la honestidad de la asociación, y los que pretendían —ya veremos lo que dice la justicia— lucrarse o beneficiarse con el dinero destinado a otras cosas.

Yo no sé, señor ministro, si el mirar para otro lado tiene algo que ver o no con el viaje al centro del Partido Popular, pero me parece que más bien no tiene nada que ver, a la vista de la aristocracia que dirigía esta asociación y a la vista de la pertenencia a la extrema derecha de la mayoría de sus dirigentes. No quiero vincular la pertenencia política o los criterios políticos de los dirigentes de esta asociación con el escándalo, ni mucho menos, y me da la impresión de que su mirada para otro lado, señor ministro, lo que indica es que no quieren molestar a ese electorado que sigue estando donde estaba y ustedes quieren seguir contando con él en ese pretendido viraje hacia el centro.

En estos momentos hay, señor ministro, una denuncia civil por falsificación de firma y usurpación de poder. Hay una auditoría del Consejo de Europa que lleva su curso y ellos actuarán en consecuencia. Lo que no nos puede decir es que una investigación interna a la vista del escándalo que se ha armado va a justificar o dar plena satisfacción a los poderes públicos y a la ciudadanía en general, porque la credibilidad en el conjunto de la organización, al menos en su dirección, se ha quebrado y, si esa confianza de la ciudadanía se ha quebrado con la asociación y su dirección, difícilmente una investigación interna va a calmar la inquietud en los españoles de lo que ha ocurrido con esta Asociación de Lucha contra el Cáncer.

Digo y repito que sólo el esclarecimiento total de los hechos puede devolver la confianza a esa asociación y a todos los españoles con esa asociación y, por eso, nos llama poderosamente la atención la posición que ha tenido el Gobierno de inhibirse en esta cuestión, a pesar de estar directamente implicado, entre comillas, en convenios y acuerdos que tienen con ella.

Mi grupo cree que desde un principio se debería haber hecho lo que decía el señor Villalón: Haber investigado —que no nos lo ha dicho— los convenios de colaboración con esa asociación y cautelarmente durante esa investigación haberlos paralizado cuando menos, porque servicios tiene el Insalud para haber llevado a la práctica los mismos convenios o la misma acción médica sin haber perjudicado a nadie.

Nos llama la atención poderosamente que en un presunto caso de materia penal, según las denuncias, la Fiscalía no haya actuado ni de oficio ni a instancias del Gobierno. Se ha originado bastante alarma en la sociedad para que el

fiscal intervenga y esclarezca los hechos. Por otras cosas, probablemente de la misma índole o menores, ha actuado, inducido por el Gobierno o bien de oficio, pero no en este punto. Por eso digo que el Gobierno sigue mirando para otro lado en esta cuestión.

Voy acabando señor presidente. Señor ministro, quiero hacer una reflexión. Usted es muy partidario de decir que un servicio de salud es público cuando se financia con dinero público. Le venimos diciendo que esto no es verdad y este hecho viene a demostrarlo. Usted está financiando algunos servicios gestionado por entidades privadas, en este caso es la Asociación Española contra el Cáncer. Esto viene a demostrar que el uso del dinero público dejado en manos privadas para su gestión ha de tener un control muy exhaustivo y directo de la Administración y no puede ampararse en dictámenes, muy certeros probablemente, de abogados expertos diciendo que como esto pertenece al derecho privado la Administración no puede intervenir. Claro que puede intervenir, a través de la Fiscalía, porque están utilizando dinero de los españoles y no sabemos, porque no nos lo ha dicho, si ese dinero se sigue utilizando correctamente o si se utiliza igual que los 700 millones de pesetas de la Unión Europea.

Por tanto, señor ministro, quiero recomendarle como reflexión política que cuando se gestione dinero público por manos privadas en materia de sanidad —y en otras materias también, pero estamos en el campo de la sanidad— la Administración se vea obligada a llevar un estricto control de los resultados de ese dinero y el seguimiento de su aplicación. Aquí no se está haciendo, por las explicaciones que nos ha dado. Más bien lo que ha hecho el Ministerio es mirar para otro lado y decir que esto no tiene nada que ver con la Administración y ampararse en dictámenes legales que serán muy certeros, pero no tienen desde el punto de vista político nada que ver con lo que nos afecta.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Yo también me congratulo por su comparecencia ante esta Comisión, aunque haya sido tras sortear los obstáculos existentes, porque es pertinente y necesaria.

No voy a repetir la historia de los hechos que ha explicado el señor Blanco, porque es de todos conocida a través de los medios de comunicación. De todas maneras, quiero insistir en que el asunto se pone de manifiesto tras el establecimiento de una ayuda de la Unión Europea por valor aproximado de 2.100 millones de pesetas para actividades en Latinoamérica de esta asociación. Cuando se hace una auditoría técnica para evaluar la utilización de los primeros 700 millones, el informe es negativo y hay una acusación tan concreta de mala gestión a la Asociación Española contra el Cáncer que se interrumpe el segundo plazo; arroja datos tan importantes como que el 75 por 100 de los gastos se generan en España, aunque se realicen en otros lugares del mundo, y el objetivo. Latinoamérica apenas percibe algún fondo de los destinados. Como todos sabemos, esta gestión es producida —quiero insistir en eso— al margen de los órganos de esta asociación privada y con una gestión absolutamente personal. Después del escándalo en los

medios de comunicación, el gerente desaparece de escena, pero mantiene a todos y cada uno de los peones en los cuales se ha apoyado y que han sido designados por él. Es decir, ha desaparecido el protagonismo del escenario, pero a la sombra sigue manejando los hilos de la asociación como es bien patente.

El Ministerio de Sanidad ha establecido conciertos con esta asociación. Desde el punto de vista de Izquierda Unida y por lo que he sabido a raíz de estas denuncias, ha sido de una manera absolutamente injustificada, por la insuficiencia de los servicios sanitarios, por una cantidad desmesurada, si tenemos en cuenta lo que hubiese supuesto la prestación del mismo servicio en la sanidad pública, y por lo que he podido ver personalmente: los informes con los cuales la Asociación Española contra el Cáncer informa, es un decir, a las mujeres que acuden a los autobuses de tal asociación para realizarse mamografías. Se acusa de masificación y de impersonalidad a la sanidad pública; dichos informes —los he visto, materialmente— solamente consisten en una hoja de ordenador con unas cuantas casillas en la que no aparece ni el nombre de la paciente, se supone que es de la paciente porque le ha llegado a su casa; figuran unas rayas en los ítems que se supone son el resultado de la mamografía; se manda la misma carta a todas las mujeres y no tiene la firma reconocida de ningún profesional de la sanidad. Lo digo porque he comprobado en Alcalá de Henares qué tipo de informes personalizados y humanizados emite tal asociación. La forma en la que esta asociación lleva el *screening* del cáncer de mama avergüenza. Alguien se indignaba ayer hablando del Tercer Mundo, pero no sé cómo se puede explicar que delante de un hospital moderno, Alcalá de Henares o el Ramón y Cajal, haya una cola de mujeres que esperan, haciendo frente a las inclemencias del tiempo, subir a un autobús aparcado en la puerta de un hospital para hacerse una mamografía, mientras los mamógrafos existentes en dichos hospital están cerrados e inutilizados en turno de tarde. Prestar ese servicio en condiciones de calidad con los profesionales adecuados en los hospital públicos hubiera costado exactamente la mitad de lo establecido en el convenio por el Insalud con la citada asociación. Aprovecho para denunciar la calidad y la injustificación, desde el punto de vista estrictamente económico y técnico, de los contratos, al menos, en lo que se refiere al *screening* del cáncer de mama con esta asociación.

Abundo en la apreciación del señor Blanco de que el Ministerio de sanidad tiene que intervenir, no sólo porque está financiando y utilizando los servicios de tal asociación, sino porque hay algo que el señor Blanco no sé si conoce, pero que no traigo aquí. La auditoría interna solicitada por tal asociación se lleva a cabo por un nombre bien conocido por esta Comisión de Sanidad en el asunto de las fundaciones. Y es que parece que todo está relacionado con todo. La empresa a la que se le ha encargado la auditoría interna lleva por nombre Garrigues & Andersen, que es la misma empresa Arthur Andersen, bien conocida por haber hecho las auditorías que han dado lugar a los planes estratégicos que supuestamente llevarán a la conversión en fundaciones de los hospitales del Insalud; aquí nos encontramos todos. No sólo se trata de que la petición del Ministerio

de Sanidad encargando una auditoría de la Asociación Española contra el Cáncer se haga a la misma empresa. Yo les ruego que no sigan la costumbre de la casa. La atribuyen a la empresa de auditores Garrigues & Andersen, nuevo nombre de la empresa Arthur Andersen, que no sólo está implicada en otras actividades, sino que abogados de esta empresa forman parte de la directiva de la Asociación Española contra el Cáncer o tienen relaciones familiares directas con miembros de esa directa. Además, existe un dictamen del Consejo de Estado que, con muy buen criterio, desaconseja que un bufete de abogados tenga relaciones directas con las empresas auditadas, lo cual es de sentido común, porque en ese caso serían juez y parte. Sirva esto, señor presidente, para desautorizar y descalificar la objetividad con que dicha empresa pudiera estar actuando, si tiene relaciones directas con la propia empresa auditada. El Ministerio de Sanidad no puede mirar hacia otro lado, señor ministro. Usted y todos los altos cargos del ministerio están encargándose de decir, como ha manifestado el señor Blanco, que el dinero público garantiza que la cosa sea pública. Dudas aparte, su problema es demostrar con el ejemplo que es así y que cuando una empresa se financia con dinero público, y, además, aquí no hay presunción de inocencia que valga, cuando la propia Unión Europea ha suspendido la adjudicación de un crédito por mala gestión ante un informe técnico de la propia Unión Europea, no puede hacerse otra cosa sino que el Ministerio de Sanidad intervenga y congele los acuerdos con dicha asociación, que evalúe en qué medida la eficiencia económica y la calidad técnica con la que se están prestando los servicios concertados es la que requiere un país de las características del que decimos tener y que se aclare cuál es la gestión de los fondos públicos con que esta empresa ha actuado.

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

El señor **VILLALÓN RICO**: Señoras y señores diputados, quiero volver a agradecer la comparecencia del ministro de Sanidad en esta Comisión para un tema que ya lo ha dicho el portavoz del Grupo Socialista. Nosotros lo único que habríamos manifestado en su momento es lo que se puede denominar extrañeza por la solicitud de la comparecencia del ministro sobre este caso y la extrañeza de la urgencia. Pero como ha dicho el presidente, tras la solicitud en el mes de diciembre y comparecencia en la segunda semana del período de sesiones, yo no sé donde se ve el obstáculo por parte del Grupo Parlamentario Popular.

La realidad es que a nosotros nos sorprendió el motivo de la solicitud de comparecencia, y nos siguen sorprendiendo las manifestaciones que hemos oído a lo largo de esta mañana. Al final el tiempo, que es un juez implacable, da y quita razones. La preocupación que tenemos todos, decía el portavoz del Grupo Socialista, sobre esas denuncias de la Asociación Española contra el Cáncer, es la preocupación de la sociedad en general y, por supuesto, de los responsables políticos, teniendo en cuenta, como muy bien ha dicho el ministro, que desde el punto de vista legal no hay posibilidades de intervenir. Y no es porque lo diga el ministro a lo diga cualquier otro algo cargo del Ministerio, sino porque lo dicen los asesores jurídicos, los abogados del Estado del

Ministerio. Hay que saber cuál es la cuestión. Ahora nos hemos enterado de que las prácticas que se realizaban por parte de la asociación carecen de todo valor. No parece que fuera el motivo de esta comparecencia, sino que era la denuncia sobre una posible malversación de fondos de la asociación.

La Asociación Española contra el Cáncer es una entidad de carácter no lucrativo, acogida a la Ley 191 de 1964 y amparada en los artículos 21 y 22 de la Constitución. Si se nos hubiera preguntado a todos hace dos o tres meses, a los ciudadanos de nuestro país, qué opinión tienen, hubiéramos dicho que era la de una asociación de prestigio por el servicio que ofrecía a la sociedad desde diferentes puntos de vista, desde la formación e información a los ciudadanos sobre los procesos de la enfermedad del cáncer en general. Cualquiera de los presentes en ningún momento hubiéramos puesto ninguna paga sobre lo que significaba. Ésta es la realidad social de nuestro país.

La denuncia surge a través de varios medios de comunicación sobre irregularidades financieras, desde el punto de vista de lo que es la financiación por parte de la Unión Europea. En realidad es una financiación a la asociación española en su calidad de asociación latinoamericana de ligas contra el cáncer. La legislación vigente en la que se mueven estas asociaciones establece cuáles son los mecanismos de control. Hay una comisión permanente, hay una presidenta, un presidente, un director general y hay un pleno que controla las actividades. A través de esos mecanismos de control de lo que podríamos llamar divergencias y utilización fraudulenta de los fondos se controla la misma asociación. Entrar a valorar si la auditoría la hace una empresa que hizo no sé qué, señor presidente, con el permiso de todos los diputados, es rizar el rizo. Se está poniendo en tela de juicio caso la honestidad de las empresas privadas a la hora de hacer un trabajo para el que está hecho, desde todos los puntos de vista en ese caso una consultoría o una auditoría. O sea, que yo no puedo entrar a decir que hay unos intereses fraudulentos. La legislación vigente establece la comisión permanente de la asociación, el pleno, los controles internos y, por supuesto, la jurisdicción ordinaria cuando haya presunción de algún delito.

Se ha dicho también que habría que entrar porque hay convenios de colaboración entre el Insalud y otros servicios regionales de salud que tienen transferida la gestión sanitaria, pero también hay que alegar -yo lo quiero recordar al señor diputado- que parece ser que esos convenios de colaboración están fechados a 8 de enero de 1996, que luego se han prorrogado: convenio-marco de colaboración para la realización de actividades hospitalarias por medio de voluntarios. **(El señor Corominas i Busqueta pide la palabra).**

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, señor Villalón. Señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, cuestión de orden.

Nosotros no hemos pedido la comparecencia del portavoz del Grupo Popular, hemos pedido la comparecencia del señor ministro. El portavoz yo creo que debe fijar la posición del grupo en relación con lo que ha dicho el minis-

tro, no en relación con lo que ha dicho el Grupo Socialista. Está dirigiéndose continuamente al Grupo Socialista cuando debe fijar la posición. Pido a la Presidencia que intervenga.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, la presidencia estima que él está haciendo un análisis de la comparecencia, analizando el problema y llegará a sus conclusiones.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor presidente, me dirijo a la Comisión, lógicamente al ministro; me dirijo a todos. Si le molesta que le mire, pido excusas; no volverá a mirar el señor diputado para que no moleste y no se sienta aludido. (**Rumores**).

La realidad es que con fecha 8 de enero de 1996 se firma el acuerdo de colaboración entre el Insalud y esta asociación para actividades hospitalarias por medios voluntarios. No vemos, por otra parte, que haya realmente implicación que pueda originar acusación desde el punto de vista de la oposición o desde el punto de vista de cualquier otro grupo parlamentario a la actuación del Ministerio en particular.

Se nos ha dicho que se ha creado una comisión investigadora, que se ha hecho una auditoría y tras su resultado seguramente, ya sea dentro de la asociación o a través de los tribunales de justicia, habrá de intervenir para buscar a los responsables. Pero también quiero recordar que el prestigio de la asociación, como decía antes, ante los ciudadanos era bien ganado, parece ser que por los trabajos realizados: por las ayudas a las familias de los enfermos de cáncer y por las ayudas a los enfermos directamente. Es evidente que cuando se han realizado cuestionamientos a lo largo de los años han obtenido una buena ayuda por parte de los ciudadanos.

Pero también tengo que decir a la Presidencia que una de las formas de financiación de esta asociación a través de un sorteo extraordinario de la Lotería Nacional, que fue impulsado a apoyado por el ministro de Sanidad en su momento -creo recordar que sería a partir del año 1990 ó 1991- y ustedes recordarán exactamente quién era el ministro encargado del Ministerio de Sanidad.

Por tanto, quiero decir que cuando se actúa aquí de esa manera con unos intereses que no acabamos de ver bien al solicitar la comparecencia, cuando el ministro dice en lo que reglamentariamente tiene responsabilidad, el Ministerio, los servicios regionales de salud y el servicios regionales de salud y el servicio de salud, como es el Insalud, nosotros creemos que transmitimos la preocupación social, pero realmente la responsabilidad no está en la Administración. A mí me parece que sería interesante desligar las actuaciones de la Administración del Ministerio, de los servicios de salud de lo que es la sociedad civil, que es el caso que ahora nos ocupa. Es responsabilidad de la sociedad civil a través de esa asociación. Por eso yo creo que a través de esos cauces que antes decía se puede, primero, evitar las irregularidades y, segundo, si existen, acudir a los organismos oportunos para que, lógicamente, cada uno responda de su responsabilidad. Es por lo que nosotros creemos que el Ministerio ha actuado correctamente; no hay otra virtualidad, sino algún interés podríamos decir, oculto en esta comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar el señor ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Romay Beccaría): Señor Banco, realmente si creo que no se me puede acusar de algo es de no haber hecho la defensa de los voluntarios, porque justamente en cuanto apareció este asunto en los medios de comunicación me cuidé mucho de deslindar responsabilidades y de hacer un alegato en favor de trabajo de la asociación en general y sobre todo de sus muchos y meritorios voluntarios que en ésta y en otras organizaciones no gubernamentales —y no venía al caso citarlos a todos— tienen nuestra defensa y la tuvieron en este asunto desde el primer momento.

En relación con los convenios que el Insalud tiene con esta asociación, naturalmente que también al aparecer esta información en los medios de comunicación el Insalud se cuidó de ver en qué contexto estaba actuando, y con absoluto respeto al principio de legalidad y a la defensa de los intereses generales entendió que debía seguir ejecutando esos contratos de los que se derivaba una acción, a nuestro juicio, beneficiosa para la sociedad; teníamos que seguir aprovechándola y no tenía ningún sentido interrumpirla en los términos en que se estaban produciendo esas actuaciones, que nos garantizaban que las prestaciones que tenía que asumir la asociación se estaban realizando y que las contrapartidas del Insalud estaban garantizadas en cuanto que correspondían siempre a la retribución de trabajos realizados y, por tanto, no había ningún riesgo de que hubiera ningún perjuicio para el Insalud ni para la función que estaban desempeñando.

Por lo demás, luego contestaré a la señora Maestro, no quiero mezclar las cosas, y entraré también en las cuestiones de la calidad de lo que se estaba haciendo.

De modo que por nuestra parte lo que ha habido aquí en este asunto ha sido un absoluto respeto al principio de legalidad, que es el que tiene que regir la actuación de los poderes públicos, defensa del interés general, incluidas también dentro del interés general esas actuaciones que se estaban llevando a cabo por esta asociación, que no estaba sujeta en ese momento, ni lo está todavía, a ninguna prohibición de actuar. Tengo la certeza de que la actuación del Insalud continuando con estas colaboraciones y ejecutando esos conciertos que tenía con esta asociación se ajusta también estrictamente al principio de legalidad y a la defensa del interés general, que es lo que buscaban, para poder seguir haciendo esas mamografías y esos trabajos que redundaban en beneficio de los ciudadanos y que suponían, por lo demás, una aportación meritoria por parte de esta asociación, una contribución a la consecución de esos objetivos sanitarios en que se inscriben estos convenios y estos acuerdos. Tengo la absoluta certeza de que el Insalud ha actuado al respecto con todo rigor y con toda seriedad. Por tanto, todo lo que sea buscar tres pies al gato es de verdad, querido diputado, política-ficción. Hablar de la aristocracia, de la extrema derecha, todas esas son cuestiones que no tienen nada que ver con la realidad. No hay más en nuestra actuación que ese absoluto respeto, como digo al principio de legalidad y a la defensa del interés general.

Las investigaciones seguirán su curso; tendrá que tomar las decisiones quien deba de acuerdo con el ordenamiento

jurídico y estaremos a lo que resulte y a lo que nosotros tengamos que hacer. La Fiscalía sabe muy bien lo que tiene que hacer y de algunos de estos hechos me enteré, como todos ustedes, por los medios de comunicación. Vamos a seguir actuando con ese criterio: principio de legalidad y defensa del interés general.

No he dicho nunca —por tanto con eso contesto también a alguna otra argumentación— que la calificación de un servicio público dependa de quien lo financie. No, hacen falta más cosas; para que sea un servicio público no basta una financiación pública; hay financiación pública de actividades privadas. Pero nunca digo ni he dicho que para que se califique una acción como pública basta con que esté financiada públicamente. Eso no es verdad, no es exacto, técnicamente es incorrecto y creo que en esta incorrección no he caído nunca y, por tanto, sé distinguir muy bien lo que es público, lo que es financiación pública, lo que es privado financiado públicamente; eso me lo sé y en ese error creo que no he incurrido y, por tanto, no me tengo que defender de algo que no he hecho.

La señora Maestro cuestiona la importancia, el interés de estos convenios, pero yo creo que el Insalud, siguiendo por lo demás en este asunto precedentes de gobiernos anteriores, hace muy bien en llevar a cabo esos conciertos y esas ayudas. Estoy seguro de que el tema de las mamografías resiste la crítica de los expertos y de los técnicos, pero el Insalud es una institución que trabaja muy bien y de forma seria, habiendo encontrado por esa vía una forma de hacer más cosas y de llegar a más ciudadanos con los medios que tiene, como los programas de *screening* de mama, en los que se está trabajando muy intensamente y adelantando mucho, siendo uno de los medios que se utilizan la colaboración de esta asociación, lo que naturalmente no hay que descartar, ni muchísimo menos, si esos permite complementar la actuación de los servicios públicos. Está bien utiliza estas colaboraciones ese voluntariado y las aportaciones que hace la asociación con los medios que tiene. Naturalmente que si eso significa que se pueden hacer más cosas con los mismos medios que tenemos, hay que aprovecharlo; y estoy seguro además de que el Insalud lo hace con todo rigor, con toda seriedad y con calidad técnica, porque son profesionales muy competentes, que saben hacer muy bien estas cosas, por lo que no se les puede descalificar gratuitamente y sin fundamento. Cuando tengan necesidad de defenderse, ya se defenderán y sabrán hacerlo muy bien.

Así pues, son actuaciones absolutamente correctas y de calidad técnica, eso seguro, porque, si no, el Insalud no las realiza. Son profesionales muy competentes, señora Maestro, gente muy seria la que gestiona esos servicios, por lo que venir aquí a hacer acusaciones gratuitas de esa naturaleza me parece que no es correcto.

En cuanto a quién hace la auditoría de la asociación y con quién tiene que ver, eso es política-ficción y no merece otro comentario. Actuamos de acuerdo con el interés general y los voluntarios se merecen todo nuestro reconocimiento y nuestro aprecio.

Los conciertos del Insalud proceden de un acuerdo marco anterior. El que tenía con el Gobierno de La Rioja para detección de cáncer de mama tiene fecha de 30 de marzo, su vigencia terminó el 31 de diciembre y actual-

mente está sujeto a revisión. El convenio entre el Insalud y la asociación española para la realización de exploraciones mamográficas de cribado también vendió el 31 de diciembre de 1998. Las mamografías, ha dicho el director del Insalud, se abonan por esta institución cuando se realizan, y eso mismo lo he manifestado yo también antes. Estos convenios están sujetos a revisión, que se realizará de acuerdo con los dos principios que he dicho antes claramente: el principio de legalidad y el principio de defensa de interés general, incluida también en lo que representa el interés general la aportación y la existencia de asociaciones como esta, en la que se consigue la colaboración desinteresada de muchas personas.

¿Qué más puedo decir? Pues, como estos convenios con el Insalud se han estado desarrollando con toda normalidad durante todo este tiempo. Por lo demás, lo que yo deseo es que los problemas de la asociación se resuelvan cuanto antes, que se depuren las responsabilidades que se tengan que depurar, que aplique el principio de legalidad quien lo tenga que aplicar y que la asociación pueda seguir colaborando en cuestiones de interés general y de interés público con la misma eficacia y con el buen hacer con que lo ha hecho durante tanto tiempo, con un reconocimiento general y contribuyendo al bienestar de los españoles, que es nuestro único objetivo.

— **COMPARECENCIA DEL SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA (NÚÑEZ FEIJÓO) ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE INFORMÁTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) PARA 1999. A PETICIÓN PROPIA (Número de expediente 212/001787).**

El señor **PRESIDENTE**: Finalizadas las dos comparecencias del señor ministro de Sanidad y Consumo, al cual agradecemos una vez más su presencia en esta Comisión, y siguiendo el orden del día, pasamos a tercer punto del mismo: Comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria ante la Comisión de Sanidad y Consumo para informar sobre la informática de Instituto Nacional de la Salud para 1999. Dicha comparecencia es a petición del propio señor secretario general, por lo que le damos la bienvenida y al palabra cuando él quiera.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Señorías, es conocido de todos el interés de SS.SS. y de todos los grupos parlamentarios por la modernización de la gestión y organización sanitaria. La informática y las tecnologías de la información, sin duda, constituyen una de las palancas más potentes en las que se apoya cualquier intento de modernización de la gestión y de la organización.

En Grupo Parlamentario Socialista, y especialmente su portavoz y muy especialmente el señor Corominas, han demostrado un interés en conocer con detalle las políticas en materia de informática y tecnologías de la información del Insalud, y el Gobierno, y en este caso el Insalud, quieren reflejar igual interés, si es que no puede ser mayor, para

explicar dichas políticas y actuaciones. Sin más trámites, si les parece a SS.SS., intentaré hacer un sumario de las actuaciones, de los logros alcanzados hasta esta fecha, de los objetivos y de las acciones a corto, medio y largo plazo.

Desde 1997, el Insalud está llevando a cabo —y en nuestra opinión lo está consiguiendo— un proceso de renovación tecnológica en materia de informática que incluye, por una parte, a todos sus centros y, otra, todo el ámbito de actuación del Instituto. Este proceso de renovación tecnológica responde, en primer lugar y como no podía ser de otra forma, al objetivo básico de la institución, que no es otro que mejorar la atención a los pacientes y la calidad asistencial. En segundo lugar, responde al objetivo de proporcionar a los órganos y unidades de la organización el nivel adecuado de información orientado a una mayor eficacia en la gestión individual de los centros. Y, en tercer lugar, responde, lógicamente, a obtener de forma global una información agregada que facilita a los servicios centrales del Insalud una visión de conjunto de la actividad desarrollada, que permita conocer en todo momento el nivel de cumplimiento de objetivos y, en su caso, establecer las medidas correctoras que garanticen la optimización de los procesos asistenciales. Para ello es fundamental construir un tejido tecnológico sobre el cual fluyan los sistemas de información y de comunicaciones que se vayan desarrollando.

En este sentido hemos abordado una serie de proyectos, como les decía, a corto, medio y largo plazo, pero bajo unas premisas fundamentales. La primera es la estandarización inicial básica de funcionamiento aplicable a toda la organización y que irá evolucionando en la medida que el avance de las tecnologías de información así lo aconsejen. Fruto de esta planificación de actividades, expongo a SS.SS. los siguientes apartados: primero, los diversos proyectos acometidos en las diversas áreas de actividad; segundo, su grado de avance durante el período 1997 y 1998; en tercer lugar, los objetivos para este ejercicio 1999 y, en cuarto lugar, la sustentación económica de dichos objetivos o, dicho de otra forma, el presupuesto según el que vamos a intentar fundamentar esas actuaciones a lo largo de 1999.

Comenzando por las realizaciones durante los años 1997 y 1998, se han llevado a cabo un conjunto de actuaciones que permiten ya en el momento actual presentar resultados tangibles. Vamos a concretarlos. En primer lugar, existe una red corporativa de comunicaciones del Insalud, que nació con el objetivo de prestar servicios de comunicación, tanto a nivel general —transmisión de información, correo electrónico—, como a nivel específico —telemedicina, transmisión de imágenes con cálida diagnóstica, etcétera—, sobre una infraestructura tecnológica avanzada, con capacidad evolutiva y con elevados niveles de calidad. Una característica muy importante en el diseño de esta red ha sido el concepto de regionalizable; es decir, su arquitectura ha sido trazada de tal forma que los nodos o enlaces primarios de comunicaciones están ubicados en las cabeceras o direcciones territoriales de cada comunidad autónoma y desde éstas se expanden a las diferentes provincias y a sus áreas de atención sanitaria. De esta forma se garantiza que la inversión realizada en la red de comunicaciones en los futuros procesos de transferencias de competencias sanitarias será una inversión utilizable al cien por cien.

En este período se diseñó e implantó la infraestructura de la red, estando en la actualidad conectados a ella la casi totalidad de la diversidad de centros dependientes del Insalud; así a fecha 31 de agosto de 1998, los datos son los siguientes. Están conectados a esta red corporativa los servicios centrales del Insalud, la totalidad de las direcciones provinciales y direcciones territoriales del organismo, la totalidad de las 57 gerencias de atención primaria del organismo, la totalidad de los centros de salud y servicios de urgencias en el ámbito de atención primaria, un número de 1.201, el 40,2 por ciento de las gerencias de atención especializada, es decir, 36 hospitales y 49 centros de especialidades, lo que supone el 53,5 por ciento del número total de centros de especialidades del Insalud.

Es importante reseñar también el número de puntos de acceso a la red, en total se cifran en 47.150, que se desglosan de la siguiente forma: servicios centrales, direcciones provinciales y territoriales supone 2.300 puntos de conexión permanente en la red; en atención primaria son 6.850 y en atención especializada 38.000.

Se ha constituido un centro de gestión de red. Evidentemente, la complejidad de la misma, el número de centros que ya están integrados y el número de puntos que están en funcionamiento, exigen la constitución de un centro de gestión de red que funcione los siete días de la semana y las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año, al objeto de detectar automáticamente cualquier anomalía y subsanarla en el menor plazo de tiempo posible.

Respecto a los servicios de la red, los servicios que proporciona la misma, a lo largo de 1998 se ha diseñado el modelo de prestación de los mismos y se ha dispuesto de la plataforma para el despliegue de servicios tan importantes como el correo electrónico y el acceso seguro a Internet en toda la organización; éstos como primeros servicios de uso general. La estrategia de potenciación del uso del correo electrónico como medida de transmisión de mensajes entre profesionales, entre facultativos y entre gestores supone que a la fecha haya 2.400 buzones de correo electrónico disponibles actualmente. Además, los servicios de red tienen diversas aplicaciones y se están utilizando los beneficios que supone la capacidad de transmisión de la red, como es el caso de la cita previa, desde las distintas áreas de salud de atención primaria.

El año 1998 ha sido, sin duda, de despliegue masivo de infraestructura, de comunicaciones en el ámbito del Insalud y en 1999 asistiremos, una vez que esta infraestructura está funcionando, a la proliferación del número de servicios; se incrementarán los buzones de correo electrónico y acceso a Internet y posibilitaremos, como a continuación concretaremos, servicios tan demandados —eso sí, bien configurados y seriamente estructurados— como es el de telemedicina, transmisión de imágenes, videoconferencia, etcétera.

Otra de las actuaciones tangibles es la conformación de una unidad de atención a usuarios. La unidad de atención a usuarios del Insalud, cuyas actividades dieron comienzo en 1997, se encuentra en estos momentos plenamente operativa, proporcionando soporte a todos los centros de atención especializada. Se trata de buscar una ventanilla única en la que cualquier usuario de la red del Insalud tenga perma-

netamente técnicos profesionales y personas dispuestas a solucionar cualquier problema que se pueda plantear durante todo el día, toda la semana o todo el año. Esta unidad de atención a usuarios tiene tareas de 24 horas, con presencia física de ocho de la mañana a ocho de la tarde, de lunes a viernes, y la componen 44 especialistas, que actúan junto con ocho equipos de implantación de distritos aplicativos en hospitales y centros de atención primaria, equipos compuestos por una plantilla de 53 personas que se suman a las 44 que conforman esta unidad de atención a usuarios.

Entrando ya en cuestiones menos de infraestructura general y más operativas, empezaremos como siempre por la atención primaria. En este período, se han potenciado los sistemas de información en atención primaria mediante la introducción del terminal conocido como tratamiento automatizado de información de recetas, TAIR, que permite utilizar los contenidos de la tarjeta sanitaria individual. A través de la tarjeta sanitaria individual y de este aplicativo informático es posible identificar al paciente en la consulta, identificar al paciente asociándolo al facultativo e identificar al paciente asociándole al centro de salud.

La implantación masiva del TAIR finalizó en febrero de 1998, prácticamente hace un año, alcanzándose en este momento la cifra de más de 18.000 equipos que disponen de este sistema. Gracias al mismo, el Insalud está en condiciones de convertirse en el primer servicio de salud del Estado que cuente con una información que se viene persiguiendo en este instituto desde 1990, a través del Sifar, y que cuente con una información de consumo farmacéutico por paciente.

Los datos contenidos en la etiqueta TAIR, como SS.SS. conocen, son exclusivamente los de consignación obligatoria para que las recetas tengan validez a efectos de su prescripción, dispensación y facturación. Son por tanto los datos de consignación obligatoria que dispone el real decreto de 1984. La confidencialidad de la información, que es otro de los compromisos con los que obviamente se ha de actuar en todas las administraciones públicas, tiene una doble garantía de tratamiento. Por una parte, estos datos se almacenan mediante un sistema de absoluta protección, la información transmitida está encriptada en origen y descryptada en destino y los únicos datos que se graban son los códigos de barras. Ello quiere decir que no se puede, a través de ningún usuario de la red, tener acceso a datos identificativos del paciente. El único dato que se puede conocer es el código de barras y solamente en destino se pueden descifrar los contenidos y alcance del código de barras. Estamos, por tanto, ante una situación de absoluta seguridad y sobre todo de una seguridad infinitamente mayor que la que tenemos hasta el momento en que se pueden conocer los datos simplemente grabando el nombre y apellidos y demás determinaciones que aparecen en la receta, de forma manual, eso sí, mientras que ahora procederemos exclusivamente a grabar los códigos de barras, garantizando la confidencialidad de los datos de prescripción obligatoria en las recetas.

Por lo que se refiere a la información integral de los centros de atención primaria, hemos llevado a cabo un proceso de informatización integral de los centros, con lo que se pretende conseguir tres objetivos; primero, dotar de cableado estructurado a los centros de atención primaria;

segundo, dotarles de equipamiento de hardware, y tercero, dotarles de aplicativos para el tratamiento de la información de los centros. Los aplicativos a implantar cubren todas las actividades del centro y evidentemente no sólo las actividades administrativas, sino, con especial énfasis, las actividades asistenciales: programación y reprogramación de forma flexible de las agendas de los facultativos; citación previa de los pacientes, adecuada a la agenda y a los tiempos medios de consulta de cada facultativo; informatización de las consultas médicas, proporcionando información a los facultativos de la historia clínica de los pacientes, así como de las prescripciones realizadas, de los protocolos, de los episodios; informatización de la emisión de las prescripciones farmacéuticas, tanto emisión de recetas normales, de enfermos crónicos y de vacunaciones; control de la incapacidad temporal; petición de pruebas de laboratorio a hospitales y pruebas diagnósticas.

El proyecto global de informatización de centros de salud se está acometiendo por fases, obviamente. En la primera fase, que corresponde a 1997 y que se prolongó durante parte de 1998, se informatizaron 43 centros de salud de las Comunidades Autónomas de Madrid, Asturias y Murcia. En la segunda fase, iniciada en el año 1998 y cuya duración se prolongará a lo largo de los tres primeros trimestres de 1999, se prevé informatizar un total de 143 centros de salud, en lo que se refiere a su parte administrativa y a su parte asistencial. Teniendo en cuenta que en este ejercicio de 1999 ya se ha iniciado una nueva fase, es posible asegurar que a finales de este año dispondremos de un total de 200 centros informatizados, alcanzando en el 2001, conforme a los objetivos que SS.SS. conocen, un porcentaje del 50 por ciento de centros de red de atención primaria plenamente informatizados en sus vertientes clínicas y administrativas.

Es evidente que hay grandes obstáculos para la informatización de los centros de salud. Sin duda. El primero, hemos de reconocerlo, son las limitaciones presupuestarias. La informatización de la totalidad de centros de salud del Insalud supone una inversión que supera, en inversión y en gasto corriente, los 17.000 millones de pesetas. No obstante, el compromiso que hoy tenemos ocasión de asumir ante SS.SS. es que, conforme a los escenarios de financiación y al comportamiento financiero del Insalud, a finales de la próxima legislatura, una quimera como es la informatización de los más de 1.200 centros de atención primaria del Insalud sea un hecho constatable y un hecho conseguido. Por tanto, en menos de dos legislaturas habremos conseguido la informatización de la red de atención primaria más grande del Estado.

Otro de los proyectos en los que sin duda se ha de actuar en el ámbito de la informática es el que se refiere a la tarjeta sanitaria individual. La tarjeta sanitaria individual ha sido, si el señor Corominas me lo permite, uno de los pocos proyectos de las anteriores legislaturas que ha tenido cierto éxito, pero es evidente que se ha de actualizar y en ello estamos. La tarjeta sanitaria es una buena herramienta de identificación, pero no se ha utilizado ninguna de las posibilidades que ofrecía esa tarjeta sanitaria hasta la introducción del TAIR y pensamos que con la introducción del TAIR es imprescindible utilizar esta tarjeta sanitaria de una forma cada vez más intensa. A lo largo de 1999 nos propo-

nemos conseguir tres actuaciones. En primer lugar, la integridad de los datos manejados por la tarjeta sanitaria. Gracias a la interconexión de los centros, las actualizaciones se van a producir en tiempo real; ello quiere decir que desde un centro de atención primaria se comunica a través de la red corporativa interna con la Gerencia de Atención Primaria y ésta, en tiempo real, puede hacer cualquier acomodación o cualquier modificación de esa tarjeta. En segundo lugar, estamos trabajando en la optimización del proceso de emisión de tarjetas, que en la actualidad no es una de las principales consecuencias del Insalud ya que la emisión de tarjetas se produce con una duración media de 45 días; pretendemos que los ciudadanos puedan disponer de esa tarjeta en un tiempo no superior a 20 días. Por último, conseguir una conexión de la atención especializada con la base de datos de la tarjeta sanitaria individual, que es algo de lo que hasta el momento no se disponía, de tal forma que desde cualquier PC, cualquier servicio de admisión de un hospital, en el supuesto de que un ciudadano no lleve esa tarjeta sanitaria en ese momento, se pueda confirmar que ese ciudadano, con independencia de no estar provisto de ese documento identificativo, tiene derecho a la prestación sanitaria, por el acceso permanente a esa base de datos desde la atención especializada.

Por lo que se refiere al ámbito de la atención especializada, hemos centrado las actuaciones en lo que denominamos plan de renovación tecnológica de hospitales. Este plan se orienta en un enfoque integral que comprende dos actuaciones. Por una parte, una adaptación previa e imprescindible como es la implantación de infraestructuras, como es la implantación de cableados, de servidores, de puestos de usuario, de equipamientos de comunicaciones, de redes del área local. Por otra, una vez que se tenga esa infraestructura, la introducción de nuevos aplicativos asistenciales, clínicos, departamentales, económicos y administrativos.

Con estos dos planteamientos, este proyecto comprende tres grandes líneas de actuación. De la renovación de cableado de datos y de equipamiento físico, he de decir que el número de ordenadores centrales y de equipamiento físico, he de decir que el número de ordenadores centrales que se instalaron en 1997 es de 14; el número de PC, 1.446 y el número de impresoras, 450. En 1998 se instalaron 29 ordenadores centrales, 2.208 PC y 1.575 impresoras. En 1999 tenemos previsto instalar 28 ordenadores centrales, 3.367 PC y 2.490 impresoras. Dicho de otra forma, en estos tres años la red va a tener 71 ordenadores centrales, más de 7.000 PC y más de 4.500 impresoras, con una inversión aproximada de 2.750 millones. Quiero decir a SS.SS. que el número de PC utilizables en 1996, en la totalidad de hospitales del Insalud, no sobrepasaba los 1.000. Por tanto, en dos años estamos multiplicando por siete el número de PC utilizables en la red y multiplicando en esa misma cantidad, al menos, la infraestructura de PC y de impresoras que tenía la red sanitaria hace tan solo 2 años y medio. A fecha de hoy —y es otro dato en el que SS.SS. pueden tener interés— el 81 por cien de los hospitales de la red han sido cableados. En 1996, ni siquiera el 50 por cien de hospitales de la red tenía cableado interno y está previsto que a finales de este año estén cableados el 90 por ciento de los hospitales del Insalud.

Para la renovación de las aplicaciones actuamos en una doble dirección. Por una parte, la renovación de la totalidad de las aplicaciones heredadas en 1990, que son 8 aplicativos que corrían con distinta suerte y no muy buena en los distintos hospitales del Insalud. Estamos renovando y actualizando esas 8 aplicaciones e implementando 15 aplicativos más, de tal suerte que en los 82 hospitales del Insalud estén funcionando 23 aplicativos, exactamente homogéneos, con la misma intensidad y con la misma capacidad de evolución y de renovación. Cinco aplicativos en el área de gestión de pacientes, listas de espera, informe de alta, codificación hospitalaria e historia clínica electrónica y cuidados de enfermería. Seis aplicativos en el área de servicios centrales y departamentales, radiología, quirófanos, farmacia, unidosis, anatomía patológica, dietética y cocina. Dos aplicativos en el área de personal, gestión de personal y planificación de turnos y otros dos aplicativos en el área económica, mantenimiento e inventario y facturación.

En una primera fase, durante los años 1997 y parte de 1998, el proceso de renovación tecnológica ha alcanzado a 11 hospitales en su totalidad y también se han hecho actuaciones puntuales en otros 25, pero lo que importa es el número de hospitales plenamente informatizados. La respuesta es 11, durante 1997 y parte de 1998. Estamos en la segunda fase, que comienza el último trimestre de 1998 y cuya duración va a abarcar todo el período de 1999, en la que nuestro compromiso es proceder a la renovación integral tecnológica de 31 hospitales, de tal suerte que estemos en el entorno de los 42 hospitales completamente informatizados a finales de 1999. El otro 50 por ciento de hospitales hemos de informatizarlos en su totalidad entre finales del 2000 y mediados del 2001, hasta conseguir el cien por cien de hospitales de la red con una informatización integral. Quiere decirse que en cuatro años y medio se conseguirá, de seguir con estos resultados, que el cien por ciento de hospitales de red tengan 23 aplicativos funcionando, con toda la infraestructura de soporte y con todo lo que conllevará la optimización de la gestión sanitaria.

En el ámbito de los servicios centrales se ha actuado en todas las direcciones generales —si SS.SS. tienen interés en conocer los aplicativos que se han puesto en cada una de las direcciones, están a su disposición— y me gustaría destacar simplemente el proyecto de información de consumo farmacéutico, proyecto Digitalis, que no es otro que la actualización del proyecto Sifar, de 1990, utilizando ya la información de consumo por paciente, por centro de salud, área de salud, etcétera, lo que permitirá, entre otras, las siguientes actuaciones: Primero, el cruce de recetas facturadas. Sabemos informáticamente las recetas que están en los sistemas de información de cada centro de salud y podemos comprobar muy sencillamente las recetas que se facturan a través de los colegios, para detectar, en su caso, recetas que se facturan a través de los colegios, para detectar, en su caso, recetas no dispensadas o duplicidades. Podemos hacer un seguimiento del consumo por paciente y por médico prescriptor; se podrán hacer estadísticas de evolución de consumos, por población, por sexo, por tramos de edad, por nivel provincial, con una característica en la que vuelvo a incidir, que es el nivel de seguridad y de privacidad de los datos tratados, como he tenido ocasión de comentarles hace escasos minutos. Insisto en que la única

información que viaja a través de la red solamente contiene códigos. Por tanto, es el código de barras la única información que se podrá conocer durante su tránsito a través de la red. Como es natural, está sometido a la Ley orgánica de tratamiento de datos informatizados y tenemos ya la orden que regula este tipo de ficheros publicada en el «Boletín Oficial del Estado». En la línea en que lo ha venido realizando una comunidad autónoma solamente una, hemos decidido proceder a la grabación de las recetas y a la comprobación de las grabaciones que hacen los colegios. Una vez que recibamos las recetas grabadas de los colegios, vamos a proceder a una segunda grabación, al objeto de ver posibles interferencias o defectos que se puedan producir en los millones de recetas que se graban mensualmente en el ámbito del Insalud.

Otro de los proyectos, y voy concluyendo, que seguro que interesa a SS.SS. es el proyecto de telemedicina, proyecto muchas veces anunciado y pocas veces concretado. Se trata de actuar con seguridad en un proyecto complejo como es éste y para ello hemos optado, en primer lugar, por la prudencia de concretar en un documento marco todo el desarrollo y todas las características técnicas y físicas que han de tener los proyectos de telemedicina e iniciar un proyecto en el área 8 de Madrid, donde se ubican los centros de salud y la Fundación Hospital Alcorcón, al objeto de conseguir tres objetivos. Primero, mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales diseñando un modelo de comunicación entre ambos. Segundo, potenciar el seguimiento del paciente a través del sistema sanitario. Y, tercero, avanzar en la obtención de la historia clínica de área, historia clínica que será la suma de la historia clínica de primaria y de especializada. Tiene 6 funcionalidades este proyecto de telemedicina. Primera, una cita bidireccional en tiempo real; segunda, intercambio de información electrónica, es decir, partes de interconsulta, informes de alta, informes radiológicos, pruebas analíticas; tercera, petición de pruebas al laboratorio; cuarto, telerradiología; quinto, teleconsulta y telediagnóstico y, por último, acceso a la historia clínica compartida del paciente.

En estos momentos estamos en la fase que se inicia en febrero y acabará en julio de 1999, que incluye citación en tiempo real, desde atención primaria, al hospital, petición de pruebas al laboratorio, intercambio de informes. La fase dos, extensión del piloto a todos los centros de salud del área. Y la fase tres, desarrollo de nuevas funcionalidades, como teleconsulta y diseño de historia clínica compartida.

Concluyo con el último apartado, que se refiere al presupuesto. Qué es lo que hemos invertido del presupuesto de gastos de la instalación para conseguir las actuaciones de las que hemos dado cuenta en la mañana de hoy y sobre todo para conseguir las actuaciones que nos proponemos para 1999. Lo primero que teníamos que hacer era invertir la tendencia. Un presupuesto de 1.458 millones de pesetas en el año 1996, en un organismo con un presupuesto de gastos que superaba el billón 300.000 millones de pesetas, entiendo que SS.SS. estarán conformes en que es claramente insuficiente. Se ha incrementado este presupuesto en 1997 hasta 3.484 millones, con un incremento del 138 por cien, y conseguimos lo que podemos tipificar como óptimo o como cifras que se aproximan a lo óptimo en el ámbito de la infor-

mática, por ser cifras susceptibles de ejecución presupuestaria a lo largo de un año, que son las cifras que conseguimos en los presupuestos de 1998 y 1999, que redondean los 10.000 millones de pesetas al año en inversión en tecnología de la información. Si comparamos el presupuesto del cuatrienio 1993-1996, arroja un resultado de 5.449 millones, frente al cuatrienio 1997-2000, con un resultado de 30.000 millones de pesetas. Quiere decirse —de otra forma— que lo que se gasta en un año viene a ser lo mismo que lo que se gastaba en anteriores en anteriores legislaturas en ocho. Y creo que es un dato sin duda importante.

Por lo que se refiere al presupuesto de 1999, que asciende, como SS.SS. conocen, a 10.141 millones de pesetas, el desglose es el siguiente: En capítulo 1, dedicado en su totalidad a formación de personal, 60 millones de pesetas, 8 millones en servicios centrales, 14 millones en atención primaria y 38 millones en atención especializada. En capítulo 2, un total de 4.860 millones de pesetas; 1.200 millones en servicios centrales, 1.400 millones en atención primaria y 2.128 millones en atención especializada. En capítulo 6, un total de 5.221 millones de pesetas; 450 millones en servicios centrales, 1.470 millones en primaria y 3.300 millones en especializada. En total, de estos 10.141 millones de pesetas, 1.700 millones en servicios centrales, 2.959 millones en primaria y 5.466 millones en especializada.

Vayamos a las fórmulas de adjudicación y adjudicatarios. Se han utilizado —como no podía ser de otra forma— las prescripciones que se establecen en nuestra legislación marco, que no es otra que la Ley de contratos del Estado. Se ha utilizado, por una parte, el concurso abierto y, por otra, la obligatoria adquisición, a través del catálogo de adquisición de bienes centralizados de la Subdirección General de Compras de la Dirección General de Patrimonio del Estado, conforme a lo previsto en las últimas líneas del artículo 184 de la citada Ley de contratos del Estado, que literalmente establece que las adquisiciones de equipos y sistemas para el tratamiento de la información y sus elementos complementarios auxiliares corresponderá a la Dirección General de Patrimonio del Estado, conforme al catálogo y a la homologación de proveedores. La contratación de ordenadores en general —servidores de red, puestos de trabajo, PC, sistemas operativos, gestores de bases de datos—, se ha hecho, dada su condición de bienes de declarada adquisición centralizada, conforme a los catálogos homologados por la citada Dirección General. No obstante, al objeto de conseguir la mayor economía posible, dado el volumen de inversión del que estábamos hablando, se ha utilizado algo que se permite en el catálogo, que es pedir ofertas a las distintas casas que están ya catalogadas, pues cualquiera de ellas puede ser proveedor directo de la Administración pública. Así, se ha contratado con las siguientes casas: servidores de red, seis empresas; ordenadores personales y terminales, cuatro empresas; impresoras, cuatro empresas; sistemas operativos y gestor de base de datos, nueve empresas; aplicativos informáticos, dos empresas. Por lo que se refiere al cableado de datos y electrónica de red, se ha adjudicado a cinco empresas proveedoras.

En cuanto a la asistencia técnica para la implantación de soluciones y a los servicios de grabación y asistencia técnica para el mantenimiento de equipos, ya no estamos en el supuesto de adquisición centralizada, sino que esta-

mos ante la obligatoriedad de producirse concurso público, en este caso utilizándose el concurso público por procedimiento abierto. Los concursos publicados en el «Boletín Oficial del Estado» el año 1997 fueron cuatro, por un importe de 1.405 millones de pesetas; resultaron adjudicatarias cuatro empresas. Los cinco concursos públicos abiertos licitados en 1998 y publicados en los boletines oficiales del Estado de los meses de julio y agosto del citado año se han adjudicado a cinco empresas, algunas de ellas compuestas por varios adjudicatarios entre sí al conformar una UTE —empresas temporales—, por un total de 4.838 millones de pesetas. Como les decía, lógicamente, cinco concursos, cinco empresas distintas. Por lo tanto, se han producido nueve concursos abiertos en los años 1997 y 1998, por un total de 6.200 millones de pesetas y nueve adjudicatarios. El número total de proveedores entre el concurso abierto permanente y la utilización del catálogo de la Dirección General de Patrimonio, que han trabajado para el Insalud durante estos ejercicios, ha sido 19.

Hasta aquí, señorías —si me permiten—, lo que he intentado trasladarle de las actuaciones que nos hemos propuesto desde 1996, cuáles son las realizaciones y su grado de cumplimiento a fecha 31 de diciembre de 1998 y cuales son las actuaciones a corto, las de 1999 y aquéllas que van a abarcar períodos como los años 2000 y 2001.

Nada más y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor secretario general.

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

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Gracias, señor secretario general y presidente del Insalud, por su comparecencia hoy. Esperamos que podamos aclarar algunas cuestiones o puntualizar algunos términos.

Nos ha contado cómo han dedicado una parte importante de las inversiones a la informática, la importancia que le han dado desde la constitución del Gobierno del Partido Popular y que en los años 1997, 1998 y 1999 esas inversiones se han incrementado en miles de millones. Lo que sucede es que yo no sé si les funciona bien la informática o no, porque hay unos datos que no cuadran, y supongo que deban estar elaborados a través de terminales de información. Yo le voy a leer un documento, para que confirmemos estos datos que usted ha citado. Si he tomado buena nota de su intervención y le he entendido bien, nos ha dicho que en año 1997 y parte de 1998 se han renovado las aplicaciones tecnológicas de 13 hospitales. Este dato coincide con el que figura en el página 49 de la memoria de los Presupuestos Generales del Estado para 1999, donde dice el Insalud que, durante los ejercicios 1997 y 1998, el proceso de renovación tecnológica en centros hospitalarios alcanzó a 13 hospitales. Esto coincide con la cifra que usted ha dado. Pero si vamos a la página 133 de la memoria del Insalud del año 1997 (publicación oficial que intenta poner blanco sobre negro cuáles han sido las actuaciones del Insalud y que, por tanto, es la prueba fehaciente de la ejecución), dice textualmente lo siguiente: Durante al año 1997, este proceso de renovación tecnológica ha alcanzado a 13 hospitales. Pues bien, o en 1997 no se habían hecho 13 o en

1998 no se ha hecho ninguno, porque en el año 1997 ya había 13. Lo mismo sucede con los centros de atención primaria; no voy a leer los datos de las distintas memorias, pero están publicados. Y estamos acostumbrados a este baile de cifras.

Independientemente de esto, yo le quería comentar una cuantas cuestiones, para ver si usted nos las puede aclarar. Usted ha señalado que entre sus proyectos hay uno básico —ya nos lo dijo en otras ocasiones y consta en los documentos que antes le mencionaba—, que es la red corporativa del Insalud regionalizada. Este es uno de los proyectos más importantes. En cuanto a esta red corporativa de Insalud, yo le preguntaría cuanto ha costado y el nombre de los proveedores que la han ejecutado, porque, de acuerdo con lo que nos ha dicho, es el elemento básico, más de unidad de atención al usuario, que eran los elementos técnicos.

Otra cuestión que le quería plantear, señor Núñez Feijóo, es la atención primaria. En atención primaria, como usted muy bien nos ha dicho y como recogen los papeles, en el año 1997 se implantaron 17.152 terminales, sobre los dieciocho mil y algo del total; se terminaron de implantar en febrero de 1998. Supongo que esto es un dato cierto que usted mismo ha confirmado, que desde el primer trimestre del año 1998 todos los profesionales de atención primaria del Insalud disponían de un terminal autónomo de identificación de recetas el TAIR.

No voy a entrar en otros aspectos del TAIR, que ya hemos discutido en otras ocasiones; simplemente quiero que nos diga cuánto cuesta exactamente cada uno de los terminales; si hay distintos proveedores de estos terminales, o no; si es cierto que se hizo un prototipo de terminal y se incluyó en el catálogo de la Dirección General de Patrimonio del Estado; si estos terminales los compra centralizadamente el Insalud o los compran las direcciones provinciales y territoriales; y, aparte de saber el precio de estos terminales, si es cierto o no lo que en otras ocasiones nos ha comentado, que son tantos los fallos que presentan estos terminales como la dificultad que hay a veces en la reposición de piezas, dada su fabricación fuera de nuestro país.

Y surge otra cuestión muy importante. Usted ha indicado en su intervención que una de las preocupaciones fundamentales en atención primaria es la información integral de los centros y que ya en el año 1997 habían informatizado integralmente 47 centros; en 1998, 143 centros, a final de 1999, 200, y que en el 2000 estarían el 50 por ciento de los centros.

También ha dicho y consta en la memoria que esta información integral de los centros de atención primaria cubre todas las áreas, tanto administrativas como clínicas, y que sirve también para la identificación de los pacientes, las exploraciones clínicas, las recetas, etcétera. Esta informatización integral de los centros y por tanto la dotación de unidades informáticas a todos los profesionales de los centros de atención primaria sustituye al TAIR, porque si con el PC los programas informáticos cumplen todas las prescripciones y hacen los mismo, supongo que quedará obsoleto este terminal. Por tanto, me gustaría, y a mi grupo también, como he indicado antes, saber cuánto ha costado, si realmente la relación coste, eficiencia y durabilidad del proyecto tiene justificación y por qué se decidió en su momento por este terminal y no por otros. Parece ser que

este terminal fue una decisión del Ministerio de Sanidad y de los responsables de informática, asesores técnicos en informática, creo que es el cargo. Como todos sabemos, puesto que ya se ha dicho en público y en privado, este cargo lo ocupa la sobrina del ministro, que es quien ha decidido la compra de estos terminales. En relación con estos terminales, también le preguntaría si es cierto que estos terminales se facturan, por esto le preguntaba el precio, a 400.000 pesetas el terminal y se hace después en la factura un descuento del 40 por ciento. ¿Es cierto o no lo es? Hay problemas en esto.

En cuanto a la atención especializada, ya hemos hablado de las aplicaciones en los hospitales, pero no me ha quedado claro si las ocho aplicaciones que existían, que ha dicho que eran obsoletas, distintas y con resultados muy diversos, se mantienen o no. Porque tanto habla de 15 aplicaciones como de 15 más 8; cuando ha desglosado las aplicaciones ha hablado de 15, no de 23, que serían 8 más 15. No lo sé. Igual eran muy obsoletas y se han desplazado todas las antiguas.

Me gustaría también que nos aclarara algunas cuestiones del presupuesto de informática del año 1999. A ver si tenemos suerte esta vez.

¿Nos podría explicar con detalle qué engloba la partida 227.8.2 del presupuesto, que es la que hace referencia a conciertos de servicios de carácter informático, y que nada menos que ha pasado de 87.544.000 pesetas, en 1998, a 1.808 millones, en 1999? No sé qué porcentaje es, porque se dispara la calculadora. ¿Qué engloba esta partida, que ha tenido este incremento notable, tan notable que pasa de 87 millones a 1.808? Porque esto cuadra mal con que ustedes hagan fuertes inversiones en reposición. Si son contratos de mantenimiento, cuadra mal, porque hay partidas muy importantes en el presupuesto de 1998, y mucho más importantes en el presupuesto de 1999, para inversiones de reposición en los equipos de informática. Las cifras que usted nos ha dado de inversiones, al final de su intervención, y coinciden con las que hay en el presupuesto, son 5.221 millones, partida 636, para 1999. Es decir, que va a haber una renovación importante de PC.

Le quería hacer otra pregunta que se refiere a informaciones que se han publicado en la prensa, por lo que no sé que veracidad tendrán. Parece que cuando se ha puesto en tela de juicio el terminal autónomo de información de recetas por los responsables del Insalud, no usted directamente, se ha dicho que no se había equipado con PC porque un puesto informático costaba 800.000 pesetas. Esto lo he visto publicado, pero no sé si es cierto. Si es cierto, me gustaría saber qué tipo de PC son estos que cuestan 800.000 pesetas para informatizar un puesto de trabajo, porque realmente los hay más económicos. Ello justificaría que se hubiera utilizado el terminal.

Estos proyectos nuevos que usted nos ha señalado los considero muy importante, sobre todo desde el punto de vista de la atención al usuario. Me parece de extraordinaria utilidad el proyecto de Telemedicina y espero que se cumpla con mayor exactitud que otras previsiones que han hecho, no sólo las del gasto farmacéutico sino otras. Este es un proyecto de gran utilidad para la mejora de la calidad asistencial, que debe ser un objetivo prioritario. Se ha anun-

ciado muchas veces y nunca se ha hecho. A ver si se hace y tenemos ocasión de felicitarnos todos por este proyecto.

En cuanto al proyecto digital, que sustituye al antiguo proyecto de control de gasto farmacéutico, aparte de controlar el gasto farmacéutico, que teóricamente lo van a controlar por un lado a través de TAIR, por otro, a través de la informatización integral de los centros, nos comentaba que para garantizar esto ustedes van a realizar una segunda grabación. Yo aquí tengo algunas discrepancias, en el sentido de que el convenio que ustedes han firmado con el consejo general del Colegio de Farmacéuticos señala que la grabación de todas las recetas la van a hacer en los colegios de farmacéuticos y que únicamente en el caso de que algún colegio de farmacéuticos no la realice lo haría el Insalud, pero de forma no sustitutoria. Y lo que haría el Insalud sería simplemente algunas grabaciones para el control y el muestreo, no la grabación de todas las recetas. Por tanto, no es una segunda grabación de todas las prescripciones farmacéuticas sino un muestreo para comprobar que el convenio que ustedes han firmado se cumple correctamente y el consejo general del Colegio de Farmacéuticos cumple con la obligación que tenía.

El TAIR está, si no estoy mal informado, dentro del catálogo homologado por la Dirección General de Patrimonio. Me gustaría saber cómo se hizo, si se pidieron distintas ofertas y si hay varios proveedores de este producto, como sucede con los productos que están en el catálogo de material homologado. Normalmente este catálogo es para material de uso corriente en los distintos departamentos y de esta forma, como usted muy bien señalaba, evita el concurso abierto, el concurso público que prevé la ley.

En relación con quien hace realmente la compra de ese material, querría conocer si se hace descentralizadamente por cada centro gestor, por las gerencias de atención primaria o por las direcciones provinciales. Si es así, cómo se explica que la decisión haya sido centralizada, que se haya decidido desde el propio Ministerio, y parece que en esto no hay ninguna duda, que es quien ha decidido que sea éste el prototipo y el material que se utilice. Cómo compagina esto con que después cada centro lo compre descentralizadamente.

También me gustaría saber si es cierto o no que de hecho este aparato famoso, que ha sido motivo de tantas discusiones, no es más que un datáfono inteligente, porque esto de leer lo que pone la tarjeta sanitaria, los datos del paciente, etcétera, es lo que hace cualquier datáfono que tienen en cualquier comercio para leer la tarjeta de crédito, los datos de identificación del sujeto, y que suministran las entidades de crédito y de ahorro. Estos tienen un costo evidentemente mucho más inferior que el del TAIR. Si no estoy mal informado, un datáfono de estos que suministra una entidad de crédito no excede de las 15.000 pesetas. Hace más o menos las mismas funciones, es decir, identifica el sujeto y la cuenta donde deben cargar el importe sin errores, porque así sí que los comerciantes y las agencias procuran que no haya errores. Parece ser que el TAIR, por lo que algunas centrales sindicales han dicho y según algunas encuestas, comete muchos más errores que estos datáfonos y, además, la compra es a un precio muy superior. Espero que nos pueda aclarar algunas de estas cuestiones.

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

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Gracias, señor secretario general, por su comparecencia y sus explicaciones.

Desde la óptica de mi grupo, voy a centrar mi intervención en destacar tres aspectos fundamentales de la comparecencia del presidente ejecutivo del Insalud. En primer lugar, el esfuerzo inversor y, en segundo lugar, la implantación de servicios importantes y de utilidad para el paciente, como pueden ser los servicios de telemedicina. También quiero hacer alguna reflexión sobre los programas que se han nombrado, sobre todo el TAIR y el Digitalis.

Si bien los sistemas de información que se han ido desarrollando en estos años, se han estructurado tendiendo a recoger la información, lo cierto es que todos los que hemos trabajado en centros hospitalarios y en otros centros, nos hemos encontrado con que se han estructurado de una forma fragmentaria en distintas áreas de la organización y, desde luego, no ha existido una integración plena de los mismos. No se han establecido criterios homogéneos de recogida de datos en los distintos centros y si algo habría que señalar podría ser la insuficiencia definición de los mismos e incluso la duplicación de algunas de esas definiciones.

Por todos estos argumentos, estaba más que justificada la modificación que el señor secretario general ha presentado del uso de la tarjeta sanitaria individual por el sistema del terminal absoluto de identificación de recetas, del sistema TAIR. Como se ha dicho ya en otras comparecencias, en ocasiones anteriores, el uso primitivo de la tarjeta sanitaria individual como documento identificativo personal de asistencia sanitaria se ha implantado en la generalidad del territorio, pero casi exclusivamente bajo el procedimiento del reconocimiento visual. Eso originaba una serie de problemas por decirlo de alguna manera, en el sentido de una imposibilidad manifiesta de utilizar la tarjeta sanitaria individual de materia automatizada. Quiero ponerlo de manifiesto como punto de referencia de la implantación del terminal autónomo de identificación de recetas.

Dentro de los aspectos que he señalado, está la inversión total, que va a ascender, como ya ha sido el señor presidente del Insalud, a más de 30.000 millones. Creo que merece la pena destacarlo en este momento, puesto que la renovación tecnológica en materia informática del Insalud, que se inició a partir de la segunda mitad del año 1996, debe cumplir el objetivo prioritario, por lo menos para nosotros, de corregir las patologías, por decirlo de alguna forma, que he señalado al principio de mi exposición. Es decir, intentar unificar lo que se había estructurado de manera fragmentaria en las distintas áreas de organización del Insalud.

También merece la pena que se destaque, como lo han hecho otros portavoces, la implantación de la red corporativa de comunicaciones, con capacidad para prestar la gama de servicios que se ha señalado sobre el esfuerzo de seguir avanzando en la infraestructura tecnológica hacia mayores y mejores niveles de calidad.

Me ha parecido importante, lo ha señalado el presidente del Insalud y yo lo hago constar en nombre de mi grupo, el

criterio de regionalización de la red corporativa. Sin entrar en debates sobre el número de puntos de acceso a la red, lo que sí me interesaría señalar es que se encuentra en servicio esa unidad de atención a usuarios, que les da precisamente soporte.

Aparte de las consideraciones que he hecho sobre el programa TAIR en el nivel asistencial de atención primaria, que permite una mayor explotación de la información contenida en la tarjeta sanitaria individual, quiero poner de manifiesto una vez más que nos parece que va a suponer un elemento de trabajo de primerísimo orden, en torno a la gestión no solamente de la información en general, sino de algo que subyace siempre en todos estos mecanismos informáticos y en todas las comparecencias en las que se ha tratado esto, la gestión de la prestación farmacéutica. Nos parece a nosotros que todo lo que sea mejorar los datos introducidos en la tarjeta sanitaria individual, tanto en los aspectos técnicos como funcionales, así como —ya se ha señalado también— mantener la integridad y la confidencialidad de la información que contiene, son pasos importantes, avances fundamentales que cierran, junto con el programa Digitalis, la información proporcionada en los procesos de facturación de recetas que realizan no solamente los colegios oficiales de farmacia. En su segundo aspecto, permite realizar un seguimiento de ese conjunto del consumo farmacéutico y, sobre todo, disponer de datos concretos, de datos estadísticos que pueden ser posteriormente estudiados para su conformación o para su comparación.

Desde el punto de vista del nivel asistencial, en cuanto a objetivos de atención primaria durante todo el año 1997 y parte del año 1998, con los centros de salud informatizados, nos parece que se debe seguir una segunda fase, que ya el secretario general ha indicado, para que a finales del año 2001 esté informatizado el mayor número posible de centros de salud.

Con independencia de los datos técnicos que el señor presidente del Insalud ha dado sobre este proceso, que conlleva lo que él ha denominado el cableado estructurado, los distintos equipamientos y las aplicaciones para el tratamiento de la información, me parece importante señalar el esfuerzo para su desarrollo y sobre todo el esfuerzo inversor, que es la primera premisa puesta de manifiesto en su comparecencia de la mañana de hoy.

En cuanto al plan de renovación tecnológica de los hospitales, creo que se pueden estar beneficiando de este proceso de modernización; son fundamentales esas actuaciones encaminadas a modernizar todas las áreas de los sistemas de tecnología que se han puesto de manifiesto hoy. Por ejemplo, la implantación de infraestructuras y las distintas capacidades de cableado. También hay que ver el esfuerzo hecho estos tres últimos años, puesto de manifiesto por el señor secretario general de Asistencia Sanitaria, el esfuerzo de instalar mayores ordenadores centrales, mayores impresoras. A fecha de hoy, un tanto por ciento muy importante, cercano al 80 por 100, de los hospitales del Insalud tienen estas nuevas tecnologías, han sido cableados, para entendernos, y está previsto, por los datos que ha dado el secretario general, que se siga con ello, para que a finales de año llegue esta tecnología a la mayor parte de estos centros.

Para terminar, señor presidente, quiero poner de manifiesto una vez más, en nombre de mi grupo, los aspectos fundamentales que también han sido citados por el señor secretario general de Asistencia Sanitaria: el esfuerzo inversor, la posibilidad de implantación de servicios nuevos y sobre todo cerrar con nuevas capacidades, realizaciones y objetivos la red corporativa del Insalud, el terminal autónomo de identificación de recetas, el programa con la información proporcionada por los programas del sistema Digitalis, que puede ser objeto de posteriores reflexiones, de posteriores comparecencias, de posteriores estudios y desde luego de posterior seguimiento.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede constatar el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Gracias, señor presidente.

Al portavoz del Grupo Socialista quiero decirle que intentaremos hacer un seguimiento de las cuestiones planteadas. Coincido en el reconocimiento que ha hecho en cuanto a los importantes recursos que se destinan a las inversiones en tecnologías de la información, en informática, en el ámbito del Insalud; efectivamente, así es. Viene suponiendo un esfuerzo desde la confección de los primeros presupuestos hasta los actuales de 1999.

Hay una serie de datos que al señor portavoz, como él mismo decía, le bailan o no le cuadran. Es evidente que, cuando se entra a informatizar íntegramente un hospital, el 31 de diciembre, que es cuando acaba el año natural, no es obligatorio que acabe la informatización de los 23 aplicativos de esos hospitales. Quizá sea necesario mejorar la redacción de los documentos que tan detalladamente conoce el señor portavoz, conocimiento que nosotros celebramos. **(El señor Corominas i Busqueta: Por eso los pedimos.)** Como usted verá, hay una diferencia francamente pequeña. Estamos hablando de años que no coinciden exactamente con años naturales y así hemos dado los datos del año 1997, que con correctos, y de los años 1998 y 1999, porque son períodos que empiezan en el año 1998 y que concluyen en el tercer trimestre de 1999. Se refieren a 31 hospitales, junto con los 11 ó 13 a los que se refería esa memoria del Insalud. Insisto en que tomaremos nota para la memoria de 1998. De los 11 ó 13 hospitales, hay algunos aplicativos que todavía no se han finalizado y estas cuestiones habrán de concretarse.

He dado en la comparecencia de hoy el número de hospitales totalmente informatizados y que habíamos hecho actuaciones en otros 25 hospitales. Por tanto, vamos mejorando en cuanto a la determinación exacta a lo que vamos haciendo.

La red corporativa del Insalud. Hemos dicho al proveedor del Insalud en 1996, al proveedor de centenares de redes y de líneas telefónicas contratadas, que no nos gustaba el sistema que utilizaba, que somos una corporación y que queremos utilizar las economías de escala cuando éstas son eficientes. Lo que hemos hecho ha sido una renegociación de la multiplicidad de líneas telefónicas que el operador Telefónica tenía con el Insalud. Insistido, hemos hecho una renegociación de los contratos que tenía en Insalud,

desde los distintos centros y desde los servicios centrales, con este operador y hemos diseñado una red en la que haya, lógicamente, unas condiciones económicas y, sobre todo, unas condiciones de fiabilidad y de acceso distintas a la que existían anteriormente.

Agradezco el tono y el contenido de su intervención. Estará de acuerdo conmigo en que me voy más tranquilo de lo que venía, aunque no es que viniese intranquilo. Hemos hablado de 30.000 millones de inversión en informatización, pero seguimos diciendo lo mismo que en 1997, lo mismo que en 1998, y por lo que veo estrenamos un año y seguimos hablando del TAIR. Va a acabar la legislatura y espero que en la siguiente este sistema no siga como el problema informático del Insalud. Esto me lo preguntaba en 1997, me lo preguntaba en 1998 y me lo pregunto ahora, en 1999. Como no tengo capacidad de innovación, le voy a responder lo mismo. Los que homologan y los que piden las ofertas son los órganos competentes para hacerlo y son la Dirección General de Patrimonio del Estado. Esto en primer lugar.

En segundo lugar, quiero recordar que este datáfono, como usted le llama, es algo más, porque si no, sin duda, no tendríamos esta discusión. Creo que tiene un lector, una banda magnética, una impresora y un terminal. Cada uno de estos aparatos son de distintos proveedores. Si esto es así, serían tres proveedores, o serían dos. Dos, seguro. No sé si el lector de la banda magnética tiene marca. Las inversiones a las que me he referido rondan los 3.300 millones de pesetas y el número de unidades sobrepasa los 18.000. Por tanto, siempre hay algunos problemas, de averías o de piezas. Cuando hablamos de un parque que sobrepasa los 18.000, obviamente siempre los hay, aunque en mucha menor incidencia de lo que sería razonable en función de la dimensión del parque.

También ha realizado S.S. una serie de reflexiones en diferentes momentos de su intervención sobre la eficacia y durabilidad de este sistema. Hemos dicho que sería todo un objetivo que en dos legislaturas fuésemos capaces de informatizar el 100 por 100 de los centros del Insalud. La inversión que supone sobrepasa los 17.000 millones de pesetas. Quiere decirse, *contrario sensu*, que para conseguir la información de consumo por paciente, que estamos en condiciones de tener ya durante 1999, tendríamos que esperar al año 2005. Estamos convencidos de que ni su grupo ni la mayoría de los grupos estarían de acuerdo en esperar hasta el año 2005 para lograr algo que se puede conseguirse en este momento. En todo caso, siempre el TAIR tendrá utilización en las visitas a domicilio. Imagínese que el puesto informatizado de la consulta no solo podrá llevarlo el facultativo cuando acuda al domicilio; siempre tendrá utilidad en los cientos de consultorios rurales que hay en el ámbito del Insalud. Siempre tendrá utilidad, aunque en ese escenario del 2005 tengamos el 100 por 100 de los puestos informatizados. Además, el coste de inversión de este sistema supone un punto de gasto en farmacia. Por lo tanto, creemos que al menos en 1997, y supongo que también en 1998, se habrá amortizado la totalidad de la inversión que supone este sistema viendo el reflejo del gasto farmacéutico durante ese ejercicio.

Los 15 aplicativos a los que me he referido hay que sumarlos a los 8 que hay que mantener y mejorar, por lo

que hemos intentado contar con aquello con lo que al menos mínimamente se podía contar. Por consiguiente, esos 8 aplicativos del Plan días se han actualizado y junto a los que me acabo de referir, suman los 23 aplicativos. No tengo ningún inconveniente en hacer un repaso de esos 8.

También le ha llamado la atención cómo ha subido una partida, concepto y subconcepto determinado. Lo que creo que tiene que llamar la atención es cómo ha subido la totalidad del presupuesto de informática, porque de 1.400 millones a 10.000 millones es evidente que ha subido muchísimo, o que de 5.000 millones en el cuatrienio anterior a 30.000 millones en el cuatrienio corriente ha subido una barbaridad. En cuanto a la partida concreta, la 227.8.2, le puedo referir, por tenerlo delante y por ser lo exacto que S.S. siempre demanda, la componen las distintas partidas del capítulo 2: formación de personal, 60 millones; mantenimiento de equipos, servicios centrales atención primaria y atención especializada, 131; red corporativa Insalud, 1.100; proyecto de renovación tecnológica en hospitales, 1.482; informatización en centros de atención primaria, 166; grabación y verificación de recetas, 428; desarrollo del sistema de información, 943; mantenimiento del sistema Sipac, 97, 607. Esto es la totalidad del capítulo 2. En todo caso, miraré la partida 227.8.2 para decirle exactamente a que se refiere y a que se debe ese incremento.

Evidentemente, un PC no vale 800.000 pesetas, señoría, porque durante estos tres años hemos comprado 71 ordenadores centrales, 7.000 PC y 4.500 impresoras por 2.700 millones. A lo que se refiere es que un puesto informatizado en atención primaria no solamente es el PC. Estoy seguro de que el PC es lo más barato del puesto. Para informatizar una consulta de atención primaria hay que tener los aplicativos, la licencia de éstos, cablear previamente el centro, dotarle de todas las infraestructuras, formar al personal y mantener todo ese soporte. Ese es el conjunto, que asciende a 17.000 millones de pesetas. Por lo tanto, no se preocupe usted, que nunca nos gastaremos esa cantidad en un PC, ni mucho menos.

Estoy absolutamente de acuerdo con S.S. en que la telemedicina es un proyecto muchas veces utilizado y pocas veces concretado, y por eso es necesaria mucha prudencia. Creo que estamos en ese camino de prudencia al empezar con la experiencia piloto, ver lo que ocurre y extenderla, si cabe, a otras zonas del territorio Insalud, en las que así es muy necesario este proyecto de telemedicina.

Se conoce perfectamente el contenido y alcance del concierto con los farmacéuticos. Le felicito por ello; es exactamente lo que usted ha dicho. Nosotros no vamos a hacer una comprobación de todas y cada una, de los millones de recetas que se facturan al Insalud, pero sí vamos a hacer una comprobación, como usted bien ha dicho, por técnicas de muestreo y de verificación, del conjunto de recetas que se pueden facturar en cualquiera de los 27 colegios cualquiera de los 12 meses del año. Por tanto, haremos una comprobación de que esa facturación es conforme, que no tiene duplicidades, que no hay errores, con objeto de detectar, si es el caso, ese posible error.

Una vez más S.S. ha vuelto a cerrar su intervención hablando del TAIR, que es una de sus principales, no voy a decir obsesiones, pero sí diré que uno de sus principales intereses, y lo ha comparado con un dactáfono. Esto viene

a colación de que, efectivamente, no es un ordenador, efectivamente, esto no es un PC, efectivamente, era manifiestamente falsa la acusación del Grupo Parlamentario Socialista de que Sanidad había comprado 5.000 PC sin la letra eñe, absolutamente falso, porque ni eran PC, ni eran ordenadores, ni era nada por lo que hubiésemos incumplido o no hubiésemos sido respetuosos con el idioma oficial de nuestro país. Dicho esto, la letra eñe ya está utilizada en ese terminal; no así en ninguna otra entidad financiera —ni siquiera los NIF de Hacienda que ustedes pusieron en circulación contiene esa letra—, pero, en este momento, esta terminal, que no dactáfono, sí tiene esa letra. Quiero decirles —porque en ese momento no hubo un trato ajustado y es exigible la equidad en el trato a los grupos parlamentarios y en este caso también a los representantes del Gobierno— que no se había comprado ordenadores ni PC con esa letra, porque no estábamos hablando de ningún ordenador ni de ningún PC, y usted hoy lo ha venido a catalogar simplemente de dactáfono. Pues, repito, no es un dactáfono, pero estoy de acuerdo con usted en que no es un ordenador ni un PC.

Por último, en relación con las ofertas, le diré que todas las actuaciones que yo he venido a concretarles en el día de hoy son ofertas de ejecución de presupuesto de Insalud centralizado; todas, tanto las compras de impresoras, como de PC, como de aplicativos, como de mantenimiento, como de atención a usuarios, como de red corporativa; todas. Por tanto, en ese sentido, ratifico que de todo lo que aquí se ha dado cuenta son compras centralizadas.

Al representante del Grupo Popular le agradezco la explicitación del esfuerzo que supone, dentro de un presupuesto de gastos de un organismo, haber sido capaz de multiplicar por diez su inversión sin que le disminuya la actividad, sino lo contrario, y tener proyectos de, en una legislatura, informatizar el cien por cien de hospitales o, en dos legislaturas, informatizar el cien por cien del parque de centros de salud. Son proyectos que, de llevarlos a término en sus planteamientos iniciales, sin duda van a beneficiar la consolidación del sistema sanitario público. **(El señor Corominas i Busqueta pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, si es para algo muy breve, tiene la palabra por un minuto.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: La partida de la que espero que nos haga llegar la información es la de conciertos de servicios de carácter informático, conciertos; por tanto, es una partida muy concreta del capítulo 2, que se ha elevado de 87.500.000 pesetas a 1.809 millones del año 1998 al año 1999. Capítulo 2, partida 227.8.2, conciertos servicios carácter informático. Eso es lo que dice el presupuesto.

También he de señalarle que quero que se marche tranquilo **(Un señor diputado: Tranquilo está.)**, más de lo que ha venido, pero no se equivoque, que nosotros no somos el Tribunal de Cuentas; en todo caso los números y los datos ya se los revisará el Tribunal de Cuentas. Nosotros estamos aquí para otras cuestiones. Por tanto, márche-se tranquilo, pero sepa que nos preocupan estas cosas.

Yo le he preguntado quién era el proveedor de los TAIR, no quienes son los fabricantes. Usted sabe muy bien

que puede haber distintos elementos que se ensamblan (intermediario, proveedor, suministrador). Por tanto no me vale que me diga que son tres productos de tres fabricantes distintos. Le estoy preguntando quién ha sido el proveedor del TAIR, que es una cuestión distinta, y no es que tenga obsesión por el TAIR. En todo caso es una más de las muchas obsesiones en relación con el tema de la informática que yo le prometo que iremos siguiendo, porque, como usted muy bien ha dicho, movió inversiones de 10.000 millones de pesetas el año pasado y 10.000 millones de pesetas este año, lo cual supone mucho dinero como para que la oposición no haga un seguimiento apurado de estas inversiones, que yo prometo que vamos a hacer pidiendo toda la información disponible para aclarar las cuestiones relativas a este tema.

Cuando surgió la polémica de si la eñe o no la eñe, para aclarar esto muy brevemente, se decía que la ventaja o inconveniente del TAIR, que era la impresión de los datos en la impresora que acompaña al lector, era que no imprimía le eñe, no que si era un PC. Esto aquí no se ha dicho nunca, yo no lo he dicho nunca. Lo que sí sostengo es que continúa siendo mejor para el médico de atención primaria disponer de un PC, aunque no esté conectado a ninguna red, que de un TAIR, porque le da más utilidad, y que la inversión de un PC es más barata que la del TAIR.

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

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Según los datos que usted ha dado, cada TAIR cuesta 183.000 pesetas (3.300 millones por dieciocho mil y pico); con 183.000 pesetas usted compra un PC y una impresora para el médico, que le servirá más que el simple TAIR.

Finalmente, ha introducido usted un tema al que no me había referido, pero que me parece interesante, y es que, al hacer la red corporativa, han renegociado unos contratos con el operador telefónico, que es básico. Yo le preguntaría si ha hecho concurso con los distintos operadores, ahora que se ha liberalizado. Algunas administraciones lo han hecho y han ahorrado mucho dinero.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Señor Corominas, brevemente, la partida a que usted se refiere son asistencias técnicas de carácter informático y le he dado todas las par-

tidas. Le he dicho que, en 1997, nos hemos gastado en asistencias técnicas, a través de cuatro concursos públicos abiertos, un total de 1.405 millones de pesetas, con cuatro proveedores; y en 1998, un total de 4.838 millones, con cinco adjudicatarios. Éste es el total en asistencia técnica informática. En todo caso, miraremos exactamente el 227.8.2 al objeto de concretar.

Yo entendía que lo que usted ya conoce, porque venimos hablando de ello desde el año 1997, no era necesario repetírselo, porque que en este momento y en esta Comisión descubramos que el proveedor del TAIR ha sido la empresa Iecisa (Informática de El Corte Inglés) es algo que supongo que está en todos los medios de comunicación. No hemos cambiado de proveedor. **(El señor Corominas i Busqueta: Eso es lo que le pedía.)**

Pues nada, lo volvemos a decir **(El Señor Villalón Rico: No hay nada que ocultar.)**, Informática de El Corte Inglés. Lo que ocurre es que parece que esta casa se dedica a las líneas blancas o a los tejidos, pero resulta que es la segunda marca en volumen de ventas en España de productos informáticos, y si la casa tiene carácter nacional, mejor. Entendía que no era necesario volver a repetir lo que sin duda usted conoce perfectamente por el estudio detallado de todas las cuestiones que acredita en cada comparecencia. **(El señor Corominas i Busqueta: Yo sí, pero no sé si la gente lo conoce.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, no haga debate cruzado.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Núñez Feijóo): Ésta es la información que data del año 1997 y que actualizamos en el año 1999.

Por último, lo que hemos hecho es decirle al proveedor del Insalud en materia de líneas de comunicaciones en los contratos que teníamos vigentes las especificaciones que necesitamos para nuestros planteamientos. En todo caso, puede ser interesante plantearse ese posible concurso o publicitación posterior de estos operadores, que, por lo que usted dice, puede ser —insisto— interesante en un futuro. No lo sé, lo veremos y le agradezco su interés por mejorar las condiciones económicas de las compras del Insalud.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos al señor secretario general su comparecencia y, finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

**Eran las dos y veinte minutos de la tarde.**



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**