



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1999

VI Legislatura

Núm. 665

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 36

celebrada el miércoles, 14 de abril de 1999

ORDEN DEL DÍA:

	Página
Ratificación de la Ponencia designada para informar del proyecto de ley sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social (procedente del Real Decreto-ley 1/1999, de 8 de enero) (Número de expediente 121/000159)	19289
Proposiciones no de ley:	
— Sobre medidas para prevenir el problema de la enfermedad de la anorexia en nuestra sociedad. Presentada por el Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001429)	19289
— Sobre regulación y armonización de las tallas de ropa europeas y americanas con las españolas. Presentada por el Grupo anterior. (Número de expediente 161/001430)	19289
— Sobre reconocimiento profesional de los técnicos superiores en dietética. Presentada por el mismo Grupo parlamentario. (Número de expediente 161/001428)	19295
— Por la que se insta al Gobierno a la creación de un punto básico de atención sanitaria en el núcleo de Cala'n Porter, término municipal de Alaior, dotado de medios y recursos y con un funcionamiento adecuado a cada época en el año según el número de residentes. Presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 161/001462)	19297

	Página
Preguntas:	
— Del señor Gil Melgarejo (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre grado de ejecución en que se encuentra la generalización de la cirugía menor en los centros de atención primaria del Insalud. (Número de expediente 181/002136)	19300
— Del mismo señor diputado, sobre objetivos específicos del plan de formación del Insalud para el año 1999. (Número de expediente 181/002137)	10301
— Del mismo señor diputado, sobre criterios utilizados por el Insalud tanto en atención primaria como en atención especializada en el reparto de la productividad variable a sus profesionales durante el año 1998. (Número de expediente 181/002143)	19301
— Del mismo señor diputado, sobre medidas adoptadas por el Insalud dirigidas a mejorar la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada durante el año 1998. (Número de expediente 181/002145)	19301
— Del señor Bayona Aznar (Grupo Socialista del Congreso), sobre previsiones acerca de la firma del convenio anunciado por el ministro de Sanidad y Consumo en el Pleno del Senado del 3 de diciembre de 1997 para resolver la asistencia hospitalaria de carácter urgente de la comarca del Somontano del Moncayo. (Número de expediente 181/002299)	19305
— Del señor Corominas i Busqueta (Grupo Socialista del Congreso), sobre intención del Gobierno de pedir responsabilidades políticas en relación con la convocatoria para proveer la plaza de Consejero Técnico de la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. (Número de expediente 181/002336)	19307
— Del mismo señor diputado, sobre intención del Gobierno de restituir el derecho al principio constitucional de igualdad, mérito y capacidad, en relación con la convocatoria para proveer la plaza de Consejero Técnico de la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. (Número de expediente 181/002337)	19307
— Del mismo señor diputado, sobre propósito del Gobierno acerca de continuar con el procedimiento de autootorgamiento de plazas de funcionario en propiedad a los altos cargos. (Número de expediente 181/002338)	19308
— Del mismo señor diputado, sobre puesto de trabajo desempeñado en la actualidad por doña María Luisa Pulido Puente, proveniente del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y nombrada Consejero Técnico de la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. (Número de expediente 181/002339)	19308
— Del mismo señor diputado, sobre responsable del nombramiento del vocal representante de la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria en la comisión de valoración que ha realizado las propuestas para la provisión de la plaza de Consejero Técnico de dicha Subdirección General. (Número de expediente 181/002340)	19308
— Del mismo señor diputado, sobre candidatos presentados y valoración obtenida en el concurso convocado para proveer en propiedad la plaza de Consejero Técnico de la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. (Número de expediente 181/002341)	19308
— Del mismo señor diputado, sobre categoría profesional, situación administrativa y fecha de nombramiento de la persona que ocupa la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. (Número de expediente 181/002342)	19308
— Comparecencia del señor presidente del Instituto Nacional de la Salud, Insalud (Núñez Feijóo) para informar sobre el nivel de calidad asistencial en el hospital de Barbastro (Huesca). A solicitud del Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 212/001827)	19313
— Comparecencia del señor presidente del Patronato de la Fundación del Hospital de Alcorcón y presidente Ejecutivo del Insalud (Núñez Feijóo), para informar acerca de la financiación de la citada Fundación procedente del Insalud durante el año 1998 y, en su caso, de otras fuentes, así como de la evolución de sus indicadores de actividad en dicho período. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 212/001929)	19320

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

RATIFICACIÓN DE LA PONENCIA DESIGNADA PARA INFORMAR EL PROYECTO DE LEY SOBRE SELECCIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO Y PROVISIÓN DE PLAZAS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (PRO-CEDENTE DEL REAL DECRETO-LEY 1/1999, DE 8 DE ENERO). (Número de expediente 121/000159)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, con el orden del día que todas SS.SS. conocen.

En primer lugar, vamos a proceder a la ratificación de la ponencia designada para informar el proyecto de ley sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, procedente del Real Decreto-ley 1/1999, de 8 de enero.

Como conocen SS.SS., los grupos parlamentarios han propuesto los distintos miembros de la ponencia y, si están de acuerdo, procedemos a su ratificación. **(Asentimiento.)** Se considera ratificada.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE MEDIDAS PARA PREVENIR EL PROBLEMA DE LA ENFERMEDAD DE LA ANOREXIA EN NUESTRA SOCIEDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001429)**

— **SOBRE REGULACIÓN Y ARMONIZACIÓN DE LAS TALLAS DE ROPA EUROPEAS Y AMERICANAS CON LAS ESPAÑOLAS. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001430)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate y votación de las proposiciones no de ley, empezando por la que en el orden del día figura como número 4 sobre regulación y armonización de las tallas de ropa europeas y americanas con las españolas, propuesta por el Grupo Parlamentario Socialista.

Por acuerdo de la Mesa y Portavoces, se decidió debatir conjuntamente la otra proposición no de ley sobre medidas para prevenir el problema de la enfermedad de la anorexia en nuestra sociedad. Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora Varela.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Señorías, como todos ustedes saben, la anorexia nerviosa es una enfermedad mental que consiste en una pérdida voluntaria de peso por un deseo patológico de adelgazar y un intenso temor a la obesidad. La pérdida de peso es conseguida por el propio enfermo mediante uno o más de los siguientes procedimientos: reducción de la alimentación, especialmente de los alimentos que contienen más calorías; ejercicio físico excesivo; utilización de medicamentos, como reductores

del apetito, laxantes o diuréticos; y vómitos provocados. De esta forma se produce una desnutrición progresiva y trastornos físicos y mentales que pueden ser muy graves, e incluso conducir a la muerte.

¿Quiénes la padecen? Hay que tener en cuenta que, al igual que los malos tratos, sólo se denuncia un pequeño porcentaje; los afectados por la anorexia o la bulimia que acuden a los servicios sanitarios representan sólo una parte de los enfermos que verdaderamente existe. Se calcula que en España hay 500.000 personas afectadas; también se sabe que esta enfermedad es más frecuente en la mujer que en el hombre, en una proporción de diez a uno. Sabemos que de no ser tratada, además de las manifestaciones de desnutrición y alteraciones psíquicas, se pueden producir trastornos de todo el organismo (digestivos, hematológicos, circulatorios, cardíacos, metabólicos, hepáticos, óseos, renales, genitales y cerebrales), y, aunque hoy se recuperan entre un 60 y un 65 por ciento de los pacientes atendidos precozmente, entre un 25 o un 30 por ciento quedan marcados para siempre por la enfermedad y entre un 5 o un 6 por ciento fallecen. Y lo peor de la anorexia es que va en aumento, además, aproximadamente un 50 por ciento de los casos de anorexia evoluciona hacia el padecimiento de una bulimia.

¿Cuáles son las causas que desencadenan la anorexia o la bulimia? Los expertos en el tema hablan de vanas causas (biológicas y psicológicas), pero sobre todo hacen especial hincapié en los factores sociales, ya que en la actualidad se considera que la presión social que existe en torno al adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición de la enfermedad. La moda y la publicidad, que están transmitiendo continuamente imágenes de extrema delgadez, incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud. El canon de belleza que se está transmitiendo en nuestra sociedad es evidente que está despertando una obsesión por la delgadez. Hay que tener en cuenta que uno de cada tres jóvenes españoles se encuentran en altísimo riesgo de padecer anorexia o bulimia y cada vez son más los adolescentes obsesionados con su figura o con lo que marca la báscula; además, la edad de comienzo de la enfermedad, que antes estaba entre los 14 y los 16 años, ha descendido a los 8 ó 9, es decir, nuestros adolescentes, casi en cuanto son destetados, ya comienzan con las dietas; por ello, es fácil comprobar cómo sus conversaciones en las pandillas oscilan en preguntarse unos a otros si han probado la dieta tal o cual, y en los colegios e institutos el profesorado está observando que los principales temas de conversación de los alumnos son los kilos y los michelines, o si tal o cual pantalón me hace más culo o menos culo, o si se me ve más o menos gorda. El resultado final, si no en todos sí en una parte importante de nuestros adolescentes, es que una obsesión estética termina por adueñarse de la voluntad y la mente y, por tanto, termina en una enfermedad.

En todo este nuevo fenómeno que se está dando en nuestra sociedad en general pero en los adolescentes en particular, no cabe la menor duda de que juega un papel importante la moda en el vestir. Dicen que los diseñadores no sólo nos diseñan la ropa, sino que nos diseñan también el alma, y en especial el de los adolescentes. Igual que se imita lo que se lee, se bebe lo que se anuncia, también se viste como quieren los carteles publicitarios; es decir, se

viste la moda que quieren las empresas de confección. Pero no hace falta más que visitar varias tiendas de ropa juvenil para comprobar que éstas trabajan con las tallas 36 y 38, escasamente con la 40 y rara vez con la 42. Por tanto, muchas adolescentes y jóvenes no encuentran ropa a su medida y se la compran pequeña con la esperanza de perder esos kilos que ellas creen tener de más. Lo malo viene después, cuando intentan poner su cuerpo a medida de esa ropa. Además, hay un problema añadido, y es el de que muchas empresas de confección marcan sus prendas con unas tallas que en realidad corresponden a otras inferiores: la 36 la marcan con la 38 la 38 con la 40, y así sucesivamente; de este modo la adolescente tiene que perder el doble de peso para poder ponerse la prenda de esa talla que ella cree que es la ideal.

Y no hay duda de que el tallaje ha bajado; las tallas están menguando. En lo que antes era una 40 ahora no se cabe, y la terrible consecuencia de esa reducción de las tallas de la ropa es que muchas adolescentes y jóvenes empiezan a enfermar en los probadores de las tiendas, porque es muy frecuente que ellas no encuentren ropa en sus tiendas de moda favorita; no encuentran el tamaño que necesitan, y, una de dos: o se van a las tiendas de señoras, en cuyos modelos de prendas no encajan, o comienzan a dejar de comer para adelgazar. Para corroborar lo planteado está el dato de la Federación de Usuarios y Consumidores Independientes (FUCI), que ha recibido 513 quejas, consultas y reclamaciones durante los dos primeros meses del año de personas que fueron a una tienda de ropa y no encontraron tallas por encima de la 40 o porque el tallaje estaba confuso.

En el Grupo Socialista somos conscientes de que en el problema de la anorexia es necesario un esfuerzo conjunto de toda la sociedad para mentalizar a los adolescentes de la inutilidad y el riesgo de alcanzar una talla inferior a la que les corresponde. Sabemos que la cuestión es educar solidariaente a los jóvenes para que tengan su propia personalidad y criterios propios. Sabemos que hay que educarles para que no se dejen influir por cánones de belleza sino que aprendan a valorar y a cuidar correctamente su cuerpo. Pero el Grupo Socialista también sabe que el problema sanitario existe y que el año pasado se contabilizaron 1.400 altas médicas por anorexia. El Grupo Socialista también sabe que hay adolescentes escuálidas, compactas, rellenas, forondas y gordas pero que no hay tallas para todas ellas. Y al Grupo Socialista no se le escapa que el desequilibrio existente entre la talla real y la delgadez que el mercado ofrece y pide a la adolescente es lo que hace caer a los más influenciados en la anorexia.

Por tanto, ante esta problemática, el Grupo Socialista piensa que es fundamental que exista una regulación que armonice y acople tallas europeas y americanas a la mujer española, y que esa regulación sirva además para que las tallas tengan exactamente las mismas medidas en todas las empresas de confección. Si la prenda es importada, el importador deberá tallarla con esa regulación de tallaje de nuestro país de tal forma que el consumidor final, el que compra la ropa, debe encontrar que en cualquier comercio, independientemente, por supuesto, del modelo, debe encontrar, repito, que las tallas miden lo mismo, que tienen las mismas medidas. Por ello, el Grupo Socialista ha pre-

sentado la siguiente proposición no de ley: La Comisión de Sanidad y Consumo insta al Gobierno a que, a la máxima brevedad posible, regule y acople las tallas europeas y americanas con las españolas y a que elabore además la normativa correspondiente para que todas las empresas, tanto de importación como de confección, de nuestro país estén obligadas a tallar las prendas de acuerdo con esa regulación a fin de que tallas iguales tengan las mismas medidas en todos los comercios.

Por último, y ya para terminar, quiero añadir lo siguiente. La muerte de un hijo es un trago duro, difícil y, según dicen los que han pasado por ello, que no se supera. Si de por sí la muerte de un hijo es difícil de aceptar, pónganse SS.SS. en la piel de esos padres cuyos hijos corren el riesgo de morir —incluso se mueren— de hambre teniendo el frigorífico lleno de comida, teniendo el frigorífico a rebosar. Yo creo que a esa cruda realidad hay que añadir la impotencia, la frustración y el no saber qué hacer de unos padres que tienen esa problemática en casa. Por eso, creemos que es bueno que el Gobierno pueda y deba hacer cuantos estudios, con o sin expertos, crea convenientes, ya que servirán para profundizar más en el tema. Pero el Gobierno también debe tomar medidas concretas para paliar el problema de la anorexia con toda rapidez. Esta iniciativa es una de esas medidas —ya sabemos que no es la panacea que va a solucionar el problema—, hay que tomar otras que mi grupo irá presentando en lo sucesivo, pero concretas, tangibles, para solucionar problemas reales, problemas que existen. Por ello, pido y espero que todos los grupos apoyen esta iniciativa que hoy presenta aquí el Grupo Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Pin Arboledas.

La señora **PIN ARBOLEDAS**: Señor presidente, señorías, lamentablemente, quizás debido a una cuestión de moda en los últimos años se está dando en nuestra sociedad el triste suceso de la aparición cada vez en mayor número de jóvenes anoréxicas. Es indudable que la imagen de moda que se traslada a través de los medios de comunicación influye de manera decisiva en nuestra juventud, pero donde se enmarca la tendencia a la delgadez extrema es en las pasarelas. Los anoréxicos o anoréxicas, que son jóvenes muy exigentes y perfeccionistas y quieren ser los mejores en todo, piensan que no podrán triunfar si no están muy delgados porque para ellos y ellas ése es el modelo de perfección y de felicidad.

Conscientes de este problema en la sociedad, el Grupo Socialista ha presentado esta proposición no de ley después de transcurridos dos años desde que se aprobaron dos iniciativas en el Congreso de los Diputados: una en febrero de 1997, en la que se obligaba a regular la publicidad, así como la venta de laxantes y diuréticos en farmacias y también en herbolarios; y otra iniciativa, que tampoco se ha puesto en marcha, como el Protocolo de tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario, que se editó en 1995 y que hoy por hoy la mayoría de los médicos no conoce. Una de las recomendaciones del Protocolo es que no se ingrese a los anoréxicos o anoréxicas en los servicios de psiquiatría. Sin embargo, como no hay unidades de tratamiento específico, se les ingresa en psiquiatría aunque el

Protocolo señale que deben ser equipos especializados los que se ocupen del tratamiento. Pero estos especialistas hacen lo que pueden.

Otra de las reflexiones que tendríamos que hacer es que en el III Plan para la igualdad de oportunidades de 1997 al 2000, dentro del área de salud, se recogen dos medidas relacionadas con el tema de la anorexia y la bulimia. La medida 231 habla de sensibilizar a la opinión pública, a los profesionales de la publicidad, a los medios de comunicación, así como a los laboratorios y a las industrias respecto a la prevención de los trastornos en la alimentación, especialmente de la anorexia y la bulimia. El punto 232 dice que hay que realizar un estudio sobre las condiciones que repercuten en la aparición de los trastornos en la alimentación, principalmente en la mujer. Ambas medidas son competencia, según especifica el Plan de igualdad, del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Instituto de la Mujer. Ya han pasado más de dos años desde que se presentó el Plan de igualdad y de estas dos medidas prácticamente no se ha realizado casi nada. Otro aspecto a resaltar es que en la comparecencia del señor ministro de Sanidad y de la directora del Instituto de la Mujer ante la Comisión Mixta de la Mujer se expuso que el Insalud había aprobado un Plan de igualdad integral de atención a la mujer para desarrollarlo durante el bienio 1998-1999. Dicho plan está integrado por cuatro programas y ninguno de ellos tiene relación con los trastornos de los alimentos.

Al Grupo Socialista le parece importante el número de afectados, cifrado en unos 500.000 en España. No son datos oficiales; son datos que manejan las asociaciones. Pero nosotros nos preguntamos: ¿Cuántos padecen la enfermedad y la ocultan porque no la conocen o porque no la quieren reconocer? La edad de riesgo sigue siendo la adolescencia, aunque también se manifiesta en niños pequeños y en personas maduras, así como en todas las capas sociales. Se da la circunstancia de que a menor edad mayor porcentaje de varones.

La situación de los familiares llega a ser tan desesperada que la anorexia y la bulimia se han convertido en una de las causas más comunes de ingresos hospitalarios forzados. Es por ello por lo que pedimos que se realicen campañas de formación e información y sensibilización a la población en general y a la juventud en particular de los riesgos que conlleva la falta de ingesta de alimentos con el objeto de presentar una imagen de extrema delgadez. Muchos jóvenes empiezan a enfermar por los problemas que encuentran con las tallas; de lo que no hay ninguna duda es de que el tallaje ha bajado. Éste es un ciclo que tiene que empezar a cambiar y que responde a estilos impuestos por el éxito de algunos modelos. La edad en la que se inicia esta enfermedad cada vez se adelanta más y, aunque se sitúa en torno a los 12 años, cada vez aparecen más casos de niños y niñas más jóvenes.

La anorexia es una enfermedad exclusivamente mental, en la que el paciente sufre una alteración de la percepción de la realidad, viéndose muy gordo incluso cuando tiene un aspecto realmente famélico. La citada enfermedad tiene cada vez mayor incidencia en los problemas de la juventud, y ello es debido al modelo estético que recibe por parte de la publicidad y los medios de comunicación, pero donde

se marca la tendencia a la delgadez extrema es, como ya he dicho anteriormente, en las pasarelas.

Por todo esto es por lo que el Grupo Socialista ha presentado una proposición no de ley, en la que propone que las administraciones públicas recomienden a los diseñadores de moda y fabricantes de ropa que ofrezcan a la juventud tallas superiores a la 36-38 con el objetivo de luchar contra la anorexia y que se articulen los mecanismos necesarios para favorecer que los publicistas y las empresas de marketing sean receptivos ante el problema.

Señorías, a nuestro grupo, al Grupo Socialista, le parece bien que se haya creado una ponencia en el Senado que estudie las condiciones extraordinarias que provocan el incremento de la incidencia de la anorexia y de la bulimia en la población y que proponga medidas para acabar con ese problema, pero esto no es suficiente y, por ello, el Grupo Socialista pide el voto favorable a estas medidas legislativas.

El señor **PRESIDENTE:** A estas dos proposiciones no de ley se han presentado tres enmiendas, una por el Grupo Parlamentario Popular a cada una de las proposiciones y dos por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

Para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Pérez Vega.

La señora **PÉREZ VEGA:** En relación con la primera iniciativa que aparece en el orden del día, en la cual se insta al Gobierno a tomar las medidas necesarias para prevenir el problema de la anorexia, considero que se pide al Gobierno que desarrolle una actividad que ya está llevando a cabo. Pondré a modo de ejemplo un par de hechos, entre los cuales voy a citar el Convenio de colaboración firmado el pasado 13 de enero entre el Instituto Nacional de Consumo y la Asociación de Autocontrol de la Publicidad, en el que participa el Consejo de Consumidores y Usuarios. Asimismo, el pasado 26 de marzo se celebró una mesa sectorial sobre trastornos de la alimentación entre diversas asociaciones (agencias de publicidad, agencias de modelos y la Federación de Empresarios de la Confección), lográndose como resultado de esa reunión que los distintos sectores implicados adoptaran de modo voluntario entre otras las siguientes iniciativas: La Asociación de Agencias de Modelos de España decidió no colaborar con empresas que manipulen la numeración de las tallas y alejarse de las imágenes de extrema delgadez. La Federación de Empresarios de la Confección iba a hacer un llamamiento a las industrias de la confección para que pongan a disposición del consumidor un amplio abanico de tallas en las distintas líneas de moda.

Como conclusión, el que el Grupo Parlamentario Socialista presente estas propuestas se puede interpretar como un apoyo a las actividades que viene realizando el Gobierno y es por lo que no nos parece adecuado apoyar esta iniciativa. Y para que se inste al Gobierno a desarrollar una actividad que ya está abordando es por lo que hemos presentado esta enmienda, en la cual instamos al Gobierno a que continúe impulsando acciones concretas en coordinación con los sectores implicados (Asociación de Agencias de Modelos, Asociación de Agencias de Publicidad, Federación de

Empresarios de la Confección, etcétera), que permitan hacer frente a los problemas de salud pública denominados trastornos de la alimentación, entre los que se incluirían la anorexia y la bulimia.

En relación con la segunda proposición, en la que se insta al Gobierno a la regulación y armonización de las tallas de ropas europeas y americanas con las españolas, no nos parece una medida oportuna, ya que, como he dicho antes, el Gobierno está liderando la lucha contra la anorexia y la bulimia desde un planteamiento positivo, sin acciones coercitivas, lo que considero la mejor garantía para lograr modificar las presiones procedentes del mundo de la moda y la publicidad, que son los elementos coadyuvantes en estas enfermedades. El problema se debería plantear no desde la perspectiva de la regulación normativa, sino a través de la regulación voluntaria, previa normalización de los tallajes a través de las entidades con competencia en la materia, cual es el caso en el ámbito del Estado de Aenor.

En este sentido, el Instituto Nacional de Consumo podría trasladar esta inquietud por la normalización de las tallas de las prendas de confección al sector textil, al objeto de llegar a un acuerdo voluntario tendente a la normalización de los tallajes de las prendas y a la ampliación del número de tallas para la juventud.

Por todo esto hemos presentado una enmienda en la cual se insta al Gobierno a que continúe impulsando acciones concretas en coordinación con los sectores implicados, Asociación de Agencias de Modelos, (Asociación de Agencias de Publicidad, Federación de Empresarios de la Confección, etcétera), que permitan hacer frente a los problemas de salud pública denominados trastornos de la alimentación, entre los que se incluirían la anorexia y la bulimia.

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

La señora **AMORÓS I SANS:** Señor presidente, señorías, una delgada línea separa la búsqueda de la belleza de la desesperación ante una enfermedad tan devastadora, una enfermedad que prende en jóvenes y adolescentes y que está empezando a saltar la barrera de la pubertad y comenzando a afectar a niños y niñas a partir de los nueve años.

En centros de salud como el Institut Català de la Salut, con servicios de atención relacionados con trastornos de alimentación, ya se ha empezado a detectarlos. Es una enfermedad que comienza poniendo en la puerta de la nevera la foto de una modelo esquelética y que acaba en la cama de un hospital si la familia, medicina o la sociedad no pueden actuar a tiempo. Es una enfermedad devastadora no sólo para la paciente, sino también para el entorno familiar y en particular para las madres, que se atormentan culpabilizándose de la situación de su hija. De todos es sabido, señorías, que la alimentación de la familia es una preocupación constante para cualquier madre, y de esto saben mucho los pediatras en todos los centros de salud, siendo el reconocimiento de esta enfermedad una frustración y un fracaso para éstas. Los datos son contundentes: apenas hace 10 años se conocían media docena de casos de anorexia en el Estado español y ahora hay detectados más de 1.000 cada año, cifras que disparan las posibilidades de atender a

todos los casos con la prontitud necesaria, pues las listas de espera han aumentado considerablemente para poder acceder a una primera visita y no digamos cuando se trata de una hospitalización o de un hospital de día, y esto cuando se dispone de unidades de tratamiento en las mismas localidades de residencia. La población afectada alcanza la escalofriante cifra de 500.000 adolescentes que padecen en algún grado esta enfermedad.

Señorías, los niños y niñas interiorizan el modelo estético alrededor de los siete años. Estudios realizados en Estados Unidos, extrapolables a la Unión Europea, han puesto de manifiesto que es precisamente a esta temprana edad cuando los niños y niñas empiezan a rechazar a sus compañeros con sobrepeso. El entorno familiar, escolar y social del menor con el constante martilleo publicitario de cuerpos yogur y de dietas milagrosas en todas las revistas, destinadas mayoritariamente a la población femenina, teniendo en cuenta que uno de cada cuatro mensajes publicitarios es de un producto para adelgazar o a un método adelgazante, sobre todo cuando empieza el calor, sumado a la falta de información sobre los hábitos de alimentación provoca una percepción errónea del cuerpo que el adolescente está sufriendo. Una consecución de cambios hormonales propios de esta evolución se toma en un cúmulo de ansiedades y miedos a no estar a la altura de los cánones de belleza impuestos, traducándose en el terror a no gustar.

La solución a la enfermedad de la anorexia y la bulimia no solamente es sanitaria o educativa, sino que pasa por un cambio de valores de esta sociedad. El eslogan mundial de que para triunfar hay que ser ágil, joven y delgado está confundiendo el sobrepeso con la obesidad y el sobrepeso se está asociando a la anormalidad. El sociólogo inglés Stterling dice que por primera vez en la historia vivimos en una sociedad en que del cuerpo se hace un proyecto de vida y nuestros hijos están viviendo en ella. Nuestra cultura ha llegado a hacer del cuerpo un objeto de consumo. Ha cambiado la situación de la alimentación, es decir, se ha producido un descenso radical de la cantidad de comidas que las familias comparten. La mayoría de los niños y niñas comen a mediodía en la escuela y en una gran parte de los casos ni el desayuno ni la cena se controlan. Es difícil, señorías, controlar la cantidad de bocadillos que todos los días aparecen en las papeleras de los patios de los colegios. La implicación de la familia y de la escuela es fundamental. Por este motivo el programa de *Educació para la salut i la escola*, dependiente de la Conselleria de Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, puso en marcha en 1998 un curso de alimentación y nutrición centrado en los trastornos del comportamiento alimentario dirigido a los profesores para la detección precoz y con más celeridad de cualquier anomalía alimentaria en los menores, tanto adolescentes como niños y niñas. Pero esto no es suficiente, pues no es competencia exclusiva de un departamento. Por este motivo se aprobó en una moción, en el Parlament de Catalunya, el día 13 de noviembre de 1998, elaborar un plan en el que intervengan las diferentes consellerías implicadas, Sanidad, Educación, Juventud, Institut Català de la Dona, Bienestar Social, Industria y Trabajo para la prevención, asistencia y formación en la mejora de esta enfermedad.

Señorías, en un centro educativo medio de Cataluña, en el que hay entre 600 y 700 alumnos, como mínimo se han

detectado dos ó tres casos. En una clase de ESO o de BUP de un instituto cualquiera una chica es anoréxica, ha sido anoréxica o será anoréxica. Por este motivo es importante no crear alarma social. Nuestros objetivos pretenden mejorar la información para prevenir la enfermedad, sensibilizando a la sociedad y a los poderes públicos para poder luchar contra las causas que predisponen a esta enfermedad. Con una detección precoz las afectadas y los afectados llegan en condiciones menos deterioradas y se permiten realizar un tratamiento más breve y que da unos resultados más favorables. A veces, señorías, sólo con una observación desafortunada como: ¡Mira que te estás poniendo culona! basta para desencadenar una anorexia. La dependencia excesiva de la valoración de los demás es uno de los rasgos habituales en la personalidad de las anoréxicas y bulímicas, acompañada de la decepción al entrar en una tienda de moda Joven y no encontrar talla porque ya no les cabe el tallaje del año anterior, cuando no se dan cuenta que simplemente los fabricantes de prendas de vestir las adaptan a los nuevos diseños manteniendo el mismo número de talla, situación totalmente legal puesto que en la actualidad sólo existe una normativa española vigente al respecto recogida en la Orden Ministerial, de 12 de enero de 1978, sobre la normalización de tallas de género de punto, no existiendo normas específicas para otro tipo. Esto no puede considerarse un descuido de nadie como ya he dicho antes, desde la publicación de esta orden han pasado muchos años y tres gobiernos diferentes desde la Constitución. En aquel momento, al elaborar la orden ministerial se cubrían las necesidades del sector para una mejor comercialización es que no tenían en tanta urgencia los demás fabricantes de prendas de vestir. En la actualidad ha habido un cambio consustancial. En estos momentos el hecho de que exista lo antes posible una regulación de armornización de tallas no sólo es una mejora para el sector, sino una cuestión de salud pública. Hace 20 años que se detectaron los primeros casos de anorexia en España. Hace muchos años que profesionales de la medicina sensibilizados y familiares afectados se organizaron en asociaciones y se han movilizado dando charlas e información, logrando que los medios de comunicación realicen una campaña de sensibilización ciudadana que ha conseguido el reconocimiento público de esta enfermedad. Consideramos muy positiva la reunión que el Ministerio tuvo el pasado 26 de marzo con los representantes de todos los sectores implicados. El Grup Parlamentari Català cree que el Ministerio de Sanidad se ha puesto en marcha, pero al igual que alabamos la iniciativa, le recordarnos que las reuniones y la buena voluntad son un buen pilar pero no suficiente para una actuación firme y decidida, puesto que las comunidades autónomas que están trabajando desde hace tiempo y recibiendo enfermos de otras autonomías, al igual que las asociaciones de padres de afectados, conocen muy bien qué medidas deberían tomarse.

Señorías, señor presidente, exigir que se puedan encontrar tallas 40 en los centros de moda joven o que no se permita desfilas a modelos con una talla inferior no tendrá ninguna efectividad si no se cumple con el primer paso, que es el de la normalización de las tallas. El mismo Ministerio, en su memoria de actividades del control y disciplina del mercado realizada por las administraciones del consumo

en 1997, en la consulta 56/97, apartado duodécimo, en contestación a las cuestiones relativas a requisitos legales de la normativa española del etiquetado de tallas de productos textiles o, en su defecto, la existencia de sistemas voluntarios, así como la posibilidad de informaciones inexactas o confusas y si es posible la comercialización de prendas con el tallaje utilizado en el Reino Unido y Estados Unidos, dice: Le informamos que la normativa española vigente al respecto está recogida en la Orden Ministerial, del 12 de enero de 1972, sobre normalización de tallas de géneros de punto, no existiendo normas específicas para otro tipo de géneros. Respecto a la coercialización de prendas con tallaje utilizado en Estados Unidos y Reino Unido, al no existir normativa española al respecto, salvo para los géneros de punto, no constituirá infracción en los casos de venta directa al público. No obstante, se aconseja en informaciones complementarias que expliquen el tallaje mediante magnitudes que permitan una mejor identificación al consumidor, tales como su equivalencia en centímetros o tallas habitualmente usadas en el mercado español. Ello conllevaría una buena práctica comercial, además de mejorar la información que se ofrece al consumidor. Nos parece apropiado utilizar esta orden ministerial antes aludida para poner el primer pilar.

Señorías, señor presidente, muchas asociaciones de padres de enfermos, muchos profesionales y sobre todo muchas enfermas están esperando que esta enfermedad que ataca a las adolescentes tenga un billete de ida y vuelta. El Parlamento español, representado en esta Comisión de Sanidad y Consumo, debe poner los pilares para facilitar al Gobierno que ponga las medidas necesarias —que las hay, si nos lo proponemos— para acabar de raíz con los trastornos de alimentación de la anorexia y la bulimia. El Grup Parlamentari Catalán ha presentado estas enmiendas a la proposición no de ley con la intención de respetar la intención que todos compartimos de luchar contra las enfermedades, pero que no sean simplemente declaraciones de buenas intenciones sino medidas certeras y concretas para lograr el objetivo deseado. El físico ha sido siempre una tarjeta de identidad y de presentación útil y muy importante, pero para ser feliz y tener éxito en nuestras vidas no basta. Ante todo hace falta calidad humana y personalidad, que no caduca sino que mejora con el tiempo; Por el contrario, señorías, los cuerpos yogur sí caducan.

Señorías, señor presidente, estamos seguros de que las enmiendas que ha presentado mi grupo parlamentario no son la solución definitiva, pero estamos convencidos de que contribuirán en la línea de que las conversaciones que ha iniciado el Gobierno con todas las partes implicadas, y entre ellas los fabricantes de prendas de vestir, puedan agilizar algo tan necesario para la prevención de estas enfermedades como es la regulación y la normalización de las tallas. Tenemos en cuenta, pues somos conocedores del esfuerzo empresarial que supondrá, que hemos de dar un tiempo necesario y prudencia] a los fabricantes para que puedan cumplir con la normativa, pero nuestro grupo parlamentario confla plenamente en que esta normativa no va a ser motivo de enfrentamiento en el sector, sino todo lo contrario. Estamos ante una sociedad empresarial que asume las directrices para la prevención de riesgos labora-

les con buena aceptación y responsabilidad, y más lo hará tratándose de proteger la salud pública.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que deseen fijar posición? Por el Grupo Mixto tiene la palabra la señora Almeida.

La señora **ALMEIDA CASTRO**: Señor presidente, después de la estupenda intervención que ha realizado la compañera que me ha precedido en el uso de la palabra, me gustaría darle otro tono a la mía aunque estoy absolutamente de acuerdo con el sentido de su intervención. En la anorexia tenemos un ejemplo claro. Ahora estoy en esta comisión pero tengo que marcharme porque Iniciativa per Catalunya y Nueva Izquierda han presentado una propuesta en el mismo sentido en la Comisión de Política Social y Empleo y seguidamente se va a discutir. La realidad es que el problema afecta a muchas cosas y no sólo está presente en el Parlamento. No se trata de plantearnos si el Gobierno debe hacer o ha hecho algo al respecto, sino de que los problemas van agrandándose y la conciencia nos tiene que llevar a darles soluciones. Este problema, que hoy es grave, quizás se podía haber evitado de haber percibido su importancia. Es más, muchos padres y madres de chicos y chicas que han inuerto por anorexia (yo he vivido esa situación con amigas dedicadas totalmente a sus hijos) no se han llegado a enterar de que su hija era una enferma de anorexia. Nadie les ha orientado sobre qué hacer y han visto cómo incluso han llegado al suicidio, ya que algunas no han llegado a degenerar en la cuestión física, en no comer, sino en el desprecio a la vida, en el desprecio a sí mismas y en tomar soluciones graves.

La gravedad del tema nos hace tener planteamientos distintos. Algo importante hemos conseguido y es que emerja a la sociedad. Antes estaba en los comportamientos erróneos de la juventud, en tonterías, en disgustos afectivos, en que no ligaba bien la niña, cosas de este tipo que han ido planteando los problemas de otra manera. No se ha llegado a saber que era una enfermedad mental provocada por muchas razones y que necesitaba una actuación multidisciplinar, interdisciplinar; se ha ido a los pediatras o a los médicos de atención general y se ha ido cronificando la enfermedad por no haber puesto los medios para su tratamiento. Se trata muchas veces de una chica delgada que se mira al espejo y ve que le sobran 30 kilos; es una distorsión de la imagen provocada por problemas mentales. Por tanto, la actuación tiene que ser médica aunque previamente existen todas las cosas que ha dicho la compañera Mercé Amorós. Es verdad que influyen muchas cosas, no sólo las tallas y los desfiles de modas que crean las tiendas de modernidad. Las tiendas de modernidad a las que van los jóvenes, Mango, etcétera, empiezan a reducir tallajes, con lo cual mucha gente no puede responder a la modernidad y pierden la relación con su entorno, primero te encierran y luego te quitan la talla que te vale. Todas esas cuestiones son subliminales y tienen mucho que ver con algo de lo que hemos hablado aquí, la educación del propio yo, el interior de los jóvenes. Hoy se educa todavía para la apariencia y muchos de estos jóvenes son terriblemente infelices en un entorno de violencia y de crueldad de determinadas personas. Por tanto el problema es múltiple y, como representan-

tes de los ciudadanos y ciudadanas en el Parlamento, tenemos que tener el sentido de esa multiplicidad, que no debe consistir sólo en la forma de actuar sino en el consenso para actuar de la mejor forma. Ahora le puede tocar al PP como le ha podido tocar al PSOE, pero nos tocará más según vaya tomando más fuerza el problema, y nosotros queremos que no tome más fuerza. Personalmente la enmienda del PP no me gusta —no sé cuál será el acuerdo— porque siempre dice lo mismo: que hay que continuar haciendo. Ésa es una obligación de Gobierno, por tanto que lo haga, pero hay que buscar ideas. Respecto a la enmienda de Convergencia i Unió, me gustaría que se tuviera ese diálogo para poder avanzar entre todos, y no que se diga que el Gobierno hace todo lo que puede y vamos a animarle para que continúe. Pues no, vamos a darle ideas para que haga otras cosas necesarias, aunque siga haciendo éstas, y entre todos busquemos la influencia de la televisión, de los medios, y de los comportamientos. Sobre las tallas, les propongo hacer un análisis del ropero que tenemos. Yo me asombro porque voy a una tienda y me cabe la talla 50, pero voy a otra tienda y no me cabe la 58. En mi ropero yo tengo siete tallas y soy la misma; me visto todos los días con la 50, la 58 ó la 44. Bueno, con ésta no me he vestido nunca (**Risas.**) Esta es la situación y existen riesgos. Por tanto, no se trata de echar la culpa a la moda, a la talla o a otra cosa, sino de saber que un problema se crea por muchas cuestiones por lo que debemos tomar medidas concretas para que no exista esa influencia y localizar el problema y darle la salida sanitaria y social que necesita. No se trata de echar la culpa a la moda, a los diseñadores, ¿cómo vamos a hacerlo!, pero es que ahorrándose tallas grandes hacen más negocio. Nosotros queremos que la gente pueda ser delgada, no anoréxica. Ser delgada no significa ser anoréxica; ser anoréxica significa ser una enferma, ser un cadáver que no va a desfilarse en ninguna pasarela sino que va a terminar en el hospital y a veces en la muerte. Esto hay que solucionarlo. No se trata de crear modelos de enfermedad sino modelos de libertad, de libertad en el cuerpo, de hombres y de mujeres. Creo que en este sentido debemos actuar.

Por consiguiente, con nuestra proposición de noviembre de 1998 se pretende que todos seamos conscientes del problema. En una sociedad, no puede actuar egoístamente cada sector, sino que todos debemos comprometernos para que la gente sea cada vez más feliz, esté sometida a una menor presión externa y valore más lo interno. Por eso vamos a apoyar la proposición que se ha presentado. Por lo que a nosotros corresponde hemos logrado que a partir de la proposición de nuestro grupo haya habido corrientes de opinión, se haya introducido el problema en la sociedad, la pasarela Gaudí haya tomado medidas y otros lo puedan hacer también, porque creemos que se trata de que nuestros jóvenes estén cada vez más formados por dentro, más felices por fuera, pero no sometidos a una falta de libertad por un tallaje, de una moda o una crueldad. Creo que de eso nos debemos preocupar. En ese sentido, nuestro grupo va a apoyar la proposición.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Varela a los efectos de la aceptación o no de las enmiendas presentadas por los distintos grupos.

La señora **VARELA VÁZQUEZ**: Solicito pedir a la Presidencia cinco minutos.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo.

Advierto a SS. SS. que efectuaremos la votación al final del debate de las proposiciones no de ley, que al ritmo al que va será aproximadamente a las 11. Advierto también a los portavoces que al finalizar la Comisión se celebrará reunión de Mesa y portavoces.

— **SOBRE RECONOCIMIENTO PROFESIONAL DE LOS TÉCNICOS SUPERIORES EN DIETÉTICA. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001428)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley sobre reconocimiento profesional de los técnicos superiores en dietética, presentada por el Grupo Socialista del Congreso. Para su presentación y defensa tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, lo que pretendemos en esta proposición no de ley es que se inste al Gobierno, —como se dice—, a que elabore las normas necesarias para el reconocimiento profesional de los técnicos superiores en dietética. Este tema no está en absoluto resuelto en nuestro país y, como dijo el ministro de Sanidad y Consumo en una de sus comparecencias ante esta Comisión, estaba pendiente de la elaboración de un libro blanco sobre la profesión de técnico superior en dietética. Este libro blanco se terminó en diciembre de 1998. Y en él se puede constatar, analizando lo que sucede en todos los países del ámbito europeo en cuanto a la práctica del ejercicio profesional, que está reconocida y regulada prácticamente en todos los países de la Unión, estando dos países en vías de regulación, Luxemburgo y Suecia; únicamente España no tiene regulada la profesión, aunque el Ministerio de Educación y Cultura reconoce la profesión académica y su currículum. También hay coincidencia en todos los países en que estos profesionales actúan en áreas de atención sanitaria, fundamentalmente en el campo asistencial y en promoción de la salud, en el campo preventivo y en la educación para la salud. Se pueden contemplar otros campos de acción en establecimientos ya fuera del ámbito sanitario. En todos los países se observa que estas actividades profesionales están sometidas a las prescripciones supervisadas por los profesionales médicos cuando se trata de desarrollar su labor en grupos o individuos enfermos. Por tanto, actúan con plena responsabilidad profesional, pero de acuerdo con las prescripciones que señalan los facultativos. Se observa que el tema de la alimentación y los especialistas en dietética es cada vez más importante como elemento coadyuvador en muchas de las terapéuticas que se están utilizando hoy día, tanto a nivel individual como de grupos, especialmente en determinados trastornos. Por ello, creemos que ha llegado el momento de que por el Ministerio de Sanidad y Consumo se elaboren con urgencia unas normas que establezcan el reconocimiento profesional de estos especialistas, cuyo número ya es muy

importante en nuestro país, para que puedan prestar sus servicios como tales en las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Esta urgencia, que creemos que va a ser compartida por todos los grupos parlamentarios, puede facilitar que rápidamente se resuelva este problema. Por ello añadimos en nuestra proposición no de ley un segundo punto, para que, una vez el Ministerio de Sanidad y Consumo haya elaborado estas normas necesarias que reconozcan la profesión de técnico superior especialista en dietética en el territorio que depende directamente del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Insalud se establezcan unas plantillas de dietistas para poder prestar de la forma adecuada estos servicios profesionales. Creemos que es urgente y que no puede demorarse más, pues estamos en una situación en la que en algunos centros hay dietistas pero ninguno con la categoría profesional porque no está regulada, y por tanto convendría generalizar esta profesión a todos los centros sanitarios, regular sus competencias profesionales y establecer las plazas. Por ello pedimos a todos los grupos parlamentarios que apoyen esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Burgos.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, mi grupo parlamentario comparte absolutamente la convicción que ha expresado el portavoz del Grupo Socialista de que los conocimientos y la importancia de la nutrición son cada vez mayores en la sociedad en que vivimos. Acabamos de asistir a un debate que tiene mucho que ver con las pautas de consumo y de alimentación y con el conocimiento de los ciudadanos no sólo de los procesos y de la composición de los alimentos sino de los efectos positivos o perniciosos de una alimentación adecuada o incorrecta. Pese a todo ello, no coincidimos en la valoración positiva que el Grupo Parlamentario Socialista hace de su iniciativa. Entendemos que esta proposición no de ley resulta un tanto confusa por cuanto plantea dos cuestiones que estando relacionadas son sustancialmente distintas. En primer lugar, y en lo que respecta al reconocimiento profesional de los técnicos superiores en dietética como personal al servicio del Sistema Nacional de Salud, nuestro grupo parlamentario entiende que ya quedó claro en la comparecencia del señor ministro, el 4 de noviembre del año 1998, que está perfectamente aquilatado en nuestro país. Ese reconocimiento profesional se realiza en dos ámbitos, en el de la titulación profesional y la formación, en el que evidentemente se ha avanzado bastante en los últimos tiempos, y también en el laboral. En cuanto al ámbito de la titulación profesional y la formación, es evidente que los estudios de dietética, y por tanto la titulación a la que acceden quienes los cursan, se encuentran perfectamente definidos e incluidos en el ciclo formativo de grado superior que corresponde a la familia profesional de la sanidad y en lo que genéricamente podríamos definir como formación profesional de segundo grado. Por tanto, no hay ninguna duda sobre el reconocimiento de esa titulación, su campo de actuación, su currículum, su formación,

las condiciones para el acceso y la homologación de los títulos que se puedan producir en el territorio nacional y fuera del mismo. Otra cosa es el ámbito laboral. En los decretos por los que se establece el título de técnico superior en dietética y las correspondientes enseñanzas mínimas que en él se prevén se establecen con toda claridad las responsabilidades inherentes a la aplicación en la práctica de esos principios para la nutrición. En el ámbito laboral se establece con claridad el campo de actuación de estos profesionales, su papel, sus responsabilidades y los cometidos a los que están llamados. No voy a insistir en la exposición del ministro porque pecaría de reiteración, pero me remito a esa comparecencia para establecer con toda claridad cuáles eran esos cometidos profesionales.

Por consiguiente, resulta difícil de entender que el Grupo Parlamentario Socialista pretenda un reconocimiento profesional de algo que está perfectamente reconocido, salvo que se pretenda, y no se haya explicitado, la inclusión de los técnicos en los estatutos del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. Esta es la cuestión pendiente durante estos últimos años, pendiente también durante las diferentes legislaturas en las que el Partido Socialista estuvo en el gobierno de la nación, en las que no se incluyó a estos técnicos en los estatutos del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. Estas cuestiones son las que llevan al estudio en el libro blanco de cómo pueden encajar estas profesiones en el futuro de la dietética y de la nutrición en nuestro país, con referencia a lo que se está haciendo en otros países de la Unión Europea. En estos últimos años, y especialmente en esta legislatura, se ha avanzado mucho en materia de reconocimiento profesional no sólo de los técnicos especialistas en dietética, también de los diplomados universitarios en dietética. La propia Ley orgánica de ordenación general del sistema educativo establecía la creación de nuevas titulaciones profesionales, entre ellas las de técnico superior en dietética, pero hasta el año 1995, es decir con cinco años de retraso, no se reguló esa titulación. La propia LOGSE estableció también la equiparación de los títulos de técnico especialista y de técnico superior, pero ha tenido que ser en 1998 cuando el Gobierno ha hecho efectiva esa previsión que sin duda venía a rellenar un vacío importante y a aclarar gran parte del horizonte de estos profesionales, y también se ha avanzado en la línea de lo que se está haciendo en el resto de los países de la Unión Europea respecto a una diplomatura en dietética.

En cuanto a la primera parte de la proposición no de ley, con independencia de que el Ministerio va a seguir trabajando en el desarrollo de ese libro blanco y va a seguir en comunicación y en diálogo permanente con los profesionales para ir dando paulatina solución a aquellas cuestiones que afectan a la profesión y a su homologación Internacional, —y en esto, como en todas las profesiones, cada día surgen cuestiones nuevas a las que hay que seguir atendiendo—, creemos que lo que pide el Grupo Parlamentario Socialista, que es ese reconocimiento profesional, difícilmente podría darlo el Ministerio de Sanidad o el Ministerio de Educación y Cultura mediante otras disposiciones distintas a las ya elaboradas. Respecto a la segunda parte, la que hace referencia a que una vez elaboradas las normas —como digo, negamos la mayor, no entendemos que haya

que dar muchas más normas sobre esta profesión— se proceda por parte del Insalud a establecer las plantillas necesarias para prestar de forma adecuada los servicios propios de estos profesionales, con esta petición el Grupo Parlamentario Socialista afirma que no se han estado prestando adecuadamente los servicios de nutrición y de dietética en los hospitales. Nosotros no podemos compartir esta afirmación, nos parece un tanto gratuita, porque las funciones y las actividades de los servicios de dietética y de nutrición se han venido efectuando con toda corrección en la mayor parte de nuestros hospitales. Tengo una relación de todos los hospitales del territorio Insalud en los cuales existen unidades de dietética que además tienen un carácter funcional, es decir que están formadas por equipos multidisciplinares, integrados por facultativos especialistas en endocrinología, en nutrición, otros especialistas afines y también personal de enfermería.

Le avanzo, señoría, que nuestro criterio es que esta estructura permanezca como en la actualidad, es decir, con un carácter exquisitamente funcional, sin una definición taxativa de la titulación de los profesionales. Esta es la mejor manera de atender, respondiendo a las necesidades concretas de cada área y de cada zona, a los problemas que en materia de nutrición o de dietética puedan surgir. No creemos que la solución sea establecer plantillas de técnicos especialistas en cada uno de los hospitales, entre otras cosas porque no se hace con otras profesiones. Creemos más en los equipos *ad hoc*, en los equipos que puedan estar compuestos por otros especialistas o por otras profesiones sanitarias. Desde luego, en esta materia las funciones y las actividades de los servicios de dietética y de nutrición se efectúan por diversos profesionales que han recibido su formación en otros países, que tienen una formación de corta duración obtenida por medio de cursillos de nutrición que realiza el Ministerio de Sanidad, puestos que están ocupados por personal con titulaciones de enfermeros o de auxiliares de enfermería, y, como es lógico, muchos realizados por técnicos superiores en dietética que se han ido incorporando a las unidades de dietética y de nutrición de los hospitales que S.S. niega pero que, como digo, existen en numerosos hospitales, más de treinta de nuestro territorio Insalud.

Otra consideración al respecto es que parece deducirse de la propuesta del Grupo Parlamentario Socialista que lo que pretende es garantizar los puestos de trabajo a los técnicos superiores en dietética, lo cual de alguna manera niega la posibilidad de que en estas unidades de dietética pueda trabajar, como de hecho se viene haciendo, otro tipo de personal al menos tan preparado como los técnicos en dietética y que, sin embargo, no tiene unas plazas en plantilla establecidas conforme a lo que pide el Grupo Parlamentario Socialista en su proposición. Conviene recordar a este respecto que existen otros titulados superiores que tienen capacidad y competencia para determinar la prescripción dietética y nutricional, y estos son, como sabe perfectamente, los licenciados en medicina, los farmacéuticos, los veterinarios, además de los licenciados, por ejemplo, de segundo ciclo de ciencia y tecnología de la alimentación, que es una titulación de muy reciente creación. Por tanto, creemos que hay titulados superiores capacitados para hacer esa labor funcional que necesitan los hospitales, y

estamos de acuerdo, en ello pero establecer por plantilla hospitalaria puestos para técnicos creemos que podría generar importantes problemas.

Señoría, mi grupo es consciente de la problemática, incluso de los riesgos que se han derivado de la creación de la diplomatura de dietética. Creo que subyace en el fondo de su proposición la preocupación por el futuro profesional de estos técnicos especialistas, una vez que se pone en marcha la diplomatura. Es evidente la posible pretensión de los actuales técnicos de formación profesional de exigir una medida transitoria, por ejemplo, para obtener el título de diplomados universitarios, lo cual acarrea por sí mismo tres problemas: la descapitalización de la formación profesional, la indeseada masificación de la universidad en este tipo de titulaciones y el problema de gestión de las instituciones sanitarias, que estarían obligadas a contratar innecesariamente personal del grupo B en lugar del grupo C, con el consiguiente incremento de gasto. En el caso de que se produjera este problema, existe el peligro de conflicto entre los técnicos actuales y los futuros diplomados, como ya se está experimentando, por ejemplo, entre los técnicos de laboratorio y de radiodiagnóstico con la propia enfermería.

En todo caso, para terminar, mi grupo parlamentario entiende que la alternativa a lo que el Grupo Parlamentario Socialista propone para regular la situación y las expectativas en la sanidad pública de los diferentes titulados en las áreas de la nutrición y de la dietética humana y para minimizar los conflictos profesionales que en todo caso se van a producir porque estamos en un campo, como es el de la sanidad, en constante cambio, creemos que la vía más lógica y más natural es la regulación de esta profesión, como de las demás, a través del estatuto marco cuando se culmine su aprobación y sobre todo de la futura ley de ordenación de las profesiones sanitarias que este Gobierno y este grupo parlamentario sigue teniendo en el frontispicio de sus expectativas más inmediatas, con independencia de las actuaciones puntuales de su inclusión en los estatutos de profesionales de la Seguridad Social o de proceder a la homologación de los títulos a los efectos de lo previsto en el artículo 40.11 de la Ley General de Sanidad, cosa que no descartamos pero que tampoco tenemos clara. Por todas estas razones, porque ya existe ese reconocimiento profesional y porque hay muchas dificultades para establecer puestos en las plantillas de los hospitales, pero mucho más si lo que se pretende es que el Ministerio de Sanidad inste a las entidades gestoras de la prestación sanitaria, en este caso al Insalud, a cambiar la relación de puestos de trabajo a elaborar unas plantillas acorde con lo que dicte el Parlamento, cuanto menos bastante peculiar, mi grupo sigue apostando por conseguir la necesaria convivencia entre todas las titulaciones, por establecer en el futuro una adecuada atribución de responsabilidades a cada una de ellas, para mantener una relación de colaboración entre los distintos niveles de competencia académica, y además hacer todo esto con la máxima colaboración y el consenso posible con los profesionales. **(El señor Corominas i Busqueta pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para qué solicita la palabra?

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: ¿Me permite leer un texto? No voy a entrar en discusión, pero sabe que leer esta previsto en el Reglamento.

El señor **PRESIDENTE**: Sea breve.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Seré muy breve.

Ha hecho unas afirmaciones el portavoz del Partido Popular que no se ajustan a la realidad. En la comparecencia del ministro de Sanidad en esta Comisión se remitió a lo que resolviera el libro blanco que se estaba terminando en el Ministerio. El libro blanco se terminó en diciembre de 1998, y voy a leer lo que dice textualmente: En lo que se refiere al ejercicio profesional, se aprecian los siguientes datos significativos. Regulación del ejercicio profesional: Esta profesión está regulada en cuanto a la práctica profesional en los países siguientes: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y Reino Unido; en Luxemburgo y Suecia, el ejercicio profesional se encuentra en vías de regulación. En el caso de España está regulada únicamente en el sistema educativo, no en el profesional. Esto es lo que el propio Ministerio de Sanidad dice en el libro blanco y no se ajusta a lo que decía el portavoz del Grupo Popular.

—POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA CREACIÓN DE UN PUNTO BASICO DE ATENCIÓN SANITARIA EN EL NÚCLEO DE CALA'N PORTER, TÉRMINO MUNICIPAL DE ALAIOR, DOTADO DE MEDIOS Y— RECURSOS Y CON UN FUNCIONAMIENTO ADECUADO A CADA ÉPOCA DEL AÑO SEGÚN EL NÚMERO DE RESIDENTE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA.(Número de expediente 161/001462)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la siguiente proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno a la creación de un punto básico de atención sanitaria en el núcleo de Cala'n Porter, término municipal de Alaior, dotado de medios y recursos y con un funcionamiento adecuado a cada época del año según el número de residentes. El autor de la proposición no de ley es el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Para su presentación y defensa, tiene la palabra la señora Urán.

La señora **URÁN GONZÁLEZ**: Señorías, el derecho a la salud es conocido por esta Cámara como un derecho fundamental que los ciudadanos y ciudadanas de nuestro Estado pueden ejercer y que además es necesario que se les pueda acercar a sus puntos de residencia. **(El señor vicepresidente, Alcalde Sánchez, ocupa la Presidencia.)** Es tal el reconocimiento que se ha hecho que de muchos años para acá ha ido aumentándose la cobertura para que realmente sea un derecho universal del que puedan disfrutar todas aquellas personas que residen en nuestro territorio, incluido últimamente el reconocimiento a la prestación sanitaria a los inmigrantes que no están regularizados administrativamente, y que han tenido que tomarse medidas para evitar conflictos sanitarios mayores. Es decir, desde hace muchos años el Estado español ha ido universa-

lizando la prestación del servicio sanitario. Pero la universalización de la prestación del servicio sanitario no significa que se tenga que efectuar a distancias tales que haga, imposible la calidad de este servicio y que los ciudadanos y ciudadanas tengan que desplazarse kilómetros y kilómetros de su punto de residencia para poder acceder y obtener una prestación sanitaria. Esto es lo que sucede en algunos puntos de nuestra geografía, fundamentalmente en puntos turísticos donde se han desarrollado núcleos urbanos con residentes permanentes y que se encuentran a bastantes kilómetros de los centros urbanos donde existe la prestación sanitaria. Este es el caso en concreto de Cala'n Porter, un núcleo urbano que está dentro del término municipal de Alaior, en Menorca. Estamos hablando de zonas insulares que todavía tienen muchas más complicaciones, y de eso somos conscientes, que tiene una población fija de unas 600 personas aproximadamente, que además se ve incrementada en los meses estivales en alrededor de unas 4.000 personas que llegan a residir en esta zona y la prestación sanitaria que se les puede ofertar está a doce kilómetros de Alaior y a 12 kilómetros de Mahón, que podría ser el otro punto de referencia.

Nosotros creemos, señorías, y estamos convencidos, que la prestación sanitaria, su universalización y el derecho que tienen los ciudadanos y ciudadanas a ejercer este derecho sanitario no puede nunca prestarse a una distancia tal que suponga perder calidad en la prestación y además no tener el servicio, en caso de urgencia, cerca del punto de residencia. Si además tenemos en cuenta que estamos hablando de una población que en su gran mayoría son personas mayores, con más dificultades de desplazamiento, estamos creando un punto en el que estas personas no tienen una asistencia sanitaria accesible que les permita disfrutar de ella con una mejor calidad.

En otros puntos de estas mismas zonas, como Fornells, que es también un núcleo urbano, que tiene una residencia aproximada de entre 400 y 500 habitantes, si tienen un centro básico de atención sanitaria, y realmente no vemos la imposibilidad de que esto se pueda producir en las mismas condiciones en Cala'n Porter. Por tanto, señorías, hemos presentado esta iniciativa pidiéndole al Gobierno que cree un punto básico de atención sanitaria en Cala'n Porter que pueda atender no solamente a la residencia fija sino que se cree con la flexibilidad suficiente para que en los meses estivales, cuando la población asciende a 4.000 personas aproximadamente, puedan verse cubiertas las necesidades sanitarias sin que se tengan que desplazar a tanta distancia que en algunos casos puede resultar bastante increíble. Señorías, consideramos de vital importancia que una prestación de estas características, coe no es la prestación sanitaria, se pueda ofrecer, y ofrecer de manera cualitativa y cuantitativa, en el punto donde los residentes tienen su residencia y no a distancias de esta naturaleza, como pueden ser en un momento determinado 12 kilómetros, cuando además hay necesidades de urgencia.

Señorías, creemos que no es una iniciativa baladí, sino todo lo contrario, una necesidad de prestación de servicios que tiene que ofrecer la Administración y, por tanto, consideramos que simplemente es poder ejercerla como corresponde y además dar la cobertura sanitaria universalizada que en estos momentos el Estado y el Gobierno español

tiene para otros puntos del territorio. Creemos que es una necesidad en puntos con este tipo de situaciones y mucho más en una isla como es Menorca donde tienen otro tipo de problemas y los desplazamientos suelen ser bastante más problemáticos por la propia configuración de la isla.

Por tanto, señorías, esperamos que la sensibilidad de esta Cámara considere necesario y apruebe, y esperemos que sea por unanimidad, esta iniciativa que ha presentado el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Alcalde Sánchez): ¿Grupos que desean fijar su posición? **(Pausa.)**

Por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Muy brevemente, simplemente para manifestar nuestro acuerdo con la proposición no de ley que acaba de presentar la portavoz del Grupo de Izquierda Unida, porque una atención sanitaria básica como la que se plantea, en un núcleo que queda relativamente alejado de los centros sanitarios habituales, creemos que es de justicia el que se pueda resolver. En este sentido afladiríamos que a veces algunos de estos residentes incluso pueden tener dificultades de traslado precisamente por las circunstancias que se dan en la zona, y un punto básico de atención como el que aquí se solicita creemos que debería establecerse de forma inmediata para poder resolver los problemas sanitarios que se plantean.

Por tanto, nuestro grupo dará soporte a esta proposición no de ley.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Alcalde Sánchez): Por el Grupo Popular tiene la palabra la señora Cava de Llano.

La señora **CAVA DE LLANO Y CARRÍO**: Señorías, la isla de Menorca tiene una población de 67.762 habitantes y tiene el siguiente dispositivo de atención primaria: Tres centros de salud en las localidades de Alaior, Ciudadela y Mahón; cada una de estas localidades tiene un centro de salud con un equipo de atención primaria, disponiendo también de puntos de atención continuada para la atención de urgencias. Además, estos tres centros cuentan con la unidad de salud bucodental y unidad de psicoprofilaxis obstétrica. Esta estructura de atención primaria se complementa con el dispositivo —de atención especializada, centrado básicamente en el hospital Virgen del Toro, de Mahón.

El núcleo urbano de Cala'n Porter, que es para el que el grupo proponente solicita la creación de un punto básico de atención sanitaria, dotado de medios y recursos y con un funcionamiento adecuado a cada época del año según el número de residentes, tiene la consideración de urbanización, repito, tiene la consideración de urbanización, con una población entre 300 y 500 habitantes, variable lógicamente según la época del año, y recibe la atención sanitaria en el nivel primario en el centro de salud de Alaior; la atención domiciliaria programada o a demanda de los residentes que viven en Cala'n Porter se efectúa desde el centro de salud de Alaior. No existe actualmente ningún tipo de infraestructura sanitaria en la localidad de Cala'n Porter, por no estar contemplado por la ordenación sanitaria de la Comu-

nidad Autónoma de las Illes Balears. Esta situación no ocurre única y exclusivamente en Cala'n Porter sino que se da también en otras urbanizaciones de la isla de Menorca que se ven afectadas por la dispersión geográfica, y me refiero a Fornells, Son Bou, Sant Lluís, S'Algar, etcétera. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)** Nosotros consideramos que el dispositivo asistencial existente es adecuado en este momento, y ello—no quiere decir lógicamente que el Gobierno y el grupo parlamentario que da soporte al Gobierno no esté por la labor de aumentar los dispositivos asistenciales existentes; tanto es así que aprovecho la ocasión para recoger unas noticias aparecidas recientemente en prensa, de que el Insalud, que gestiona la sanidad en diez comunidades autónomas, va a invertir en infraestructuras más de un cuarto de billón de pesetas entre los años 1998 y 2001, y este presupuesto se destinará, entre otros proyectos, a construir diez hospitales. Y a la remodelación de otros 55; además se crearán 74 nuevos centros de salud y se ampliarán otros 26. Tengo la satisfacción, como leña, de que uno de esos seis hospitales va a ser el de Mahón.

Señora Urán, créame, no se trata de cuestión de sensibilización, ni muchísimo menos, sino de priorización. Consideramos que existen otras prioridades en nuestro país más urgentes que la creación, como usted solicita en su iniciativa, del punto de atención primaria en el núcleo de Cala'n Porter. Nosotros, de todas formas, lo que sí quisiéramos es que, en virtud de la evolución del número de residentes y de la demanda existente, el Insalud se planteara en el futuro por su propia iniciativa que los médicos se trasladaran a esta urbanización o a cualquier otra a pasar consulta, pero hoy por hoy debe quedar el dispositivo en el centro de salud de Alaior.

Por todo ello, señorías, mi grupo votará en contra.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizado el debate de las proposiciones no de ley, vamos a proceder a la votación.

Hacemos un receso de cinco minutos. **(Pausa.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, vamos a proceder a la votación de las distintas proposiciones no de ley.

En primer lugar, voy a dar la palabra a la señora Varela a los efectos de la aprobación o rechazo de las enmiendas transaccionales propuestas por los grupos parlamentarios Popular y de Convergència i Unió.

La señora **VARELA VAZQUEZ**: Estaríamos de acuerdo con la enmienda que ha presentado CiU. Hemos elaborado una transaccional que quedaría de la siguiente forma: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que en coordinación con las comunidades autónomas con competencias asumidas en esta materia estudie y elabore en el menor tiempo posible la normativa a aplicar en materia de normalización de tallas para todo tipo de géneros textiles, de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional segunda de la Orden ministerial de 12 de enero de 1972 que rige el tallaje de las prendas de géneros de punto.

Segundo, que dicte cuantas normas sean precisas para exigir que en la comercialización al menor en el mercado español de prendas de vestir, importadas el etiquetado de las mismas contemple la equivalencia del tallaje regulado

en la normativa española, a fin de que tallas iguales tengan las mismas medidas en toda su comercialización.

Eso sería lo que sometemos a votación.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Amorós quiere hacer alguna puntualización. Tiene la palabra.

La señora **AMORÓS I SANS**: Simplemente quería hacer una consideración en aras del consenso. Sin presentarme como defensora del Grupo Popular, en la adición que ellos proponen de que sea en colaboración con los sectores implicados, dado que se ha iniciado una inesa de conversación con todos los sectores, tampoco estaría de más que estuviera implicada también la elaboración de esa normativa de tallaje y regulación. Creo que es un tema suficientemente importante y de incidencia multi sectorial como para que se pueda llegar a unos acuerdos. Con relación a nuestra enmienda, y sin querer ofender con ello a las compañeras del Partido Socialista **(Rumores.)** que han tenido la iniciativa—porque no olviden que la proposición no de ley es del Grupo Socialista—, en aras de que sea más explícita y que reúna al máximo de implicados posible para una buena elaboración de esta normativa, creemos que sería bueno para poderlo incluir.

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

La señora **VARELA VAZQUEZ**: Se plantea una expresión con la que, en principio—y al final también—, el Grupo Socialista no está de acuerdo porque entiende que el Gobierno debe reunirse con los sectores que crea conveniente, no con los sectores implicados, porque a lo mejor entraríamos aquí a tener que valorar qué sectores considera el Gobierno, nosotros o el grupo tal o cual, que son los implicados. Reunir a los sectores implicados entendemos que es diluir las cosas para no hacer nada. Por tanto, damos manga ancha para que el Gobierno se reúna con quien crea conveniente y con quien considere oportuno.

Mantenemos el texto que he leído al principio de intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Me gustaría saber si se acepta la transaccional, si se someten a votación las enmiendas. Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Quisiera hacer una reconsideración a la portavoz del Grupo Socialista en esta proposición no de ley. Nosotros 110 queremos establecer ningún estudio ni elaboración de lo que pueden ser las normativas sin tener en cuenta a los sectores implicados. El hecho de que se tenga en consideración a estos sectores, fundamentalmente a la industria textil, va en relación, señor presidente, con el segundo punto de la enmienda que ha presentado Convergència. En el segundo punto, como se ve, se dice que el etiquetado de las mismas contemple la equivalencia del etiquetado utilizado con el de las tallas habitualmente usadas en el mercado español.

Creo que al establecer la colaboración de los sectores implicados se está haciendo ya previamente una mención al segundo párrafo que el Grupo Socialista admite. Me parece que sería una intransigencia por parte del Grupo Socialista

no admitirlo (**Rumores**). Como ha dicho bien la portavoz de Convergència i Unió, en aras de lo que es el acuerdo generalizado de la Comisión, nosotros consideramos que se debería llevar a la práctica en los términos que liernos acordado entre los diferentes grupos parlamentarios.

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

La señora **AMORÓS I SANS**: La enmienda es de Convergència i Unió a una proposición no de ley del Grupo Socialista. Con toda la buena voluntad del mundo, el Grupo de Convergència i Unió ha intentado pactar con todos los grupos implicados, pero lo que no haremos ahora es retirar nuestra enmienda o votarla en contra, porque sería absurdo, en ese caso no la hubiéramos presentado. Por tanto, si el Grupo Popular no llega a un acuerdo con el Grupo Socialista, que es el proponente de la proposición no de ley y en cariblo sí que no acepta la nuestra, sin tener nada que ver con las conversaciones de unos ni con las de otros, sino con las disposiciones, en conciencia el Grupo Parlamentario de Convergencia i Unió presenta esta enmienda a la proposición no de ley para solucionar un problema de salud pública en las adolescentes. Por tanto, lo que no haremos es retirar, porque nos utilice el Grupo Socialista o porque nos utilice el Grupo Popular, nuestra enmienda que, repito, va dirigida a solucionar a la máxima brevedad posible un problema de salud pública en la juventud del Estado español.

El señor **PRESIDENTE**: Se someten a votación los textos originales propuestos por el Grupo Parlamentario Socialista, al no retirar la enmienda el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió.

La señora **AMORÓS I SANS**: Perdón, señor presidente. Ellos me lo aceptan y nosotros aprobaremos la transaccional a que liernos llegado con el Grupo Socialista, que es que se estudie y se elabore.

El punto dos ha sido una transacción en la que estábamos todos de acuerdo, porque el imico problema que había era el primer párrafo y se ha solucionado.

El señor **PRESIDENTE**: Sometemos a votación la proposición no de ley sobre regulación y armonización de las tallas de ropas europeas y americanas con las españolas en los términos de la aceptación, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió.)

Efectuada la votación, dijo

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

Sometemos a votación la proposición no de ley sobre reconocimiento profesional de los técnicos superiores en dietética.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 21.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Sometemos a votación la proposición no de ley sobre medidas para prevenir el problema de la enfermedad de la

anorexia en nuestra sociedad, en los términos de la aceptación de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (**El señor Villalón Rico pide la palabra.**)

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor presidente, desearía, si es posible, que, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, se leyera el texto para ver cómo ha quedado.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Pin Arboledas.

La señora **PIN ARBOLEDAS**: Ha quedado de la siguiente forma, en aras del consenso y para que pueda salir adelante, después del intenso debate que hemos mantenido los portavoces. El primer punto dice: La Comisión de Sanidad y Consumo insta al Gobierno para que continúe —hemos añadido la palabra continúe— articulando los mecanismos necesarios para realizar campañas de información y sensibilización a la población en general y a la juventud en particular de los riesgos que conlleva la falta de ingesta de alimentos al objeto de prestar una imagen de extrema delgadez. Así quedaría el primer punto. El segundo y tercer punto quedan tal como estaban y se añade un cuarto punto, que es el que ha presentado la compañera de Convergència i Unió, que dice: En el seno del Consejo Interterritorial de Salud se estudie la posibilidad del establecimiento de fondos para la financiación de las prestaciones sanitarias relacionadas con los trastornos alimentarios, anorexia y bulimia.

El señor **PRESIDENTE**: Sometemos por tanto la proposición no de ley en los términos de la aceptación de esta enmienda.

Efectuada la votación, dijo

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

Sometemos a votación la proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a la creación de un punto básico de atención sanitaria en el núcleo de Cala'n Porter, término municipal de Alaior, dotado de medios y recursos y con un funcionamiento adecuado a cada época del año según el número de residentes.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 20; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

PREGUNTAS:

— **DEL SEÑOR GIL MELGAREJO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE GRADO DE EJECUCIÓN EN EL QUE SE ENCUENTRA LA GENERALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MENOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL INSALUD. (Número de expediente 181/002136)**

- **DEL SEÑOR GIL MELGAREJO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE FORMACIÓN DEL INSALUD PARA EL AÑO 1999. (Número de expediente 181/002137)**
- **DEL SEÑOR GIL MELGAREJO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE CRITERIOS UTILIZADOS POR EL INSALUD TANTO EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL REPARTO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE A SUS PROFESIONALES DURANTE EL AÑO 1998. (Número de expediente 181/002143)**
- **DEL SEÑOR GIL MELGAREJO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO, SOBRE MEDIDAS ADOPTADAS POR EL INSALUD DIRIGIDAS A MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DURANTE EL AÑO 1998. (Número de expediente 181/002145)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, dando la bienvenida, una vez más, al presidente del Insalud, señor Núñez Feijóo, que, en primer lugar, contestará a diversas preguntas y a continuación dos comparecencias.

Tiene la palabra el señor Gil Melgarejo para formular sus preguntas.

El señor **GIL MELGAREJO**: En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento por la presencia de don Alberto Núñez en esta Comisión.

Si no tiene inconveniente el señor presidente y tampoco el señor Núñez, daría por formuladas las preguntas correspondientes a los números 6, 7, 8 y 9 del orden del día, en los términos enunciados, sin que ello signifique, se interprete o se entienda como una reagrupación de dos o más preguntas en una. Simplemente prefiero, en aras de una mayor eficacia que, si no hay ningún inconveniente, repito, el presidente ejecutivo del Insalud dé por realizadas estas preguntas y exponga su criterio.

El señor **PRESIDENTE**: Esta Presidencia y creo que todos los miembros de la Comisión le agradecemos al señor Gil Melgarejo la brevedad que ha impuesto, por lo que yo le agradecería asimismo al presidente del Insalud no que sea lacónico, pero que procure ajustarse al tiempo lo máximo posible.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Buenos días, señoras y señores diputados.

Atendiendo a la propuesta del diputado interpelante y entendiendo ese espíritu, voy a intentar concretar al máximo las respuestas, sin que eso conlleve el no contestar a todos y cada uno de los puntos que se recogen en las cuatro preguntas del diputado Gil Melgarejo.

Con respecto a la primera de ellas, en la que se interesa por cómo se encuentra la generalización de la cirugía menor en los centros de atención primaria, como usted sabe, en abril de 1997 se inicia por primera vez en el ámbito de la atención primaria del Insalud un plan experimental para que los facultativos de los equipos de atención primaria en determinadas áreas de salud realizaran ciertas intervenciones que se vinieron a denominar de cirugía menor. Los procesos clínicos sobre los que se ha actuado son concretamente seis: heridas cutáneas, abscesos cutáneos, lesiones superficiales, lesiones subcutáneas, uñas encarnadas, patología ungueal y cierta patología dental. Lo que se pretende son tres cuestiones: primero, disminuir, por qué no, la lista de espera de patologías, aun siendo banales, pero de patologías. En segundo lugar, optimizar la accesibilidad de los ciudadanos. Piénsese que el número de centros de salud del ámbito del Insalud son 1.060 frente a 82 hospitales. Y, en tercer lugar, lo que se pretende sobre todo es incrementar la eficacia de los recursos sanitarios.

En 1997, como digo, año experimental a partir del segundo cuatrimestre del año, el número de áreas donde se practicó este tipo de servicios ha sido de 36, el número de equipos de atención primaria 118 y el número de intervenciones. Para ello, como S.S. se imagina, hubo que trabajar en tres aspectos: por una parte, en recursos materiales, es decir, disponibilidad de espacios físicos específicamente utilizables para este tipo de cirugía menor. En segundo lugar, dotarse de material quirúrgico necesario y sobre todo de soporte de transporte urgente en el supuesto de que hubiera alguna complicación. Y, en tercer lugar, buscar la mayor formación práctica y aprendizaje de los recursos humanos que iban a realizar estas técnicas.

Durante el año 1998 se pasa de 36 áreas a 51, es decir, todas menos 6, y el número de equipos se amplía hasta 313, es decir, hasta el 27 por ciento del total de equipos de atención primaria, realizándose 16.532 intervenciones. Es de destacar dos hechos, señoría. Primero, el bajo índice de complicaciones. En 1997 el índice de complicaciones se situó en el 3,12 y, sin embargo, en 1998, multiplicándose por tres la actividad, dicho índice bajó al 2,09 por ciento. Es también destacable el porcentaje de consentimiento informado previo a la pequeña intervención quirúrgica y así, una vez realizada la muestra, se acredita que en el 66,23 por ciento de los casos se contaba con consentimiento informado. También pueden tener interés para S.S. las intervenciones de cirugía oral, en lo que se refiere a las unidades de salud bucodental, que han ascendido en el año 1998 a 353 intervenciones.

Por lo que respecta a 1999, los objetivos de este año son extender el problema de cirugía menor de la atención primaria al cien por cien de las áreas y pasar del 27 al 45 por ciento de los equipos, por lo tanto, de 313 a 513 y, si somos capaces los profesionales de alcanzar estos objetivos, que creo que sí, esperamos el año 2000 como uno de los años de generalización en la cartera de servicios de los equipos de atención primaria de esta prestación, que entendemos viene a hacer más eficientes los recursos sanitarios públicos instalados en el ámbito de atención primaria.

Señoría, la segunda pregunta se refería a qué medidas ha adoptado el Instituto dirigidas a mejorar la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada

durante 1998, pregunta absolutamente procedente en el sentido de que todos los servicios de salud están intentando buscar el continuo asistencial, el continuo de cuidados cuando una patología requiera la participación de diferentes profesionales ubicados en los ámbitos de primaria y especializada. Podríamos concretar en tres las actuaciones. Por una parte, la creación de comisiones paritanías de área; en segundo lugar, la elaboración de protocolos de derivación y en tercer lugar, el establecimiento de *addendums* de coordinación en cada uno de los contratos de gestión que se firman con las gerencias de primaria y de especializada.

Muy sucintamente, en relación con la primera actuación, creación de comisiones paritanías de área, puedo decirle, señoría, que el objetivo de estas comisiones es doble. Por una parte, buscar la coordinación funcional de los niveles primario y especializado y, por otra parte, reforzar la participación de los profesionales en la gestión. En cuanto a su composición, está una parte de los equipos directivos de cada gerencia de primaria y especializada, así como seis facultativos de ambos niveles.

¿Qué es lo que se pretende hacer en estas comisiones? Concretar exactamente la demanda de servicios entre los dos niveles, básicamente los referidos a interconsultas, laboratorio y diagnóstico por imagen. En segundo lugar, concretar el catálogo de pruebas diagnósticas, a las que tienen libre acceso los profesionales de atención primaria en los respectivos hospitales del área al que pertenecen. Y en tercer lugar, concretar protocolos de consulta para la atención de patologías prevalentes en el ámbito de la atención primaria.

Se ha creado ya la totalidad de las comisiones paritanías, exactamente 69, es decir, más comisiones que el número de áreas de salud que hay en el Insalud, que son 57. Se han dividido aquellas comisiones en las áreas que están excesivamente pobladas y se ha establecido no solamente este tipo de reuniones, sino grupos de trabajo de carácter perinariante para realizar actuaciones en patologías prevalentes por lo que respecta sobre todo a la población infantil y a patologías relacionadas con la mujer.

En cuanto a los protocolos o guías de derivación de pacientes desde primaria a especializada, tengo que decirles que se ha intentado establecer con las sociedades científicas una serie de protocolos de actuación de los inédicos de primaria en las patologías más prevalentes y así se han establecido cuatro protocolos por lo que respecta a enfermedades del aparato locomotor— patologías de dolor cervical, lumbalgia, osteoporosis y artrosis de rodilla; seis protocolos relacionados con procesos alérgicos: dermatitis atrófica, edema, urticaria, alergia, rinitis alérgica y asma; dos protocolos referidos a los procesos hematológicos más frecuentes: el tratamiento anticoagulante oral y las anemias; protocolos relacionados con procesos dermatológicos: patologías como psoriasis, acné vulgar, eccemas, patología infecciosa cutánea y alopecias; protocolos referidos a trastornos del sueño: el síndrome de apnea del sueño; protocolos de derivación, atención especializada y también algunos protocolos en patologías que entran en el campo de la neurología: vértigos, mareas, cefaleas, síncope y pérdida de memoria.

Por lo que se refiere a la tercera actuación, se trata de concretar en cada ejercicio en los contratos de gestión que

se firman con las agencias de primaria y especializada un *ADDENDUM* específico de coordinación entre ambos niveles. En ese *ADDENDUM* se trata de concretar, por una parte, las mejoras de la accesibilidad, implantando el catálogo de pruebas diagnósticas a las que me refería anteriormente de libre acceso por parte de los profesionales de primaria; se busca la mejora de la asistencia concretando los pactos de derivación de consultas extenias de pruebas radiológicas, de endoscopias, de citologías, de histologías, etcétera, y por último se busca la mejora de la adecuación de la utilización de los recursos. Así, se pactan porcentajes de prescripción de medicamentos genéricos, programas de atención domiciliaria y evaluación continua de la prescripción de especialidades específicas.

En conclusión, señoría, se está trabajando en una buena dirección y le anticipo que creo que todavía es necesario seguir trabajando en ella porque no es fácil la tarea y, por otra parte, sí resulta imprescindible.

En cuanto a la pregunta relativa a los objetivos del Plan de formación del Insalud para 1999, tengo que decirles que el Instituto viene desarrollando desde hace años un plan de formación anual dirigido a todos los profesionales, que busca responder a tres objetivos básicos, siendo el primero la mejora de la capacitación técnica de los profesionales, ampliando conocimientos en las técnicas diagnósticas, terapéuticas e investigadoras que aumenten su bagaje científico y técnico. El segundo objetivo es la mejora de la satisfacción de los pacientes y usuarios, orientando a la organización al servicio de los mismos y mejorando la información que se da de ellos. Y por último, la mejora en la participación de los profesionales, potenciando la coordinación entre los dos niveles, como veíamos anteriormente, facilitando la utilización más racional de los medios diagnósticos y terapéuticos e implicando cada vez más al profesional en las decisiones de dirección y gestión clínica.

Para la consecución de estos objetivos generales, el Insalud aprueba un plan de formación continuada para sus propios centros asistenciales, primaria y especializada, y después aprueba planes específicos donde se ven determinadas cuestiones más concretas. Por lo que se refiere a estos planes específicos, son de resaltar los siguientes convenios que se hacen con instituciones públicas, convenio marco de cooperación entre el Instituto de salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad e Insalud que pretende ofertar formación equilibrada que responda a las necesidades de los diversos colectivos del Insalud, que pretende también continuar con el programa de seminarios de actualización para directivos de instituciones y centros, que pretende consolidar la línea formativa específica en gestión clínica para jefes de unidades asistenciales y que busca ampliar la oferta formativa sobre los principales aspectos de las fórmulas de gestión, marco jurídico, contabilidad, etcétera. Otro de los convenios señalables es el firmado con la Universidad Autónoma de Madrid y concretamente con el Centro Universitario de Salud Pública que busca la formación específica del personal estatutario del Insalud en conocimientos y técnicas metodológicas que ayuden a mejorar las decisiones en la clínica, me refiero al curso superior de metodología de investigación en clínica y también los cursos impartidos

con la Universidad Complutense de Madrid en lo que se refiere a la formación en bioética.

Una de las novedades introducidas en el contrato de gestión de 1999 es que por primera vez los centros sanitarios tendrán ya desde el principio, desde el momento de la firma del contrato de gestión, unos créditos descentralizados para los cursos de formación continuada que realicen en el ámbito interno y los hospitales se han comprometido en contraprestación a concretar su programa bianual de formación para poder obtener los créditos a los que me refiero. El importe directo con cargo a presupuestos de Insalud que se dedican al plan de formación supera los 872 millones de pesetas.

Señoría, en relación con la última de sus preguntas referida a los criterios que ha utilizado el Insalud para el reparto de la productividad variable a sus profesionales durante el año 1998, he de decirle lo siguiente. La incentivación del personal que trabaja en el sector público sanitario, en este caso, en el Instituto Nacional de la Salud, pretende dos objetivos, primero, ser un elemento de motivación y, segundo, ser un elemento de participación en la gestión, ya que ésta está íntimamente unida a la consecución de objetivos tales como el incremento de la producción de los servicios.

La incentivación responde a tres principios básicos: descentralización, participación y mejora de la calidad. Descentralización, porque la evaluación y el reparto de la productividad se realiza en cada centro; participación, porque al ir ligada la incentivación a la consecución de unos objetivos es absolutamente necesaria la participación de los profesionales en la gestión de los recursos para conseguir los referidos objetivos, y mejora de la calidad, porque el sector público está obligado no sólo a producir, sino a hacerlo cada vez más en términos de calidad. Y el cumplimiento de los objetivos de calidad tiene un peso muy relevante para determinar el reparto de la productividad y ha sido decisivo para orientar la incentivación no sólo la del año 1998, sino también la de 1999.

En cuanto a la atención primaria hay dos niveles de incentivación, uno que se refiere específicamente a cada uno de los equipos o unidades de apoyo que conforman los centros de salud y las gerencias de atención primaria, y otro que hace referencia a los criterios de incentivación de la totalidad de la gerencia. Respecto a los equipos o unidades de apoyo, se pactan anualmente los objetivos de calidad y de actividad asistencial, que son los que se desprenden de los contratos de gestión anualmente firmados, y los criterios de reparto son los que cada equipo o unidad pacte previamente. Criterios de reparto que van desde la productividad variable a la formación continuada, a las ayudas a la investigación o a la adquisición de material bibliográfico, informático y otros. Son propuestos por los responsables de cada uno de estos equipos ante el Consejo de gestión del área y previamente han de ser conocidos obviamente por los profesionales que integran cada uno de estos equipos. Los porcentajes son los siguientes: la unidad de provisión, es decir, los equipos o las unidades de apoyo, salud bucodental, fisioterapia, etcétera, pueden llegar a recibir hasta el 80 por cien de la cantidad asignada, quedando el otro 20 por ciento supeditado al cumplimiento global del contrato-programa de la gerencia. Además, si la gerencia obtiene

créditos adicionales en el sistema de torneo entre gerencias, una parte de ellos volverá a revertir directamente en cada uno de estos equipos. El segundo nivel es el general para el conjunto de la gerencia de atención primaria que está obligada a cumplir la totalidad del contrato de gestión firmado y que deriva en tres aspectos. Por una parte, se mide la actividad asistencial pactada, desde el punto de vista de cobertura de la población; en segundo lugar, se miden los criterios de calidad realmente alcanzados, desde el punto de vista de las normas técnicas mínimas que se señalan en cada uno de esos contratos de gestión y desde el punto de vista del grado de satisfacción de los usuarios medidos a través de la encuesta correspondiente; en tercer lugar, la vertiente de los costes, donde se valora el gasto comparativo por habitante ponderado, teniendo en cuenta las características demográficas del área y, sobre todo, la estructura etárea de la población a la que atiende cada una de esas gerencias. Actualmente se está evaluando el porcentaje de cumplimiento de estos objetivos en el ámbito de la atención primaria.

Por lo que se refiere a la atención especializada he de decirles, en primer lugar, que la cuantía es exactamente igual en cada uno de los hospitales en función del número de trabajadores que existan en cada una de las categorías. Por tanto, se descentraliza una bolsa que es igual a una cantidad por el número de médicos, una cantidad por el número de ATSDUE, una cantidad por el número de auxiliares de enfermería y así por cada una de las categorías del personal. Los criterios de cumplimiento de estos objetivos son dos: por una parte, una cuantía específica para realizar e implantar protocolos, para reducir la variabilidad clínica y avanzar en los principios de la medicina basada en la evidencia. Y, por otra parte, otra cuantía específica por cumplimiento del índice de estancia media ajustada como fórmula para mejorar la eficiencia de los recursos. En el caso de no alcanzarse estos objetivos por parte de alguno de los servicios que conforman el hospital, estas cantidades acrecerán las cantidades del resto de los servicios de ese hospital que sí ha cumplido objetivos. En el caso de que algunos hospitales no hayan cumplido o no se hayan hecho acreedores de la totalidad de esos objetivos, esas cantidades vuelven a acrecer las cantidades que podrán repartirse a otros hospitales de la red que sí han cumplido los objetivos. Es especialmente importante decirles que partíamos al inicio de la legislatura con una cantidad igual a cero en relación con la incentivación en el ámbito de la atención especializada, que en 1997 hemos tenido la ocasión de repartir, en el ámbito de la atención especializada, más de 5.000 millones de pesetas; que en el año 1998 se repartirán más de 9.237 millones de pesetas, y que en el año 1999 llegaremos a una incentivación global, en el ámbito de la especializada, de más de 14.000 millones de pesetas. Quiere decirse que cada facultativo podrá percibir unas 300.000 pesetas al año, es decir, si lo dividiésemos entre 12, 25.000 pesetas al mes, 108.000 por ATSDUE, y así hasta unas cantidades en el entorno de las 40 ó 50.000 pesetas para las categorías inferiores.

Quisiera destacarles que esto se ha hecho con la unanimidad de la mesa sectorial, que el pacto está suscrito por las organizaciones sindicales y que son estas organizaciones sindicales, junto con la Administración, las que cada

año ven el grado de cumplimiento de estos objetivos y el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los hospitales. Por lo que se refiere a 1999, este análisis ya se ha realizado y se han descentrado los créditos en los hospitales para proceder al reparto de esta incentivación que como digo ha supuesto un esfuerzo, desde el punto de vista presupuestario, acumulado en 1999, de más de 14.000 millones de pesetas.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Necesita la palabra, señor Gil Melgarejo, para alguna aclaración o ampliación? (**Asentimiento**.)

Tiene la palabra.

El señor **GIL MELGAREJO**: Intervengo brevemente para agradecer la información que nos ha suministrado a esta Comisión el presidente ejecutivo del Insalud. Con respecto a las cuatro preguntas que he hecho como portavoz del grupo Popular, hay un grado de coincidencia con usted de un 95 por ciento pero quedan algunos aspectos que, en dos palabras, me gustaría transmitirle, por ejemplo, en el tema de la productividad variable, sin que ello signifique que espere ahora una respuesta concreta.

Creemos que, en la medida de lo posible, sobre todo sobre aspectos concretos incluidos en el contrato de gestión, se debe intentar singularizar o personalizar el concepto de productividad variable. Quisiera poner un ejemplo concreto. En el caso del ahorro farmacéutico, tanto en atención especializada como en primaria, se prima al equipo de atención primaria y al gestor. Se debe promover la singularización o personalización de esa incentivación al médico o a la médico que sienta como suya la empresa donde está trabajando y por tanto se esfuerza y se molesta en saber y entender, por ejemplo, de genéricos, en saber y entender de precios de referencia y, además de saber, entender y molestarse por esta cuestión, aplica la terapéutica farmacológica de la forma más racional a cada uno de sus pacientes según los criterios establecidos. Sin embargo, puede encontrarse con que en esa unidad hospitalaria, en ese servicio hospitalario o en ese equipo de atención primaria, se coincide con hiperprescriptores, con lo que el resultado final puede ser el no cumplimiento de ese objetivo, en este aspecto concreto, por ese desequilibrio en la balanza entre el hiperprescriptor o los hiperprescriptores y estos profesionales que están aportando su esfuerzo para conseguir estos objetivos. Espero que esas cuestiones se vayan desarrollando para ir perfeccionando lo que son estos conceptos. Sé que personalizar o singularizar es muy difícil, pero creo que en mi exposición queda suficientemente explicitado que es conveniente para la motivación global estar pendientes del estímulo continuo de la persona, del médico, del trabajador.

Por lo demás, quiero decirle que otra de las grandes preocupaciones de los profesionales, de los trabajadores del Insalud, de la sanidad pública, es la formación y, como bien ha dicho, que esa formación surja desde la propia empresa y no se tenga que recurrir a otros métodos y vehículos para poder adquirir esa información, tanto para la capacitación en la gestión como para la propia formación continuada. Se ha dado respuesta cumplida a ello.

En cuanto a la coordinación de atención primaria y especializada, comprendemos que una fase importantísima

para que esta coordinación llegue a un nivel de satisfacción del 80 por ciento quizá sea la de la informatización, y al mismo tiempo poseer una red corporativa, en la que sabemos que el Insalud, el Ministerio de Sanidad, está trabajando en ello con ahínco y con inversiones muy importantes.

En cuanto a la cirugía menor, usted me ha respondido a una de las ideas claras que tenía el Grupo Parlamentario Popular para poder resolver si esta extensión iba a ser a todos los centros de salud o por áreas, y si al final los 1060 centros de salud que tiene la red del Insalud iban a ser competentes en el año 2000 y en el 2001 o iban a poder tener un local, una infraestructura, para poder desarrollar la cirugía menor y, si fuera así, incentivar a los facultativos o al equipo de sanitarios que se implicara, en esta labor.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): En relación con la incentivación y la preocupación mostrada por S. S. en cuanto al grado de vinculación que han de tener los objetivos que individualmente responden a la actividad de cada uno de los profesionales y cómo esto repercute en los objetivos de la totalidad del equipo, he de decirle que entendemos que el camino que usted señala es el adecuado, en el sentido de ir buscando el mayor comportamiento individual en cuanto a la percepción de los objetos, por lo que hemos roto el sistema de objetivos anterior. El sistema de objetivos anterior estaba directamente relacionado con lo que se consiguiese en el conjunto de equipos que formaban la gerencia, de tal forma que podía haber en una gerencia diez equipos, cuatro de los cuales habían cumplido objetivos y seis no, y el balance era un incumplimiento de objetivos, con lo cual ninguno de esos equipos, aun los cuatro que habían cumplido, se podía hacer acreedor de esa incentivación. Como digo, se ha abandonado esta técnica y lo que se hace ahora es que el 80 por ciento de la incentivación se base exclusivamente en la actividad de cada uno de los equipos, con independencia de que la gerencia donde se ubica ese equipo haya cumplido o no en su conjunto. Por tanto, se busca por ahí la mayor individualización de esos objetivos para buscar la mayor motivación de los profesionales que realmente tienen un compromiso mayor con el servicio público donde trabajan, que aquellos otros que, de momento, tienen que mejorar ese compromiso.

En relación con las prescripciones farmacéuticas, he de decirle que éste es uno de los parámetros. Como hemos visto, hay tres parámetros, actividad asistencial, calidad y costes; dentro de los costes, uno de ellos es la prestación farmacéutica.

En cuanto a los genéricos, he de decirle que, en lo que va de año, el Insalud ha acreditado que es el primer servicio de salud del Estado en la utilización de genéricos. Se está, recetando más genéricos en el ámbito del Insalud que en el resto de los servicios de salud.

Por lo que se refiere a la coordinación entre atención primaria y atención especializada, creo que es — acertado pensar que el futuro de la coordinación de primaria y especializada pasa por la unión permanente entre los centros de salud y los hospitales, y la unión permanente entre los cen-

tros sanitarios pasa evidentemente por las tecnologías de la información y por la informática. Cuando estemos en condiciones de que, desde el PC de un médico de atención primaria, se entre en la agenda del especialista del hospital del área y se pueda concretar la fecha de la consulta de ese especialista; cuando estemos en condiciones de poder remitir desde el laboratorio de un hospital las pruebas analíticas a través del mismo sistema a la consulta del médico de primaria que las ha pedido; cuando estemos en condiciones de tener una historia clínica informatizada de área, en el sentido de que el médico de atención primaria tenga en su PC todos los diagnósticos y tratamientos que han realizado los distintos especialistas a los que ha visitado ese paciente y lo tenga en tiempo real, estarán realmente unidas la atención primaria y la especializada. Sin duda el proyecto es muy complejo; como usted sabe, en el ámbito de la informática nos hemos comprometido a que, a finales de la legislatura, estemos en condiciones de tener informatizados 400 centros de salud, por tanto que prácticamente el 40 o el 45 por ciento de los centros de salud estén unidos con los hospitales respectivos y tengamos esta coordinación efectiva y en tiempo real entre los médicos de la atención especializada y los de la atención primaria y que se sepa perfectamente cuál es la historia clínica de ese paciente y no se pierda el recorrido como consecuencia de que fallen las tecnologías que ya poseen en este momento otros sectores públicos u otras organizaciones.

— **DEL SEÑOR BAYONA AZNAR, GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE PREVISIONES ACERCA DE LA FIRMA DEL CONVENIO ANUNCIADO POR EL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO EN EL PLENO DEL SENADO DEL 3/12/1997 PARA RESOLVER LA ASISTENCIA HOSPITALARIA DE CARACTER URGENTE DE LA COMARCA DEL SOMONTANO DEL MONCAYO. (Número de expediente 181/002299)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta, formulada por el señor Bayona, sobre previsiones acerca de la firma del convenio anunciado por el ministro de Sanidad y Consumo en el Pleno del Senado del 3 de diciembre de 1997 para resolver la asistencia hospitalaria de carácter urgente de la comarca del Somontano del Moncayo.

Tiene la palabra el señor Bayona.

El señor **BAYONA AZNAR**: Los pueblos de esta comarca, de Tarazona, en el Somontano del Moncayo, distan aproximadamente una media de casi 100 kilómetros de la capital de la provincia, Zaragoza. En cambio, están a una media de unos 10 kilómetros, en algunos casos incluso menos, del hospital Reina Sofía de Tudela, ciudad que pertenece a la Comunidad Autónoma de Navarra.

Para garantizar el acceso de los habitantes de esta comarca al hospital al que tradicionalmente habían venido asistiendo, puesto que tradicionalmente la asistencia urgente y los partos se hacían en este hospital Reina Sofía de Tudela, el ministro de Sanidad anunció la firma de un convenio entre las dos comunidades autónomas y el Insalud, compromiso del Pleno del Senado de fecha de 3 de diciembre de 1997.

Sin embargo una pregunta posterior de un diputado del Grupo Socialista por Navarra, señor Chivite, obtuvo como respuesta que la Comisión Delegada del gobierno para política Autonómica había dado la aprobación para la suscripción del acuerdo y que se encontraba pendiente únicamente de la autORIZACIÓN del Ejecutivo de Navarra. Esta respuesta del Ministerio tuvo como consecuencia un desmentido rotundo del Consejero de Sanidad de la Comunidad Foral de Navarra, que dijo en nota de prensa que no existía propuesta de convenio o de acuerdo; sí que existe, evidentemente un acuerdo ya firmado y vigente, entre la Comunidad Autónoma de La Rioja la Comunidad Foral y la Comunidad Foral de Navarra. Por tanto, mi pregunta es: qué queda de aquel compromiso del ministro en el Senado hace más de un año qué queda de todos los términos del compromiso, que no sólo se refería a este convenio, pero si de manera especial, rotunda y clara a la firma de este convenio, que no se sabe si existe o no ni qué ha pasado con él?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Aunque las distancias kilométricas que S.S. ha concretado y las que posee el Insalud varían, pero poco... (**Rumores**). (La distancia que se me dice que hay de Tarazona a Zaragoza son 87 kilómetros y a Tudela son 19). Varían bien poco, aunque en el fondo lo que hay es una clara evidencia de mayor proximidad de esta comarca al hospital de Tudela y hacia la Comunidad Foral de Navarra que a la capital de la Comunidad Autónoma de Aragón. Como es evidente esto, es evidente también que las propuestas de S.S. y la intención del ministro, y como es natural del Insalud, coinciden al cien por cien, en el sentido de que compartimos el interés por la resolución de este tema que, como usted ha dicho, no es un problema de hoy sino de hace mucho tiempo, Tarazona y Tudela están donde están, y no obstante tenemos que trabajar para solucionar esta cuestión.

Respecto a su intervención, el ministro no ha dicho exactamente lo que S.S. dice, y tengo el acta del Senado, lo que ha dicho el ministro es que en este momento el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Aragón ha aprobado la autorización para suscribir el citado convenio, estando pendiente de que la Comunidad Foral de Navarra dé su autorización para la posterior firma por las tres administraciones implicadas, lo que esperamos pueda ocurrir.

En cuanto al desmentido referido por S. S. de que no existía propuesta de convenio, no conozco exactamente, pero sí conozco la autorización de la Comisión Delegada del Gobierno para política autonómica, de fecha 27 de febrero de 1998, de este convenio, por tanto el borrador de convenio existe, porque si no podría estar autorizado por la Comisión Delegada. Lo que creo que ha producido error es que el consejero de Navarra entendió que formaban parte de la Comisión Delegada del Gobierno para política autonómica la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma de Aragón, y esta Comisión es un órgano de gobierno interno del Ministerio de Administraciones Públicas y, por tanto, la autorización que se le da es una autorización que se da al Insalud como administración del Esta-

do para suscribir convenios con otras administraciones públicas. Por ello, estaba en lo cierto el consejero de Navarra al decir que no se había reunido ninguna Comisión para aprobar este convenio, y estaba en lo cierto también el Insalud diciendo que había obtenido el informe favorable del órgano Ministerio de Administraciones Públicas para poder firmar el convenio.

El texto del convenio existe y el Gobierno de Aragón tiene el mismo interés que el Insalud en que sea posible y me consta que el Gobierno de Navarra tiene voluntad de firmar este compromiso, lo que provoca determinados problemas para el Gobierno de Navarra en cuanto a hacerse cargo de una población que le corresponde a la Comunidad Autónoma de Aragón y al Insalud como entidad gestora de la Seguridad Social, en este caso de la sanidad, en el ámbito de esa circunscripción.

Por resumirle en una frase, me atrevería a decir que creo que tenemos que seguir trabajando con la Comunidad Foral de Navarra para llegar a ese acuerdo que, de momento, siento decirle a S.S que no se ha producido. La propuesta de convenio existe, toda vez que el órgano del Gobierno de Aragón y el Insalud han dado ya su visto bueno a este texto y esperemos, dada la voluntad del Gobierno de Navarra de solucionar este problema, poder alcanzarlo en un tiempo razonable.

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

El señor **BAYONA AZNAR:** Respecto a la distancia kilométrica, yo he vivido toda mi infancia allí y he dicho que hay una media de casi 100 kilómetros. Tarazona, que es la capital de la comarca, está a 88 kilómetros de Zaragoza, pero entre Zaragoza y Tudela hay otros pueblos, que es donde está fundamentalmente el problema.

En cuanto al acta de la intervención en el Pleno del Senado del ministro, éste dijo: Se ha elaborado un acuerdo de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Aragón, la Comunidad Foral de Navarra y el Instituto Nacional de la Salud para que el hospital Reina Sofía... etcétera. Se ha elaborado, y por tanto estaba pendiente únicamente de su aprobación, pero elaborado estaba, y lo que dice el consejero de Navarra es que desconocía incluso el texto de ese acuerdo que estaba únicamente pendiente de aprobación. Me sorprende que el presidente del Insalud no conozca ni siquiera el desmentido del consejero de Sanidad de Navarra en un tema que ha producido bastantes complicaciones, como voy a decir a partir de ahora.

No sirve lo que ha dicho usted. Los ciudadanos que puedan escuchar sus palabras seguramente no habrán entendido nada, porque se ha hecho un galimatías administrativo sobre una comisión y otra; no habrán entendido nada, porque es difícilmente entendible lo que usted ha intentado transmitir, lo único que queda claro es que siguen las cosas como estaban. ¿Que el Insalud tiene interés? El mismo interés que tiene el Gobierno de Aragón. Pero cuando uno tiene responsabilidad no basta el interés, tiene que responder de las decisiones, y hasta el momento no hay ninguna decisión, y eso es lo que al ciudadano de allí le interesa, es decir, si va a poder ser atendido o no en el hospital que está al lado de su pueblo, esto es lo que le interesa

¿De quién depende? Ya está bien de que cada institución le eche la culpa a la otra. Todas tienen su parte de culpa, sin duda, pero no desvíen más responsabilidades.

En el debate sobre esta cuestión en las Cortes de Aragón, el presidente de la Comunidad, no sólo el consejero, que es del PAR, sino el presidente, señor Lanzuela, ha anunciado la solución como media docena de veces y ha tenido cuatro años para negociar y presionar; pero la culpa la tienen el Ministerio de Sanidad y el Insalud, que son los responsables de la gestión y por tanto los responsables de dar las compensaciones, si hay que darlas, a la comunidad autónoma que tiene que atender a una población que no es de su comunidad autónoma. El Insalud tiene la responsabilidad de garantizar el servicio sanitario a esos ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Aragón hasta que haya transferencias y evidentemente, tiene también su parte de responsabilidad la Comunidad Foral de Navarra. Pero es que las tres están gobernadas por el mismo partido, por el Partido Popular. Por tanto, la culpa la tienen ustedes, es decir el Partido Popular, aquí, allá y en el otro sitio, y dejen ya de decir cosas que esto es como el corro de la patata, y mientras tanto, el ciudadano no encuentra soluciones.

Es inconcebible que en una comarca en la que tradicionalmente se había prestado este servicio sanitario desde Tudela a los habitantes de allí haya fronteras en la sanidad. Pero es que hay otras soluciones, y yo le he preguntado ¿qué queda de lo que dijo el ministro en el Senado? Dio más soluciones que también el Consejo de Salud de Tarazona está exigiendo, ayer mismo, por ejemplo ampliar la frecuencia de las consultas en Tarazona. La demora, según fuentes que utilizo de documentos del Partido Popular, es de dos meses en ginecología, con más de 300 mujeres en listas de espera; o de cinco meses en oftalmología, con 600 pacientes esperando. Por tanto, hay que ampliar la frecuencia de las consultas en Tarazona, hay que ampliar especialidades en Tarazona. Se ha recuperado traumatología pero otras especialidades no. Hay que mejorar y esto lo dijo el ministro en el Senado la atención ambulatoria de especialidades en la comarca, con desplazamiento de especialistas habrá que contar, por lo menos, con una UVI móvil, que es lo que también pide el Partido Popular de Aragón; hay que construir un nuevo centro de salud. De todo eso, que es competencia suya, que es competencia del presidente ejecutivo del Insalud ¿qué hay?

Mientras tanto, los vecinos de Aragón más próximos a Navarra, como usted sabe, lo debe saber y deben estar preocupados, lo que están haciendo es empadronarse en cuanto pueden en Navarra, y hay mujeres que dan a luz en Navarra y sus hijos quedan ya empadronados allí. Esto está rebajando los censos de algunas poblaciones, por ejemplo, de Novallas, donde su Ayuntamiento ha aprobado una moción con la posibilidad de someter a referéndum la anexión de Novallas a la Comunidad Autónoma de Navarra, y da un plazo para solucionar este problema que vence a finales de este mes. No puede decir a esos habitantes y a ese Ayuntamiento de Novallas que hay interés y que desean que se solucione el problema, porque ya han tenido tiempo de demostrarlo durante cuatro años en la Comunidad Autónoma de Aragón y en tres años que ustedes llevar al frente del Insalud.

Por lo tanto, creo que en las instituciones gobernadas por el PP, en un sitio o en otro, deben de dejarse ya de marear la perdiz, dejarse ya de jugar con la salud de los ciudadanos y afrontar esta realidad, porque la verdad es que la sanidad como derecho parece que les importa bastante poco. La garantía del servicio de calidad de la atención sanitaria comarca parece, como digo, que les preocupa bien poco, e incluso por su irresponsabilidad están generando un tipo de conflictos como es un posible referéndum de anexión de un ayuntamiento de Aragón a Navarra que es inconcebible que sea provocado por una negligencia y una irresponsabilidad en la atención sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Agradezco al señor Bayona que haya leído el acta de la comparecencia del ministro en el Senado, y que haya quedado perfectamente reflejado que el ministro ha dicho exactamente lo que había ocurrido: primero, que se había elaborado un acuerdo y, segundo, que se estaba pendiente de la decisión del Gobierno de Navarra en cuanto a su suscripción. Esto es exactamente lo que el ministro ha dicho.

El ministro también decía que se iban a producir desplazamientos de especialistas a Tarazona; de hecho, los desplazamientos de especialistas a Tarazona se están produciendo, y, si es necesario, es posible que se incrementen. Por lo tanto, las obligaciones del Ministerio y del Insalud han quedado cubiertas al 100 por cien.

Le agradezco también a S.S. que por lo menos diga que hay interés, porque si lo hubiera habido interés con la misma intensidad hace mucho tiempo, es posible que este problema no estuviese planteado. Dice que ha habido cuatro años para resolverlo; yo no voy a recordar los años que ha habido para resolverlo, pero desde luego cuatro multiplicado por tres. Hay interés, pero este problema ni siquiera estaba planteado en el Insalud en el año 1996. Es posible que gracias al interés del grupo al que pertenece S.S. y especialmente al suyo propio y al de otras personas se haya planteado por primera vez insisto, por primera vez—la posibilidad de buscar una solución ante un problema que no estaba resuelto, porque, si no, no sería necesario buscar una solución, ni procedería una pregunta parlamentaria ante un problema inexistente.

Por lo que se refiere a las compensaciones, me voy con la idea muy clara: su grupo está de acuerdo con que se compense económicamente a la Comunidad de Navarra por esta asistencia. Yo creí que en ningún caso su grupo estaría de acuerdo con esta compensación económica. Si lo que usted defiende es que se haga un convenio con la Comunidad de Navarra y se le compense económicamente por atender a estas personas en su hospital es éste un elemento nuevo, y nosotros de momento teníamos muchas dificultades para jugar con él y solucionar con esta herramienta el problema.

En todo caso, seguiremos pensando cómo podemos solucionar esta cuestión, porque es muy difícil abrir una brecha en el ámbito del Servicio Nacional de Salud y que una comunidad compense a otra económicamente por atender a personas en un hospital de otra comunidad cuando se

vive en los límites territoriales entre dos comunidades. Como no había antecedentes de compensaciones económicas, entendía que su grupo parlamentario no estaría de acuerdo con este planteamiento.

En todo caso, señoría, debo decirle que el problema que usted plantea no tiene precedentes en este momento en el ámbito del Servicio Nacional de Salud; que no hay ninguna comunidad autónoma que pague a otra con dinero efectivo la asistencia de las personas, mediante compensaciones, — el acta creo que esta redactada— o se redactará, y estamos intentando buscar una solución para este problema entre todos. Me consta que el Gobierno de Navarra tiene voluntad; me consta que ha hecho obras de remodelación de ese hospital para ampliarlo, si cabe, y esperemos que habiendo voluntad se solucione este problema.

Por lo que se refiere al Insalud, le aclaro que los desplazamientos de especialistas ya se están produciendo

El señor **BAYONA AZNAR**: Si me permite, señor presidente, había aclaración. Ha existido un malentendido en mi intervención. En ningún caso he hablado de compensaciones económicas, de dinero, pero, además, en el acuerdo de financiación hay una compensación por desplazamiento para Cataluña.

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

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Si me permite S.S., decir que en el acuerdo de financiación hay un dinero para desplazamiento de Cataluña es, cuando menos, desconocerlo. Hay un dinero de desplazamientos para todos los servicios de salud del Estado. Pero el problema es si esto es un desplazamiento o no. Ése es el problema, porque desplazar significa que una persona está *in itinere*, pero aquí no se desplazan de su domicilio, están en el, pero acuden a un hospital con carácter permanente. Por lo tanto es difícil considerarlo como un desplazamiento, es decir, como un turista que va a Tudela y pide asistencia sanitaria.

En todo caso yo he entendido que usted ha hablado del término de compensación y no ha utilizado la palabra económica; por lo tanto, con la compensación es con lo que me he quedado.

— **DEL SEÑOR COROMINAS I BUSQUETA, DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE INTENCIÓN DEL GOBIERNO DE PEDIR RESPONSABILIDADES POLÍTICAS EN RELACIÓN CON LA CONVOCATORIA PARA PROVEER LA PLAZA DE CONSEJERO TÉCNICO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA. (Número de expediente 181/002336)**

— **DEL SEÑOR COROMINAS I BUSQUETA, DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE INTENCIÓN DEL GOBIERNO DE RESTITUIR EL DERECHO AL PRINCIPIO CONSTITUCIONAL DE IGUALDAD, MÉRITO Y CAPACIDAD, EN RELACIÓN CON LA CONVOCATORIA PARA PROVEER LA PLAZA DE CONSEJERO**

TÉCNICO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA. (Número de expediente 181/002337)

- **DEL SEÑOR COROMINAS I BUSQUETA, DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE PROPOSITO DEL GOBIERNO ACERCA DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO DE AUTOOTORGAMIENTO DE PLAZAS DE FUNCIONARIO EN PROPIEDAD A LOS ALTOS CARGOS. (Número de expediente 181/002338)**
- **DEL SEÑOR COROMINAS I BUSQUETA, DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE PUESTO DE TRABAJO DESEMPEÑADO EN LA ACTUALIDAD POR DOÑA MARÍA LUISA PULIDO PUENTE, PROVENIENTE DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS) Y NOMBRADA CONSEJERO TÉCNICO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA. (Número de expediente 181/002339)**
- **DEL SEÑOR COROMINAS I BUSQUETA, DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE RESPONSABLE DEL NOMBRAMIENTO DEL VOCAL REPRESENTANTE DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA EN LA COMISIÓN DE VALORACION QUE HA REALIZADO LAS PROPUESTAS PARA LA PROVISION DE LA PLAZA DE CONSEJERO TÉCNICO DE DICHA SUBDIRECCIÓN GENERAL. (Número de expediente 181/002340)**
- **DEL SEÑOR COROMINAS I BUSQUETA, DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE CANDIDATOS PRESENTADOS Y VALORACIÓN OBTENIDA EN EL CONCURSO CONVOCADO PARA PROVEER EN PROPIEDAD LA PLAZA DE CONSEJERO TÉCNICO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA. (Número de expediente 181/002341)**
- **DEL SEÑOR COROMINAS I BUSQUETA, DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO, SOBRE CATEGORÍA PROFESIONAL, SITUACIÓN ADMINISTRATIVA Y FECHA DE NOMBRAMIENTO DE LA PERSONA QUE OCUPA LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA. (Número de expediente 181/002342)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas del señor Corominas, que, según acuerdo de la última reunión de Mesa y Portavoces se refunden, puesto que todas son sobre un mismo tema, en una sola pregunta, contando con la generosidad de la Presidencia, por la también generosi-

dad del señor Corominas, al proponer que se debatiesen en el día de hoy, sin estar calificadas por la Mesa todavía.

Tiene la palabra el señor Corominas, rogándole que no se extienda demasiado, aunque intentaré ser todo lo generoso que pueda.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Evidentemente, vamos a refundir en un único turno las siete preguntas que hay porque hacen referencia a un mismo tema. Pienso que incluso al señor Núñez Feijóo le va a ser más fácil responder globalmente a todo el paquete de cuestiones, dado que esta serie de preguntas hace referencia a una orden que firmó el ilustrísimo señor secretario general de Asistencia Sanitaria, el 15 de julio de 1998, convocando una provisión de una serie de puestos de trabajo en el Ministerio de Sanidad y Consumo. En concreto, se convocaba también una plaza de consejero técnico de la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. Por lo tanto, las preguntas hacen referencia a esta cuestión.

Yo no sé si en esta primera intervención aunque es necesario extenderse más. Pienso que están claras las preguntas, y yo esperaré la respuesta del señor Núñez Feijóo para hacer la intervención, tal como están en el orden del día es, el orden inverso al que me interesaría.

La primera pregunta que querría que el señor Núñez Feijóo nos aclarara cuál es la categoría profesional, situación administrativa y fecha de nombramiento de la persona que ocupa en estos momentos la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. Después, vienen los temas referentes al concurso que se ha desarrollado.

No deja de sorprender en esta convocatoria lo digo hoy aquí al hilo de otras cuestiones que se están debatiendo que, como es habitual, se aprueben una serie de normas y, después, sin discusión parlamentaria son modificadas por la vía habitual en estos tres años de gobierno del Partido Popular, que es la introducción de enmiendas en la Ley de acompañamiento. El punto primero de la convocatoria dice explícitamente que se convocan estas plazas de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 30 del año 1984, en su apartado c), introducido por la Ley 13 de 1996, de 30 de diciembre, que era la Ley de acompañamiento de los presupuesto del año 1996.

Según esta introducción del apartado c) en dicha ley han convocado este concurso, por el que los puestos en la provincia de Madrid exclusivamente pueden acceder unos determinados colectivos de funcionarios, mientras que el resto de plazas, que no son en Madrid, para puestos situados en otras provincias distintas de Madrid, podrán participar todos los funcionarios sin ninguna limitación por razón del Ministerio en el que presten sus servicios. Repito que esto no sucede para los de Madrid que se queda limitado a un determinado grupo de funcionarios.

En todo caso, en función de las respuestas, y en aras la brevedad que decía el señor presidente, me reservo para el segundo turno el poder ampliar mi intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Al diputado interpelante le agradezco la generosidad de compendiar las siete cuestiones e intentaré responderlas en el orden en que S.S. las ha mencionado contestare acerca de la situación administrativa de la persona que ocupa el cargo de la Subdirección General de Planificación e Información y, posteriormente, a las preguntas relacionadas con el procedimiento de resolución del concurso.

En cuanto a la plaza de subdirector, ante todo tengo que decir, como me imagino que S.S. sabe, que la situación administrativa de la persona que ocupa el cargo de subdirector general de Planificación e Información obedece a lo siguiente. El 31 de Julio de 1997 la subdirectora que en aquel momento cubría esta plaza presentó su cese a petición propia o, dicho de otra forma, presentó su dimisión lo que supuso, la necesidad de buscar una persona que cubriese esa vacante que se producía a partir de ese momento.

Es evidente que los puestos de subdirección tienen su cierta importancia, es evidente también que se veía la necesidad, como se ve normalmente, de buscar la mayor continuidad en la relación del ejercicio de estos puestos y se buscó a alguien que, teniendo capacidad para ello, hubiera o estuviese formando parte del equipo de esa subdirección. Por esta razón el perfil de una de las funcionarias, exactamente la que usted explícita en alguna de sus preguntas, cubría ampliamente las necesidades y se le propuso por parte de la Dirección General oportuna que cubriese esa plaza. La respuesta de esta funcionaria en principio fue negativa, ya que no tenía interés en cubrir una plaza de mayor responsabilidad. Desde el mes de Julio hasta el mes de noviembre esa plaza permaneció vacante y, posteriormente, en el mes de noviembre esta persona aceptó dicho nombramiento con una condición, que el mismo no se hiciese con carácter permanente y se utilizase el procedimiento de comisión de servicio, es decir, un procedimiento de adscripción temporal al desempeño de esa plaza. Así, provisionalmente, repito, aceptó cubrir la Subdirección General, hecho que ocurre desde ese momento hasta la actualidad.

Por lo que se refiere a las preguntas del concurso de méritos, a los que ha hecho referencia el señor Corominas, como usted sabe, señoría, el 15 de julio de 1998 fue convocado por orden ministerial un concurso para la provisión de puestos de trabajo, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 1 de septiembre del mismo año. Como también usted sabe, señoría, estos puestos de trabajo que se someten a concurso ascienden a 147, con un amplio abanico de niveles de complemento de destino, desde el nivel más bajo, 10, adscrito a los funcionarios del grupo E, normalmente ocupado por la categoría de subalternos, hasta el más alto, que es el 28, aunque hay algunos concursos que incluso llegan hasta el nivel 29, en este caso hasta el 28 que hace referencia a los funcionarios del grupo A.

Las bases de la convocatoria lógicamente contienen los aspectos normalizados que exige la normativa, es decir, plazo de solicitudes; constitución de la Comisión de valoración; acreditación de méritos; procedimiento de resolución del concurso.

Por lo que se refiere al baremo, éste se concreto a los méritos presente en los reglamentos, no en las leyes, las

leyes dicen pocas cosas sobre los baremos, y en este caso el reglamento vigente es el de provisión de ingreso del personal al servicio de la Administración general del Estado y de provisión de puestos de trabajo, que, como S.S. sabe, data de marzo de 1995. Como ustedes saben se conjuga la valoración de una serie de méritos de carácter general ligados a la vida administrativa de los aspirantes, como son la antigüedad, el grado personal, el nivel de complemento de destino el puesto de trabajo desempeñado, los cursos de formación, el desempeño de puestos de trabajo en la misma área de actividad y otros méritos específicos adecuados a las características de cada puesto de trabajo.

Los méritos específicos fueron elaborados a propuesta de los distintos centros directivos, como conocedores y responsables de las características concretas de cada uno de sus puestos, y las bases fueron informadas, como siempre, por el órgano directivo de la Administración general del Estado competente, que no es otro que la Dirección General de la Función Pública del Ministerio de Administraciones Públicas. Este concurso fue resuelto por otra Orden Ministerial, la de 29 de diciembre de 1998, publicado en el Boletín Oficial de 19 de enero de 1999. Es evidente que en este procedimiento se ha respetado, a Juicio de la Administración, claro está, todos los principios constitucionales, y es evidente que la Comisión de valoración ha levantado todas las actas que conllevan sus trabajos y que se comprendían en 34 actas correspondientes a cada una de las reuniones celebradas a lo largo del proceso por la referida Comisión de Valoración.

En cuanto al vocal representante de la Dirección General de Planificación e Información Sanitaria, acerca del que a S.S. le interesa saber, es un funcionario del cuerpo de la escala de médicos inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la administración de la Seguridad Social, que creo que ostenta un nivel 28 en el ámbito del Insalud, perteneciendo a esta escala, y éste es el vocal, junto con tres funcionarios de la Subdirección General de Gestión. Lógicamente los responsables de las organizaciones sindicales que participaron en la Comisión de valoración fueron los que, conjuntamente y de absoluto acuerdo en cada una de las decisiones, resolvieron el concurso.

Los candidatos que se presentan a la plaza de consejero técnico o jefe de área, no recuerdo exactamente, a la que usted hace referencia, han sido tres, y sus nombres como es natural los tengo a su disposición por si tuviese algún interés en conocerlos. Los tres candidatos obtienen las siguientes puntuaciones: el primero 5,20; el segundo 10,92; y el tercero 21,12. Según el baremo acreditado por esta Comisión de valoración hay un tercero que no tiene dudas, tiene mayor puntuación que los dos anteriores, y es al que la Comisión de valoración propone la adjudicación de la plaza.

También le interesa saber a S.S. qué puesto de trabajo desempeña actualmente la persona que obtuvo esta plaza por concurso y, como le decía, persisten las mismas circunstancias anteriores al concurso, ya que la Subdirección General está vacante, y posteriormente a la toma de posesión como consejero técnico, que era la plaza que había salido a concurso, y persistiendo esas circunstancias, se autorizó una nueva comisión de servicio para el puesto de Subdirector General. Como usted sabe las comisiones de

servicio se pueden utilizar tanto para los puestos que se obtienen por concurso, con obligación de sacarlos a concurso posteriormente, como para los puestos que se puedan obtener por libre designación.

Otra de sus preguntas, señoría, es la relativa a si se va a continuar con este procedimiento de autootorgamiento de plazas de funcionarios en propiedad a los altos cargos. Estamos hablando del concurso de méritos, señoría, y, como usted sabe, es el procedimiento más reglado de los dos que tiene la Administración Pública para la cobertura de puestos de trabajo; es el procedimiento, insisto, más reglado de los que se puedan utilizar y, por consiguiente, creemos que mal se compadece el calificativo de autootorgamiento con un concurso de méritos a través de una convocatoria pública en el Boletín Oficial del Estado y a través de una Comisión de valoración como a la que hemos hecho referencia.

Sin duda S. S. también conoce que el puesto de subdirector general en ningún caso es un puesto de alto cargo, Por eso permítame recordarle que las leyes, y en este caso la última de las leyes que regula este asunto, que es la Lofage, en el artículo 2, apartado 2, excepciona de los puestos de alto cargo; a los subdirectores y asimilados. Por consiguiente, no estamos hablando de altos cargos, no estamos hablando de que haya participado en un concurso un secretario de Estado, un subsecretario, o un director general, sino un funcionario que ocupaba un puesto en comisión de servicio en una subdirección general y que tenía todo el derecho del mundo a participar en cualquier concurso de méritos que se produjera en el ámbito de la Administración pública.

Por último señoría, sobre si piensa el Gobierno pedir responsabilidades políticas al responsable de la situación irregular de la mencionada convocatoria, he de decirle que es muy difícil pedirles responsabilidades políticas a las personas que han entrado en esa Comisión de valoración, porque desde luego en ningún caso van a incurrir en ellas. Si esa convocatoria, a su juicio, no merece su aprobación, tomaremos nota; pero desde luego es una convocatoria visada por los órganos de la Administración del Estado y se ajusta al reglamento de provisión de puestos de trabajo del año 1995.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Después de estas informaciones podemos profundizar un poco más en el tema.

Usted ha confirmado que la subdirectora general es la que alcanzó la plaza de consejero técnico de su propia Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria y que continúa desempeñando las funciones de subdirectora general y no de consejera técnica. Esto me parece que ha quedado claro de su exposición. Simplemente quiero señalarle dos o tres cuestiones, para después entrar en otras.

El motivo de la convocatoria dice: vacantes puestos de trabajo en el Instituto Nacional de la Salud, dotados presuntamente, cuya provisión se estima conveniente en atención a las necesidades del servicio. Poca necesidad del servicio debe haber cuando continua vacante la plaza de consejero técnico, porque si está desempeñando las funcio-

nes de subdirección general no está desempeñando las de consejero técnico.

En cuanto a que se han cumplido los trámites legalmente establecidos, no lo pongo en duda Pero me gustaría señalar otro hecho, y es que en el anexo a la propia orden ministerial pone: Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria, plaza de consejero técnico. Descripción del puesto: diseño, desarrollo y mantenimiento de sistemas integrados de información y estadísticas sanitarias del Insalud; coordinación con los sistemas de información de otras unidades de servicios centrales. gestión y análisis de la información sanitaria, planificación de estructuras físicas, su desarrollo funcional y planes de necesidades. Y en los medios específicos que se valoran en la convocatoria se dice lo siguiente, que no deja de ser sorprendente: experiencia en servicios centrales. Por tanto, sólo puede baremarse estos méritos. También se dice: Diseño e implantación de sistemas integrados de información sanitaria, incluidos los nuevos modelos de gestión, con cuatro puntos; diseño e implantación del sistema de clasificación clínico-administrativa de pacientes y modelos de financiación aplicados a los mismos, con tres puntos diseño, negociación, seguimiento y análisis de contratos-programas de atención especializada, estudios comparativos de recursos, actividad, listas de espera, CNMD y financiación, con tres puntos más. En total son diez puntos de méritos específicos, que son las funciones que como subdirectora general está realizando precisamente esta funcionaria.

Además, la plaza en la Subdirección General, que debe ser importante y que realiza una serie de funciones, usted dice que ha estado vacante unos meses; todo el año 1998 ha estado cubierta por esta persona que está además en comisión de servicios, como dice la resolución que usted mismo ha comentado. No se atrevieron a poner que estaba en comisión de servicios en el Insalud-supongo que para encubrir un poco más el resultado-sino que pone que su servicio es el Sergas. Es decir, es una funcionaria del Sergas en comisión de servicios en la Subdirección General de Planificación y a la cual ahora le dan una plaza de funcionaria como consejera técnica de la propia Subdirección General. Yo no sé si esto es regular o irregular o si hay que pedir o no responsabilidades, por eso le solicitaba información, porque usted es la persona más capacitada para determinarlo, pero cuando menos queda muy poco estético que la persona de la máxima responsabilidad en su área, la subdirectora general, vaya a un concurso de consejera técnica de su Subdirección General con unos baremos específicos en que se prima la labor que está haciendo. No me sorprende que haya sacado 21 puntos en la valoración que ha hecho el tribunal, sin que haya ningún elemento extraño, simplemente porque esto, dicho de modo muy corriente, es hacer un traje a medida de la persona a quien se quiere dar una plaza de funcionario.

Por tanto, no se ha mantenido una situación correcta. El que a una persona —y no la conozco, ni tampoco su historia, ni me intereso personalmente por ninguno de los candidatos, sino por lo que de estética tiene toda esta tramitación— que ustedes se han traído del Sergas, del Servicio de Salud Gallego, que está en comisión de servicios en el Ministerio de Sanidad y Consumo le den ahora una plaza de funcionaria en el propio Ministerio —supongo que para

garantizar no sé qué— no sé si es de recibo; y qué dirían ustedes en circunstancias opuestas. No sé qué hubieran hecho ni qué hubieran dicho, porque por mucho menos se montaban unas trifulcas de mucho cuidado.

Por tanto, le rogaría que profundizara un poco más en el espíritu de las preguntas, porque se ha limitado casi a leer la convocatoria y unos baremos, que están en el Boletín Oficial del Estado y que, evidentemente, también los tenemos. Ése no era el objeto de las preguntas, sino profundizar en estos temas.

Resumiendo —y con esto termino, señor presidente—, en cuanto a las preguntas, la plaza continúa vacante o cubierta interinamente, como debía estar antes. La propia subdirectora general concurre a una plaza de Subdirección General. Le preguntaba no quién había sido el vocal, sino quién propuso a este vocal, si es un vocal de la Subdirección General o de la Dirección, si lo propuso la propia subdirectora general o no lo propuso ella. Por eso, me he permitido antes hacer la afirmación de que da más la impresión de un autootorgamiento que no de un concurso de con igualdad de mérito capacidad, etcétera, que son los requisitos que la ley establece, No entro en valoraciones de irregularidades, que no creo que hayan existido, porque se han ajustado a lo que la ley ha establecido, porque para eso van modificando cuando les conviene, como le señalaba al principio, a través de la Ley de acompañamiento, aquellos aspectos que más les interese después aplicar. A veces no se sabe bien por qué introducen las modificaciones, pero al cabo de unos meses o un año sabemos por qué las han hecho; no es la primera que hay. Nos ha sorprendido que esta funcionaria, jefe de servicio del Sergas, esté ahora en una plaza de consejera técnica de la Subdirección General, con lo cual supongo que, evidentemente, ha renunciado, porque así lo establece la convocatoria, a su plaza de jefe de servicio del Sergas y que piensa quedarse en Madrid, continúe o no continúe el equipo actual del Ministerio y el propio Gobierno del Partido Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Empezando por el final, no sé si lo tiene pensado o no, pero yo le propondría que si alguna vez tiene ocasión de contar con esa persona lo haga, porque seguro que no se va a equivocar; seguro que si cuentan, ustedes con ella, habrá acabado el estigma de procedencia.

Esta persona no es una funcionaria del Sergas, es una funcionaria de un cuerpo nacional, del Cuerpo de Médicos Titulares y, por tanto, fue destinada al Sergas como otra cualquiera. En consecuencia, ese planteamiento podía ser a la inversa. No sé cómo no se ha hecho esta pregunta en el Parlamento de Galicia, cómo es posible que el Sergas traiga una funcionaria de la Administración del Estado para ocupar un puesto en el Sergas. Al principio esta funcionaria pertenecía a la Administración del Estado, posteriormente se va al Sergas y, luego, regresa a la Administración del Estado. Parece que su paso por el servicio público sanitario de Galicia pudiese conllevar algún planteamiento inadecuado, pero no es así. Un fun-

cionario de un cuerpo nacional se desplaza a una comunidad autónoma y, posteriormente, a través de otro procedimiento, vuelve a la Administración del Estado. Esto es lo que se llama el concurso de traslados entre administraciones públicas.

También parece que el problema es que esta funcionaria no ha querido ser subdirectora general, porque podía haber obtenido una plaza en su dirección general, desde luego de mayor retribución y consolidando el complemento de destino superior a la plaza que obtuvo a través del concurso; si hubiese ocupado la plaza de subdirectora general no hubiera habido ningún problema. El problema es que esta persona ha dicho que no quería desempeñar el cargo de subdirectora general y desde el principio ha dejado claro que quiere permanecer en la esfera de puestos de trabajo de menor nivel.

Por otro lado, la experiencia en servicios centrales es algo que parece razonable pedir, toda vez que estamos hablando de la cobertura de las plazas más importantes que un funcionario puede obtener en una administración pública, es nada más y nada menos que un nivel 28. Si no se pide conocimiento en el puesto de trabajo que va a desempeñar, obviamente habría dificultades para buscar el perfil más adecuado.

También quiero decirle que no se ha hecho según una normativa nueva. Se ha hecho según un real decreto del año 1995. Por consiguiente, ese real decreto es el que regula la provisión de puestos de trabajo.

Quiero decirles que seguro que si alguno de los miembros de la comisión de valoración opinasen lo mismo que S.S. hubiesen hecho alguna reserva en el acta, y ni los miembros de la Administración como los de las organizaciones sindicales han hecho una sola reserva en el acta. También tengo que decirle que sorprende que ante el mismo concurso de méritos que afecta a 147 personas S.S. míterpele sobre una, cuando el concurso de méritos es semejante en todas las consejerías técnicas y del nivel 28. Seguro que disponiendo del dato de que esta persona proviene de un cuerpo nacional es posible que la sospecha de que ha sido transferida de la Comunidad Autónoma de Galicia, disminuya. Por consiguiente, queda acreditado que un funcionario de la Administración general del Estado puede ubicarse en una plaza de una comunidad autónoma y, posteriormente, volver a la misma Administración general del Estado.

Pregunta que quién propuso al vocal. Supongo que lo propondría la Dirección General respectiva. ¿Quién es ese vocal? Insisto, es una persona que ocupa un puesto con un nivel semejante y creo recordar que es de una Dirección General distinta; en ningún caso es de la misma Subdirección General de la que estamos hablando.

Por último, creo que han sido respondidas todas y cada una de las cuestiones que usted me pregunta. Si es importante cubrir una plaza como consejero técnico, también es muy importante no dejar vacante la plaza de la Subdirección General. Quiero insistirle en que si esta persona quisiese al final optar a la plaza de subdirector general, desde luego contaría con todo mi respaldo para obtener esa plaza, que es de libre designación. Por consiguiente, todas y cada una de las cuestiones que S.S. ha concretado en el día de hoy dejarían de ser novedosas, en el entendimiento de que

ya no ocuparía la plaza que obtiene, entiendo que legítimamente, a través de un concurso de méritos reglado y similar para las 147 personas que participaron en el mismo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, he intervenido brevemente y tengo tiempo acumulado, por lo que le solicito que me conceda la palabra.

El señor **PRESIDENTE**: Si esa era una estrategia que tenía pensada, no terminaríamos nunca.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: No, quiero intervenir por alguna de las cosas que ha dicho el señor Núñez Feijóo. Además, señor presidente, según el Reglamento del Congreso, que se está aplicando con generosidad, dispondría de 70 minutos para formular estas preguntas y sólo he consumido diez o quince minutos.

El señor **PRESIDENTE**: No fue ese el espíritu con que usted planteó hoy la comparecencia para formular estas preguntas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Si me lo permite, serán dos minutos para puntualizar dos cuestiones que ha planteado el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE**: Dos minutos para dos cuestiones puntuales.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Usted se extrañaba de que le preguntáramos por esta plaza. Le he preguntado porque es la subdirectora general y concursa a una plaza de su Subdirección General; se la lleva, no la ocupa y continúa siendo subdirectora general. Esta es la incongruencia.

Segundo, yo no he hecho elucubraciones sobre el Sergas. En la orden que usted publica dice: Consejero técnico, nivel 28, grupo A; localidad, Madrid; centro directivo, Sergas; jefe de servicio. Por tanto, es jefe de servicio del Sergas y está en comisión de servicios, porque hasta que ha cambiado a la plaza de consejera técnica de la Subdirección General, continuaba estando adscrita al Sergas; es decir, que estaba aquí en comisión de servicios. Por tanto, me parece que no puede negar esta situación. ¿Que ahora quiere volver a Madrid y había esta plaza? Lo que me gustaría sería saber si realmente era precisa o no la cobertura de esta plaza de consejero técnico, como dice la orden ministerial. Usted dice: que se estima conveniente en atención a las necesidades del servicio. Parece que no hay necesidades del servicio cuando no se ha cubierto esta plaza, simplemente se ha adscrito a una persona que la tiene ahora en propiedad pero no la ejerce, puesto que está ejerciendo otra plaza que es la de subdirectora general. Este es el problema.

No hemos preguntado por el resto de personas del concurso, claro que no, porque no hemos detectado que haya otras situaciones como ésta. Si hay otras y las detectamos, le preguntaremos por las otras, pero es que es una persona que no quiere ocupar una plaza de subdirectora general,

que lleva un año y medio ejerciendo de subdirectora general, que gana una plaza de consejera técnica y continúa actuando como subdirectora general; que venga Dios y lo vea. Yo no lo entiendo, por eso se lo preguntaba.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Señor Corominas, creo que el tema está tan claro que es muy difícil darle vueltas. Usted está en su perfecto derecho de preguntar: dado que viene una persona del Sergas y dado que ocupa una plaza de subdirector, cómo es posible que participe en un concurso y que posteriormente vuelva otra vez a la Subdirección. Ese es el planteamiento y es un planteamiento que en principio suena. Cuando se observa el contenido de ese planteamiento, resulta que se lleva uno varias sorpresas en el sentido de que si esta persona tuviese algún interés desmedido en ocupar plazas de mayor rango, de mayor impacto económico, evidentemente lo hubiera podido hacer. Segundo, el planteamiento de esta persona, que admitió la institución, es que no quería ocupar la Subdirección General, que se quedaría en su puesto técnico y que participaría en la provisión de puestos reglamentariamente establecidos. El procedimiento para quedarse en la Administración general del Estado, como S.S. conoce, es mucho más sencillo desde la Subdirección; mucho más sencillo. Una persona ocupa una plaza de libre designación en una Subdirección General y, al cabo de dos años, una vez que se le cese, la Administración ha de buscarle un puesto del mismo nivel, dos niveles menos de complemento de destino, y se quedaría en la Administración general del Estado. Por tanto, ¿cuál es el ánimo espurio que puede tener esta persona cuando puede hacer lo mismo manteniéndose en la Subdirección General? ¿Cuál es el ánimo espurio que hay aquí?

Le vuelvo a reiterar, señoría, que no es lo mismo que participen en los concursos altos cargos que participen funcionarios. Y le vuelvo a decir que esta persona no es secretario de Estado ni subsecretario ni director general, es un funcionario público de un cuerpo nacional que en principio estaba fuera de la comunidad gallega, que posteriormente optó a una plaza en esa comunidad y que después regresó a su Administración de origen. Por consiguiente, señoría, es exactamente igual que miles o centenares de funcionarios que se desplazan a comunidades autónomas y que posteriormente vuelven a su Administración de origen y que utiliza el procedimiento más reglado de todos los que tiene la Administración, que es un concurso de méritos. Esto es exactamente lo que ocurrió. Espero, señoría, haber satisfecho, al menos en parte, su curiosidad. He traído toda la documentación de las personas que se han presentado por si S.S. tiene interés en comprobar si se ha hecho alguna cosa de forma incorrecta o poco usual, aunque entiendo que se ha hecho de forma correcta y lo avala la comisión que se ha encargado de baremar esta plaza y las 146 restantes de este concurso.

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) (NÚÑEZ FEIJÓO) PARA INFORMAR SOBRE EL NIVEL DE CALIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO (HUESCA). A SOLICITUD DEL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 212/001827)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasarnos al siguiente punto del orden del día: Celebración de las siguientes comparecencias. En primer lugar, comparecencia del presidente del Instituto Nacional de la Salud para informar sobre el nivel de calidad asistencial en el hospital de Barbastro, Huesca. Su autor es el Grupo Socialista.

Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Conforme a la comparecencia solicitada por el Grupo Socialista, pasaré a informar sobre los niveles de calidad asistencial del hospital de Barbastro, en la provincia de Huesca. **(El señor vicepresidente, Alcalde Sánchez ocupa la Presidencia.)**

Entiendo que para poner la pregunta en el contexto adecuado es necesario explicar las características básicas de este hospital. Como ustedes saben, es un hospital comarcal, dentro de la clasificación de hospitales del Insalud, del grupo 1, que tiene una población adscrita de 100.387 habitantes; que da servicio, desde el punto de vista de la óptica médica, a las especialidades médicas comunes en estos hospitales: cardiología, dermatología, digestivo, hematología, medicina interna, etcétera; que da también respuesta a las especialidades quirúrgicas normales en estos hospitales: cirugía general, traumatología, cirugía ortopédica, urología, oftalmología, otorrinolaringología, obstetricia, ginecología y pediatría; que cuenta con 165 camas instaladas; y que cuenta con cinco quirófanos, dos paritorios, un hospital de día oncohematológico y un servicio de urgencias.

La plantilla de personal la forman 499 personas, de las cuales 92 son facultativos, 267 sanitarios no facultativos y 140 personal no sanitario.

En cuanto a los indicadores de facultativos en relación con las ratios que tradicionalmente se utilizan en las comparaciones de los hospitales, el número de facultativos por cama es de 0,6, cifra sensiblemente superior a la media del Insalud, que está en 0,5; el número de sanitarios no facultativos está justamente en la media del Insalud y el número de personal no sanitario por cama se sitúa en 0,8, una décima por debajo de la media del Insalud para este grupo de profesionales, que está en el 0,9.

Su señoría puede, tener interés en conocer la evolución de la actividad del hospital en estos últimos años, concretamente en los tres últimos años (1996, 1997 y 1998). Se la expondré brevemente. El número de urgencias atendidas en el año 1996 fue de 23.895; en el año 1997 se atendieron 2.800 urgencias más, es decir 26.679; y en el año 1998 se atendieron 28.322, lo que supone 1.700 urgencias más que en el año 1997 y 4.500 urgencias más que en el año 1996. En cuanto a la actividad quirúrgica, en el año 1996 se hicieron 3.462 operaciones y en el año 1998 se realizaron 4.277, lo que supone un incremento del 20 por ciento en relación

con el año 1996 y del 5 por ciento en relación con el año 1997. En la cirugía mayor ambulatoria hay que decir que este hospital, en el año 1996, prácticamente no hacía cirugía mayor ambulatoria, concretamente se habían contabilizado 62 procesos, y en 1998 ha conseguido hacer 400 procesos más, exactamente 460 sobre los 62 que hacía tan sólo dos años antes. Las consultas han sufrido un importante incremento; se han efectuado 7.000 consultas más que en el año 1996 y 4.000 consultas más que en el año 1997; en 1998, el cómputo global de consultas ha ascendido a 30.509. La estancia media, sin duda un indicador de eficiencia en la utilización de los recursos públicos, ha bajado una décima, 7,2 frente al 7,3 del año 1996, y el índice de ocupación se ha mantenido en un comportamiento similar, en el año 1996 estábamos en el 78,4 y ahora nos movemos en el 80 por ciento.

En cuanto al nivel de complejidad, que sin duda es uno de los grandes indicadores de todos los centros sanitarios, es decir si el hospital está perdiendo patologías de complejidad y las está derivando a otros centros o si por el contrario asume cada vez patologías de mayor complejidad, hay que decir que el hospital de Barbastro es uno de los que está sensiblemente por encima de la media de los hospitales del Insalud; así, su nivel de complejidad es del 1,32 mientras que la media del grupo 1 es del 1,17.

Otro de los indicadores, junto con el nivel de complejidad, es la respuesta en cuanto a las demoras. En 1996, la lista de espera del hospital de Barbastro era de 1.348 personas, de las cuales 206 esperaban más de seis meses. La lista, a diciembre de 1998, es de 350 personas menos, se ha pasado de 1.348 a 1.012, y de 206 personas que esperaban más de seis meses se ha pasado a cero; ninguna persona, en el hospital de Barbastro, está esperando más de seis meses para una intervención quirúrgica.

En lo relativo a los objetivos de calidad, señoría, Intentaré explicar de forma resumida dos grandes objetivos, los que se refieren a la mejora de la calidad percibida por los pacientes y los que se refieren a la mejora de la calidad científico-técnica de la actividad del hospital. Como conclusión preliminar hay que decir que existen buenos indicadores de calidad en este hospital. En el cien por cien de los servicios de este hospital hay horario de información a pacientes, frente al 94 por ciento de media de los hospitales del grupo 1; el porcentaje de altas con informe es del cien por cien, frente al 96 por ciento de media de los hospitales del grupo; el porcentaje de consentimiento informado es del 91 por ciento, frente al 84 por ciento de media. Sin embargo, hay un indicador que hemos de mejorar, que es justamente el porcentaje de reclamaciones contestadas por escrito antes de 30 días; así, mientras la media está en el 88 por ciento, en el hospital de Barbastro está en el 33 por ciento, por consiguiente, es un indicador, dentro de todos los indicadores de calidad, que hemos de mejorar.

Por lo que se refiere a la calidad científico-técnica, dos parámetros. Por ejemplo, en infección nosocomial el resultado es el mismo que la media del Insalud, situándose este hospital en un grado muy razonable; en profilaxis antibiótica, el porcentaje de este hospital alcanza el 94 por ciento y la media de los hospitales de este grupo es del 84 por ciento.

Por consiguiente, con carácter general, en nuestra opinión, este hospital funciona cada vez mejor, funciona adecuadamente, mantiene niveles asistenciales de calidad por encima de la media de los hospitales de su grupo, pero es evidente que, en este y en otros hospitales, tenemos que seguir trabajando para mejorar la utilización de los servicios sanitarios públicos con que cuentan los ciudadanos de aquellas comarcas que son atendidos en el hospital de Barbastro.

En cuanto a las acciones de los años 1996, 1997 y 1998, las más sobresalientes son las siguientes. En 1997 se decide por primera vez ampliar la cartera de servicios de este hospital y se crean dos servicios nuevos, las unidades de dermatología y de oncología. Esto se hace con una doble vertiente; por una parte, para evitar los innumerables desplazamientos de las 100.000 personas que atiende el hospital a Zaragoza o a Huesca para recibir estos servicios, y, en segundo lugar, con la intención de incrementar y consolidar la cartera de servicios del hospital. Así, el servicio de dermatología ha evitado que más de 7.170 pacientes tuviesen que ser derivados a Zaragoza o a Huesca, y en la unidad de oncología médica alrededor de 2.900 pacientes han sido vistos en este hospital, pacientes que anteriormente serían referidos a las provincias de Zaragoza o de Huesca.

Por lo que se refiere a los planes de necesidades, se ha incrementado la tecnología instalada en el hospital. Se ha comprado un láser Yag, que evita desplazamientos a Zaragoza; se han adquirido dos ecógrafos obstétricos para cada uno de los centros de especialidades de Fraga y de Monzón, para evitar el desplazamiento de estos centros de especialidades al hospital de Barbastro, y se ha adquirido un mamógrafo digital estereotáxico. También se ha adquirido un TAC helicoidal, cuya instalación está pendiente que, como usted se puede imaginar, evitará los miles de desplazamientos que en este momento se están realizando fuera del hospital para realizar una de las pruebas de radiología que cada vez se utiliza más. Se ha adquirido un TAC de última generación, un TAC helicoidal, frente a los TAC convencionales que existen en la mayoría de los hospitales del Insalud.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Alcalde Sánchez): Por parte del grupo solicitante de la comparecencia, tiene la palabra el señor Morlán.

El señor **MORLÁN GRACIA**: Muchas gracias, señor Núñez Feijoó, por los datos estadísticos que nos ha dado relativos al funcionamiento del hospital de Barbastro, pero la sanidad tiene que ver mucho con las personas y los datos estadísticos únicamente son un mero reflejo de la realidad, y me da la impresión que esa realidad no coincide cuando las personas no están de acuerdo con la misma. Me explicaré.

En la provincia de Huesca, como usted bien sabe, existen dos centros hospitalarios del Insalud, uno es el hospital San Jorge de Huesca y otro el hospital de Barbastro, además de otros que están concertados con el Insalud. Curiosamente, en el hospital San Jorge de Huesca, en cuya inauguración usted estuvo presente, o en el corte de cinta, cuando se acabaron las obras del plan director, con todas las dificultades que ha habido, con todos los problemas que trae consigo una remodelación integral como la que se ha producido en ese hospital, con todas las carestías y con todas las deficiencias que se pueden producir en la presta-

ción de esos servicios, indudablemente no ha ocurrido lo que ha sucedido en el hospital de Barbastro.

Usted ha dibujado un paraíso bucólico y pastoril del centro hospitalario de Barbastro; ojalá fuera así, me gustaría muchísimo que fuera así, pero en ese caso no ocurriría lo que está pasando en la mitad de mi provincia. Yo no entiendo que en la mitad de mi provincia, desde que en un momento determinado se quiere poner en marcha la unidad de mama del hospital de Barbastro, en 1997, se produzca el cese de dos ginecólogos porque al parecer había intereses en que esa unidad funcionara de otra manera y con otros médicos, y se produzca además el cese de un jefe de sección de ginecología de ese hospital que no se ha cubierto todavía y a lo que luego me referiré. A partir de ese momento se produce en la mitad de la provincia un movimiento social importante que comprende a 80 asociaciones y colectivos, y se recogen unas 20.000 firmas. Resulta que de esos 100.000 habitantes que usted dice que están cubiertos por el hospital de Barbastro hay 20.000 que están dispuestos a firmar en contra de la calidad de la asistencia sanitaria de ese centro hospitalario. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Aquí no hay persecución ni ninguna cosa rara ni especial, como decía el señor Villalón en una de sus manifestaciones, como si todos fuéramos contra él, aunque cuando el río suena agua lleva. Lo que aquí hay por parte de un conjunto de ciudadanos de la provincia de Huesca es una inquietud sobre el funcionamiento de un hospital, en concreto, sobre el funcionamiento del servicio de ginecología. Luego hay otros problemas del propio hospital que, bajo nuestro punto de vista, tienen que ver con la calidad que se ofrece a los ciudadanos de la zona que comprende el hospital. No entendernos cómo, después de haberse producido esta situación en un servicio del hospital, ahora se da la impresión de que no sucede nada y que el hospital de Barbastro es de lo mejor que funciona en nuestro país. Ya le digo que ojalá fuera así, porque eso supondría que la mitad de la provincia de Huesca estaría contenta con el funcionamiento de estos servicios, concretamente con el de ginecología.

En el año 1997 ustedes cesan a la jefa de la sección de ginecología. Si mal no recuerdo, fue en febrero de 1997 y ahora estamos en abril de 1999, por lo que han pasado dos años. Ustedes, a una pregunta que yo les formulé sobre el nombramiento del responsable del servicio de ginecología, cuya respuesta he recibido ayer o anteayer, me dicen lo siguiente: La comisión mixta del hospital de Barbastro tiene previsto reunirse próximamente, y uno de los puntos del orden del día es la notificación de la convocatoria de las jefaturas del servicio de obstetricia y ginecología, aparte de radiología y cirugía. En esta reunión se designarán los miembros nonatos que habrán de componer la comisión de selección, después se procederá a la convocatoria y luego a la nominación. Es decir, vamos a llegar al final de esta legislatura sin que se haya nombrado un responsable de este servicio, y qué casualidad que hayan pasado tres años y ustedes me digan que funciona bien dicho servicio y que aquí no pasa nada. Pues cuando en dos años y pico o tres no ha pasado nada, es que hay dos cosas: o bien que alguien dirige el servicio bajo mano sin que esté nombrado porque le apetece esa plaza y no la consigue, o bien que ustedes

están imposibilitados para cubrirla por circunstancias que no tienen nada que ver con el funcionamiento del servicio.

A mí me preocupan las contestaciones que ustedes le dan al Defensor del Pueblo. Cuando hace un tiempo la mesa permanente de la calidad del servicio de la asistencia sanitaria del hospital de Barbastro se dirigió al Defensor del Pueblo en Aragón, contestaron que próximamente se iba a solucionar el problema. resulta que ha pasado un año desde que ustedes lo dijeron hasta que el tema se va a solucionar.

Usted me sigue hablando del buen funcionamiento de esta comisión, pero hay unos aspectos que me preocupan. Me preocupa el que hace un par de meses todos los sindicatos del hospital no estuvieran de acuerdo con su funcionamiento y con la calidad ofrecida por el mismo. Sin embargo, haciendo una comparación con Huesca, el hospital de San Jorge de Huesca, que ha tenido muchísimas dificultades y muchísimos problemas para funcionar porque durante cuatro años ha estado pendiente de esa remodelación, no ha tenido ningún problema con los sindicatos, los cuales dicen —permítame que se lo lea— lo siguiente en cuanto al hospital de Barbastro: No entendemos el continuo deambular de los profesionales por los distintos servicios y unidades, cambiando a personas con una alta especialización en su unidad para llevarlas a otras unidades que desconocen, teniendo que formar nuevamente tanto al que se marcha como al que llega, con el consecuente gravamen personal y económico que esto supone, además de la pérdida de calidad asistencial de cara a los usuarios de estos servicios. Cuando el Ministerio de Sanidad ha comenzado a desarrollar la especialidad de enfermería, asimilando la especialización de los profesionales que la han desarrollado hasta el momento, resulta paradójico e ilógico que la directora de enfermería de este centro intente crear la figura de la enfermería polivalente rememorando tiempos preteritos. Esto lo están diciendo los sindicatos, aquí tengo el listado, y le puedo decir que son de todos los colores, señor Núñez Feijóo, que no es que sean los amarillos, los rojos o los verdes; los que están protestando son todos. Ya le digo que tengo aquí el listado y no sé si habrá más de los que figuran en él, pero aquí me dicen que son todos.

Usted habla de la calidad de este servicio. Hablemos de contratos. En el servicio de ginecología ustedes plantearon que no era bueno que hubiera nueve ginecólogos porque entendían, palabras de su director gerente, que se había producido un descenso de la natalidad y que, por lo tanto, la atención a las mujeres embarazadas debía ser menor —esta era la explicación de su director gerente— y también porque un mayor número de recursos ofrecidos a la población genera mayor demanda asistencial; es decir, cuantos más médicos hay, como se genera más demanda porque hay más oferta de atención sanitaria, eso no es bueno y hay que cortarlo, por lo que ustedes reducen de nueve a siete personas. ¿Qué es lo que ha sucedido? Pues que se hacen contratos precarios, dos, según los datos de que dispongo, que configuran una plantilla del servicio de ginecología formada por nueve personas en los meses de enero, febrero y marzo, si bien es cierto que en algunos de esos meses son ocho y en otros nueve, porque la contratación que se está realizando aquí es por días y en algún momento por semanas por circunstancias atípicas y especiales que denotan

que tiene que haber una contratación más fija o una plantilla más adecuada a las necesidades del hospital, aunque ustedes no le dan a esas circunstancias la importancia que nosotros entendemos que tiene.

Se está utilizando el concepto de acumulación de tareas para garantizar la actividad asistencial ordinaria, es decir, para pasar planta, para quirófano programado y para guardias de fin de semana. También se ha estado utilizando dicho concepto para suprimir libranzas acumuladas, y yo le preguntaría si las libranzas acumuladas son irregulares o no. Yo veo la planilla que existe de prestación de los distintos servicios a lo largo de toda la semana o de todo un mes y me gustaría saber si se pueden acumular o no. Por otra parte, los contratos realizados por permiso a veces no se corresponden con el permiso solicitado; es decir, que hay una serie de situaciones tan específicas y tan determinadas que más bien obedecen a otro tipo de criterios que los que llevan consigo la eficacia y un mejor funcionamiento de este centro hospitalario.

¿Por qué razón hay médicos de una o de otra categoría en función de la posibilidad que tienen o no de hacer cirugía mayor ambulatoria? Resulta que en la plantilla todos los médicos quieren intervenir para realizar cirugía mayor ambulatoria y solamente participan tres de los siete fijos. Lo que sí es cierto es que uno de los que está contratado tendrá práctica.

¿Qué es lo que está pasando en este centro hospitalario? Con independencia de sus índices de calidad, de sus ratios, que son interpretables, como lo es la lista de espera, cómo se configuran esas listas o quién está y quién no en la lista de espera, porque entre la forma de citar y la forma de causar baja en la propia lista hay algunas interpretaciones que a una persona lega como yo en el tema sanitario le producen cierta preocupación, yo no acabo de entender por qué ustedes están planteando con tan buenas intenciones que el hospital de Barbastro funciona a las mil maravillas.

Hay un aspecto que también me preocupa. La provincia de Huesca es geográficamente difícil. Una gran parte de esos 100.000 habitantes que usted dice que dependen del hospital de Barbastro vive en la zona norte de la provincia, desde la N-240 hacia arriba, y, por supuesto, son habitantes que tienen unas necesidades de comunicación importantes. No digo que el Gobierno de aquí y de la comunidad autónoma no hayan hecho nada, que efectivamente no lo han hecho en materia de carreteras y de mejora de las comunicaciones, sino que el transporte sanitario es uno de los últimos problemas que se han planteado en ese hospital tanto al Insalud como a la comunidad autónoma. La comunidad autónoma ha dado la llamada por respuesta y ha lanzado los balones hacia el Insalud, según tengo entendido. ¿Qué está sucediendo? Que los enfermos que van a diálisis, los enfermos que van a cualquier tipo de rehabilitación están teniendo dificultades serias para que se produzca ese traslado en condiciones y no quiero decir que vayan a toda velocidad, sino que entre su ciudad de residencia y el hospital el tiempo de espera sea normal y no de 8 ó 9 horas para volver del hospital a casa cuando han terminado el tratamiento.

Señor Núñez Feijóo, son aspectos que nos hacen ver que esa calidad que usted plantea hacia el hospital de Barbastro no se sustenta y no es compatible con lo que está planteando una gran parte de la población de la mitad de la

provincia de Huesca, que ve estos servicios relacionados con el tema del transporte sanitario o con el funcionamiento del servicio de ginecología. Usted ha dado unas cifras tratando de evitar que los enfermos vayan a otros hospitales de Huesca o de Zaragoza, pero ine gustaría que nos pudiera facilitar las cifras de personas del servicio de ginecología o de otros servicios que se han desplazado hacia centros hospitalarios de la provincia de Lleida, porque las noticias de prensa dicen que durante 1997 y 1998, cada año unas 2.000 personas se han desplazado a otros centros hospitalarios de la provincia de Lleida. Esas noticias no las he dado yo porque las desconozco, pero tampoco he visto que nadie las hay contradicho; nadie ha salido a decir que eso no es cierto.

Entiendo que hay demasiados puntos oscuros en la gestión de este centro hospitalario, que dificultan aceptar como buenos los planteamientos que usted está haciendo respecto a todo el conjunto de datos, estadísticas y números, que desde su esquema de alto responsable del Insalud le pueden venir bien para marcar su política, pero no es la forma de hacer política que nosotros entendemos hay que hacer y no es la política que haríamos si entiendiéramos que en el hospital de Barbastro existen dificultades como las que hay actualmente en este centro hospitalario.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Gracias por su exposición, señor Morlán, y sobre todo por el tono de la misma que creo es absolutamente constructivo en cuanto al análisis que ha realizado del hospital.

Creo que coincidiremos en que los datos no son opinables. Es legítimo que todo el mundo tenga una opinión al respecto del funcionamiento de un hospital, pero los datos que acabamos de dar son datos recogidos como se vienen recogiendo en cualquiera de los hospitales y de los datos no se acredita ninguna de las opiniones que algunos colectivos tienen en el legítimo derecho de expresión, colectivos, partidos políticos que en aquella zona actúan y que manifiestan su disconformidad; pero manifiestan su disconformidad no con el funcionamiento del hospital, sino con el funcionamiento de un servicio del hospital, y manifiestan su disconformidad, por consiguiente, con el 5 por ciento del hospital en todo caso. En el hospital hay 20 servicios, resulta que se intenta decir que el hospital no funciona bien y citando uno observa cuáles son las razones estamos viendo que afectan a un servicio de esos 20. Creí que hoy había algún dato adicional, pero estos son los mismos datos que hemos manejado desde el principio, son los mismos datos que manejamos en la interpelación de la señora diputada del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida allá por noviembre de 1997 y que han quedado suficientemente claros y explícitos, pero que no tengo ningún interés en omitir algunos de ellos. Solamente haré dos reflexiones. Primero, el número de facultativos de este hospital, como hemos acreditado está por encima de la media de los hospitales al que pertenece; y, segundo, el número de ginecólogos y obstetras no solamente estaba por encima de la media de forma absoluta en 1997, sino que todavía sigue

estando por encima de la media a fecha de hoy. Le recuerdo que cuando se adoptó esta decisión el número de ginecólogos y obstetras por 10.000 habitantes en el hospital de Barbastro era de 2,5 y en el resto de hospitales del Insalud era de 1,9. O todos los hospitales del Insalud de ese grupo tenían una infradotación del servicio de ginecología y obstetricia, o el hospital de Barbastro tenía una dotación adicional y cuando menos susceptible de análisis; análisis que se hizo en aquella ocasión y se decidió disminuir la plantilla en dos personas y aún así el porcentaje de ginecólogos por 10.000 habitantes queda por encima de la media del Insalud.

Es verdad que cuando se producen bajas —y S.S. ha omitido este dato— y se han producido bajas cuando menos susceptibles de un análisis político riguroso de por qué se producen bajas en unos servicios de forma tan masiva y por qué si hay algún problema éstos los tiene que pagar el servicio público sanitario y los usuarios de esas bajas que se han producido de forma masiva en muchos casos. Es evidente que cuando se han producido bajas se ha incrementado y se ha reforzado la plantilla, creo que no podíamos hacer otra cosa más que responder ante los ciudadanos de los hechos que se producen en los hospitales. La amortización de estas plazas no se ha hecho con criterio de disminución de la calidad asistencial, no se ha hecho con criterio de disminución de la cartera de servicios, por consiguiente no se ha hecho con criterio de carácter económico.

Sería difícil responder por qué no había unidades de dermatología o de oncología en ese hospital. Hemos entendido que era necesario que las hubiere y como hemos entendido esto hemos acreditado también que más de 10.000 pacientes han sido vistos en estas unidades, que como usted se puede imaginar no son unidades de patología banal como es el caso de la oncología, son unidades de patología que afecta de forma directa al estado de salud de las personas que las visitan. Por consiguiente, es una amortización con un incremento de dos servicios o unidades que antes no poseía el hospital, amortizaciones que se produjeron en la Comunidad Autónoma de Aragón y seguro que usted conoce. En 1994, 10 plazas especialistas de cupo se amortizaron en el Miguel Servet, en 1993, 21 en el Hospital Clínico y seguro que se hizo correctamente. Seguro que ninguna organización o agrupación enarboló las banderas de disminución de la calidad asistencial en esos dos grandes hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Usted habla también de la cirugía mayor ambulatoria y se pregunta por qué no participan todos. La respuesta es bastante sencilla, si en 1996 el número de procesos de cirugía mayor ambulatoria era de 62 y en 1998 han sido 460 significa bien que los facultativos anteriormente instalados en el hospital no hacían cirugía mayor ambulatoria porque estaban haciendo 62 procesos, o bien que con la incorporación de nuevos facultativos todos tienen interés en hacer cirugía mayor ambulatoria, y desde luego es una buena noticia. Lo cierto es que la plantilla anterior, tal vez por un problema de infraestructuras —no lo sé—, no hacía cirugía mayor ambulatoria en ese hospital.

Le preocupa a S.S. que haya pacientes que se desplacen a Lleida. Es una pena que haya abandonado su asiento el diputado interpelante en relación con la Comunidad Autó-

noma de Navarra porque es justamente lo contrario. A ese diputado le preocupaba que pacientes más próximos a la Comunidad Autónoma de Navarra no pudiesen ir al hospital de Navarra y a usted le preocupa que pacientes más próximos a la provincia de Lérida no puedan utilizar las instalaciones de Lérida. La provincia de Huesca es muy grande, hay personas que viven más cerca de Lleida que de Barbastro y creo que es bueno que estas personas, si lo consideran oportuno, puedan ir a las instalaciones públicas del Servei Català de la Salut y no necesariamente un traslado obligatorio a Barbastro.

Por último, señoría, le preocupa también el asunto de la calidad y hace referencia al transporte. Honradamente creo que el Insalud normalmente es culpable de casi todo, pero si también es culpable de las líneas de transporte es un problema y yo me siento incompetente, ya se lo anticipo, para solucionarlo en el sentido de que no debe haber dificultades para este aspecto. dada la dimensión de la provincia, hemos intentado buscar los mayores servicios posibles en Barbastro y también descentralizar en los dos centros de especialidades de Fraga y Monzón algunas técnicas diagnósticas y terapéuticas que hasta la fecha no se estaban haciendo.

Finalmente, le diré que no tengo ningún interés en ocultar los hechos como son, y además, creo que no tendría ningún sentido. No sé si la última queja que he recibido de las organizaciones sindicales es la que usted tiene, pero sí le puedo anticipar que no todos los sindicatos firmaban ese planteamiento, y había al menos dos o tres sindicatos que no se hacían partícipes de esas quejas. En todo caso y como usted la tiene ahí, seguro que leyendo las siglas de esos sindicatos podremos comprobar si es así o no; en el peor de los casos le remitiré con mucho gusto la última queja que recibí de algunos sindicatos del hospital de Barbastro en relación con el funcionamiento de un servicio de ese hospital, no con la totalidad del hospital. **(El señor Morlán Gracia pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Le daré un tiempo mínimo para alguna aclaración o alguna pregunta puntual que el señor diputado considere que no se le ha contestado.

El señor **MORLÁN GRACIA**: Señor presidente, esto nos pasa por ser responsables a la hora de plantear nuestras intervenciones. Estamos intentando no levantar más heridas de las que ya existen, pero cuando contesta el señor Núñez Feijóo está planteando el tema del desplazamiento a Lleida como si esto fuera una especie de circo.

Señor presidente, señor Núñez Feijóo, el problema del hospital de Barbastro suficientemente grave como para saber quién está mandando en ese hospital, quién manda, quién permite que ese servicio firme ese tipo de contratos que no tienen duración, que son de dos, tres, cuatro o cinco días. Los sindicatos de que usted habla, señor Núñez Feijóo, son UGT, CSI- CSIF Comisiones, Cemsatse, CNT, Satse SAE y UPE, que están protestando por el funcionamiento de ese hospital, están diciendo que la calidad es mala y están pidiendo la dimisión de un responsable del hospital; desde luego no quieren pedir la dimisión de todos los responsables del hospital, y ustedes se lo están tomando un poco a juerga.

Estoy diciendo que, como consecuencia de la crisis del hospital de Barbastro, ha habido ciudadanos que, enfadados por lo que está pasando en la ciudad de Barbastro en ese hospital, y se han tenido que marchar a Lleida porque no confiaban en el servicio sanitario del hospital de Barbastro. Es lo que estoy diciendo. Estoy diciendo, señor Núñez Feijóo, que el transporte —muchos ciudadanos tienen derecho a que se les lleve al hospital de Barbastro— no debe ser el transporte público de una línea cualquiera, tiene que ser un servicio de ambulancias o un servicio similar que pueda llevar a esos pacientes al hospital de Barbastro, los pueda devolver y del que se haga cargo la sanidad pública; no estoy hablando de ninguna cosa rara. Indudablemente yo soy más lego que usted en estos temas, no se lo discuto, pero creo que en la lógica de las cosas, en la lógica de lo que tiene que ser el funcionamiento de la sanidad pública es normal que se planteen, es normal que la gente se enfade, es normal que surjan 80 colectivos cuando hay un, hospital de Barbastro que no funciona, ¿Por qué no funciona, porque hay un servicio que está funcionando mal? A lo mejor, ese servicio es el detonante de que haya un mosqueo generalizado con el resto del hospital.

¿Qué hacen? No hacen nada. Yo le pregunto quién manda en el hospital de Barbastro, quién lo dirige. ¿Lo dirige el director provincial del Insalud, lo dirige el director gerente, el director médico, lo dirige la directora de enfermería, lo dirige un consejero áulico es una doctora en particular la que marca la pauta de funcionamiento de algún servicio para ver cómo funciona el resto del hospital?

Ya he dicho en mi intervención anterior, a pesar de las declaraciones de algún diputado excelso de esta Cámara diciendo que parece que haya una persecución, que no se trata de ninguna persecución, es la constatación de unos hechos que están encima de la mesa y es irreprochable que se plantee así porque existen. Llevamos dos años sin resolver el problema **(Una señora diputada: Es una vergüenza.)**, llevamos dos años, ustedes verán lo que quieren hacer.

Cuando planteo el problema de la ciudad de Barbastro con toda seriedad, con toda responsabilidad, con todo rigor, intentando buscar soluciones o que se aclaren conceptos, se me toma un poco a pitorreo con perdón por la expresión, señor presidente que hable de desplazamiento a Lleida porque otro compañero mío ha hablado de desplazamiento a Navarra, o cuando se trata del transporte diga que usted no es responsable de nada porque para eso hay transporte público o que sobre la cirugía mayor ambulatoria, me diga que los de antes no trabajaban y los de ahora trabajan. Mire, ahora trabajan tres, y por pudor, porque creo que debo tener un mínimo respeto a los nombres que están en este documento, me callo los nombres pero son los mismos.

Son los únicos que están haciendo las peonadas, mientras que el resto de la plantilla no las hace. ¿Por qué es así, cuando no hay ningún jefe de sección? ¿Quién está marcando la pauta para que unos operen y otros no operen? ¿Quién la está marcando? ¿El director médico? Pues el director médico lo está haciendo fatal, y desde luego después de las declaraciones que le han dicho que hiciera yo que usted lo cesaría. Si no es el director médico, que digan quién es; Y en otro caso busquen un jefe de sección, convoquen cuanto antes el concurso y nómbrenlo. Cubran esa responsabilidad, a fin de que evitemos cualquier tipo de broma o cual-

quier tipo de historia rara nueva (digo lo de broma por la foma de hablar de usted) e intentemos por todos los medios que ese hospital acabe de superar la dificultad que tiene.

Señor Núñez Feijóo, a mí no me gusta que el hospital de Barbastro funcione mal, porque estoy pensando en que la gente de mi provincia tiene derecho a la mejor sanidad del mundo, igual que lo tiene la gente de Madrid, la gente de Galicia o la gente de Andalucía, y no me gusta que el hospital de Barbastro tenga dificultades. Qué casualidad que mi hospital en Huesca (y digo mi hospital en Huesca porque yo vivo en la ciudad de Huesca) no tiene este tipo de problemas, cuando ha tenido razones para tenerlos y gordos, porque un hospital en remodelación como ése provoca muchísima tensión, pero no los tiene, el hospital de Barbastro sí los tiene, y vemos que en estos dos años no hay soluciones.

He hecho innumerables preguntas. Ustedes las han contestado cuando les ha venido en gana, pero han contestado a casi todas. ¿Usted cree que yo tengo mucho interés en poner de manifiesto que existe algún tipo de duda o de mal funcionamiento de un centro hospitalario, o alguien puede pensar que estoy poniendo en duda el trabajo de unos profesionales de la sanidad? Yo estoy haciéndome eco de un problema social, estoy haciéndome eco de las pretensiones de unos ciudadanos y ciudadanas que tienen perfecto derecho a que ese centro hospitalario funcione como funcionan otros. Permítame que le diga, señor Núñez Feijóo, que no le tolero que usted se tome a risa lo que yo estoy planteando con el rigor y seriedad con los que creo que lo he hecho. Por último, le digo una cosa. Si esta intervención le molesta, disculpe,— pero la forma en que usted me ha contestado como le ha parecido la más adecuada y, la más correcta en una comparecencia que he planteado con la seriedad, que al menos en principio siempre me ha caracterizado y espero que me siga caracterizando, y con el respeto que tengo a las personas que están al frente de una institución, como usted.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Muchas gracias, señor Morlán, una vez más. Le he agradecido el tono de su primera intervención y le agradezco el tono de la segunda. Por supuesto que si he utilizado alguna expresión con la que usted se ha sentido incorrectamente tratado, no solamente es mi obligación retirarla, sino que lo haría en todo caso. Yo no me he considerado mal tratado por sus últimas manifestaciones en su segunda intervención, y le vuelvo a agradecer el tono y el contenido de la misma.

Evidentemente es muy difícil responder a sus planteamientos, y es inútil y difícil —insisto— porque no encuentro ningún dato objetivo, salvo las quejas de determinados sindicatos. Dado que usted lleva este asunto y tiene mucho interés, la última remisión de las organizaciones sindicales —que no es ésa, se la enviaré y podrá comprobar lo que he dicho, dos sindicatos no participan ya o al menos no han suscrito esos planteamientos.

Lo cierto es que cuando, desde la buena intención de la que usted ha hecho gala en el día de hoy, dice que le preo-

cupa que ese hospital funcione mal, y a la vez, se comprueba que todas las quejas se refieren exclusivamente a una única unidad del hospital de las 20 que tiene, créame que cuando menos se puede considerar cierta exageración. No hay una sola queja de ningún otro servicio, no —hay una sola queja de ningún usuario en relación con otros servicios, no hay una sola queja de ningún facultativo de otros servicios— sin embargo, tenemos un interés especialísimo el intentar demostrar que este hospital funciona mal. Si usted quiere decir que en el servicio de ginecología y, obstetricia hay problemas, ya lo ha dicho la diputada de Izquierda Unida en noviembre de 1997 (**Rumores.— Una señora diputada: Estamos en 1999, ¿qué se ha hecho?**); pero de eso a decir que el hospital de Barbastro funciona mal y decir, nada más y nada menos (y le pido también respeto, porque tengo derecho a contestarle) que la gente se está yendo a Lleida por el mal funcionamiento del hospital de Barbastro, señoría, cuando menos es una afirmación que seguro no se ha pensado muy bien.

Insisto, no estamos ante el supuesto de un hospital en el que hay problemas asistenciales, en el que hay dificultades en la organización y gestión del mismo, un hospital en el que hay coincidencia de los facultativos y demás personal que trabaja ahí y no hay quejas sindicales del funcionamiento total del hospital, hay quejas en relación con un servicio, y creo —es mi opinión— que resulta muy difícil trasladar a la esfera política y parlamentaria los problemas de coexistencia o de convivencia que pueden existir entre siete y ocho personas de un servicio. Es muy difícil poder responder a los problemas de convivencia que pueden existir, supongo que ellos lo sabrán y creo que usted también, pero de eso a intentar trasladar a la opinión pública que una institución sanitaria pública de nuestro país está funcionando incorrectamente cuando no hay un solo indicador que demuestre lo dicho y cuando no hay una sola queja en relación con otros servicios del hospital, y tiene 20, cuando menos es una cuestión con la que discrepo profundamente, desde el mayor respeto y desde la mayor admiración que siento por S.S.

En relación con el transporte, he de decir que usted habló de líneas de transporte en general, por supuesto que nosotros somos responsables del transporte de ambulancias, y quizá por un defecto de entendimiento o por una expresión incompleta ha hablado sobre el transporte en general y no sobre el transporte en ambulancia.

Por consiguiente, señoría, y para concretar, no hay ningún indicador en el hospital de Barbastro que no nos haga decir que la actividad se ha incrementado durante todos estos años; en segundo lugar, los indicadores de calidad están perfectamente situados por encima de la media de la mayoría de los hospitales del grupo al que pertenecen; y tercero, se ha incrementado la cartera de servicios del hospital de Barbastro y ahora son atendidos más pacientes que antes, por consiguiente en ningún caso se puede decir que se están yendo personas a Lleida, todo lo contrario están viniendo más personas al hospital de Barbastro y así se acredita que el número de consultas está llegando a 23.000 ¿Dónde están esas personas? ¿A dónde se han ido? ¿Cómo es posible que se esté incrementando la cirugía, se estén incrementando las urgencias y las consultas y podamos

decir con solemnidad que la gente se está yendo a otro hospital?

Señoría, quiero insistir en que la tecnología instalada en el hospital es mayor ahora que la de antes, y por último decirle que efectivamente se ha convocado una plaza de jefe de servicio con los límites y con lasir por concurso y constitución de la concreciones que establece la Ley, es decir Comisión de valoración, serán dos años, tiene usted razón, lo que ocurre es que no existía esa jefatura de servicio, nunca existió la jefatura de servicio de ginecología de ese hospital. Por tanto, no es una cuestión de dos años, es de hace mucho más tiempo, y lo que se ha hecho es crear la plaza de jefatura de servicio y anunciarla en convocatoria pública. Si la hubiésemos provisto con otra fórmula que no fuese la de convocatoria pública, usted tendría todo el derecho para interpelar al que le habla y que le diera explicaciones de cómo se pueden cubrir las plazas sin convocatoria pública. **(El señor Villalón Rico pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para qué solicita la palabra, señor Villalón?

El señor **VILLALÓN RICO**: Para fijar la posición del Grupo Popular sobre esta comparecencia; no se trata de una pregunta, es una comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra para fijar posición, pero le niego brevedad en aras a la hora.

El señor **VILLALÓN RICO**: En primer lugar, quiero saludar y agradecer la comparecencia del secretario general de Asistencia Sanitaria y hacer una valoración en la línea de la intervención del presidente del Insalud sobre la solicitud de comparecencia —realizada por el Grupo Socialista y cuyo portavoz ha sido el diputado de la provincia de Huesca, señor Morlán.

En lo que llevamos de legislatura, ha sido la tercera o cuarta vez —y lo ha dicho el presidente del Insalud— que este hospital ha sido motivo de debate de esta Comisión y yo me permitiría la libertad de decir: y lo que te rondaré. Visto el talante y algunos de los comentarios hechos no sólo por el diputado a lo largo de esta mañana sino por algunas otras personalidades públicas de la provincia de Huesca, no esperamos otra cosa que no sea la irresponsabilidad de atacar a una institución y a sus profesionales, como se ha hecho a lo largo de estos últimos tiempos.

Cuando uno ve la solicitud de comparecencia piensa que hay una mala organización del hospital, que funciona mal, que no se atiende a los ciudadanos con el nivel de calidad que se requiere, pero la realidad de las cosas es que por lo que ha dicho hoy el presidente del Insalud y por la experiencia que tenemos a lo largo de estos años, es todo lo contrario.

El señor Morlán ha hecho referencia a que alguien se siente perseguido. Realmente, ha habido ataques personales muy duros —no de usted—, a la honorabilidad a la honestidad de las personas y a la dignidad profesional de ciertos profesionales, valga la redundancia.

Habría que decir que el hospital de Barbastro se ha convertido (o en este caso concreto, como hemos visto, se ha remitido exclusivamente a un servicio de ese hospital) en

ese oscuro objeto del deseo por parte de un número pequeño de personas en relación con lo que es la asistencia sanitaria en la mitad de la provincia de Huesca a través de dicho hospital.

El ponente del Grupo Socialista en ningún momento ha hecho referencia a lo que es la calidad asistencial. Ya nos imaginábamos que no iba a atender a la calidad asistencial y el presidente del Insalud ha dicho que si usted quiere atender a la calidad asistencial desde el punto de vista de lo que son criterios científicos, habría que decir cuáles son los niveles de morbilidad, cuál es el número —de infecciones hospitalarias, la estancia media o los reingresos que se producen por una misma patología. A eso no ha hecho usted referencia, eso es calidad desde el punto de vista técnico y científico. Desde el punto de vista de lo que puede ser la gestión, la accesibilidad al centro, la cita previa, la disminución de las listas de espera, usted tampoco ha mencionado nada. Aquí nos estamos moviendo, señor presidente, entre datos objetivos que presenta el Insalud y la dirección del hospital y opiniones personales, comentarios personal que no conducen a nada, entre otras cosas el último término al que usted se ha referido sobre que hay muchas personas que se desplazan a la provincia Lérida para ser atendidas. Con los datos que ha dado el presidente del Insalud es imposible. Se ha aumentado la actividad del hospital, la actividad quirúrgica, ha aumentado el número de consultas y teniendo en cuenta los dos primeros meses de este año que como todos conocen hubo un episodio de gripe que colapsó los servicios de urgencia de los hospitales, en el caso de nuestra provincia, acudieron una gran cantidad de personas al servicio de urgencias. No estará tan desprestigiado el hospital si se acude al servicio de urgencias, porque si tengo la consideración de que un centro sanitario está desprestigiado no acudo a él, cosa que si han intentado algunas personas llevar a la opinión pública la idea de que el hospital no funcionaba bien, pero son opiniones malintencionadas, no son opiniones que se basen en criterios exactos.

El presidente del Insalud ha hecho referencia al nuevo servicio de la unidad de dermatología y oncología y hay que preguntar: ¿es calidad asistencial el hecho de que los enfermos de esa zona ya no se tienen que desplazar a Huesca o a Zaragoza para ser atendidos por un proceso oncológico?, ¿eso es mejorar o empeorar la calidad asistencial? yo pregunto: ¿es mejorar o empeorar la calidad asistencial que este hospital sea uno de los pocos hospitales a nivel nacional que operan a las pacientes en un mes desde que se diagnostica el cáncer de mama? En la unidad del cáncer de mama participan varios servicios, participan oncólogos, radiólogos, cirujanos, etcétera, en todo el proceso. Son los datos específicos de supercalidad excelente a que se refiere la Organización Mundial de la Salud cuando establece que el tiempo no debe pasar de tres meses desde el diagnóstico hasta la operación y las enfermas de cáncer de mama están operadas en un plazo de un mes o mes y medio ¿Es calidad o no? Eso es lo que hay que ver y no lo que ustedes pretenden.

Ya sé que el diputado que ha intervenido quiere que la calidad y el nivel asistencia de ese hospital sean buenos, pero también estoy convencido (conociendo al diputado de la provincia de Huesca que no suele tener mal talante —lo

hemos visto hoy— ni intentar engañar), de que le han engañado a usted. Los datos que ha traído son un engaño manipulado por una serie de personas que sí están intentando la provocación y la persecución. Eso ya se lo digo a usted— y lo digo donde haya que decirlo, no por usted pero sí por un grupo reducido que desde 1996 no soporta que la sanidad pública funcione como está funcionando en la provincia de Huesca a lo largo de estos años.

Señor presidente, termino mi intervención diciendo que que sabemos la iniciativa parlamentaria se refiere fundamentalmente a una serie de personas de la plantilla de ese hospital muy particulares que tienen nombres y apellidos y a los que se va a atacar personalmente, esa es la estrategia que se ha montado en estos años y no hay otra cuestión, porque si hubiera otras no haría falta que usted viniera aquí a denunciar la calidad asistencial, ya que ciudadanos ya se habían levantado en contra de las instituciones porque funcionarían mal el hospital. No es así, los datos objetivos, como acaba de decir el presidente del Insalud, son irrefutables.

Señor presidente, con su venia, quiero decir, a pesar de lo avanzado de la hora, cuando se fijó el orden del día ya sabíamos que estaba muy sobrecargado, que me parece muy importante hacer ver la dignidad y la responsabilidad de un gran porcentaje, el noventa y tantos por ciento del personal de la plantilla del hospital, para que se ponga de manifiesto su capacidad de trabajo, y de atención a los pacientes y que un grupo reducido, que son los que han informado malévolamente al diputado del Grupo Socialista, está intentando menoscabar el prestigio del centro sanitario y de algunos profesionales.

De lo demás, señor presidente, hay que hacer oídos sordos, porque lo importante es trabajar con datos objetivos y no con opiniones, y por supuesto no con malas interpretaciones, que es lo que a lo largo de estos meses se ha pretendido hacer en ese centro sanitario.

— **COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL PATRONATO DE LA FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCORCÓN Y PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD (NÚÑEZ FEIJÓO), PARA INFORMAR ACERCA DE LA FINANCIACIÓN DE LA CITADA FUNDACIÓN PROCEDENTE DEL INSALUD DURANTE EL AÑO 1998 Y, EN SU CASO, DE OTRAS FUENTES, ASÍ COMO DE LA EVOLUCIÓN DE SUS INDICADORES DE ACTIVIDAD EN DICHO PERÍODO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 212/001929)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última comparecencia del presidente del patronato de la fundación del hospital de Alcorcón y presidente ejecutivo del Insalud, para informar acerca de la financiación de la citada fundación —procedente del Insalud durante el año 1998 y, en su caso, de otras fuentes, así como de la evolución de sus indicadores de actividad en dicho período.

El autor de la solicitud de comparecencia es el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL PATRONATO DE LA FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCORCÓN Y PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Señorías, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida ha solicitado mi comparecencia para informar acerca de la financiación de la fundación del hospital de Alcorcón durante 1998.

Ante todo, agradezco el interés que, como ya viene siendo costumbre, demuestra el grupo parlamentario por la evolución de este hospital, ya que esto permite que también en el ámbito parlamentario se tenga conocimiento detallado de lo que entendemos es una buena marcha de un centro sanitario público. Han sido numerosas las intervenciones sobre este hospital y yo las resumiría en dos. Llevamos tres años y medio de legislatura y los problemas que existen en la red de hospitales del Insalud se concretan en dos (en la sesión de hoy hemos dado cuenta de ello); teniendo en cuenta el número total del parque hospitalario del Insalud es un porcentaje bastante satisfactorio.

Como S.S. conoce, el contrato-marco, el contrato de gestión que se firma entre el Insalud y la fundación hospital de Alcorcón es muy similar a los contratos de gestión que firma el Insalud con los hospitales y las gerencias de atención primaria. Concretamente, en el caso del contrato de Alcorcón, se firma el 27 de mayo de 1998. Este contrato es igual o similar a los que firmamos con los 81 hospitales restantes y 57 gerencias de primaria, pacto en el que se concreta la población a atender, la cartera de servicios, el régimen económico, etcétera. En este acuerdo, al igual que en los demás del modelo tradicional, la financiación está directísimamente relacionada, como no podía ser de otra forma, con la actividad del propio centro sanitario.

Las dotaciones iniciales provisionales previstas de forma estimativa para cubrir la actividad a realizar por el Insalud en esta fundación ascendieron a 5.488 millones de pesetas. Insisto en lo de dotaciones iniciales provisionales porque, como S.S. conoce, es el primer año de funcionamiento del hospital, y es el primer año que ha sido incompleto, toda vez que las unidades y servicios de este hospital se han ido poniendo en funcionamiento en el año 1998, y todavía hoy no está ese hospital funcionando al cien por cien.

Además de estos ingresos por parte del Insalud de 5.488 millones, había una previsión de ingresos adicionales de 29 millones de pesetas, por asistencia a mutuas y aseguradoras de tráfico, así como a cánones por cafetería, tiendas y máquinas, lo que hacía una financiación total de 5.517 millones de pesetas. La fundación inició su actividad en diciembre de 1997 y en enero de 1998 se había diseñado un programa de actividad que alcanzaría el 40 por ciento aproximadamente de su capacidad del hospital en el segundo semestre del mismo año. Desde este inicio este centro hospitalario ha demostrado un comportamiento felizmente distinto, en cuanto a la puesta en funcionamiento, al de los hospitales tradicionales. Así, la primera diferenciación, como S.S. conocen, fue la de ser capaces de poner a funcionar este hospital a los 15 días de la entrega material de la obra y se prosiguió también con previsiones de incremento de actividad muy por encima de las previsiones iniciales, debido a dos planteamientos: el primero, a la rapi-

dez de la asunción de la actividad del ambulatorio de Alcorcón y, el segundo, al cierre del hospital Hermanos Laguna que conllevó que toda la población que estaba siendo atendida directamente por ese hospital pasase, al día siguiente, a ser atendida por el hospital fundación Alcorcón y seguro, como no, a que la población está satisfecha con el hospital por lo que la actividad del mismo ha sido superior a la programada, hecho que obligó al equipo directivo a que tuviese que ir incorporando efectivos por encima de los previstos inicialmente, y a hacer dos ofertas de empleo, dado que una se había quedado insuficiente, lo que conlleva un incremento de actividad francamente importante. El número de ingresos sobre los previstos se ha incrementado en un 15 por ciento. Estaban previstos 6.900 y se han superado los 7.500. El número de consultas primeras se ha incrementado en un 80 por ciento sobre la previsión. Estaban previstas 46.000 y se han hecho 80.233. El número total se ha incrementado en un 20 por ciento. Estaba previsto hacer 105.000 consultas y al final 178.000 se hicieron consultas externas en ese hospital.

Este incremento de actividad obligó a redefinir el presupuesto, al objeto de mantener el mismo régimen presupuestario de equilibrio que se mantiene con los demás centros públicos del Insalud, toda vez que la previsión de actividad se había superado por los planteamientos más optimistas que se podrían haber hecho a principios de un año, insisto, absolutamente atípico en cualquier hospital que se pone en funcionamiento. Así, dada la actividad ya confirmada por el hospital, y hasta un importe máximo de 7.000 millones de pesetas, se decidió ampliar en el presupuesto de la fundación de Alcorcón. Acabado el año, cerrada la actividad del hospital, se acredita que el hospital no consumió la totalidad del presupuesto máximo que tenía. Ha gastado 6.490 millones de pesetas, lo que supone un incremento del 18 por ciento superior al presupuesto provisional e inicialmente. Prueba de que esta actividad creció en el Insalud, también crecieron los servicios prestados a terceros de 29 millones, al final, se pudieron facturar 95, así como millones y también los cánones por cafetería e ingresos financieros del hospital, que fueron respectivamente de 54 y 24 millones, obteniéndose un total de financiación del hospital de 6.663 millones de pesetas.

Acreditado el incremento de actividad y, por consiguiente, que el tratamiento que realiza en este hospital el Insalud, desde el punto de vista financiero, ha de ser igual al del resto de hospitales una vez que se acredita previamente la actividad, a S.S. le puede interesar su sistema de cobro. Pretendemos que este sistema sea más transparente y más respetuoso con el dinero público, y así el hospital tiene que acreditar mensualmente la actividad que realiza. Por consiguiente, no son estimaciones como las que se realizan actualmente en los centros tradicionales, sino que la inspección revisa toda la actividad y comprueba que la actividad que realmente factura el hospital se ha realizado. El hospital percibe el 90 por ciento de cada mensualidad a cuenta y se regulariza ese 10 por ciento trimestralmente.

En cuanto al control financiero, como S.S. conoce sin duda, no solamente es el mismo a que se somete cualquier hospital del Insalud, sino que hay un control adicional. Hay un control financiero de la Intervención General de la Administración de la Seguridad Social e, incluso, este tipo

de organismos tienen la obligación de hacer una auditoría externa cada vez que se cierra un ejercicio, auditoría en la que en este momento se está trabajando la empresa correspondiente. Debo añadir que estos días la Intervención General está revisando las cuentas de la fundación en el ejercicio de su control interno.

En cuanto a la actividad —dato que es seguro que le puede interesar a S.S.— los indicadores del hospital son los siguientes. Antes ha de recalcar, una vez más, que 1998 ha sido el primer año de apertura de este hospital público y que su actividad global ha sobrepasado con mucho la media de actividad de los hospitales que se incluyen en el grupo. Lo vamos a repasar de una forma muy rápida. El número de ingresos que finalmente se concretaron ha sido de 7.524, un 15 por ciento más de lo previsto. El primer mes —en este caso, febrero— en que se inicia la actividad del hospital se realizan 132 ingresos y en el último mes del año, 940. Las estancias se han multiplicado en este año: el primer mes se realizan 1.000 y, en diciembre de 1998 5.000, con un total del volumen de estancias de más de 41.000. La estancia media global —uno de los indicadores que mide la eficiencia de los hospitales— ha sido dos puntos por debajo de la media, 5,48, y un punto por debajo del hospital más óptimo en este parámetro, que es el de Alcalá de Henares.

En el área de consultas externas se ha realizado un 20 por ciento más de las previstas, 178.547, de las cuales se han hecho 80.223 primeras consultas, lo que supone un incremento del 80 por ciento sobre la actividad prevista en este hospital. Además, 30.287 han sido consultas de alta resolución, en las que al ciudadano no solamente se le diagnostica sino que se le hace la prueba diagnóstica y se va con un informe definitivo sin necesidad de que vuelva al hospital para realizar otra prueba.

Otro de los indicadores que mide la eficiencia en los hospitales de una forma evidente es el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria. Dicho porcentaje ha sido del 48,8 por ciento frente a la media del Insalud, que ha sido de un 23 por ciento. Quiere decirse que este hospital ha sido capaz de intervenir a más gente y de hacer más actividad programada, puesto que tenía más camas libres para realizar esta actividad, dada su potenciación de la cirugía sin ingreso.

Consultas sucesivas sobre primeras es otro de los porcentajes en el que el hospital está también por encima de la media del Insalud. Así, el porcentaje es de 1,23 frente a la media del Insalud, que es de 1,82, situándose dentro de los hospitales tradicionales el más eficiente, el hospital Severo Ochoa, que tiene un porcentaje del 1,69. En el área de urgencias se han realizado casi 60.000. El primer mes en el que se abren las urgencias se realizan 2.000 y, el último mes del año, 7.000. Se ha multiplicado, por consiguiente, por cinco el número de urgencias. En cuanto al porcentaje de ingreso de estas urgencias los profesionales del hospital han conseguido ser más eficientes, una vez más, por encima de la media del Insalud, en este caso siete puntos estado por debajo de la media —el 8,69 por ciento han ingresado por urgencias—, y dos puntos por debajo del hospital más eficiente, que vuelve a ser otra vez el hospital Severo Ochoa de Leganés. Sin embargo, la presión de urgencias ha sido superior a la media de hospitales, lo cual quiere decirse que la población ha acudido a este hospital con mayor énfasis que acude a la media de hospitales del Insalud. Así,

la presión de urgencias ha sido del 80 por ciento, diez puntos por encima de la media, lo que garantiza una gran atracción de los usuarios desde el punto de vista de la urgencia del hospital.

Otro de los datos que sin duda tiene un Interés importante cuando se habla de la calidad y de la eficiencia de los hospitales públicos es el porcentaje de patología compleja que atiende. El índice de complejidad de los procesos de hospitalización que se atienden en este hospital es de 1,07, es decir, un 6,54 por ciento más complejo que el standard del grupo 2, en el que se incluye dicho hospital.

Otro de los porcentajes de caliddad podría ser también los partos que se atienden con cesárea. Mientras que en la fundación el 14,4 de los partos devienen en cesárea, en el grupo 2 deviene el 19,20 por ciento, siendo el hospital más eficiente de los tradicionales, también en este, caso el Leganés, en el que el porcentaje de cesáreas es del 16,67 por ciento.

Entendemos que esta fórmula de organización ha sido capaz de iniciar la actividad del hospital más rápido de lo que se pudiera haber iniciado con una fórmula de gestión tradicional, y que, a pesar de ser el primer año de actuación de este organismo sanitario, ha sido capaz de atender a más gente de la que las mejores de las expectativas podían prever, con unos índices que se comparan con ventaja los del resto de hospitales del grupo al que pertenece el hospital Alcorcón. En consecuencia, también ha sido respondido por parte del Insalud, desde el punto de vista de la financiación, como podía ser de otra manera.

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

La señora **MAESTRO MARÚN**: Quiero darle las gracias, señor Núñez Feijóo por su comparecencia.

Mi grupo parlamentario tiene un interés muy especial en la fundación hospital de Alcorcón y en la fundación hospital de Manacor que creo innecesario Justificar, porque son los banderines de enganche de la nueva reforma del conjunto del sistema sanitario público que está pretende llevar a cabo el Partido Popular. Es mi obligación, no es ningún capricho, hacer un seguimiento muy especial del funcionamiento, financiación, y transparencia de estas fundaciones porque, como usted bien dice, son el espejo en el que, hoy por hoy, pueden mirar los ciudadanos cuál es el alcance y las perspectivas que ofrece la reforma basada en la gestión empresarial que el Partido Popular ha emprendido.

He pedido esta solicitud de comparecencia, no porque el Ministerio de Sanidad haya respondido a las reiteradas peticiones de informes de datos que respecto a la fundación Manacor y a la fundación Alcorcón mi grupo parlamentario ha hecho, porque no ha respondido a ninguna, sino porque ha llegado a mis manos documentación que, tiene el anagrama del Insalud. Es información suya, no es extraoficial, que me ha permitido responder, mostrar mi estupor por datos que usted ha dado que no se corresponden con la documentación oficial del Insalud.

En primer lugar, en el inicio de su intervención ha dicho que en el contrato de gestión en el contrato-marco, se establece una dotación inicial provisional estimativa. Los tres

calificativos de la dotación económica son suyos de este momento. Antes al contrario, la estipulación 4.2, donde se establece una financiación máxima anual de 5.488 millones de pesetas, dice lo siguiente, y leo textualmente: En el supuesto de que la valoración de la asistencia sanitaria sustitutoria realizada sea inferior a las cantidades abonadas, es decir, que el gasto sea inferior a lo recibido, el Insalud liquidará la diferencia hasta el máximo de financiación previsto en el ejercicio, si es inferior. Añade también textualmente: En el supuesto de que la valoración de la asistencia sanitaria sustitutoria exceda el máximo de financiación previsto el exceso no surtirá efectos económicos, realizándose el ajuste de las unidades de producción y valoración en los contratos programas sucesivos.

El Insalud dice esto en de 1998. Y en el mes de diciembre, donde dije digo, digo Diego. Usted aquí no habla de dotación ni inicial, provisional, ni estimativa. Antes al contrario, introduce una cláusula que impide que, si hay un exceso de gasto, surta efectos económicos. El 1 de diciembre de 1998 se sacan de la chistera una cláusula adicional segunda para 1998 en la que se modifica la actividad del centro, de la cual vamos a hablar, y se establece una financiación máxima que se incrementa en 1.594 millones de pesetas, como usted ha dicho, dineros detraídos del artículo 25 de la subfunción 22 del presupuesto de gastos del Insalud. Este es uno de los asuntos que quiero destacar.

No sé si usted estima que me falta de rigor o documentación en las interpellaciones que realizo, pero usted ha reiterado que la fundación hospital de Alcorcón tiene una estancia media de 5,52 días. Antes de fijar esta cláusula adicional por la cual se dota adicionalmente, valga la redundancia de una cantidad usted exhibía indicadores de la fundación hospital de Alcorcón que permitían decir, como usted se encargó muy bien de airear, que la estancia media del hospital de Alcorcón —datos del Insalud—, a octubre de 1998, era 5,52 días; grupo 2, en promedio, 7,63; Hospital de Alcalá de Henares, 6,24; Hospital Morales Meseguer, 7,31. Pero —y tengo datos suyos aquí—, cuando ustedes plantean la cláusula adicional hacen caso omiso de ese dato y en los diferentes documentos, así como en los que acreditan la estancia media para el establecimiento de las UPA, dicen que la estancia media global continúa siendo de 7,4 días, Documento del Insalud firmado por la directora general, Carmen Navarro Fernández Rodríguez. Si el hospital alguna vez tuvo esta estancia media, la estancia media por la cual ustedes incrementan la financiación, supera levemente la estancia media de otros hospitales del Insalud. No quiero utilizar palabras descorteses, pero aquí hay un desfase —por llamarlo de alguna manera— en la información que usted ha dado y la escrita en la documentación del Insalud.

Hay más datos por los cual es yo le pregunto. ¿El balance global económico de la fundación hospital de Alcorcón se refiere exclusivamente, a los apartados que usted ha mencionado? ¿Ha habido alguna donación que haya recibido la Fundación de Alcorcón haya recibido de algún mecenazgo? El dinero que ha sobrado, es decir, el dinero que va de los 7.082 millones de pesetas y la liquidación del presupuesto de 6.489 millones de pesetas, es decir, la diferencia de 592 millones de pesetas, a qué se ha destinado, dónde está. Hay otro dato que llama mucho la atención. Cuando

ustedes preveían no que era inicial ni provisional, sino que establecían cláusulas para que no se modificara la financiación, cómo en seis meses de funcionamiento se produce un incremento del gasto de esta envergadura. Por otro lado, cómo se explica que en diciembre se establezca una dotación adicional de 1.594 millones de pesetas, que sólo se justifica en un 63 por ciento, es decir, se pasan ustedes en 500 millones de pesetas. unas veces por defecto y otras por exceso?. Para invertir lo que han invertido en la identificación del coste de las UPA y en estudios informáticos de la actividad, no parece que tengan mucha puntería a la hora de determinar la financiación de los hospitales.

Hay otro hecho concreto que me ha llamado poderosamente la atención: cualquier hospital del Insalud recibe para 1998, en concepto de medicación antirretroviral para enfermos de sida, 594.000 pesetas por paciente. ¿Cómo es posible que la cantidad que recibe la Fundación de Alcorcón exactamente por el mismo concepto sea tres veces mayor, es decir, 1.752.000 por paciente y año? No sé si la culpa la tiene lo deprimido de la zona, Alcorcón, pero no creo que sea la más deprimida del país. En cualquier caso, es el concepto medicación antirretroviral el que aquí aparece, no son enfermedades colaterales.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego vaya concluyendo, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Voy concretando.

La liquidación final de la fundación hospital de Alcorcón contradice los datos iniciales y los que usted, de una manera quizá imprudente, ha reiterado aquí esta mañana. Insisto en que tengo la documentación a su disposición — es la suya—, a la de cualquier grupo parlamentario o a la de los medios de comunicación.

Concretando, o el dato de 5,52 días de estancia media es falso, exclusivamente propagandístico y usted tenía en octubre de 1998 datos de estancia media que no era el de 5,52 días, o no hay justificación alguna de aumento de actividad, porque este es un dato en promedio. No, usted no me puede decir que como ha habido más ingresos se aumenta la estancia media porque, eso no tiene nada que ver. Cualquiera que tenga unas nociones mínimas de matemáticas sabe que a la media no le afecta el volumen total del denominador del indicador. Se podría interpretar que se incrementa la media por la mayor complejidad de la patología ingresada y yo le voy a dar datos que no resisten esa argumentación.

Hay otro cálculo que yo me he molestado en hacer. La diferencia entre 5,52 días de estancia media y 7,4 puede suponer que se han facturado unas 19.500 estancias que no se han producido. Fíjese qué casualidad: si cada estancia supone de media 1,32 UPA y cada UPA tiene en la Fundación un valor de 43.421 pesetas, hechas las multiplicaciones correspondientes, la diferencia en la facturación es de poco más de 1.000 millones de pesetas; es decir, una cantidad muy parecida al incremento de gasto que finalmente se ha producido en la Fundación Hospital de Alcorcón. Antes de que usted me diga que se han ingresado pacientes más complejos, le diré que es del dominio público en la zona, y muy especialmente en el Hospital de Móstoles, que el Hos-

pital de Alcorcón remite a otros hospitales públicos la patología más compleja: personas mayores y enfermos crónicos. Esto es del dominio público en el Hospital de Móstoles, a poco que usted pase por allí.

Hay otro indicador niucho más concreto que no es el dominio público: un indicador de calidad que refiere el tanto por ciento de diagnósticos codificados al alta, es decir, la adecuación entre la codificación establecida por la Organización Mundial de la Salud y el diagnóstico por el cual se dice que se ha ingresado a determinado paciente. La media de diagnósticos codificados correctamente al alta del paciente en los hospitales del nivel 2 oscila, según los indicadores del Insalud, entre el 94 y el 96 por ciento.

El hospital de Alcorcón sólo codifica el 60 por ciento de los diagnósticos al alta, hecho que introduce brumas enormes a la hora de valorar la complejidad de los pacientes migresados. Otro dato que llama muchísimo la atención y que se refiere a lo que mi grupo parlamentario ha venido reiterando aquí: el intento por dar altas precoces desde el punto de vista contable puede ser muy interesante, pero produce reingresos. El hospital de Alcorcón también ostenta el récord de su nivel, el nivel 2, de ser el hospital que más reingresos tiene de todo el Insalud, cercano al 10 por ciento, es decir, uno de cada diez pacientes dados de alta reingresa.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego que concluya, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Termino en este momento, señor presidente.

Quería decirle que el pueblo de Alcorcón, los trabajadores de Alcorcón, los trabajadores de Móstoles y seguramente usted, que supongo que no se le escapan determinadas valoraciones, conocen a la Fundación Hospital de Alcorcón como la plantación, por las condiciones de esclavitud en las que se trabajaba en esas instalaciones y las condiciones de trabajo del hospital de Alcorcón, de lo que hablaremos otro día, ya que hay muchas personas que están trabajando con contratos de lunes a viernes, con contratos con horas. Hay encuestas del sindicato más representativo del sector que hablan de que un 66 por ciento de los trabajadores de la Fundación Hospital de Alcorcón desearían trabajar en una institución que tuviera una gestión pública directa.

En cualquier caso, los interrogantes que le hago son de la suficiente envergadura como para que espere ansiosa e impaciente su respuesta.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar su posición?

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

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor Núñez Feijóo, le felicito por las exhaustivas explicaciones que nos ha dado, pero que no me creo en absoluto, porque realmente lo que transmite muy bien es la propaganda. Como ya sabíamos lo que iba a decir, porque ha repartido previamente El Gobierno informa, con el que ya nos dice qué cosas magníficas tiene la Fundación Hospital de Alcorcón, pode-

mos ir un poco sobre lo que dice *El Gobierno informa*, que es la doctrina oficial. Hay muchísimos elementos de propaganda que nos van a ahogar a todos, incluido a usted, porque son muchas hojas de propaganda continuamente.

En este *El Gobierno informa*, se dice taxativamente que la actividad asistencial de la Fundación Hospital de Alcorcón en este primer año de funcionamiento se ha incrementado en un 10 por ciento y que el gasto se ha incrementado en un 18 por ciento. Esto va en contra de los principios generales económicos; es decir, lo normal en todo caso es que el gasto se incrementara en la misma proporción que la actividad, pero todas las personas que se mueven en el mundo empresarial saben que estas fórmulas de gestión, generalmente en lo que se llama economía de escala, reducen a veces los costos, que no se incrementan los costos por encima de la actividad.

Además, señala también en este panfleto de *El Gobierno informa* que los 7.082 millones que ha gastado la Fundación Hospital de Alcorcón en el año 1998 son sin los ingresos adicionales que nos acaba de decir que han superado las previsiones que tenían, es decir, que es mucho más dinero.

Textualmente dice: Esto sin los ingresos adicionales por los servicios prestados y otros ingresos. Esto es lo que dice la hoja que han repartido de *El Gobierno informa*.

Además, se señala —y aquí es donde quería centrar mi intervención— en estas dos hojas que la Fundación Hospital de Alcorcón trabaja, como empresa que es, con un contrato marco que se establece entre el Insalud y el hospital. Dice que este contrato marco tiene una cláusula adicional lo dice así taxativamente en el escrito— que determina de forma detallada la actividad que debe realizar la Fundación y las tarifas que el Insalud debe abonar por dicha actividad.

Por tanto, entendemos —así creíamos que debe ser y además estamos de acuerdo— que se pacta con una empresa privada, la Fundación Hospital de Alcorcón, una actividad y un precio por ella y que esto es inamovible.

No puede ser que la actividad de un centro concertado y pactado en un contrato marco incremente a su libre albedrío la actividad sin ningún tipo de control. Esto no pasa en ningún centro que tenga un contrato, y previamente la persona que contrata, el comprador —por eso que les gusta tanto ahora de separar la provisión de la compra y la planificación, etcétera— debe comprar la mayor actividad, si es que hay necesidad de esa mayor actividad. Es decir, es posible —y usted lo ha explicado muy bien— que a lo largo del año 1998 se hayan ido poniendo en marcha nuevos servicios que no estaban inicialmente, en el momento de la firma en mayo de 1998 en el contrato marco. Lo normal es que, en el momento en que se ponga en marcha un nuevo servicio, el Insalud compre una actividad para este nuevo servicio y se haga una adenda, no en el mes de diciembre de 1998 y a toro pasado, sino previamente. Yo espero y deseo que usted me confirme que ni el Ministerio de Sanidad y Consumo ni el presidente del Insalud, ni el Insalud por tanto, han hecho dejación de su capacidad de planificación. Espero que me confirme que no lo han hecho y que, por tanto, ustedes determinan qué actividad se planifica y no es una barra libre —por poner un ejemplo claro cualquier centro para ir haciendo lo que quiera y después el

comprador pague lo que le diga el provisor. Esto no pasa en ninguna parte, y espero que tampoco pase aquí.

Por tanto, no hay concertación previa de los nuevos servicios, no hay una contrapartida económica por estos nuevos servicios, y por ello resulta difícil explicar cómo a final de año, en el mes de diciembre de 1998, ustedes se ven obligados a incrementar en más de 1.000 millones la aportación a la Fundación Hospital de Alcorcón. La única explicación que cabe pensar desde nuestra perspectiva es que esto no funciona bien, que gastan más de lo debido y que han tenido que socorrer para que no aparezca en el balance de final de año un déficit tan importante que pondría en cuestión esto que ustedes han desarrollado tan magníficamente, que son las nuevas forjas de gestión de las fundaciones privadas. Si en el primer año de trabajo de un servicio de este tipo, buque insignia para enseñar a toda la población española, hay un déficit de más de 1.000 millones de pesetas, difícilmente ustedes lo podrían explicar.

Por tanto, no queremos entrar en todos estos elementos que usted nos ha expuesto tan detalladamente con cifras y más cifras. Lo que nos interesa son los resultados finales, es decir, el resultado final es que no había planificación adecuada y parece que ha habido más actividad de la prevista en un 10 por ciento, globalmente, como usted señala en el papel *El Gobierno informa*, que se han incrementado los costos en un 18 por ciento más de lo previsto, y además debo señalarle que hay problemas de atención.

Yo creía que los enfermos que ingresaban en los hospitales —y perdone mi posición— estaban el tiempo que precisaban en función de su enfermedad, y no en función de otros criterios. Nosotros tenemos constancia por escrito —y se lo digo para su Gobierno y para que actúe— de que a un paciente terminal le dijo la dirección médica de la Fundación Hospital de Alcorcón que tenía que dársele el alta tal día porque había agotado el plazo de estancia en el hospital. **(El señor Villalón Rico: ¿Tiene constancia escrita?)** Sí, César, por escrito, después no digáis que entramos en diálogo. Hay constancia escrita, y yo se lo digo para su conocimiento, porque es una denuncia muy grave que nos ha llegado de que los familiares del paciente recibieron una notificación que decía: Su familiar —su padre en concreto— ha agotado el plazo, y tenemos que darle el alta. Y ellos dijeron: ¿Pero a dónde vamos, si se está muriendo? Tan es así, que continuó ingresado en el hospital y a las 24 horas falleció, es decir, que no es no estuviera grave. Yo creía que los criterios para dar el alta médica en un hospital no eran los de ajustar una estancia para que salga en las estadísticas, sino que estaban en función del tipo de proceso que existe.

Por tanto, nuestra conclusión —y sin querer entrar en más detalles— es que no funciona la Fundación Hospital de Alcorcón, que no funciona con los parámetros que ustedes han manifestado reiteradamente.

Yo les rogaría que en sus informaciones a la prensa, y al público que es lo único que a ustedes les interesa —no les interesa lo que usted dice aquí, no les interesa lo que dicen los profesionales, no les interesa lo que pasa—, lo único que les interesa son las ruedas de prensa que convocan, lo que sale en los telediarios y en los medios de comunicación, fuesen un poco más cautos, porque algún día esas informaciones se les van a volver como un boomerang. Es

decir, cuando la realidad es tan palpable que es contraria a lo que ustedes informan esto les va a resultar un *boom-rang*, que va a ser un *boomerang* mortal.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Voy a fijar la posición de mi grupo parlamentario en relación con el tema del Hospital de Alcorcón, que tanta polémica levanta, que tantas veces ha sido discutido y que tan bueno es que venga a la Cámara para que se discuta una y otra vez para que los distintos grupos políticos manifiesten su posición en relación con este asunto.

Sinceramente, estoy contento de que por primera vez en esta Comisión se venga a hablar de resultados. Hasta ahora hablábamos de posicionamientos ideológicos y se decía que los habitantes del área 8 de la Comunidad de Madrid iban a ser atendidos por un hospital privado en el que tendrían que pagar, en el que no tendrían derecho a atención... Es decir, los pensamientos y las afirmaciones más agoreras, creando en los vecinos y en los ciudadanos del área 8 de Madrid una situación de temor a una inasistencia de la sanidad pública.

Decía, en cuantas intervenciones ha habido en esta comisión y en el Pleno en relación con este asunto, que el tiempo daría y quitaría la razón. Ha pasado un año y el presidente de la Fundación y presidente ejecutivo del Insalud viene a dar datos concretos de actividad asistencial. Y los mismos grupos que mantenían unas posiciones agoreras, porque no entienden o no están de acuerdo con este nuevo modelo de gestión y por tanto preveían catástrofes, hoy niegan la realidad de los datos, niegan la evidencia.

Entiendo que se pueden mantener posturas y por supuesto opiniones en relación con los datos, pero desde luego esos datos están al alcance de todos. Que tengamos un hospital con una estancia media, no ya de 5,52 días en el mes de octubre, sino que al final del año es del 5,48, como acaba de decir el presidente del Insalud, es un dato fantástico no sólo para la organización y la gestión, sino para todos los ciudadanos del área 8; que los ciudadanos, en este hospital, tengan que esperar para ser operados 1,23 días no es fantástico para la prensa, es fantástico para todos los ciudadanos del área 8; que ese hospital ofrezca consultas de alta resolución a todos los ciudadanos del área 8 con un porcentaje muy superior al resto de los hospitales, es algo francamente satisfactorio para todos los ciudadanos del área 8, y estoy seguro de que para todos los parlamentarios de los distintos grupos políticos; que el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria, demandada por los ciudadanos, que piden estar el menor tiempo posible ingresados, sea del 48 por ciento me parece que es un dato de extraordinaria validez, enormemente positivo para los ciudadanos del área 8 de la Comunidad de Madrid.

Señor presidente, dado lo avanzado de la hora, no me extiendo más. Sólo quiero felicitar al presidente del Insalud y al presidente de la Fundación Hospital de Alcorcón por los extraordinarios datos preliminares del primer año de funcionamiento de un hospital de estas características, en beneficio, repito, de los ciudadanos del área 8 de Madrid que tienen que recibir asistencia sanitaria. Muy Probable-

mente dentro de un año, ante los resultados, volveremos a hablar del tema y veremos que las circunstancias y las posiciones agoreras de distintos grupos políticos están respaldadas en el sentido negativo y cómo los datos que viene ofreciendo este hospital son cada día mejores.

El señor **PRESIDENTE**: Para dar contestación a las distintas intervenciones, tiene la palabra el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE DEL PATRONATO DE LA FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCORCÓN Y PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Muchas gracias, señor presidente, y muchas gracias, señorías, por sus intervenciones.

Hay una cuestión que es la que está silieta a debate en estos momentos. Lo demás es aportar datos para reforzar o no el hilo argumental de la exposición de los grupos parlamentarios que han intervenido, a excepción del último. Si me lo permiten diré que se trata de una contradicción permanente. Aquí se quiere demostrar que la Fundación Alcorcón ha incurrido en déficit y por eso el Insalud ha tenido que suplementarle. Pero ha incurrido en déficit a pesar de utilizar las siguientes herramientas: primero: es el hospital que menos paga a su personal (**La señora Maestro Martín: ¡Seguro!**); segundo: es el personal que más trabaja del Insalud; tercero: se derivan todas las patologías costosas a otros centros sanitarios; cuarto: se dan altas anticipadas. Y después de todos estos trucos, que lo único que persiguen es disminuir el coste del hospital, resulta que el coste del hospital se incrementa. (**Rumores.**) O bien no son ciertas todas y cada una de las cuestiones que se alegan o bien no es cierta la segunda. (**Rumores.— Varios señores diputados: ¡Las dos!**) Pero es imposible, insisto, que recortando gastos de personal, incrementando la jornada, derivando las altas, no atendiendo a las patologías complejas se pueda a su vez incurrir en más gasto en el hospital. Esto, evidentemente, no resiste ningún debate técnico. Lo que sí resiste —porque, si no, no se traería aquí— es un debate político, y en éste estamos desde el principio.

Ya he apuntado que la intervención inicial de la señora diputada de Izquierda Unida ine llenó de satisfacción cuando decía: ustedes están detrás de una reforma basada en la gestión empresarial. Por primera vez la diputada de Izquierda Unida ha omitido el término privatizar, y eso es muy importante. Por consiguiente, se están dando pasos. (**Risas.**) Yo siento recordar en esta Comisión —pero creo que es mi obligación por cortesía parlamentaria— lo que se decía de la Fundación Hospital Alcorcón. Como todo el mundo tiene documentos y el señor portavoz del Grupo Socialista es el que más documentos tiene, seguro que va a tener uno que yo le voy a resumir: En la Fundación Hospital Alcorcón habrá dos tipos de pacientes, los privados y los públicos; en la Fundación Hospital Alcorcón habrá dos tipos de habitaciones, las privadas y las públicas; las privadas tendrán una cama, y las públicas serán salas de hasta seis camas. Insisto, está escrito y tiene siglas. Si no lo tiene S.S., no tengo ningún inconveniente en remitírselo para que vaya haciendo acopio de esa documentación tan interesante. (**Risas.**)

En este momento ya estamos en otra parte de la exposición, diciendo: fíjense, ustedes, que son las personas que no creen en la sanidad pública, que no quieren pagar a los trabajadores, que derivan todas las patologías que pueden, que dan altas anticipadas, incurren en déficit. Y resulta que lo que se ha hecho es exactamente lo que creíamos que ustedes felicitarían —estoy convencido de que en el fondo lo hacen—: si se hace más actividad en la Fundación, se paga; y no se recorta el presupuesto como consecuencia de los recortes obligatorios en materia de actividad. Esto es exactamente lo que hemos hecho. Y a la vez, se introducen pequeños datos con los cuales se intenta argumentar lo que, en nuestra opinión, con el debido respeto, no es argumentable. Se habla del sida. El sida es una cosa que, en principio todo el mundo sabe que cuesta mucho, y que pudiera ser que a la Fundación se le pague más que a otros hospitales; pero no solamente se habla: yo no sé si, como decía el portavoz del Grupo Socialista, la capacidad propagandística del Gobierno es mayor que la de otros grupos. Hoy leemos en otros diarios (que estos sí que son los importantes), prácticamente el contenido de la exposición, que se basa en saber dónde se han ido los 592 millones que la Fundación ha cobrado de más. Eso es absolutamente falso, porque la Fundación no ha cobrado ni una peseta más de facturación, es manifiestamente falso. La Fundación tenía un techo presupuestario hasta 7.000 millones, ha acreditado 6.000 y pico y hay 592 millones que siguen en los presupuestos del Insalud. Por lo tanto, en ningún caso se le ha dado a la Fundación un dinero adicional.

Se habla también del sida, pero no se cuentan las cosas en su totalidad, y creo que esto es un problema. Se les dice a los hospitales de la red que atienden a la población infectada por el VIH que los nuevos retrovirales, es decir, el tercero, el cuarto o incluso el quinto, se financiarán con 500 y pico mil pesetas. ¿Y qué se le dice a un hospital que acaba de abrir y que va a captar desde el principio pacientes de VIH, teniendo que poner ya por consiguiente, los tres antirretrovirales que estaban poniendo los hospitales tradicionales y que ya estaban incluidos en sus presupuestos anteriores? Que se pague la totalidad del VIH, los tres que ya ponían los anteriores hospitales y los tres antirretrovirales nuevos. Eso es una evidencia y se está haciendo en todos los hospitales. **(Rumores.)** Pero, ¡por favor! Si un hospital abre y no tiene ninguna persona de VIH y tiene que poner cinco retrovirales, se le pagarán los cinco; si un hospital tiene una población a la que está poniendo ya tres antirretrovirales y hay dos nuevos, se le pagarán los dos nuevos. **(Rumores.)** Por favor, por favor. La verdad es que esta discusión es tan obvia que me produce un cierto desasosiego que no se entienda, porque entonces no podré explicar nada y será prácticamente imposible que yo intente darles un dato dado mi incapacidad absoluta para explicarlo.

Además se dicen cosas con tanta contundencia que, cuando menos, a mí me gustaría ser igual de contundente para contestar a una cosa que no solamente no es cierta, sino que es manifiestamente falsa, porque se dice que el número de altas codificadas de la Fundación Hospital Alcorcón es del sesenta y pico por ciento y la de los otros hospitales es no sé cuánto. Pues bien, el número de altas codificadas de la Fundación Alcorcón es 99,97 por ciento, y en cuanto al resto de hospitales: Severo Ochoa, 95,14;

Morales Meseguer, 98,09; Alcalá de Henares, 94,60 y Grupo 2, 97,55.

Cuando interesa, se traen a colación determinadas encuestas de ciertos sindicatos, que tienen todo su derecho a hacerlas; yo no sabía que el sindicato que ha elaborado esa encuesta es el más representativo, pero ya digo que todo el mundo tiene derecho a hacerlas. Ahora bien, lo que pasa es que lo hacen sobre 50 enfermeras del hospital y, sin embargo, la encuesta que hace el hospital sobre 763 personas empleadas del mismo, con un porcentaje de contestación del 67 por ciento, demuestra que el 76,6 por ciento de los encuestados valoran positivamente su actuación dentro del centro: enfermería el 74 por ciento; técnicos especialistas el 63 por ciento; auxiliares de enfermería el 73,4 por ciento; técnicos superiores y técnicos medios el 79,6 por ciento y auxiliares administrativos el 71 por ciento. La media de las 763 personas encuestadas es el 73,4 por ciento.

Por consiguiente, señorías, hablemos de lo que queramos y que cada uno lo haga bajo su óptica, pero no lleguemos los datos, porque vuelvo a reiterar que a un hospital que acaba de abrir, que es su primer año de evolución, de puesta en funcionamiento, con todos los parámetros de apertura que se comparan con ventaja con cualquier otro hospital tradicional, decirle que si desarrolla más actividad no se le pone el presupuesto detrás, prefiero estar en este momento respondiendo por qué se ha puesto un presupuesto que sigue a la actividad que no respondiendo por qué se ha limitado la actividad al hospital al objeto de no incurrir en déficit, desde el punto de vista de la previsión del contrato inicial.

Y acabo diciendo que esa cláusula a la que se refiere S.S. es igual en todos los hospitales. Se le dice que si se excede no se financia, pero lo que hay que interpretar es que tanto en Manacor, como en Alcorcón, como mañana en el hospital de La Rioja, como pasado en el hospital de Palma 2, el primer año de apertura del hospital en ningún caso coincidirá su presupuesto inicial con la previsión presupuestaria final. Y ya le anticipo que para 1999 el presupuesto de este hospital se va a incrementar en más de un 30 por ciento, porque los servicios han estado funcionando durante 12 meses. Incluso es posible que se haga un incremento poblacional para que se demuestre que la población acude satisfecha al hospital y para que se demuestre que algunas de las cuestiones que estamos comentando no son verdaderas.

¿Cómo es posible que incurra en gastos un hospital, decía el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista? Si comparamos el número de días que ha permanecido abierto el hospital con el número de días que ha permanecido abierta cada unidad que se iba poniendo en funcionamiento, resulta que en el primer trimestre el número de días totales, sobre el número de días que estuvieron abiertas esas nuevas especialidades es del 56 por ciento. Es decir, esas especialidades sólo tuvieron abierto el 56 por ciento de días del primer trimestre en que el hospital estuvo permanente y totalmente abierto, porque se fueron implementando en enero, en febrero, en marzo, en abril y así sucesivamente. Por lo tanto, durante todos esos días el hospital tuvo que pagar todo el mantenimiento, tuvo que pagar la electricidad que consumía y tuvo que pagar todos los gastos fijos, con

independencia de que esas unidades fuesen entrando en funcionamiento paulatinamente.

Pero vuelvo a insistirles, y concluyo, y perdónenme el tono apasionado de la exposición, en que no es razonable criticar a una institución por una cosa y por su contraria. No es razonable criticar por los criterios supuestamente economicistas que utiliza un hospital y después criticarle por los criterios excesivamente lasos que parece ser que utiliza ese hospital en la actividad que realiza. O se han utilizado criterios economicistas o se han utilizado criterios laxos. Es materialmente imposible que se le pueda criticar a una misma institución por una cosa y por su contraria.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Maestro tiene la palabra, y la pido concisión.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Voy a ser breve.

Uno de los elementos de más peso, creo yo, que he utilizado como argumento para establecer una serie de preguntas, antes de afirmar que se han producido irregularidades en la gestión del hospital de Alcorcón, como creo estar en condiciones de afirmar en este momento, es una discordancia reiterada entre los datos oficiales, que el señor Núñez Feijóo exhibe, antes de octubre de 1998 y después y que, además, precisamente, son los que permiten establecer los cálculos para hacer el gasto final.

Señor Núñez Feijóo estamos ante un dato concreto, concretísimo. La estancia media global de la Fundación Hospital de Alcorcón son 5,52 días, aunque el señor Mingo dice que son 5,48 pero de eso paso— me quedo con sus palabras. Si es así, yo le solicito el cese de la directora general doña Carmen Navarro Fernández-Rodríguez, que en un documento, (comunicación concierto Fundación Hospital de Alcorcón, de 25 de noviembre de 1998, salida número 1.18 1) afirma que la estancia media global continúa siendo de 7,4 días. Esto no es una tontería. Yo no sé si todo el mundo es capaz de calibrar esto. Esto es una irregularidad gravísima, porque sobre esta base es sobre la que se han calculado los 1.000 millones de pesetas más. Si es verdad lo que usted dice —y yo me lo creo— esto es una estafa. Si el dato que usted dice es de 5,52 días y esta buena señora dice que son 7,4, y este es el elemento fundamental a partir del cual, contando el valor de las UPA, que además, multiplicándolo como le digo por el valor medio de cada una, justamente es poco más de 1.000 millones de pesetas, que es lo que más se ha gastado la Fundación Alcorcón, ¿dónde está la trampa? No me diga, señor Núñez Feijóo, (porque creo que el nivel básico de matemáticas lo hemos conseguido todos para saber cómo se hace una media), que es el incremento de actividad, porque la estancia media se calcula dividiendo el número de días totales entre el número de ingresos, y por muchos aumentos en el número de ingresos que se hayan producido habrá correspondido con el número de días totales. Y son 2,2 días de diferencia. Aquí hay algo que falla. Si son 7,4 días, la Fundación Hospital Alcorcón tiene indicadores de funcionamiento ligeramente peores que el resto de los hospitales de su nivel. Hay otro dato que tiene que explicar usted. Usted dice y sigue repitiendo que un hospital hasta el mes de octubre tiene una estancia media de 5,52 días, pero vamos a suponer que usted está equivocado y que tiene razón doña Carmen

Navarro. ¿Como puede ser que en dos meses la estancia media se prolongue en una cantidad tan importante, que es casi el 40 por ciento de aumento? Eso no cuadra, señor Núñez Feijóo y eso es lo que yo quiero que usted explique aquí.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Insisto en que son documentos que usted tiene, que deberían ser públicos, que me han llegado y que debería usted haberlos reemitido cuando se han solicitado y que no se han remitido. Pero están en mi poder y son documentos oficiales sobre cuál es la estancia media. Si coincide sospechosamente el incremento producido en los días de estancia media con los cálculos que elevan el aumento de gasto de la Fundación Hospital de Alcorcón, aquí hay truco, señor Núñez Feijóo. Aquí podemos hacer todos los juegos malabares que queramos, pero los datos son los datos y no quiero extenderme en otras cosas. Agradezco la al-nabilidad del señor presidente, pero aquí hay algo que falla.

Le solicito que depure los datos, voy a pedir inmediatamente su comparecencia, aunque debería pedirla usted para cuando se haya aclarado, si está en condiciones de explicar en este momento qué está pasando. Y si es la Fundación Hospital Alcorcón o es doña Carmen Navarro quien ha incurrido en error, le pido que depure las responsabilidades y acepte que se solicite una actuación que se corresponda con la gravedad de los datos. No es una cifra cualquiera la que le estoy diciendo. Espero su respuesta. Insisto en que, de no poder satisfacer las dudas graves que en este momento he planteado, solicite su comparecencia a petición propia o descuide que mi grupo parlamentario lo va a hacer.

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

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Núñez Feijóo): Intervengo brevemente.

Creo que vamos progresando a medida que avanza el tiempo de comparecencia y ahora ya estamos en la discusión de la estancia media. Los demás planteamientos no se están discutiendo y se está discutiendo lo que dice un papel. (**La señora Maestro Martín: ¡No, no!**) Insisto, lo que dice un papel de la estancia media sobre el planteamiento que ha hecho el Insalud en relación con los indicadores de este hospital. La estancia media pactada en el concierto eran 7,4 días y la estancia media real que ha tenido el hospital es inferior. ¿Qué quiere decirse con ello? Que o bien se modifica la totalidad del concierto y se empieza a refacturar todo lo que se ha facturado desde el mes de mayo o bien no se modifican los parámetros por los que se puede facturar y lo único que se hace es, si hay una actividad, poner más dinero.

Le vuelvo a insistir, en que cuanto mayor sea la estancia media, más financiación tiene el hospital. (**La señora Maestro Martín: ¡Claro, claro, evidentemente!**) Por consiguiente, si el hospital quisiera tener una estancia media amplia y quisiera facturar, no se producirían los planteamientos a los que se refieren otros señores diputa-

dos interpelantes. Por una parte, se acusa de que hay altas precipitadas cuando por cada alta precipitada que da teóricamente el hospital pierde financiación; luego, cuanto mayor sea la estancia media, mayor financiación tendría.

Por otra parte, señoría, las UPA es un procedimiento sobrepasado de medir la actividad, que se ha puesto inicialmente en este concierto porque no sabíamos exactamente los procesos que iba a atender el hospital, no sabíamos el ritmo de apertura del hospital, no sabíamos el ritmo con el que iban a acudir los pacientes a ese hospital pero fuera de las UPA están las consultas externas, 178.000, un 15 por ciento más 80.000 consultas primeras, un 40 por ciento más; 59.663 urgencias, y con cada urgencia que no ingresa y ha quedado demostrado que este hospital ingresa la mitad de urgencias de lo que ingresa el resto, teóricamente con sus cuentas pierde dinero el hospital, porque si a una persona en urgencias se la ingresa y produce una estancia, automáticamente, facturaría una UPA.

De un total de 5.500 intervenciones el 48 por ciento, 2.200 intervenciones se practican con cirugía mayor ambulatoria, pero resulta que el hospital, por realizar cirugía mayor ambulatoria, estaría perdiendo financiación. Debería ingresar a todos los pacientes para que pernoctasen y se facturase por cada paciente y cada noche una UPA.

Señoría, insisto en que los datos que hemos dado son los correctos y que los datos a los que usted se refiere son los que constan en el concierto. En diciembre, obviamente, no podíamos modificar la totalidad del concierto, volver a facturar desde el mes de enero de 1999 y volver a ver a todas y cada una de esas personas.

Sin embargo, hay una cosa que debe quedar suficientemente clara, que cada persona que ha ingresado y cada alta que se ha producido tiene un nombre y apellidos, tiene un proceso y tiene un número de tarjeta sanitaria individual. Por tanto, hablar de fraude o hablar de actuación irregular por parte de la Dirección General de Presupuestos, o de cualquier otra, cuando menos, señoría, es decir que la Inspección Sanitaria de Madrid, que es la que acredita el número de pacientes que han sido ingresados en ese hospital y el número de altas que se han producido, está actuando de una forma irregular. Permítame que le diga que estoy convencido de que el número de pacientes a los que se ha intervenido en la Fundación o que se han ingresado son los pacientes que constan, con independencia de que si la Fundación —utilizando los mejores mecanismos para el paciente y no para el concierto, porque ello no sería objeto de debate— en vez de hacer una estancia media de cinco días la hiciera de siete, obtendría mucha más financiación y no estaríamos incumpliendo en déficit. No sería objeto de debate si la Fundación en vez de operar al 48 por ciento de la cirugía sin ingreso, la operara con ingreso, porque produce estancias y causa más UPA.

Señoría, la discusión de las UPA se ha acabado desde hace muchos años y los hospitales están tendiendo a financiarse por procesos. Y en el primer año de un hospital pocos

procesos podíamos prever, porque era una actividad de un nuevo hospital, insisto, en su primer año de existencia. Por tanto, no intentemos, sobre la base del dato de la estancia media, desacreditar la totalidad del trabajo de un centro sanitario y desacreditar la totalidad de la facturación, porque este hospital sí tiene que facturar, mientras el resto de los hospitales no tiene que hacerlo.

Por consiguiente, quiero decirle, señoría, que hemos utilizado los mecanismos de asistencia que más interesan a los ciudadanos, con independencia del reflejo en el presupuesto de financiación que tenga el hospital. Y prueba de ello es que en el año 1999 se modificará ese concierto y se actuará más por procedimiento o proceso y menos por estancias. Sería perverso, y desde luego discriminatorio, que el hospital, para conseguir más financiación, ingresase a más gente y atendiese a más gente ingresada y menos gente ambulatoria, que esa es la forma de incrementar la estancia media, fórmula que desde luego no se ha utilizado en este hospital.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Señor, presidente, por favor, brevisísimamente, un minuto.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, no va a haber un acuerdo en cuatro a las cifras, no reabra una vez más el debate sobre el mismo tema, que creo que está muy discutido.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: No voy a reabrir el debate. Quiero insistir, señor presidente, en que datos oficiales del Insalud, de octubre de 1998, dan una estancia media de 5,52 días y que datos oficiales de noviembre...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, todo eso ya consta en el "Diario de Sesiones", en su intervención y en la del señor Núñez Feijóo.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Hay una cosa que no consta en el "Diario de Sesiones", que es anunciar que yo le daba la oportunidad al señor Núñez Feijóo de poder contrastar mejor los datos, pero si no estima necesario ningún contraste más, voy a remitir estos datos al Tribunal de Cuentas para que intervenga y aclare en qué medida lo que aquí se ha producido, esta discordancia de datos, que, misisto, es un elemento importantísimo para el cálculo de la financiación, ha podido distorsionar las cuentas finales de la Fundación para 1998.

El señor **PRESIDENTE**: Su señoría es libre de hacer lo que estime oportuno.

Finalizado el orden del día, se levanta la sesión.

Eran las dos y cincuenta 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