



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 1999

VI Legislatura

Núm. 799

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 42

celebrada el jueves, 18 de noviembre de 1999

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Proposiciones no de ley:

- Por la que se insta al Gobierno para que a través del Instituto Nacional de Consumo se envíe a todas las familias del Estado información sobre cómo pueden verse afectados por el llamado efecto 2000. Presentada por el Grupo Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/001441.) ... 23796
- Sobre el derecho a la prótesis auditivas para personas sordas y su inclusión en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo anterior. (Número de expediente 161/001488.) ..... 23799
- Por la que se insta al Gobierno a elaborar un proyecto de atención a las mujeres embarazadas con VIH/Sida. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001623.) ..... 23803

#### Preguntas:

- De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida), sobre agilización de los trámites necesarios para que las mujeres puedan acceder a la Ru-486 para la interrupción voluntaria de su embarazo, en cumplimiento de una proposición no de ley aprobada por la Cámara. (Número de expediente 181/002778.) ..... 23807

**Celebración de las siguientes comparencias:**

- |  |       |
|--|-------|
| — Del señor subsecretario de Sanidad y Consumo (Castellón Leal) para informar acerca de la persistente utilización del radiofármaco urea marcada con carbono 14 en servicios sanitarios privados y públicos, pese a no estar autorizada y haberse publicado reiteradamente en órganos científicos de toda solvencia los riesgos para la salud que ello implica. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 212/001969.) ..... | 23809 |
| — Del señor presidente ejecutivo del Insalud (Nuñez Feijóo), para informar sobre el anteproyecto de reglamento sobre nuevas formas de gestión. A petición propia. (Número de expediente 212/002094.) .....   | 23813 |

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

**PROPOSICIONES NO DE LEY:**

- **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE A TRAVÉS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO SE ENVÍE A TODAS LAS FAMILIAS DEL ESTADO INFORMACIÓN SOBRE CÓMO PUEDEN VERSE AFECTADOS POR EL LLAMADO EFECTO 2000. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001441.)**

El señor **PRESIDENTE:** Damos comienzo a la reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el orden del día que todas SS.SS. conocen. Antes de proceder al debate, comunico a los miembros de la Comisión que las votaciones no serán antes de las cinco y media de la tarde.

Así pues, pasamos en primer lugar al debate de la proposición no de ley por la que se insta al Gobierno para que a través del Instituto Nacional de Consumo se envíe a todas las familias del Estado información sobre cómo pueden verse afectados por el llamado efecto 2000. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya exposición tiene la palabra la señora Varela, que cuando quiera puede intervenir.

La señora **VARELA VÁZQUEZ:** Como todos ustedes saben, parece que existe una gran preocupación por el denominado efecto 2000, preocupación que es lógica debido a la enorme importancia que la informática tiene en la sociedad en la que nos desenvolvemos. No parece adecuado explicar detalladamente cuál es la causa de este problema, puesto que de una manera resumida sabemos que se trata de que muchos programas informáticos se basan sólo en dos dígitos y esto supondrá unos problemas especiales con el paso del año 1999 al año 2000. Inicialmente se consideró que se trataba de un problema técnico que afectaba a las aplicaciones informáticas, pero posteriormente se ha sabido que afecta no sólo a las aplicaciones, sino también a los equipos físicos y lógicos. El caso es que todo este problema va a dar lugar a errores en los tratamientos de la

información que impliquen cálculos, comparaciones y ordenaciones de fecha o sencillamente puede dar lugar a que los sistemas dejen de funcionar. Además, a este complejo tema hay que añadir el problema de los sistemas empotrados o automatizados, es decir, todos aquellos que se sitúan fuera de los centros informáticos convencionales, microprocesadores que no están preparados para el año 2000 y que, por ejemplo, controlan ascensores, vehículos, centrales telefónicas, aparatos médicos, electrodomésticos, etcétera.

Lo cierto es que las consecuencias que puede tener el llamado efecto 2000 son potencialmente muy graves. Tanto es así que la Comisión Europea señaló que el problema informático planteado es crítico para las empresas, supone un riesgo considerable para los consumidores y un gran desafío para los servicios públicos. Con respecto a dicho problema, el secretario de Estado para la Administración Pública, señor Villar García-Moreno, reconoció el 16 de diciembre de 1998 que las administraciones debían jugar un papel esencial en la concienciación y estímulo de la acción cara al sector privado, especialmente en sectores como pueden ser las infraestructuras críticas y, sobre todo, las pymes y la protección a los consumidores. Sabemos que el Gobierno está haciendo todo lo posible para paliar este problema, de forma que se logre la adaptación de los sistemas de información al año 2000, y por ello el Consejo de Ministros del día 12 de junio de 1998 acordó tomar una serie de medidas; medidas que fueron ampliamente expuestas tanto por el ministro Mariano Rajoy, en su comparencia en el Congreso el día 3 de noviembre de 1998, como por el secretario de Estado para la Administración Pública, señor Villar García-Moreno, en su comparencia del día 16 de diciembre del mismo año.

Consideramos que el Gobierno ha enfocado correctamente el problema del efecto 2000 en términos generales, ya que las medidas adoptadas por el Consejo de Ministros iban dirigidas tanto al sector público como al sector privado. Hay que decir que la constitución y funcionamiento de la comisión del efecto 2000 fue un paso imprescindible para concienciar y apoyar a los usuarios en la resolución del problema, dado que en ella están representados los principales agentes del sector privado, como la CEOE, la Cepy-me, el Consejo Superior de Cámaras, el Consejo de Consu-

midores y Usuarios, etcétera. Y, por parte de las administraciones públicas, están diversos ministerios, así como la Administración local y la Administración autonómica.

Dentro del sector privado, que es el que nos ocupa, se tomaron diversas medidas, pero sólo una afecta a los consumidores y usuarios. En ella, el Instituto Nacional de Consumo debía desarrollar un programa de información a los consumidores y usuarios que promoviese un esquema de declaración de productos preparados para el año 2000.

Por tanto, el mencionado instituto preparó un programa de información a los consumidores, considerando en especial los aspectos de verificación de la conformidad de los productos con el cambio del milenio. Como medida complementaria a este programa, sabemos que se ha previsto un dispositivo de utilización voluntaria con la expresión: preparado para el 2000. El 7 de octubre de 1999, el subsecretario de Sanidad y Consumo ha adoptado una resolución por la que se hace público el distintivo como medio de incrementar la garantía e información al consumidor en la adquisición de productos, equipos o sistemas en los que por sus características se puedan producir errores en los tratamientos de la información que impliquen cálculos, comparaciones y ordenaciones de fechas.

También el pasado día 1 de octubre comenzó a funcionar, hasta el 31 de marzo del 2000, la oficina de transición para el efecto 2000. Esta iniciativa, que tiene su origen en un real decreto que el Consejo de Ministros aprobó en su reunión del 27 de agosto de este año, tiene como objetivo reducir al mínimo los posibles efectos perjudiciales derivados de fallos de ordenadores, sistemas de información y dispositivos automatizados y, en particular, los que puedan afectar a la prestación de servicios o suministros esenciales para los ciudadanos.

Es obvio, como SS.SS. entenderán, que aunque se sea muy riguroso en el trabajo de conversión, siempre cabe la posibilidad de que ocurran dos cosas. Una, que no se pueda realizar por completo, por no estar disponibles en el mercado los programadores necesarios y, dos, que existe la posibilidad de que se produzcan errores.

Ahora bien, el Grupo Parlamentario Socialista entiende que aunque se ha hecho un esfuerzo por parte del Gobierno tomando y poniendo en práctica una serie de medidas, esas medidas adolecen, a nuestro modo de entender, de algo fundamental, como es una información real dirigida a los consumidores y usuarios finales, para que puedan combatir en su ámbito particular el mencionado efecto 2000. Entendemos que falta una información no sobre lo que se vaya a adquirir, sino sobre lo que las familias españolas han ido adquiriendo a lo largo de los años y que ahora, con el efecto 2000, les puede fallar y, por tanto, les puede crear problemas.

El Grupo Parlamentario Socialista entiende que el consumidor final adolece de la información necesaria por la problemática que se le puede plantear por el llamado efecto 2000. El ciudadano entendemos que debe estar informado para saber qué es lo que puede o no puede fallar por el mencionado efecto y para conocer en qué medida le puede afectar. Debe saber qué hacer en cada caso y cómo actuar para prevenir y para poder subsanar posteriormente las consecuencias que se pueden derivar del llamado efecto 2000.

Señorías, en el Reino Unido todos los ciudadanos han visto repetidas veces *spots* televisivos informándoles que tienen un problema y que tienen que abordarlo. Además, 25 millones de familias han recibido en sus domicilios información sobre qué sistemas pueden fallarles en su casa. Incluso *Antena 3* anunció ayer que emitirá más de 60 reportajes hasta fin de año para prevenir sobre el efecto 2000.

Por todo lo expuesto, el Grupo Parlamentario Socialista presentó en su día esta proposición. Entendemos que ha transcurrido bastante tiempo hasta que se le ha dado turno en el orden del día. Estamos muy próximos al año 2000, pero pedimos que se haga un esfuerzo, ya que toda información redundará, sin lugar a dudas, en beneficio de los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**) Por el Grupo Parlamentario de Convergencia i Unió, tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Empezaré por el final del comentario que ha hecho la portavoz del Grupo Socialista. Recordaba que hace tiempo que presentaron esta iniciativa. Interpreto que quería decir que a estas alturas ha dejado de tener sentido el contexto que se quería dar en el mes de marzo, cuando se presentó.

Mi grupo no va a votar favorablemente esta proposición no de ley del Grupo Socialista no por discrepar en absoluto de la exposición de motivos que muy bien ha comentado la portavoz socialista, ya que a estas alturas, a punto de vivir o sufrir el efecto 2000, son ampliamente conocidas por la mayor parte de los parlamentarios que estamos en esta Cámara, aunque no por los usuarios y consumidores, por el ciudadano normal y corriente. Pensamos que la proposición, estando llena de buenas intenciones, es poco práctica y poco factible. Nos extraña que de manera centralizada, desde el Gobierno del Estado, se pueda hacer llegar de manera generalizada, casa por casa o familia por familia, esta información que piden en su proposición, cuando falta tan poco para cuando debería de producirse el efecto. Pensamos que sería conveniente encontrar otros sistemas para aclarar los aspectos no debidamente bien informados que hasta la fecha el conjunto de las administraciones no lo han hecho. Estimamos que estos sistemas deberían estar más próximos al ciudadano, como pueden ser los gobiernos autonómicos o municipales, a fin de que acaben de informar sobre aquellas lagunas que el ciudadano consumidor pueda tener en su vida diaria por el efecto 2000.

En la exposición de motivos explican que creen que a nivel de empresas y de industrias este tema está bien documentado y que se habrán tomado las precauciones necesarias para minimizar o para evitar que los riesgos que pueda acarrear sean importantes. Quizás donde puede haber una carencia en este aspecto es a nivel doméstico. Pues bien, mi grupo comparte plenamente este criterio, señora Varela, pero pensamos que una carta que pueda enviar el Gobierno no es la mejor manera de solucionar este problema.

Por consiguiente, dando por descontado que todas las administraciones, las estatales, las autonómicas y las municipales, hagan una campaña más intensa durante el período que nos queda para llegar al día D y la hora H de informa-

ción a los usuarios y consumidores, no consideramos pertinente la aprobación de esta proposición no de ley.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señorías, hoy es 18 de noviembre, es decir, que quedan 43 días para el tan traído y llevado efecto 2000. Sin duda, la polémica que se ha generado en torno a las previsibles consecuencias o hipotéticas consecuencias de este efecto 2000 en muchos ámbitos, no sólo domésticos, sino industriales o empresariales, han llenado ríos de tinta en los medios de comunicación. En esta misma Cámara ha comparecido el Gobierno y se han producido debates en Pleno y en Comisión muy significativos sobre esta cuestión. Comparto con la portavoz del Grupo Socialista su afirmación de que el Gobierno y el resto de las administraciones y sectores comprometidos han hecho todo lo que está en la mano de un país de nuestra dimensión y con nuestras posibilidades para minimizar el posible efecto negativo que está por ver se produzca en algunas instancias.

Sin embargo, el hecho concreto que nos trae hoy aquí es la presentación de una proposición no de ley, ciertamente con retraso. Nos hubiera gustado que este debate se hubiera producido hace mucho tiempo. En ella, el Grupo Socialista solicita que se envíe una información personalizada prácticamente a todas las familias o ciudadanos españoles. Esto nos genera al menos la duda del grado importante de inconcreción sobre la información que hay que remitir. La casuística, señorías, es infinita. Habría que suministrar información sobre una gran cantidad de cuestiones, en función de los bienes, de los servicios, de los intereses económicos, de las posibles consecuencias jurídicas que esta cuestión puede generar; es decir, estaríamos ante un enorme bagaje de información a remitir para que esto fuera eficaz; información de carácter técnico, de carácter jurídico. Porque información existe y es muy nutrida. Por tanto, que en este momento se solicite la remisión, como mínimo a 18 millones de hogares en este país, nos parece una pretensión poco realista en estos momentos, poco efectiva en todo caso y poco adecuada, dado los múltiples eventos, actividades y acciones que la Administración ya ha desarrollado. Desde luego, no alcanzo a entender qué repercusiones puede tener el efecto 2000 sobre la familia en general. No creo que genere divorcios o separaciones, aunque es verdad que existen estudios importantes que afirman —y esto no es una anécdota, puesto que estamos en la Comisión de Sanidad— que el día 31 de diciembre va a haber un número de nacimientos muy superior al de la media de los últimos meses y de los últimos años, es decir, que existen efectos sanitarios contrastados que pueden generar en los próximos meses un importante debate sobre esas consecuencias. **(Rumores.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego que guarden silencio, porque interfieren el trabajo de los taquígrafos de la Cámara.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Supongo que su iniciativa se refiere al funcionamiento ordinario y cotidiano

de los aparatos de uso doméstico, que es de lo que estamos hablando básicamente. Sobre eso, hay un consenso bastante generalizado en reconocer que el grado de afectación concreta de estos aparatos va a ser prácticamente mínimo, por no decir inexistente. Los problemas pueden generarse en otros ámbitos, como el bancario, el empresarial u otros que están organizados a base de importantes redes informáticas. Además, el Partido Socialista encomienda esta responsabilidad en exclusiva al Gobierno, a través del Instituto Nacional de Consumo. Desde luego, este es un reto de todos, no es un reto que corresponda solamente al Gobierno o al Instituto Nacional de Consumo. Este es un aspecto a resaltar. La información a los consumidores es una competencia transferida a las comunidades autónomas. Por tanto, cualquier aspecto que tenga que ver con esta cuestión tiene que exigir un comportamiento al menos solidario o paralelo por parte de las comunidades autónomas, si queremos, primero, que se respete el orden competencial que consagra nuestra Constitución y, segundo, si queremos alcanzar un efecto práctico realmente positivo. Una campaña del Instituto Nacional de Consumo, sin la participación de las comunidades autónomas, no responde a ninguno de estos dos grandes objetivos, que esencialmente compartimos con el Grupo Socialista. La información al consumidor ha sido desde el primer momento una prioridad de este Gobierno con la dimensión y con el alcance adecuado a nuestro país. No se pueden pedir recursos infinitos para una cuestión que otros países están abordando incluso con menos generosidad o con menos instrumentos que el propio Gobierno español.

En ese sentido, me gustaría dejar muy claro cuáles han sido los instrumentos que se están poniendo encima de la mesa en estos momentos y hasta estos momentos por parte de la Administración del Estado, siguiendo las recomendaciones del Comité de Consumidores, que es el órgano consultivo de la Comisión Europea para estas cuestiones y que establece dos tipos de situaciones, mediante las cuales hay que aproximarse a esta cuestión. La primera, la situación pasiva, es aquella que hace referencia a situaciones en que la protección de la seguridad o de los legítimos intereses económicos de los consumidores dependa de las precauciones o de las medidas que adopten terceros. Ahí los consumidores pueden hacer poco, porque no depende de ellos. Lo que tiene que funcionar, señorías, es nuestro ordenamiento jurídico. En este momento existen normas específicas que los consumidores conocen y que el propio Gobierno está trasladando a estas instancias que pueden incidir y van a incidir de forma muy positiva en la ulterior reparación de situaciones como las que pudiera producir el efecto 2000. Normas, por ejemplo, que contienen el régimen de garantías de productos adquiridos por el consumidor, normas que expresamente configuran un régimen de responsabilidad por productos defectuosos, normas que regulan las condiciones generales de la contratación y especialmente la prohibición de utilización de cláusulas abusivas en contratos celebrados con los consumidores, o normas que establecen con carácter general todos los regímenes de responsabilidad contractual y extracontractual. Hay sentencias en este país que establecen que el consumidor puede recurrir a la vía judicial si entiende que sus legítimos intereses han

sido vulnerados por compras que se vean afectadas por el efecto 2000.

La segunda, la situación activa, es aquella en la que el consumidor tiene una capacidad efectiva de intervenir y es donde se ha venido desarrollando la mayor parte de la acción informativa de las autoridades de consumo. Respecto a esta situación, ya el acuerdo del Consejo de Ministros del 12 de junio de 1998 instaba a desarrollar un programa de información a los consumidores y promovía un esquema de declaración de productos preparados para el año 2000. Desde el punto de vista de la información hay que decir que se ha editado, en colaboración con otras instituciones, un folleto informativo de amplísima difusión sobre el efecto 2000, que se han subvencionado además iniciativas de las propias asociaciones de consumidores y que se está suministrando en este momento, y con cientos de miles de ciudadanos que están accediendo a la misma, toda la información disponible en Internet mediante páginas no solamente del Instituto Nacional de Consumo, sino del Ministerio de Administraciones Públicas. Muchas jornadas desarrolladas en las comunidades autónomas, muchas jornadas de formación y de información sectoriales realizadas por todo tipo de organismos, configuran un escenario en el que el ciudadano está claramente sensibilizado con esta situación.

Desde el punto de vista de la promoción de una declaración de productos preparados para el año 2000 —su señoría ya ha hecho mención a ella en su intervención—, es un avance muy importante, en la que, además, España ha sido pionera en el resto de la Unión Europea elaborando una propuesta mediante la cual la comercialización de productos no preparados para el año 2000, sin advertencia expresa de esta circunstancia, constituirá una infracción vigente en materia de etiquetado. Este avance significativo en nuestro país ha sido elogiado y tomado como referencia en otros países.

A raíz de ese convenio de colaboración, que se firmó entre el Ministerio de Administraciones Públicas y el Instituto Nacional de Consumo para el tratamiento de las consultas del efecto 2000, se ha puesto en marcha ese centro de soporte técnico establecido por el Ministerio de Administraciones Públicas que ha admitido todo tipo de consultas y lo está haciendo en este momento mediante la consideración de máxima prioridad para todo aquello que tiene que ver con la información a los consumidores. Asimismo, se ha diseñado una ambiciosa acción informativa que incluye todo tipo de canales de distribución, como, por ejemplo, la factura de aquellos servicios de interés general.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Burgos, vaya concluyendo.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Voy concluyendo, señor presidente.

Se han remitido, por ejemplo, mediante la factura de la energía eléctrica más de tres millones y medio de folletos informativos a las familias españolas, más de cuatro millones de envíos de información a empresas y profesionales por parte de la Agencia Tributaria y se está desarrollando una importante campaña institucional de publicidad gracias a los convenios de colaboración firmados entre el

Gobierno, Radiotelevisión Española y numerosas televisiones autonómicas.

Es cierto que siempre se puede pedir más a cualquier Gobierno, que siempre se puede pedir más a cualquier Administración, pero entendemos que este Gobierno ha puesto esfuerzo, planificación, medios acordes con nuestra dimensión y se está desarrollando una iniciativa importante en esta materia.

Si me permite, señor presidente, y en aras de que esta Comisión también sea un portavoz privilegiado respecto a la concienciación de los ciudadanos, mi grupo plantea *in voce* al Grupo Socialista la posibilidad de recoger una declaración conjunta de todos los grupos de esta Cámara que pudiera decir así: La Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados insta al Gobierno y a todas las administraciones públicas y sectores sociales afectados a seguir intensificando cuanto sea posible la información a los usuarios y consumidores sobre el llamado efecto 2000 y a agotar las acciones que permitan limitar al mínimo su impacto en los ciudadanos.

Buscamos una declaración positiva que contribuya a esa concienciación y creemos que esta Comisión puede ser un altavoz acreditado y suficiente para contribuir, desde esta Cámara, a ese esfuerzo colectivo. Le traslado la propuesta al presidente, por si el Grupo Socialista la considera positiva.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Burgos, ¿está por escrito la enmienda? (**Asentimiento.**)

— **SOBRE EL DERECHO A LAS PRÓTESIS AUDITIVAS PARA PERSONAS SORDAS Y SU INCLUSIÓN EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA DEL CONGRESO. (Número de expediente 161/001488.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la segunda proposición no de ley sobre el derecho a las prótesis auditivas para personas sordas y su inclusión en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Se debe al Grupo Socialista y para su presentación y defensa tiene la palabra la señora Pin Arboledas.

La señora **PIN ARBOLEDAS**: En el mundo, actualmente, se considera que hay 120 millones de personas con pérdidas auditivas. En los países occidentales se estima que más del 7 por ciento de la población padece algún tipo de deficiencia auditiva. En España hay más de tres millones de personas afectadas por la pérdida de audición, cantidad que tiende a aumentar por el envejecimiento de la población, ya que los problemas de audición suelen presentarse, por causas naturales, a partir de los 55 ó 65 años de edad. De este modo, y según la Organización Mundial de la Salud, en España y en el año 2000 puede haber más de un 14 por ciento de deficientes auditivos.

El problema de la discapacidad auditiva está latente en nuestro mundo. No podemos pasar de largo ante esta enfermedad, porque afecta a buena parte de la sociedad y, por

tanto, se debe atender, informar, prevenir y dar cobertura de ayuda a estos discapacitados auditivos.

Hemos de tener presente que, por norma, se incluye a todas las personas con problemas de audición dentro de un mismo grupo, los sordos, pero todos sabemos que dentro de las deficiencias auditivas se distinguen dos tipos: los congénitos, prelocutivos, que son las personas que nacen con restos mínimos de audición y los poslocutivos, que son los que la padecen por causas genéricas, infecciosas o accidentales. Es decir pierden la audición independientemente de la edad, pudiendo ser esta pérdida total, severa o casi total. Tampoco podemos olvidar a todos aquellos que llegando a la tercera edad padecen una discapacidad auditiva, progresiva, denominada hipoacusia.

Pero lo cierto, señorías, independientemente de la terminología empleada en cada caso, es que las personas que padecen una discapacidad auditiva viven con angustia, sencillamente porque antes oían, dialogaban, se comunicaban y se sentían como los demás, y ahora se encuentran con que no pueden entender y comprender correctamente, ya que no oyen lo suficiente como para seguir una conversación con seguridad.

Los niños y jóvenes afectados por una discapacidad auditiva, como saben SS.SS., tienden a fracasar en los colegios. Los adultos, además de la inseguridad comunicativa, padecen trastornos y depresiones emocionales, que suelen derivar en problemas familiares y laborales. Los jubilados se ven más aislados y quedan condenados a vivir en soledad.

En definitiva, la discapacidad auditiva dificulta la educación y disminuye las posibilidades de empleo, entorpece las relaciones con los demás y merma notablemente la calidad de la vida.

Existen bastantes discapacidades auditivas que pueden ser solucionadas quirúrgicamente, pero hay otras que requieren el uso obligatorio de una prótesis auditiva. Las personas con discapacidad auditiva reducida recurriendo a la prótesis consiguen eliminar las barreras de comunicación, pueden desenvolverse con seguridad y, por tanto, no les queda más remedio que recurrir a la ayuda técnica de los audífonos, cuyo precio oscila entre 150.000 y 350.000 pesetas. En España, en el año 1998 las ventas superaron la cantidad de 110.000 audífonos, lo que supondría para el Estado entre 11.000 y 12.000 millones de pesetas, que dicho sea de paso, comparados con los 45.000 millones de Telefónica no es nada.

Sin embargo, como SS.SS. saben, la sanidad pública no financia el coste de los audífonos y por tanto, y en aras a lograr una mayor integración social, superando las barreras en la comunicación de estos colectivos, es preciso que se aprueben las ayudas necesarias para la adquisición de las prótesis auditivas.

Como SS.SS. conocerán, el 9 de marzo se debatió una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, mediante la cual se instaba al Gobierno a que remitiera a esta Cámara un informe antes de que concluyera el año en curso, para que se determinaran cuáles eran las necesidades reales existentes en relación al tema de los audífonos destinados al colectivo de sordos, y cuáles eran las posibilidades de crédito para atender y poder ayudar con fondos públicos la adquisición de estos aparatos.

Manifestaba en aquella intervención el señor De Luis que la intención del citado informe era precisamente la de poder incluir apoyo público para la adquisición de los audífonos, siempre, lógicamente, bajo prescripción facultativa y en los casos en que se considere necesario. Manifestaba asimismo el señor De Luis su sorpresa ante la no dispensación de apoyo público para la adquisición de prótesis auditivas, y manifestaba igualmente que esta deficiencia debía ser corregida, pero que como las disposiciones de créditos son las que son, el Gobierno debería elaborar un estudio para ver cuáles eran los casos más urgentes o prioritarios, para determinar aquellos casos en los que la implantación de un audífono puede ser determinante para conseguir el objetivo de integración deseado y para que, de acuerdo con las disposiciones de créditos, se puedan —según el señor De Luis y de su grupo— adoptar medidas en este sentido.

Desde el Grupo Parlamentario Socialista, y suponemos que desde el resto de los grupos, estando próximos a finalizar el año y la actual legislatura, entendemos que el Gobierno ha contado con tiempo suficiente para elaborar el informe mandado por la propia proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular y debatida el día 9 de marzo. Por tanto, pensamos que si de verdad el Gobierno tiene interés en el colectivo de personas con deficiencias auditivas, si tiene interés y voluntad para que las personas que se ven privadas de su capacidad auditiva cuenten con una buena integración social y una buena calidad de vida, es evidente que deben apoyar y votar favorablemente esta proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, a fin de que ya en estos presupuestos generales se consigne la cantidad correspondiente para que las personas que necesiten una prótesis auditiva puedan contar con ella.

Quiero añadir que en nuestra proposición no de ley se solicita que las prótesis auditivas estén incluidas en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Es evidente, señorías, que no vamos a entrar en este momento a valorar si ésta debe ser una prestación sanitaria o una prestación social. No vamos a valorar si es más adecuado que esta prestación se cargue sobre el sector sanitario o sobre los servicios sociales, ya que entendemos que el estudio que ha tenido que elaborar el Gobierno debe indicar cuál es la vía financiada más adecuada.

Si nuestra petición de financiación vía sanitaria no fuese la más adecuada y el Grupo Popular, de acuerdo con ese estudio, entendiese que la vía correcta era otra, entenderíamos que se presentara una enmienda en este sentido por parte del Grupo Popular, y hasta la aceptaríamos. Lo que nunca entendería mi grupo, y por supuesto mucho menos las personas afectadas por una discapacidad auditiva, sería que hoy aquí el Grupo Parlamentario Popular se escudase en que todavía no está realizado el estudio para poder votar en contra de esta proposición no de ley.

Nuestro grupo cree que antes de que finalice el año debe existir la consignación presupuestaria para prótesis auditivas, y de no votar el Grupo Parlamentario Popular a favor de esta proposición, entenderá que el Gobierno, escudándose en estudios, pretende dilatar los problemas en el tiempo; se entenderá que no tiene preocupación social por el problema que padece un colectivo muy numeroso de ciudadanos y ciudadanas en nuestro país; se entenderá que lo

único que hace el Gobierno es pura propaganda a costa de un colectivo que tiene graves dificultades; se entenderá que el Gobierno no quiere aportar soluciones concretas en el terreno sanitario o en el terreno social.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pin Arboledas, le ruego concluya.

La señora **PIN ARBOLEDAS**: Voy terminando, señor presidente.

El Grupo Parlamentario Popular considera, como dice el texto de la proposición no de ley debatida el 9 de marzo, que las prótesis auditivas constituyen un instrumento fundamental y que resulta de gran ayuda en las sorderas profundas y en la sordera infantil.

Si consideran que la prótesis auditiva es un instrumento definitivo para la integración social, en muchos casos, de un importante número de personas llamadas o mal llamadas sordas y si les parece lógico que se dispensara por la Administración una ayuda económica para la obtención de dichos aparatos, parecería ilógico a todas luces que, bajo diferentes excusas, votaran en contra de esta proposición no de ley, que lo único que pretende es ayudar a los disminuidos sensoriales para que tengan una correcta integración social y una buena calidad de vida.

El señor **PRESIDENTE**: A dicha proposición no de ley ha sido presentada una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular. Para su exposición, tiene la palabra el señor Gil Melgarejo.

El señor **GIL MELGAREJO**: Señor presidente, señorías, intervengo para defender la enmienda de modificación que ha presentado mi grupo a la proposición no de ley del Grupo Socialista, sobre el derecho a las prótesis auditivas para las personas sordas y su inclusión en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Ciertamente, señor presidente, en un primer momento pensé que el Grupo Socialista retiraría esta iniciativa, además, felicitaría a los distintos grupos que componen esta Comisión de Sanidad, incluido lógicamente el Grupo Parlamentario Popular, y también felicitaría —créanme ustedes, lo digo con sinceridad— al actual Gobierno por haber demostrado con hechos una especial sensibilidad en todas estas cuestiones de índole social, como es el caso que nos está ocupando en estos momentos. Como conocerá también el Grupo Socialista —puesto que hay consejeros de su partido, por derecho propio, en el Consejo interterritorial de salud—, es ya una realidad la inclusión de los audífonos en el futuro catálogo de prestaciones ortoprotésicas; no las prótesis auditivas, puesto que prótesis auditiva también se pueden considerar los implantes cocleares y esta prestación, como muy bien saben SS.SS., se viene ya ofertando dentro del Sistema Nacional de Salud. Únicamente se está a la espera de la promulgación de la orden ministerial referida al nuevo catálogo de prestaciones sanitarias que va a sustituir al actual (como bien saben SS.SS., y en especial el Grupo Socialista, el nuevo catálogo fue aprobado por orden ministerial en enero de 1996) y, por cierto, en ese catálogo no se incluyó el audífono entre las prótesis ortoprotésicas.

Al no haberse producido la retirada de esta proposición no de ley del Grupo Socialista (que —créanme— llega tarde y quizá obligada, como consecuencia de su abstención ante la proposición no de ley que presentó el Grupo Parlamentario Popular, debatida y aprobada por mayoría en esta Comisión en marzo de este año, como bien se ha dicho), mi grupo ha presentado esta enmienda, que ya conoce el resto de los grupos parlamentarios y a la que invito sinceramente a sumarse al Grupo Socialista, para que en cuestiones de esta importancia vayamos todos por el mismo camino.

Señor presidente, no voy a recordar todos los argumentos que utilizó el Grupo Socialista —y que ha utilizado ahora también— para desmarcarse a la hora de aprobar nuestra proposición no de ley del mes de marzo, puesto que ahí está el «Diario de Sesiones». Pero no voy a terminar mi intervención, señor presidente, sin recordarle al Grupo Socialista esos viejos pero ciertos refranes que dicen que obras son amores y no buenas razones y que el movimiento, aún a día de hoy, se demuestra andando.

Finalmente, señor presidente, señorías, quiero trasladar la felicitación de la Feapas, la Federación española de asociaciones de padres y amigos de sordos, a esta Comisión de Sanidad; felicitación que me ha sido dada el pasado fin de semana, en Navarra, con motivo de un encuentro nacional titulado Jornadas sobre detección precoz de la hipoacusia, en donde tuve la suerte, como profesional y como diputado, de intervenir. Créanme que traslado muy gustosamente a esta Comisión de Sanidad la felicitación de esa institución porque, al contrario de lo que se ha dicho no hace mucho por el Grupo Socialista, esta institución ha demostrado ser sensible a la problemática que le han trasladado estas organizaciones, que se han visto apoyadas por esta Comisión y, además, refrendadas por el Gobierno de España.

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

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

La señora **AMORÓS I SANS**: Señor presidente, señorías, durante toda esta legislatura, en esta Comisión de Sanidad y Consumo hemos tratado de hacer una labor parlamentaria encauzada a conseguir, entre otros objetivos, que las personas aquejadas de una minusvalía física, psíquica o sensorial sientan y participen de su derecho a ser ciudadanos y ciudadanas con las mismas oportunidades, beneficios y obligaciones que nos marca la Constitución.

En los países desarrollados se estima que la sordera presenta una incidencia de entre el 1 y el 2 por mil de los nacidos vivos. En España, señorías, nacen 350 niños hipoacústicos cada año. Según el estudio realizado por las asociaciones de deficientes sensoriales y el Ministerio de Sanidad, se llega a la conclusión de que las deficiencias auditivas en los niños son la causa principal de dificultad en el desarrollo del aprendizaje del lenguaje y, por tanto, es una barrera en su posterior desarrollo y comunicación con la sociedad.

Debemos actuar —y de hecho ya se está haciendo—, tanto desde las asociaciones de padres de afectados como

desde las administraciones central y autonómicas, para paliar esta problemática y lograr el pleno desenvolvimiento educativo y social de los niños y niñas con problemas auditivos. Los audífonos constituyen elementos indispensables para el tratamiento y la integración social de los niños, pero no debemos olvidar que también es indispensable el diagnóstico precoz de esas anomalías, así como la rehabilitación y educación del menor afectado. Por este motivo, el Ministerio de Sanidad solicitó a la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias un informe, del que se desprende que el oportuno diagnóstico de las disfunciones hipoacústicas, junto a la aplicación de los sistemas que facilitan la mejora auditiva, bien por sustitución o por suplementación, será una ayuda de gran valor en estas situaciones durante la edad pediátrica o mientras se prolongue el período de desarrollo y adquisición de habilidades.

En estos momentos, señorías, las prótesis auditivas para personas aquejadas de hipoacusia pueden ser, básicamente, de dos tipos: quirúrgicas, llamadas implantes cocleares, y de audífonos. Los implantes cóclicos ya están comprendidos en las prestaciones facilitadas por el Sistema Nacional de Salud en el apartado de prótesis quirúrgicas y, por tanto, se vienen aplicando a todos los pacientes que los necesitan.

En esta Comisión de Sanidad y Consumo, el 9 de marzo de 1999 se aprobó una proposición no de ley, a petición del Grupo Parlamentario Popular, en la que se instaba al Gobierno a elaborar un estudio del impacto económico y social de la inclusión de las prótesis auditivas en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, mediante acuerdo adoptado por el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Entre consenso entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad se ha logrado y, por tanto, se ha consensuado el nuevo catálogo de prestaciones, el cual ha incluido las prótesis auditivas. Por consiguiente, señorías, creemos oportuna la enmienda transaccional presentada por el Grupo Parlamentario Popular (estamos a la espera de ver si la acepta o no el Grupo Socialista, que es el proponente) para que se inste al Gobierno a modificar, en el menor tiempo posible, la orden ministerial de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones ortoprotésicas, para incluir en éstas la prestación de prótesis auditivas.

Señorías, aun siendo cierto que se está avanzando en las prestaciones sociales y sanitarias que necesitan y demandan los colectivos de ciudadanos y ciudadanas con alguna discapacidad, y por lo que hemos congratularnos todos los grupos parlamentarios, el Gobierno actual y los gobiernos anteriores, mi grupo parlamentario quisiera también que todos hiciéramos una reflexión y que asumiéramos que no estamos dando todos los pasos necesarios con la firmeza oportuna. Hace diez años falleció un gran parlamentario, don Ramón Trías Fargas, comprometido en la lucha por la igualdad y la integración social de los minusválidos, que propició una ley conocida como Lismi, ley aprobada en 1983 en esta Cámara, y que desgraciadamente no se está cumpliendo no ya en su totalidad, sino muy por debajo de los mínimos aceptables. Esperamos sinceramente que esta enmienda que presenta el Grupo Popular sea motivo para que los dos grupos mayoritarios puedan llegar a un acuerdo, pues creemos de verdad desde el Grupo Parlamentario Catalán que los colectivos afectados no se merecen que las

disputas entre partidos no solucionen los problemas que este colectivo tiene.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Permítanme que les diga que mientras los debates parlamentarios hagan pensar a la ciudadanía que nos movemos en realidades diferentes de la que les afecta a diario, poco vamos a avanzar en la credibilidad de instituciones tan importantes como este mismo Congreso de los Diputados.

Diputados que me han precedido hablaban de la importancia de la detección precoz de la hipoacusia. Incluso al señor Gil Melgarejo le han transmitido una felicitación para esta Comisión de Sanidad. Señorías, la realidad es que la detección precoz de insuficiencias visuales o auditivas formaba parte de los servicios de sanidad escolar transferidos, como otras actividades de salud pública, a las comunidades autónomas. La dotación económica es cada vez más exigua; les recuerdo que en los Presupuestos Generales del Estado hay para todas las actividades de salud pública en todo el Estado una cantidad tan importante como la de 300 millones de pesetas. La detección precoz es tan inexistente como la de los servicios de sanidad escolar en la inmensa mayoría de las comunidades autónomas, es decir, las dificultades auditivas, igual que las dificultades para la comunicación o las dificultades para el aprendizaje, siguen siendo desconocidas, por lo menos por lo que a las autoridades sanitarias se refiere, en la escuela, que es el ámbito natural en el cual se detecta este tipo de deficiencias.

Tengo que recordarles, señorías, que otro tanto pasó cuando el Gobierno socialista estableció un catálogo de prestaciones. Mi grupo parlamentario estuvo radicalmente en contra. ¿Por qué? Se decía desde el Grupo Parlamentario Socialista: están todas. Están todas las que estaban, valga la verdad de perogrullo; no estaban las que seguían sin estar: no estaban las prótesis auditivas, las prótesis visuales, muchos instrumentos que minusválidos físicos necesitan para el normal desarrollo de sus actividades, y no estaba la salud bucodental. Sin embargo, mi grupo parlamentario alertó en aquel momento acerca de lo que suponía que las necesidades sanitarias de la población pudieran establecerse dentro de una relación cerrada de prestaciones, porque eso suponía pasar de una concepción... (**Rumores.**)

Me es difícil seguir, porque me distraigo, a pesar de que elevo la voz.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les ruego ocupen sus asientos y guarden silencio. Señora García Linares, le ruego silencio. Gracias.

Puede continuar, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor presidente.

Decía que mi grupo parlamentario estuvo en contra de la existencia misma de un catálogo de prestaciones porque suponía pasar de la filosofía de las necesidades de la población a una relación necesariamente restrictiva, en cuanto a

que delimitaba con claridad cuáles sí y cuáles no, y sobre todo porque se incluía el criterio económico... (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, le ruego silencio.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Fijaba el criterio de la disponibilidad económica para incluir o no nuevas prestaciones que los avances científicos y tecnológicos pudieran aportar.

En este momento parece existir por parte del Consejo interterritorial y del Gobierno del Partido Popular la voluntad de incluir las prótesis auditivas dentro de las prestaciones de la Seguridad Social. Señorías, si esto es así, se me escapa por qué el Grupo Parlamentario Popular no apoya la proposición no de ley del Grupo Socialista. Estamos en precampaña electoral y fíjense ustedes qué elemento más positivo a utilizar. Si en este momento esa evaluación económica del impacto está realizada y existe la voluntad política, creo que lo mejor que podemos hacer esta tarde es aprobar por unanimidad el instar al Gobierno a incluir lo que a las personas que padecen hipoacusia les interesa, y es que a la mayor brevedad posible se incluyan las prótesis auditivas, los audífonos, dentro de las prestaciones de la Seguridad Social.

Mi grupo parlamentario, que ha apoyado esto históricamente desde luego tiene la voluntad política manifiestamente decidida de no aprobar algo que sea un brindis al sol, que no sea sólo quedar bien ante el «Diario de Sesiones» y suponga que realmente las personas que padecen hipoacusia no van a tener barreras económicas para acceder a instrumentos que mejoren su calidad de vida.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A ELABORAR UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIH/SIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001623.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la siguiente proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno a elaborar un protocolo de atención a las mujeres embarazadas con VIH/sida, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Popular, para cuya presentación y defensa tiene la palabra la señora Fernández de Capel.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Imagino, señor presidente, y pido disculpas porque estaba tratando de este mismo asunto al que S.S. ha hecho referencia, que hablaba sobre la enmienda que el Grupo Popular ha presentado con justificación de mejora técnica a la proposición no de ley.

Señor presidente, el motivo de la presentación de nuestra proposición en el Congreso de los Diputados fue el de instar al Gobierno a elaborar un informe sobre el protocolo que viene desarrollando de atención a las mujeres embarazadas con VIH, dirigido a disminuir la transmisión vertical de esta enfermedad al recién nacido durante el parto. El motivo de esta mejora técnica sería que dicho informe debería presentarse al Consejo interterritorial del Sistema

Nacional de Salud para ser debatido y consensado previo a su aprobación definitiva.

El objeto de intentar que este informe se presente en el Consejo interterritorial es poner en un mismo plano la lucha contra el sida en todas las comunidades autónomas y tener en cuenta que muchas de las recomendaciones que se hacen a los pacientes con o sin tratamiento previo de la infección VIH se están llevando a cabo, así como homogeneizar las actitudes que deban ser adoptadas desde la propia organización del Plan nacional de la lucha contra el sida o desde la Administración sanitaria nacional.

En este sentido, señorías, sabemos que desde 1996, en que se recomendó desde la Secretaría del Plan nacional sobre el sida y desde diversas sociedades científicas y profesionales (la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Asociación Española de Pediatría) la oferta sistemática de la prueba de detección del VIH a todas las mujeres embarazadas, en las comunidades autónomas ha habido una gran transformación. A finales de ese mismo año de 1996 en las comunidades autónomas existía ya un plan estructurado, un plan autonómico de sida, además de las iniciativas de los profesionales de los diversos servicios autonómicos, por ejemplo, el de Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Ceuta y la Comunidad Valenciana. En 1997, a todas las comunidades anteriormente citadas se habían unido ya el Sistema Andaluz de Salud, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha y Navarra. Por otra parte, el Insalud ha hecho suyas estas recomendaciones auspiciadas por la Secretaría del Plan nacional sobre el sida.

Pero no solamente se hacen estas recomendaciones sobre el sida, sino que desde el Plan nacional de salud se insta a las embarazadas a prevenir y a hacerse las pruebas para evitar el contagio de rubéola, hepatitis B, toxoplasmosis, sífilis, junto también con las pruebas de VIH. La aplicación más inmediata que se deriva del conocimiento del estado de la infección del VIH en una mujer embarazada es la oferta que hace la Administración en este momento de poder proporcionarle una terapia antirretroviral para prevenir la transmisión vertical del sida, que en este momento está dando unos resultados altamente satisfactorios. La generalización de dicho tratamiento ha logrado una reducción muy efectiva, en más del 40 por ciento de los casos del sida de transmisión vertical madre a hijo en 1996, que luego ha ido ascendiendo paulatinamente. Esta detección precoz que, como S.S.SS. saben, es muchas veces discutible en lo que se refiere a la posibilidad de los tratamientos, en cuanto al sida de transmisión vertical favorece evidentemente a la propia mujer, que puede beneficiarse de forma precisa, temprana y adecuada de los tratamientos antirretrovirales, además de adoptar las medidas de prevención necesarias para evitar la transmisión de la infección a otras personas, en este caso a sus hijos. Naturalmente, todo lo que gira en torno a esta prevención de la transmisión del sida a los niños conecta también con los planes de derecho a la salud que están recogidos en las declaraciones universales de los derechos del niño.

Por todo ello, señorías, queremos hacer constar la necesidad de la elaboración de este protocolo, para evitar diferencias entre su aplicación en las comunidades autónomas y armonizar la oferta de desarrollo de salud y de prevención de la transmisión del VIH madre e hijo y, sobre todo,

para luchar, como es voluntad de esta Comisión y naturalmente de los gobiernos, contra el sida, que es una de las amenazas que todavía no hemos podido controlar a las puertas del siglo XXI. (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Guarden silencio, por favor, señorías.

A esta proposición no de ley se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Socialista, para cuya exposición y defensa tiene la palabra la señora García Linares.

La señora **GARCÍA LINARES**: En primer lugar, debo hacer una puntualización, y es que hay un error en nuestra enmienda que me gustaría corregir, si es posible *in voce*. Solicitamos la eliminación del punto 2 de la misma, ha sido un error de interpretación y de transcripción y deseáramos retirarlo, en aras sobre todo al consenso en esta proposición no de ley que, desde luego, nos parece altamente importante.

Como no podía ser de otra manera, el Grupo Socialista apoya en principio esta proposición no de ley, porque bienvenida sea cualquier iniciativa en este sentido, a pesar de que consideramos en cierta manera que llueve sobre mojado y de que nos asaltan dudas acerca de la oportunidad política de la iniciativa. Esta legislatura parece destinada a pasar a la historia como la legislatura de la propaganda.

Por otra parte, ¿qué contempla el Plan nacional sobre el sida en este aspecto? Consideramos que un protocolo clínico como el que aquí se sugiere puede ser preciso cambiarlo, según la experiencia que tenemos con una enfermedad de características tan particulares, en tres o en seis meses. Lo que hoy se considera efectivo, en tres o seis meses puede comprobarse que ha dejado de serlo. En todo caso, desde el Congreso deberíamos establecer las recomendaciones de realización de un protocolo más ambicioso y que abarque aspectos que podríamos denominar eternos, por ejemplo, el apoyo psicosocial. Desde 1981, en que se reconoce que nos encontramos ante una nueva enfermedad infecciosa, en un momento en que la comunidad científica parecía haber ganado la guerra a este tipo de enfermedades, los gobiernos tenían la obligación —y así se hizo— de difundir, explicar y facilitar toda la información precisa y veraz acerca de la enfermedad, y poner los medios para intentar erradicarla. Han pasado casi veinte años. No se entiende muy bien entonces los términos en los que está redactada una iniciativa en estos momentos, que parece tener la intención de paliar el problema relacionado con el sida que mejor evolución está teniendo durante estos 19 años. Los casos de transmisión vertical afortunadamente pasan estos años del 20 por ciento al 2 por ciento en la actualidad. Por qué no hablar de un protocolo específico para drogodependientes, no olvidemos la relación de ésta con la transmisión materno-fetal; de las recomendaciones en el tratamiento retroviral y la terapia combinada; de un programa específico para los jóvenes, en el que, entre otras cuestiones, se promoció el que se hable del sida en las escuelas; el desarrollo de servicios para marginados portadores y enfermos; del fomento de las ONG dedicadas al sida; de programas de motivación y aprendizaje de las habilidades preventivas; de la facilitación de preservativos, jeringuillas, etcétera. ¿O es que todo esto se está haciendo?

En cualquier caso, no decimos no a una iniciativa como la que nos ocupa. Hágase un protocolo que, como demuestran las estadísticas, se viene aplicando de hecho desde hace muchos años. Si no, ¿cómo se entiende el descenso en la transmisión vertical?

Por otra parte, nos adherimos a que el protocolo se presente al Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Nos parece realmente importante y que es algo que hay que regular también. Pero, ¿por qué no establecer en la proposición no de ley los puntos de partida en los que debería basarse tal protocolo? Puntos que, por otra parte, nos parecen fundamentales para que esa propuesta no sea sólo efectiva, sino que suponga un claro avance en la evolución positiva de la transmisión vertical del VIH. (**Rumores.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, yo les pido, por última vez ya, que tengan un poco de consideración con los que estamos sufriendo los rigores de la temperatura, que no nos acumulen también los rigores del murmullo, que no permite trabajar a las señoras estenotipistas, a los periodistas ni a la señora García Linares, que está haciendo un esfuerzo importante para que podamos enterarnos todos de lo que dice. Yo les ruego una vez más, y espero que sea la última, que tomen en consideración las dos cosas, el excesivo calor y el tiempo. Si quieren hablar, debatir o llegar a acuerdos sobre las enmiendas, que parece que es el tema de discusión entre SS.SS., háganlo de puertas para afuera.

La señora **GARCÍA LINARES**: Gracias, señor presidente.

Por todo lo que comentaba hace un momento, esperamos que se apruebe la proposición no de ley con la enmienda del Grupo Socialista, que, desde nuestro punto de vista, significa que esta proposición no sea una mera declaración de intenciones. De poco sirven una serie de planteamientos clínicos si no se acompañan de algo tan importante para luchar contra el sida como es el apoyo psicológico, los esfuerzos de cara a la reinserción social de los afectados. Esto que hasta el momento se viene realizando de forma casi individual por parte del personal sanitario y las ONG y en la medida en que les permiten sus posibilidades, es una obligación de toda la sociedad y, desde luego, responsabilidad de su Gobierno. Por tanto, nos parece necesario regular esta situación, siendo para ello precisa la dotación económica pertinente para crear gabinetes específicos que incluyan un organigrama con personal especializado en la orientación social y el apoyo psicológico a las mujeres que lo precisen.

También habría que hacer una llamada de atención al Ministerio de Sanidad para que tratara con más realismo, y por tanto con más efectividad, el problema del que estamos hablando, porque el manejo de cifras en función de los intereses políticos es un arma verdaderamente peligrosa. Esta actitud puede llevar a un cierto sentimiento de relajación, actitud muy peligrosa ante una enfermedad de las características que nos ocupa, que no sería lógico dadas las cifras reales de afectados. No es cierto que el sida haya disminuido en un 20 por ciento. Una cosa es que se haya frenado el sida, que se haya demorado su avance por los últimos métodos de tratamiento y por la concienciación social, y otra que haya disminuido. Existen 25.000 enfermos de sida, pero hay 45.000 más en tratamiento a los que se da

técnicamente de alta como enfermos. Supongo que SS.SS. conocerán los efectos que la medicación produce en las condiciones físicas de las personas con este tipo de tratamientos.

Para terminar, esperamos que se apoye esta enmienda del Grupo Socialista, porque a pesar de que somos conscientes que supone una inversión económica por parte del Ministerio, también es cierto que es mínima, porque sinceramente no tendría razón de ser que una vez más el Gobierno intentara ahorrar a costa de personas con esta tremenda problemática. Nos parece que es hora de que el Gobierno deje de aplicar sus particulares criterios economicistas a ese derecho fundamental de todos los ciudadanos que es la salud.

Por último, no querría terminar sin recordar desde aquí que el próximo día 1 se celebra el día mundial del sida, especialmente dirigido a niños y a jóvenes. Por cierto, recomendaríamos al Gobierno que repasara la traducción del eslogan: Escucha, aprende y vive, porque desvirtúa el original en inglés: Escuchemos, aprendamos y convivamos. Creemos que el matiz es importante. Por lo demás, ya he reiterado que la proposición no de ley nos parece que debe salir adelante.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa.**) Por el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Solsona.

La señora **SOLSONA I PIÑOL**: Hay que recordar, señorías, que el conocimiento de la infección por VIH en la mujer se inicia mucho más tarde que en el hombre y durante muchos años se ha considerado que el comportamiento de esta infección no presentaba diferencias de género ni formas clínicas específicas en la mujer. Cuando empezaron a aparecer los primeros casos de transmisión vertical de la infección por VIH se empezó a considerar a la mujer en relación con esta infección, pero solamente como vector de la transmisión. En los últimos años se ha ido tomando conciencia de las peculiaridades de esta infección en la mujer y se han diagnosticado enfermedades específicas que están relacionadas con ellas, como es el caso del cáncer de cuello uterino.

En los primeros años de la epidemia, la infección en la mujer se relacionó sólo con ciertos colectivos como, por ejemplo, las usuarias de droga por vía parenteral y/o las que ejercían la prostitución. Actualmente, y como consecuencia del incremento de la transmisión heterosexual, se pueden encontrar en situación de riesgo de adquirir la infección todas las mujeres que mantienen relaciones sexuales no protegidas con personas de las cuales se desconoce el estado serológico. Por este motivo es necesario un control y seguimiento del embarazo más riguroso en determinadas mujeres. En el Plan de salud de Cataluña, instrumento básico de la política sanitaria catalana, se hace especial énfasis en la atención sanitaria del embarazo, el parto y el puerperio. El seguimiento del embarazo es un proceso complejo y necesariamente multidisciplinar que necesita la coordinación entre los diferentes profesionales y entre los diferentes niveles de atención sanitaria. Por este motivo, en octubre de 1995 se determinó la elaboración de unos protocolos que pusieran las bases mínimas de criterios y proce-

dimientos para el seguimiento del embarazo normal y la detección y clasificación del embarazo de riesgo. Fruto de este trabajo es el protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña aprobado por pleno consenso en el año 1998 con la participación del departamento de Sanitat y Seguretat Social, de la Sociedad Catalana de Ginecología y Obstetricia, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Asociación Catalana de Matronas y un numeroso grupo de expertos y asesores. Este protocolo de seguimiento del embarazo incluye la atención del embarazo de riesgo, de MTS y sida.

Paralelamente, existe un grupo de trabajo sobre mujer y sida integrado por personas representantes del departamento de sanidad y del Institut Català de la Dona y de diferentes organismos y organizaciones no gubernamentales que trabajan de manera específica la problemática del sida desde diferentes vertientes. Este grupo de trabajo ha elaborado un manual para profesionales sanitarios a fin de recordar los aspectos básicos en el seguimiento de la mujer zero-positiva. Por otro lado, el material *dona y sida*, dirigido en general a la población femenina de Cataluña, cuyo objetivo es hacer llegar a las mujeres la información necesaria para afrontar la posibilidad de infección y sus consecuencias, proporcionando orientaciones y estrategias que colaboren en la disminución de la propagación de la epidemia.

Por todo ello, y en consecuencia, señor presidente, nuestro grupo apoyará la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular para que un protocolo de estas características se haga extensivo al Sistema Nacional de Salud, dado, por descontado, que deberá debatirse y consensuarse en el Consejo Interterritorial, a fin de que se respeten las opiniones y las competencias de las comunidades autónomas.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Fernández de Capel, tiene la palabra por un minuto a los efectos de aceptar o rechazar la enmienda presentada por el Grupo Socialista.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Creo que ha habido un error material básico de algunos grupos a la hora de considerar el texto de la proposición. Aquí no se dice que se haga un protocolo, sino un informe de cómo se está adaptando el protocolo, y aunque, señor presidente, con todo respeto todo el mundo tiene derecho a utilizar la tribuna política para defender algunos temas, cuando se está hablando del sida no se tiene derecho a hablar de propaganda, de ahorro economicista y de falseamiento de datos cuando precisamente los gestores del Plan nacional contra el sida son los mismos gestores que existían en tiempos de los gobiernos socialistas, ¿o es que antes eran responsables dignos y ahora no son responsables dignos? No se me diga que se falsean las cifras.

Por tanto, señorías, vamos a hablar del texto de la proposición, que dice: elaborar un informe sobre el protocolo que existe para ver si hay discordancias en su aplicación en las comunidades autónomas para lo que debe ser sometido al Consejo interterritorial. En ese protocolo se contempla ya el punto 1 que está dentro del protocolo —actual— de atención a la embarazada; el punto 2 me consta que ha sido retirado por razones técnicas; y el punto 3 dice que tenga carácter universal. Me parece que SS.SS. han olvidado que

yo he hecho una relación de todas las comunidades autónomas en las que en este momento existe ese protocolo y ese plan. Me parece que queda un poquito más claro, y por eso no lo vamos a aceptar, en la enmienda de mejora técnica que ha presentado el Grupo Popular. **(La señora García Linares pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿A qué efectos me pide la palabra, señora García Linares?

La señora **GARCÍA LINARES**: Para dar lectura a un documento que me parece que es esclarecedor. La portavoz del Grupo Popular ha tenido algún lapsus, porque no me lo puedo explicar de otra forma. Solamente quiero leer los dos puntos en los que se basa la proposición de ley. Dice: Por todo ello, el Grupo Parlamentario Popular presenta la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a elaborar un protocolo de atención a las mujeres embarazadas con VIH sida. Es lo que dice.

Por otra parte, quisiera puntualizar que la señora portavoz ha intervenido en contra de mi intervención y no se ha ceñido a explicar si aceptaba o no la enmienda.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Aquí había una enmienda de modificación del Grupo Popular, que es la que he defendido.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, si tienen alguna duda en cuanto a la aceptación o no, les rogaría que se pongan de acuerdo y lo pasen a la Mesa. Si no hay inconveniente por parte de SS.SS., procedemos a la votación.

Tiene la palabra la señora Amorós.

La señora **AMORÓS I SANS**: Señor presidente, quisiera referirme a la proposición no de ley sobre las prótesis auditivas. Nosotros tenemos conocimiento de que el Grupo Socialista aceptaba la enmienda que proponía el Grupo Popular y era para hacer en dos segundos la explicación de voto de nuestro grupo.

Nosotros vamos a votar en contra de la propuesta del Partido Socialista no porque nos parezca que no esté bien, sino simplemente porque esto ya se ha hecho, se ha llegado a un acuerdo interterritorial con la Comisión de Sanidad, en la cual el representante de la Comunidad Autónoma de Cataluña ha dado su consentimiento y ha aportado las necesarias y objetivas documentaciones para poder incluir en el catálogo de prestaciones las prótesis auditivas. Creemos que, como ya se está haciendo y se está haciendo bien, no tenemos por qué aprobar esta proposición no de ley.

También quiero dejar constancia de que nos sentimos muy mal porque no hayan llegado a un consenso los dos grupos parlamentarios mayoritarios.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Señor presidente, pido la palabra a efectos aclaratorios.

Señor presidente, en la proposición del Grupo Popular observamos un lapsus mecanográfico e hicimos una enmienda de mejora técnica. Me parece que el Grupo Socialista, que también ha tenido algún lapsus y ha presentado mejora técnica en alguna enmienda, comprenderá que nosotros también tengamos problemas taquigráficos algu-

nas veces. En este momento nosotros presentamos una enmienda de mejora técnica, que es por lo que yo decía que estábamos hablando del informe sobre el protocolo y no de un protocolo, y que nos habíamos autoenmendado por ese lapsus, y nunca mejor dicho, porque fue total. **(La señora García Linares pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora García Linares.

La señora **GARCÍA LINARES**: Son dos segundos nada más, es solamente para aclarar.

El señor **PRESIDENTE**: Les puedo dejar dos minutos para que se pongan de acuerdo.

La señora **GARCÍA LINARES**: Sólo quiero pedir que se aclare qué es lo que tenemos que votar, porque me parece muy legítimo y además muy normal lo de los lapsus y me parece muy bien además que se reconozca que así ha sido. Me parece perfecto.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a parar dos minutos.

La señora **GARCÍA LINARES**: Señor presidente, si de lo que se trata es de votar la autoenmienda que se ha producido por parte del Grupo Popular, evidentemente hemos de retirar la enmienda y así lo hacemos.

El señor **PRESIDENTE**: Pediría a los portavoces que se acerquen a la Mesa. **(Pausa.)**

Señorías, procedemos a la votación de la primera proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno para que a través del Instituto Nacional de Consumo se envíe a todas las familias del Estado información sobre cómo pueden verse afectados por el llamado efecto 2000. Se sobreentiende que es en los términos de la aceptación de la enmienda presentada por el señor Burgos, que literalmente dice: La Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados insta al Gobierno y a todas las administraciones públicas y sectores sociales afectados, a seguir intensificando cuanto sea posible la información a los usuarios y consumidores sobre el llamado efecto 2000, y a agotar las acciones que permitan limitar al mínimo su impacto en los ciudadanos.

¿Estamos de acuerdo? **(Asentimiento.)** En estos términos se somete a votación.

#### **Efectuada la votación, dijo**

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

Antes de proceder a la votación de la proposición no de ley sobre el derecho a las prótesis auditivas para personas sordas y su inclusión en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de la Salud, tiene la palabra la señora Pin Arboledas, a los efectos de manifestar la aceptación o no la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PIN ARBOLEDAS**: Señor presidente, brevemente para decir que el Grupo Socialista no la acepta por

tres razones. La primera, porque la modificación que presenta el Grupo Popular no marca el tiempo en el que se debe realizar; la segunda porque lo que aprobó el Consejo territorial el otro día era hasta los dieciséis años y nosotros, en nuestra proposición no de ley, pedimos para todos los ciudadanos y ciudadanas; y, la tercera, porque lo que pretende el Grupo Popular es que se haga caso a la proposición no de ley que se presentó el 9 de marzo, donde se habla de un estudio que el Gobierno tenía que haber traído a esta Cámara y que no lo ha hecho.

Por otra parte, quería decirles a los compañeros de Convergencia i Unió que no se trata de disputas entre grupos políticos, sino de un trabajo parlamentario y político que un grupo mayoritario tiene derecho a hacer aquí en la Cámara, y, por tanto, nosotros no somos muletilla de ningún partido político y tenemos la obligación y el derecho de traer lo que nos parezca mejor para nuestros ciudadanos. Quería remarcar que nuestra proposición no de ley habla del reconocimiento del derecho a todos los ciudadanos y ciudadanas y que, además, todas las prestaciones económicas, según una recomendación de la subcomisión de reforma del sistema sanitario, que se aprobó en el Pleno y también por el Grupo Popular, deben llevar la consiguiente dotación económica. Por esas razones, el Grupo Socialista no acepta la enmienda del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Procedemos a la votación.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 13; votos en contra, 19.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Pasamos a la votación de la tercera proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno a elaborar un protocolo de atención a las mujeres embarazadas con VIH (sida), en los términos resultantes de la aceptación de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular. **(La señora Fernández de Capel Baños pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Fernández de Capel.

La señora **FERNÁNDEZ DE CAPEL BAÑOS**: Señor presidente, con todo respeto, había habido un lapsus en la redacción del primer texto y la enmienda era de mejora técnica, que ha sido lo que ha movido un poco el desconocimiento de otros grupos. Es informe sobre el protocolo.

El señor **PRESIDENTE**: Se somete a votación en los términos resultantes de la enmienda introducida por el Grupo Parlamentario Popular.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 30; abstenciones, dos.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

## PREGUNTAS:

— **DE LA SEÑORA MAESTRO MARTÍN (GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA) SOBRE AGILIZACIÓN DE LOS**

## TRÁMITES NECESARIOS PARA QUE LAS MUJERES PUEDAN ACCEDER A LA RU-486 PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE SU EMBARAZO, EN CUMPLIMIENTO DE UNA PROPOSICIÓN NO DE LEY APROBADA POR LA CÁMARA. (Número de expediente 181/002778.)

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con orden del día. En primer lugar, contestación a una pregunta formulada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, para cuya exposición tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Muchas gracias, señor Castellón, por su comparecencia.

Como SS.SS. recordarán, hace aproximadamente dos años, por estas fechas, se aprobaba por unanimidad, de una forma curiosa que los anales de la historia escribirán, una proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida por la que se instaba al Gobierno a remover los obstáculos existentes para que las mujeres de las diferentes comunidades autónomas del Estado español tuvieran acceso a un medicamento conocido como RU-486, considerado por la Organización Mundial de la Salud como una ventaja indudable para la salud pública de las mujeres por su seguridad y eficacia. Desde entonces han ocurrido avatares que no quiero consumir tiempo de SS.SS. en relatar y me consta que están dándose los últimos pasos para que sea efectivo el registro de la RU-486, una vez pasados los trámites preceptivos en la Agencia Europea del Medicamento y en la Agencia Española del Medicamento. No obstante, en esa proposición no de ley, se aprobó una enmienda del Grupo Popular que introducía un elemento que, si no se resuelve, puede distorsionar gravemente el uso efectivo, más allá del «Diario de Sesiones» o de los papeles, por las mujeres que deseen utilizar este mecanismo para interrumpir su embarazo, por supuesto, dentro del ámbito que marca la ley, que era la limitación del uso hospitalario de este medicamento. La Subdirección General de Medicamentos de Uso Humano dice que una especialidad calificada como de uso hospitalario sólo se administrará en hospitales o centros sanitarios acreditados para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo y que aquellos centros que no dispongan de servicio de farmacia propio deberán solicitar de las comunidades autónomas la adscripción a un servicio de farmacia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 92 de la Ley del Medicamento. Teniendo en cuenta que solamente los hospitales con 100 o más camas contarán con servicio de farmacia; dado que esto no ha sido obstáculo para que no solamente esta actuación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo, sino intervenciones quirúrgicas y ambulatorias, se estén realizando en instalaciones sanitarias que no cuentan con servicio de farmacia, y dado que actualmente, debido a la objeción de conciencia generalizada por parte de los profesionales sanitarios, producto de la propia historia, de las contradicciones y de las peculiaridades de este país, solamente el 2 por ciento de las interrupciones voluntarias del embarazo se realizan en la sanidad pública, el hecho es que si el Ministerio de Sanidad no lo remedia, realmente, la RU-486 no va a estar disponible de una manera eficaz en centros que, por otra parte, no tienen ninguna limitación para la realización de operaciones quirúrgicas sencillas.

llas, como pueden ser un legrado o un aborto por aspiración. Podría darse la paradoja y el absurdo de que para ingerir una pastilla se exijan requisitos de tipo técnico in situ —otra cosa es la existencia de complicaciones posteriores que, evidentemente, pueden afectar a cualquier otro procedimiento sanitario, terapéutico, etcétera— que no se exigen para otras intervenciones más agresivas y para las cuales la RU-486 puede ser una interesante alternativa.

Todos nos felicitamos porque la RU-486 pueda estar realmente al alcance de la mano, pero la pregunta concreta es en qué medida el Ministerio de Sanidad va a tomar las medidas necesarias para que quede al alcance de la mano, pero siga estando fuera de las posibilidades reales de uso?

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida una vez más al señor Castellón a esta nueva comparecencia ante la Comisión de Sanidad y Consumo. Sin más, le agradezco su presencia y le doy la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Señoría, aparte de contestar a la cuestión que realmente preocupa más a S.S., voy a aprovechar para explicar la situación en la que se encuentra actualmente —ya está registrada— la RU-486, para que tengan cumplida información sobre el estatus de este producto.

En el mes de marzo, el laboratorio Exelgin presentó la solicitud para la autorización y registro, con la denominación comercial de Mifegyne, a las autoridades de varios países: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Luxemburgo, Holanda y España. Esa solicitud, como sabe su señoría, se tramitó a través del procedimiento comunitario de reconocimiento mutuo. El país de referencia, en este caso Francia, inició la fase de autorización el día 6 de abril y finalizó el 5 de julio de 1999, y en ella se determinó el texto final de la ficha técnica que refleja las indicaciones autorizadas y las contraindicaciones. Superada esta fase, el laboratorio procedió a traducir a las diferentes lenguas el texto de la ficha técnica, el etiquetado y el prospecto y propuso además las condiciones de autorización, remitiendo toda la documentación a los diferentes países. En nuestro caso, se presentó el día 21 de julio ante la Agencia del Medicamento, la cual solicitó las correcciones oportunas a algunas cuestiones que no estaban claras, con fechas 28 de julio, 2 de agosto y 10 de agosto. Con fecha 14 de septiembre se elaboró la propuesta de autorización y el 8 de octubre pasado la Agencia del Medicamento concedió autorización de comercialización para esta especialidad. Es ahora, a partir de este momento, cuando el laboratorio debe continuar con los trámites para su financiación, es decir, solicitar ante la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios la fijación de precio, así como las condiciones de prescripción y dispensación dentro del Sistema Nacional de Salud, porque las condiciones que ya venían en la ficha técnica son aquellas por las cuales se ha aprobado el registro. Una vez presentada esta solicitud de precio, hay un plazo de tres meses, prorrogable, para resolver. Lo que sucede es que hasta el momento ni nuestro país ni ninguno de los otros países han recibido aún una solicitud de fijación de precio por parte del laboratorio Exelgin.

Con respecto a la cuestión que queda de la ficha técnica y que recoge exactamente igual que en el resto de los países las condiciones, como S.S. ha leído correctamente, aunque yo discrepo que lo haya interpretado correctamente, porque lo que dice es que se califica de uso hospitalario, y que se administrará en hospitales o en centros sanitarios acreditados para la práctica legal de interrupción voluntaria del embarazo, conforme a lo previsto en el Real Decreto 2409 de 1986. De memoria, casi diría que se reflejan una serie de cuestiones que tienen que tener esos centros, incluida una unidad creo que dice de emergencia o de recuperación, que se refiere a prevenir cualquier complicación en este tipo de intervenciones.

Lo que sí consideramos importante es que se lleve un control y registro de la dispensación por parte del servicio. Cuando el hospital o el centro no es lo suficientemente grande como para tener un servicio propio, lo que decimos es que se le adscriba a un servicio, simplemente a efectos de seguimiento y control de un mínimo registro de dispensación que nos parece razonable. Esto no supone ninguna pega para que esos centros que están autorizados conforme el Real Decreto de 1986 puedan llevar a cabo las interrupciones voluntarias, evidentemente por este procedimiento cuando sean prescritas en este caso por el ginecólogo u obstetra que esté al cargo del caso. De manera que yo no veo que exista ninguna otra dificultad que la de que puedan disponer de los servicios profesionales en relación con este tema.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Está conforme la señora Maestro con la respuesta?

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Me gustaría estar conforme, porque realmente la intervención del señor Castellón disipa algunas dudas, pero el problema es que yo tengo un texto de la Agencia Española del Medicamento, su Dirección General de Medicamentos de Uso Humano, en el cual se plantea que esta especialidad, calificada de uso hospitalario, sólo se administrará en hospitales o centros sanitarios acreditados para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo conforme a lo previsto... deberá llevarse un control de registro por parte de un servicio farmacéutico. Lo que quisiera aclarar es qué se entiende por un servicio farmacéutico, porque se especifica que aquellos centros que no dispongan de servicio de farmacia propio deberán solicitar de las comunidades autónomas la adscripción a un servicio de farmacia de acuerdo con lo establecido en el artículo 92 de la Ley del Medicamento, y, según me consta, ni el Ministerio de Sanidad ni la Agencia Española del Medicamento ni las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas con transferencias sanitarias saben muy bien cómo se ha de interpretar esta cuestión, es decir, que parece claro que debería de alguna manera modificarse la normativa de forma que permita a todos los centros que practican cirugía ambulatoria disponer de un depósito de medicamentos, que no es exactamente un servicio de farmacia. En este caso es un detalle técnico, pero que podría —este ha sido el interés de mi pregunta—, más allá de la voluntad del Ministerio de Sanidad, introducir barreras técnicas a la hora de acceder, es decir, de depo-

sitar este medicamento, ya que no procederá a su compra en el momento de uso, cosa que no tiene ninguna lógica.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Yo no veo ninguna dificultad, aunque respecto a esto nosotros no tenemos ningún inconveniente en aclarar el tema a los centros. A lo que se refiere es que tengan un centro de referencia, un servicio de farmacia que lleve el control y el registro simplemente. Que luego tengan en depósito este producto Myfeggne no creo que plantee ningún problema. Lo único que se pide es un servicio de farmacia que actúe como mecanismo de control y de registro únicamente. Ahora, si es preciso aclararlo a los centros, evidentemente el Ministerio no tiene ningún inconveniente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Subsecretario.

#### **CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS:**

— **DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTELLÓN LEAL), PARA INFORMAR ACERCA DE LA PERSISTENTE UTILIZACIÓN DEL RADIOFÁRMACO UREA MARCADA CON CARBONO 14 EN SERVICIOS SANITARIOS PRIVADOS Y PÚBLICOS, PESE A NO ESTAR AUTORIZADA Y HABERSE PUBLICADO REITERADAMENTE EN ÓRGANOS CIENTÍFICOS DE TODA SOLVENCIA LOS RIESGOS PARA LA SALUD QUE ELLO IMPLICA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 212/001969.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la comparecencia del señor Castellón, solicitada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, que literalmente dice: comparecencia del subsecretario de Sanidad y Consumo para informar acerca de la persistente utilización del radiofármaco urea marcada con carbono 14 en servicios sanitarios privados y públicos, pese a no estar autorizada y haberse publicado reiteradamente en órganos científicos de toda solvencia los riesgos para la salud que ello implica.

Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Señor presidente, voy a ser breve.

El señor **PRESIDENTE**: Se lo agradeceremos, señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): Gracias.

La urea marcada con carbono 14 es un radiofármaco que en la actualidad solo puede ser usado en ensayos clínicos o como uso compasivo, como bien saben sus señorías. Cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo ha tenido

conocimiento de la realización de un ensayo clínico sin la correspondiente autorización cursó las correspondientes instrucciones a las comunidades autónomas o a la comunidad autónoma de que se tratase, en cuyo ámbito se encontrase ubicado el ensayo clínico, porque, como saben, es competencia de las comunidades el control de esta cuestión. Nosotros lo ponemos en conocimiento de ellos tan pronto como tenemos noticia. En ese sentido, a raíz de una denuncia que se presentó sobre la utilización de la urea marcada con carbono 14 en un ensayo clínico que se realizó en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, se remitió a la Comunidad Autónoma de Madrid, encontrándose en este momento ese procedimiento pendiente de la finalización del informe de inspección.

Por otra parte, en la actualidad existen dos especialidades de urea marcada con carbono 13, que están autorizadas por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, —por la fecha ahora sería la Agencia del Medicamento—, lo que conlleva que no exista laguna diagnóstica en el caso del *Helicobacter pylori*. (El señor **Vicepresidente, Mingo Zapatero, ocupa la Presidencia.**) En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha dirigido las instrucciones oportunas al Insalud, a las comunidades autónomas, a los centros regionales de farmacovigilancia y a las sociedades españolas de radiofarmacia y de medicina nuclear recordándoles que la urea marcada con carbono 14 sólo debía utilizarse en ensayos clínicos o como uso compasivo, una vez obtenida la autorización correspondientes. Las pruebas diagnósticas de *Helicobacter pylori* deben efectuarse con los productos autorizados y registrados. No obstante, en la actualidad la Agencia Española del Medicamento está evaluando desde febrero un registro de urea marcada con carbono 14 que ya se ha presentado y que es de uso común en Estados Unidos y otros países de nuestro entorno. Eso dice algo acerca de un riesgo escaso de este producto. A pesar de eso, nosotros, mientras no esté autorizado el ensayo clínico, tampoco lo permitimos.

El uso de la urea marcada con carbono 14 a las dosis empleadas para el test del aliento en el diagnóstico de la úlcera gastroduodenal es seguro, dado que el riesgo radiológico que implica es prácticamente insignificante en relación con otras pruebas, y de acuerdo con los estudios publicados en la literatura científica sobre esta materia. De hecho, es una dosis de reacción equivalente a la radiación medioambiental de un día, 24 horas.

En definitiva, esto es cuanto podría contestarles siendo muy escueto en relación con la situación de la urea marcada con carbono 14. Tengo que decirle a S.S. que prevemos que pueda estar registrada a principios de año.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Mingo Zapatero): Tiene la palabra la señora Maestro, como proponente de la iniciativa.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Gracias, señor Castellón. Desgraciadamente, no voy a poder ser tan breve como usted, porque si reitero una solicitud de comparecencia tras las dos iniciativas parlamentarias del año pasado sobre este asunto de los radiofármacos, es precisamente porque el problema no se ha resuelto, las denuncias se han

reiterado y por parte del Ministerio de Sanidad ha sido la norma mirar para otro lado o la desinformación que se deriva de su intervención anterior. Sobre estas denuncias reiteradas por diferentes entidades, en estos momentos puedo decir a SS.SS. y al señor subsecretario que la Asociación nacional de especialistas en radiofarmacia ha denunciado ante la Comisión Europea la situación de descontrol y de incumplimientos reiterados que se producen en nuestro país. Se envió con fecha 14 de septiembre y ha sido admitida a trámite con fecha 10 de noviembre de 1999. En este caso el denunciado es el Ministerio de Sanidad, es la Administración española por incumplimientos reiterados de la legislación española, así como de las directivas de la Comunidad Económica Europea en su momento y de la Unión Europea ahora.

Señor Castellón, usted dice que en Estados Unidos está permitida la utilización del carbono 14. En Estados Unidos están permitidas muchas cosas, entre otras, como usted bien sabe, la obtención de sangre y de hemoderivados a través del pago de estas sustancias. No creo que este país tenga mucho que enseñar a los países de nuestro entorno, como se suele decir, sobre medidas sanitarias. Lo que quiero decirle es que reiteradamente, en nuestro país se están planteando la distribución ilegal, fuera de los cauces establecidos, fuera de los servicios de farmacia hospitalaria, fuera de las unidades de radiofarmacia de los hospitales, que continúan siendo prácticamente inexistentes, a pesar de la directiva de 1992 de la Comunidad Económica Europea, que regulaba la obligatoriedad de su existencia en todas aquellas instalaciones hospitalarias en las que se utilizara.

Debo recordar a SS.SS., por si la memoria falla, que este asunto saltó a la luz a través de la contaminación con la enfermedad de las vacas locas, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, de un radiofármaco de la empresa Amerscan Pulmonate. Precisamente que no se hubiera contemplado los cauces habituales y se hubieran producido a discreción tanto a través de servicios de medicina nuclear como de consultas y de instalaciones privadas, sin que se tuviera constancia de cuáles fueran, fue la causa fundamental del caos y del retraso que llevó su retirada de la circulación. Por otra parte, en estos momentos, en la Unión Europea está prohibida la utilización de la urea carbono 14, que se ha estado administrando a pacientes, a pesar de que en los catálogos y etiquetas se incluye la leyenda: Nuestros productos no están aprobados para uso en humanos ni en animales para consumo humano.

Si estoy equivocada el señor Castellón me lo dirá, pero la autorización de un nuevo fármaco en la Unión Europea debe hacerse de forma unitaria, sin que se pueda proceder de manera unilateral por los diferentes países. Por otra parte, se están administrando productos no autorizados y que fueron fabricados como reactivos de uso *in vitro* y, por tanto, sin observar las normas de correcta fabricación de medicamentos. Los fabricantes de tales radiactivos, Amersham Life Sciences, ICN, Sigma, etcétera, no tienen autorización como fabricantes de medicamentos.

Señor Castellón, usted tiene la responsabilidad de vigilar el incumplimiento de las leyes en nuestro país que sirven como elemento de protección de la salud de los ciudadanos. Usted debería saber que se insiste en la publicación

en revistas especializadas de la realización de ensayos clínicos con radiofármacos prohibidos para uso humano, para indicaciones no autorizadas y que se realizan con falsos ensayos clínicos, como mi grupo parlamentario ha tenido a bien denunciar, que son incentivados económicamente por los laboratorios fabricantes como mecanismo de penetración en el mercado. En este caso supongo que la incentiva-ción económica será superior, ya que el riesgo que se corre es más grande, porque se trata de medicamentos no autorizados o con indicaciones no autorizadas. Además de la urea marcada con carbono 14, existen otros medicamentos, como el tetrofosmín, un radiofármaco también fabricado por el laboratorio Amersham Internacional, que es autorizado únicamente para exploración cardíaca y que se está utilizando en indicaciones no autorizadas, como el cáncer de mama, sarcoma musculoesquelético, etcétera. El cloruro de estroncio 89 también está solamente autorizado para el tratamiento de la radioterapia metabólica del dolor en metástasis óseas debidas al cáncer de próstata, es decir, en enfermos cuya supervivencia es muy relativa y en la que el riesgo de utilizar medicamentos agresivos, radiactivos, queda paliado por la relativamente breve supervivencia de dichos pacientes, ya que la alta dosis de radiación que recibe el paciente provoca graves efectos secundarios, como la mielod depresión grave. Además, señor presidente, señor Castellón, están siendo utilizados radiofármacos no autorizados para la realización de ensayos clínicos, entre comillas, falsos y clandestinos, en los cuales se dan estos medicamentos no solamente a enfermos, sino que se hacen estudios de doble ciego y se administran a pacientes sanos e incluso a niños sanos de corta edad. **(El señor vicepresidente, Arnau Navarro, ocupa la Presidencia.)**

Todo este tipo de cosas que denuncié en el año 1998 han sido realizadas de manera continuada y podría decir que se han incrementado, porque las publicaciones están a mi disposición y a la suya, señor Castellón. La mía es una obligación relativa; la suya es una obligación absoluta, saber lo que está pasando en nuestro país. Se están utilizando dosis de radiación muy injustificadas y con cifras que están muy por encima de las dosis máximas recomendadas para cualquier tipo de paciente. Por lo tanto, señor Castellón, denuncio ante esta Comisión de Sanidad la vulneración reiterada e intensificada de la legislación vigente, tanto la nacional como la europea, el empleo de sustancias no autorizadas para uso humano, en ensayos clínicos no aprobados, incluso en personas sanas, en dosis que superan en mucho las de radiación recibida. Por lo tanto, usted, señor Castellón, es responsable. Por supuesto, es un tema difícil de trasladar a la opinión pública, pero debería tomar la decisión de o bien dimitir o bien cesar a los responsables de esta situación.

Si ante denuncias reiteradas como éstas, expuestas públicamente en revistas científicas, en un listado amplísimo de hospitales públicos y privados de este país, de todas las comunidades autónomas, el Gobierno del Partido Popular a lo único que espera es a que la Unión Europea, la Comisión Europea decida finalmente tomar decisiones acerca de los incumplimientos reiterados y de la responsabilidad de la Administración española, haremos un flaco servicio a la credibilidad de las autoridades sanitarias. Dice que está a punto de aprobarse la utilización de la urea mar-

cada con carbono 14. Veremos si se superan los ensayos clínicos preceptivos; veremos si es compatible o no con la legislación europea al respecto.

¿Qué pasa con los otros radiofármacos? Si no hay contraindicaciones para su uso humano, si no hay contraindicaciones para su uso en dosis que violan los límites establecidos, ¿por qué no se procede a la solicitud legal de ensayo clínico, tanto para los nuevos medicamentos como para las nuevas indicaciones, como para las nuevas dosis? Es un tema técnico en el que yo no me meto. Si las autoridades sanitarias piensan que no hay riesgo lo deben decir, pero de momento tanto esas indicaciones como esos medicamentos como esas dosis no están autorizadas y, sin embargo, están siendo ampliamente empleados en hospitales públicos y privados de este país, saltándose todos los cauces establecidos por la legislación. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** Supongo que se saltan los cauces establecidos porque son plenamente conscientes de que vulneran la legislación existente al respecto.

Señor Castellón, espero una respuesta que no sea la que me dio en su momento, la de negar todo lo que tenía que ver con esas actividades.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Termino, señor presidente.

Espero una respuesta —decía— que no sea negar todo lo que desde mi grupo parlamentario se acreditó, con documentación al alcance de cualquiera, a pesar de que usted después tomó algunas medidas que a mí me tranquilizaron, sinceramente, pensando que se iban a adoptar las medidas oportunas, pero ha transcurrido un año, casi dos, y la situación no ha hecho más que empeorar.

Espero su respuesta. Nada más.

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

El señor **BLANCO GARCÍA**: Bienvenido, señor Castellón, de nuevo a esta Comisión.

Voy a intervenir muy brevemente para fijar la posición del Grupo Socialista. La crítica que podemos hacer al Gobierno desde nuestro grupo es que se esté practicando este tipo de pruebas diagnósticas fuera de la legalidad, como se ha dicho ya. La crítica se redobla, si cabe, en que, este producto todavía no se ha legalizado ni registrado. A nosotros nos parece que ya es mucho el tiempo que lleva este producto solicitando su registro en la Administración para que sea un test de laboratorio o una prueba diagnóstica de uso común dentro en nuestros hospitales. Desde nuestro punto de vista, la urea marcada con carbono-14 es una prueba eficaz, precisa, sencilla, rápida, no invasiva, cómoda para el paciente y de bajo costo económico. Hay que recordar que esta prueba cuesta unas 300 ó 400 pesetas frente al test del carbono 13, que cuesta cerca de 7.000 pesetas. Tal vez aquí estamos en una guerra comercial entre laboratorios farmacéuticos en la que, desde luego, nosotros no vamos a entrar.

Nosotros queremos sustentar nuestra posición en los conocimientos científicos que hay hasta el momento, y queremos decirle, señor Castellón, —no entendemos por qué no está ya registrado y es de uso común esta prueba—, que el doctor Graham, en *The Lancet* —me parece que es una revista suficientemente conocida y de prestigio—, en 1987, dice que esta prueba del aliento con urea de carbono-14 para la detección de la infección por *Helicobacter pylori* se viene realizando desde 1987. Por tanto, ya son 12 los años de experiencia en los que podrían haber surgido problemas lógicos con el ensayo de un radiofármaco que tuviese algún efecto contradictorio o contrapuesto con la salud de los pacientes. Pero no ha sido así, como digo, desde 1987 se viene realizando. Esta prueba ha sido reconocida como el mejor método para la identificación de la infección por el *Helicobacter pylori*, y se dice también en 1987, en la misma revista, *The Lancet*. Coincido con el señor Castellón en que esta irradiación es inferior a la producida por un día de irradiación normal, es decir, un día en el campo soleado nos produce esta irradiación; es 70 veces inferior a la asociada a una radiografía de tórax. Por tanto, no entendemos cuál es la alarma social que se puede producir con la utilización de este tipo de radiofármaco. Se dice que en Estados Unidos se utilizan muchas cosas y que no sabemos muy bien qué pasa. Sin embargo, estas consideraciones han permitido que la FDA haya autorizado y recomendado este test para el diagnóstico de la úlcera de píloro, de estómago, causada por el *Helicobacter pylori*.

Hay que decir algunas cosas más. Con este test diagnóstico mediante la urea, marcada con el carbono 14, lo que se da es una dosis de 0,003 miligramos de urea frente a los 100 miligramos de urea que se introduce en cada paciente con el carbono 13. Esto es importante, porque no es la urea algo inocuo administrando 100 miligramos en una sola dosis.

Por último, señor Castellón, señorías, se dice en una editorial reciente, año 1999, en una publicación del Queen Elisabeth Hospital de Birmingham —algunos párrafos subrayados— que el riesgo de cáncer o de una enfermedad de efectos severos hereditarios —estoy traduciendo directamente del inglés y, por tanto, me van a perdonar si no es un castellano fluido el que utilizo— se puede estimar alrededor de uno en 1.4 millones, por lo que es un efecto prácticamente nulo. Preguntándose por los dos test y por cuál es más seguro —porque el título de la publicación es *Urea carbono 13 versus urea carbono 14 en el test de la respiración*—, dice que se puede llegar a la conclusión de que ambos son razonablemente seguros y de que la elección del test debería estar basada en el costo y en la conveniencia para el propio paciente, teniendo en cuenta que hay enfermos a los que no se puede introducir 100 miligramos de urea para hacer un test de diagnóstico del úlcus gastro-duodenal.

En definitiva, señor Castellón, la crítica es por qué no se ha hecho ya el registro, es de uso corriente y está legalizado. Además, por qué se está permitiendo que en hospitales de prestigio, como puerta de Hierro, La Paz u otros hospitales de Cataluña se estén utilizando para pruebas, disimulando que se están haciendo como pruebas de estudio cuando lo que se están haciendo son pruebas diagnósticas.

También quiero advertir a los miembros de la Comisión de que con el test del carbono 13 se necesita, además, un espectrómetro de masas que no tienen todos los hospitales, por lo que tienen que hacer el test en otro laboratorio, al margen de los hospitales, cosa que no ocurre con el carbono-14, aunque esté marcado con estas ínfimas cantidades de radioactividad que, repito, equivalen a un día de exposición solar.

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

El señor **CASTILLO JAÉN**: Señorías, señor subsecretario de nuevo quiero agradecerle, como siempre, su presencia ante esta Comisión y su exposición documentada, si bien en este caso más comprimida.

No es la primera vez que en este período de sesiones viene a esta Comisión un tema de esta naturaleza, tampoco es la primera ocasión en que vienen estos temas por iniciativas provocadas a raíz de la aparición de los mismos en los medios de comunicación.

Nuestro grupo quiere manifestar que seguimos manteniendo nuestro apoyo a la posición del Ministerio, aquella posición que adoptó cuando se inició la legislatura, una postura congruente con criterios estrictamente científicos y sanitarios, movidos siempre por la responsabilidad del Ministerio de poner a disposición de la sanidad pública los mejores y las más modernas técnicas de diagnóstico, de tratamiento farmacológico y de rehabilitación, que sin duda revertirán en beneficio de los pacientes y en una mejora de la calidad de vida. No olvidemos que la detección del *Helicobacter pylori* condiciona el éxito absoluto de la futura curación, evitando recidivas en este tratamiento. Además, como sirve para un diagnóstico eficaz y tiene un precio adecuado, a en la línea que el Ministerio ha adoptado.

Las actuaciones llevadas a cabo en estos últimos meses por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con la finalidad de hacer un análisis profundo sobre la problemática que se plantea por esta farmacología o especial medicamento de diagnóstico han estado enfocadas desde un prisma totalmente científico a la hora de aunar a la Sociedad Española de Medicina Nuclear, a la Sociedad Española de Radiofarmacia, a la Subdirección de Control Farmacéutico, a la Subdirección de Evaluación de Medicamentos y Planificación Farmacéutica y —¿cómo no?— a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Las conclusiones de estos trabajos señalan una línea de actuación clara —ya anteriormente legislada—, donde se enmarca a los profesionales y a los laboratorios en el sentido de distinguir dónde se encuentra la divisoria entre la legalidad y ilegalidad. Nuestro grupo alienta este tipo de actuaciones y le insta a que, desde su Ministerio, continúe manteniendo un estrecho marcaje, dentro del mundo científico y fuera de ámbitos sensacionalistas, al desarrollo de estas nuevas terapias que están inmersas en un entorno caracterizado por continuos cambios. El desarrollo de estas nuevas terapias y de estas nuevas formas de diagnóstico forma parte del avance científico y social de la sanidad mundial, al cual desde ningún ámbito, ni político ni sanitario, nosotros podemos poner trabas. Pero también es obligación de su Ministerio y de nuestro grupo político seguir velando por

que los avances científicos no afecten a la seguridad y eficacia que debe mantener cualquier medicamento o prueba diagnóstica porque, en definitiva, va dirigida a los pacientes, que son el centro sobre el que debe pivotar cualquier estrategia sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede dar contestación a los distintos grupos el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castellón Leal): La preocupación fundamental de la señora Maestro estriba en la existencia de ensayos clínicos no autorizados, con los riesgos que ello puede suponer, y, supuestamente, la pasividad del Ministerio ante esta proliferación de ensayos clínicos. Dejando al margen la comparación que ha hecho —creo que ya no procede— con el problema que se planteó con el Amerscan Pulmonate, en el sentido de que allí se produjo una contaminación y no es la cuestión que se plantea aquí, y asumiendo que la obligación del Ministerio es velar por el cumplimiento de la normativa —estamos totalmente de acuerdo—, nosotros hemos estudiado todas las denuncias que se nos han formulado —y, evidentemente, seguiremos haciéndolo— en relación con la realización de ensayos clínicos que no se ajusten a la normativa vigente en esta materia. Además —creo que la señora Maestro lo sabe perfectamente—, las competencias de inspección y control en lo que se refiere al uso de equipos radiactivos de forma irregular en los ensayos clínicos corresponden a las comunidades autónomas respectivas. Las denuncias que hemos recibido las hemos trasladado a las comunidades autónomas correspondientes, concretamente, Andalucía, Castilla-La Mancha y Madrid. En dos de los casos mencionados los informes de inspección no han detectado irregularidades y el resto de las denuncias se encuentra pendiente de informe final. En concreto, la Comunidad Autónoma de Andalucía no ha contestado todavía a nuestro requerimiento. Nosotros estaremos pendientes de hacer llegar a las comunidades autónomas todas las denuncias que se formulen y que nos informen de cuál es la situación exacta de ese ensayo clínico sobre el que caben sospechas de que no ha sido autorizado.

Desde luego, estamos a favor de que se hagan ensayos clínicos autorizados. Quiero comentar también que, con independencia de este hecho, es un producto que no supone ningún de riesgo, es inocuo, y así se manifestó en una nota que el propio Ministerio distribuyó, lógicamente de acuerdo con las sociedades científicas, en la que se informaba que la urea marcada con carbono 14 era una sustancia inocua y entrábamos en otras consideraciones en las que no voy extenderme. El señor Blanco ya ha dado una información muy amplia sobre esta cuestión y yo no voy a extenderme más.

Por otra parte, el señor Blanco manifiesta una preocupación esencial por la lentitud con que se registra este producto una vez que se sabe que es bueno. Realmente es un producto de coste efectivo, comparado con la alternativa actualmente existente. Yo antes he comentado que era una buena prueba diagnóstica, pero es verdad que es mucho más coste efectivo la urea con carbono 14 que la urea con carbono 13. Ya he explicado perfectamente que en el test del carbono 13 es necesario usar un espectrómetro de

masas y, sin embargo, en el test del carbono 14 basta con una cámara de centelleo.

Respecto al registro, lo único que puedo hacer es lamentar el retraso. El Ministerio prevé tener terminado el registro en pocas semanas. Estamos ya prácticamente a final de año y creo que a principios del próximo año podremos tenerlo registrado. Detrás de esto no hay ninguna cuestión comercial, no hay ningún interés del Ministerio en dilatarlo; hay, evidentemente, una carga importante de trabajo, como bien saben S.S. La creación de la Agencia del Medicamento ha aliviado bastante esta carga y ha acelerado todos los trámites de registro de muchos productos, incluido éste, por lo que yo confío en que pueda salir cuanto antes. No hay ninguna otra consideración que hacer en relación con los trámites pendientes para registrarlo. Como bien dijo S.S., ya hay una experiencia extensa en este producto.

En resumen, el Ministerio cumple con su obligación y estaremos al tanto porque, independientemente de que el producto sea inocuo, si hay nuevas denuncias porque se están haciendo ensayos clínicos no autorizados, las enviaremos a las comunidades autónomas correspondientes. Puedo decirle al representante del Partido Socialista que en breve ultimaremos el registro de este producto, que será muy útil por la difusión que puede tener y también por su coste más reducido.

En relación con lo que comentaba el señor Castillo, somos conscientes de la obligación que tenemos de introducir nuevas tecnologías, sobre todo cuando éstas son de coste efectivo; también somos conscientes de nuestras responsabilidades en garantizar la seguridad, tanto en el proceso del ensayo clínico como una vez que el producto está registrado, lógicamente, y creemos que estamos haciendo frente a esas responsabilidades de forma correcta. Nada más.

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

Finalizada su comparecencia, le agradecemos, una vez más, su asistencia a esta Cámara.

Vamos a hacer un receso de cinco minutos. **(Pausa.)**

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD (NÚÑEZ FEIJÓO), PARA INFORMAR SOBRE EL ANTEPROYECTO DEL REGLAMENTO SOBRE NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN. A PETICIÓN PROPIA. (Número de expediente 212/002094.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, seguimos el orden del día, con la comparecencia, a petición propia, del presidente ejecutivo del Insalud ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre el anteproyecto del reglamento sobre las nuevas formas de gestión.

Le damos la bienvenida al señor Nuñez, una vez más. Han sido muchas sus comparecencias a lo largo de este período de sesiones y me voy a permitir la licencia de pedirle, en aras a la hora y al día, después de una semana intensa de trabajo, tanto a él como a los distintos diputados que puedan intervenir, brevedad y concisión en sus exposiciones.

Cuando quiera, tiene la palabra.

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD** (Nuñez Feijóo): Efectivamente, comparezco a petición propia al objeto de explicar a los grupos parlamentarios una disposición que por su rango no sería necesario el traerla a esta Comisión, pero que por su trascendencia, desde el punto de vista de desarrollo de una ley especialmente elaborada y trabajada en el ámbito de la Comisión, parece oportuno pedir esta comparecencia, y les agradezco el interés que han tenido al concedérmela. Conforme a la propuesta del presidente, vamos a intentar, ser lo más sucintos posible, sin que ello conlleve una falta de contenidos, al menos en lo más fundamental, del texto que vamos a presentar en esta Comisión en el día de hoy.

La Ley de habilitación de las nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, de 25 de abril de 1997, que trae causa de la tramitación parlamentaria del Real Decreto-ley de 17 de junio de 1996, estableció que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios podrían llevarse a cabo a través de cualquier entidad de naturaleza o de titularidad pública admitidas en derecho. En su exposición de motivos dicha ley incluyó expresamente la gestión a través de entidades dotadas de personalidad jurídica, tales como —según explicita el propio texto de la exposición de motivos— empresas públicas, consorcios o fundaciones en idénticos términos a los ya creados al amparo del Real Decreto-ley 10/1996, u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico.

El último párrafo del punto primero del artículo único de la citada Ley 15/1997 habilitó expresamente al Gobierno para determinar reglamentariamente en el ámbito de sus competencias: en primer lugar, las reformas jurídicas; en segundo lugar, los órganos de dirección y control; en tercer lugar, el régimen de garantías de la prestación; en cuarto lugar, la financiación; y, en quinto, las peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.

La Ley 6/1997, de 14 de abril, sobre organización y funcionamiento de la Administración General del Estado, incluyó en la categoría de organismos públicos a las entidades públicas empresariales y a los organismos autónomos, entidades ambas de adaptación francamente compleja al ámbito sanitario dado las características propias del sector. Con el fin de acomodar técnicamente el contenido y el espíritu de esta ley a las peculiaridades del ámbito sanitario y con el objeto fundamentalmente de preservar el carácter estatutario del régimen jurídico de su personal, se incluyó en la Ley de medidas fiscales, administrativas y de orden social, de 30 de diciembre de 1998, la regulación de una figura jurídica que atiende al nombre de fundaciones públicas sanitarias. Con dicha regulación, las fundaciones públicas sanitarias se incorporan al conjunto de entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho a que se refiere la Ley 15/1997, al tratarse de un organismo de naturaleza y de titularidad asimismo pública, es decir, cumpliendo no uno sino los dos requisitos a los que hacía referencia la citada Ley 15/1997.

Las fundaciones públicas se configuran como la adecuada adaptación al ámbito sanitario de las entidades públicas empresariales, y permite, coexistir la descentralización de la gestión y el mantenimiento del régimen jurídico de

personal. Ninguna de las figuras jurídicas a las que se refería la exposición de motivos de la Ley 15/1997 permitía mantener, dentro de su régimen de actuación, el referido personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, y, en este caso, del Insalud.

Pues bien, esto es lo que persigue el texto de la norma que trae causa a esta comparecencia, que no es otra que desarrollar las nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Se trata de una norma que se estructura en 74 artículos, tres capítulos y doce disposiciones, ocho adicionales, una transitoria y tres finales. Si este es el objeto, el contenido y el alcance de las mismas, se intenta concretar cuáles son definitivamente las nuevas fórmulas de gestión a las que dan amparo las leyes a las que me acabo de referir. Por una parte, tres previstas explícitamente: la Ley 15/1997, como decía, fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994; consorcios, y sociedades estatales; y una cuarta, fundaciones públicas sanitarias, creadas para compatibilizar los principios básicos de la Ley 15/1997 y el mantenimiento del régimen jurídico del personal estatutario. Esto en cuanto al capítulo I, disposiciones generales.

Respecto al capítulo II, disposiciones comunes a la nueva fórmula de gestión, el reglamento contiene tres principios básicos: el primero, el de la planificación. Así, las actividades de todas las entidades que desarrollan el reglamento se harán con estricta sujeción a los criterios de planificación que se elaboren por el Instituto Nacional de la Salud, o por el Ministerio de Sanidad, por los centros dependientes y con la autoridad suficiente para establecer criterios en materia de planificación. El segundo principio básico es el de la coordinación. Sin perjuicio de la autonomía de gestión, se garantizará la coordinación entre todos los centros sanitarios de la red del Instituto Nacional de la Salud, y entre todos los niveles asistenciales. Y el tercer principio es el de la cooperación. Con independencia de la fórmula de gestión que se adopte, todas las entidades públicas mantendrán una cooperación permanente en el ámbito asistencial, administrativo y de actividades complementarias.

Establecidos los principios, quizá sea oportuno hablar de las garantías que establece este reglamento. Vuelven a ser tres las clases de garantías: la primera, la de las garantías generales. Establece el reglamento que se mantendrá en el ámbito del Insalud la concepción integral propia de toda la red asistencial sanitaria, garantizando la continuidad asistencial entre los niveles y preservando el cumplimiento de todos los principios que inspiran el Sistema Nacional de Salud. La segunda garantía es la referida a la prestación. El Insalud garantizará en todos sus centros sanitarios, con independencia de su fórmula jurídica, todas las prestaciones que en cada momento rijan, —en este caso concreto las prestaciones del Real Decreto 63/1995—, o cualquier otra norma que en el futuro se dicte sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. La tercera garantía es la que se refiere a los ciudadanos. El Insalud también garantizará el respeto y la protección de todos los derechos reconocidos legalmente a favor de los ciudadanos en el ámbito de la sanidad, y en todos los centros existirán unidades de garantías de los ciudadanos que permitan hacer efectivo el ejercicio de los derechos y

de las garantías que les asisten como usuarios del sistema sanitario público de nuestro país.

En la sección tercera de este capítulo II, el reglamento intenta avanzar criterios de concreción del ámbito de la autonomía de esos centros. El ámbito de autonomía de esos centros abarcará, (en el entendimiento de que toda esta autonomía se moverá en los principios del real decreto y en las disposiciones generales y criterios que se dicten desde el Insalud y desde los demás organismos competentes), en primer lugar, el desarrollo de su estructura organizativa; en segundo lugar, el desarrollo y gestión de los planes de calidad del centro enmarcados en los planes de calidad total del organismo; en tercer lugar, la elaboración y aplicación de las normas internas del funcionamiento; en cuarto lugar, la gestión de recursos económicos orientada al cumplimiento de los objetivos de la actividad y de la calidad; en quinto lugar, los criterios de tesorería; y, en sexto lugar, la gestión de los recursos humanos, y el desarrollo de la carrera profesional en los términos establecidos en la normativa aplicable.

Evidentemente, este ámbito de autonomía conlleva controles públicos desde todos los puntos de vista. En lo que se refiere a los controles en materia de gestión y funcionamiento, al Insalud le corresponderá comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos y la adecuada utilización de los recursos, no solamente de los organismos administrativos del Insalud. La inspección sanitaria mantiene intactas sus competencias en materia de inspección, evaluación y control, no solamente al Insalud y a la inspección sanitaria, sino que se harán, desde el punto de vista económico-financiero, las auditorías de carácter externo que se concreten y, en todo caso, estarán sometidas a la Intervención General de la Seguridad Social y al Tribunal de Cuentas.

Por lo que se refiere al régimen presupuestario, de contabilidad y control financiero, el régimen presupuestario será el establecido en las normas específicas reguladoras de cada una de las fórmulas de gestión, y el control financiero se ajustará a lo previsto en la Ley General Presupuestaria.

En cuanto al patrimonio, el texto distingue entre el patrimonio propio, los bienes cedidos por la Administración general del Estado, y los bienes adscritos por la Tesorería General de la Seguridad Social. Los bienes adscritos por esta Tesorería se regirán por lo establecido en la legislación específica del patrimonio de la Seguridad Social. Los bienes inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social que se adscriban a estas entidades serán objeto de administración ordinaria, a cuyos efectos se les atribuyen los mismos derechos y obligaciones que a las entidades gestoras de la Seguridad Social. Por lo que se refiere a su propio patrimonio, podrán adquirir, a título oneroso o gratuito, los bienes afectos al cumplimiento de sus fines. En todo caso, cualquier adquisición de bienes inmuebles o enajenaciones y gravámenes sobre bienes inmuebles, requerirá informe favorable de la presidencia del Insalud y el acuerdo del órgano de Gobierno del centro sanitario.

En materia de personal, uno de los aspectos que la Ley 15/1997 obligaba que se concretase en el ámbito reglamentario, se establecen los siguientes principios: en aquellas instituciones donde el personal, por la naturaleza de la institución, no pueda ser estatutario y donde el personal estatutario se incorpore voluntariamente a dichas entidades,

mantendrán el régimen de servicios especiales con reserva de puesto de trabajo durante tres años, conforme al artículo 116 de la Ley 13/1996. Por lo que se refiere al personal estatutario de los centros sanitarios que se conviertan en fundaciones públicas o consorcios, conservarán su régimen jurídico, manteniendo inalterable su situación de servicio activo. Respecto a las compatibilidades, a todo este personal le será de aplicación el régimen de incompatibilidades de personal al servicio de las administraciones públicas.

En cuanto a la selección y provisión de puestos de trabajo, principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, y sometimiento a las leyes de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud, la última ley es la que ha tenido a bien aprobar el Parlamento con fecha 5 de octubre, Ley 30/1999. Se mantienen intactos los órganos de representación de personal, ya sean delegados de personal o comités de empresa, en el caso de personal laboral, o delegados de personal y juntas de personal, en el caso del personal estatutario. Se establecen órganos de gobierno y órganos de dirección. Comenzando por estos últimos, la dirección-gerencia, junto con otras unidades que alcancen el rango de directivos y, en todo caso, los directores del ámbito clínico y del ámbito de cuidados, conforman los órganos de dirección del centro. Estos órganos de dirección responden de sus actuaciones no sólo ante la Administración sanitaria, sino ante el propio órgano de gobierno de dichas entidades. Se intenta profesionalizar la función directiva. Y así se establece en el propio reglamento que se determinarán los perfiles de estos puestos, objetivando un marco general que contemple requisitos, formación, experiencia y cualificación necesarios para la designación de los directivos de los centros. Al personal directivo le será de aplicación las normas sobre incompatibilidades del sector público, así como la abstención y recusación prevista en la Ley de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.

Se establecen dos órganos de participación en los nuevos centros: un órgano de participación externa, que se denomina comisión de participación y garantías de los ciudadanos; y un órgano de participación interna, que se denomina junta asistencial. La comisión de participación y garantías de los ciudadanos es un órgano colegiado a quien le compete la evaluación de la asistencia sanitaria, y el asesoramiento al órgano de gobierno del centro sanitario. Su composición será la siguiente: el responsable de unidad de garantías de los ciudadanos del centro hospitalario, tres representantes de asociaciones de consumidores y usuarios nombradas por el consejo de consumidores y usuarios, un representante designado por el consejo estatal de personas mayores, dos representantes designados por organizaciones sindicales y dos representantes designados por organizaciones empresariales; también formarán parte un secretario y el director gerente del propio centro. Ninguna de las personas, salvo las que tienen una vinculación de empleo con el centro, podrán tener una vinculación laboral o mercantil con el centro.

La junta asistencial es el órgano de participación interna. Es un órgano colegiado de asesoramiento y consulta a los órganos de participación. Quizás lo más novedoso es que, por primera vez en un decreto, se contienen órganos

que, dependiendo de la junta asistencial, se acercan de una forma evidente a los profesionales, y se crea lo que se denomina comisión clínica y comisión de cuidados. La comisión clínica es el órgano colegiado de los facultativos del centro sanitario. Le corresponde informar y asesorar todos los planes asistenciales del centro, todos los planes de inversiones, todos los programas en mejora de la calidad, todas las cuestiones que afecten a actividades clínicas del centro sanitario, así como cualquier otra que tuvieran atribuidos en estos momentos cualquiera de los órganos que estuviesen creados en el ámbito hospitalario tradicional. Está compuesta por un total de once miembros, cuatro jefes de servicio, cuatro facultativos, los coordinadores de urgencia, docencia, trasplante, formación continuada y calidad, el facultativo responsable de investigación, los directores de áreas clínicas si las hubiere, y al menos un facultativo residente. La comisión de cuidados es el primer reconocimiento explícito, ya no sólo en una norma sino en un documento sanitario, de que el personal de enfermería en los centros sanitarios va a tener a partir de ahora un órgano colegiado a quien le corresponde la propuesta de todos los asuntos referidos con la actividad de cuidados en el centro. Cuatro supervisoras de enfermería, cuatro ATS-DUE, matronas o fisioterapeutas, cuatro auxiliares de enfermería y un enfermero especialista en formación, en el supuesto de que el centro tuviese este tipo de actividades formativas.

Se establece una sección donde se abunda en las garantías a los ciudadanos y sus reclamaciones. Como decíamos inicialmente, todos los centros habrán de disponer de unidades de garantías a los ciudadanos que habrán de facilitar información a los mismos sobre sus derechos, sobre sus obligaciones, sobre la cartera de servicios, sobre la organización y sobre el funcionamiento del centro. A través de dichas unidades podrán canalizarse las sugerencias, las quejas, las denuncias y las reclamaciones que formulen los ciudadanos acerca del servicio. Estas unidades estarán obligadas a efectuar evaluaciones cuantificables de la opinión de los usuarios en relación con el servicio recibido, elaborando los informes correspondientes. Se establecen plazos taxativos para la tramitación de las quejas y denuncias. En el plazo máximo de un mes se dará una contestación al interesado, el cual tendrá derecho, con independencia de esto, a conocer en todo momento el estado de tramitación de su queja o su denuncia. Se establecen también cuestiones en materia de reclamaciones por daños y perjuicios y se explicita que todas las reclamaciones se dirigirán por los interesados al Instituto Nacional de la Salud, contra cuya resolución cabe recurso contencioso-administrativo. Se asegura también las responsabilidades del personal, que tendrá cubierta la responsabilidad profesional derivada de daños y perjuicios, y a tal fin —establece el reglamento— se suscribirá la correspondiente póliza de responsabilidad civil que determinará los riesgos incluidos. Asimismo, se apuntan cuestiones sobre el asesoramiento, representación y defensa en juicio, que le corresponderá con carácter general a los letrados pertenecientes al cuerpo superior de letrados de la Administración de la Seguridad Social, sin perjuicio, como viene ocurriendo actualmente, de los apoderamientos específicos que pudieran otorgarse.

El capítulo III se dedica a concretar las disposiciones específicas de cada una de las fórmulas de gestión. Por una

parte, de las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1999, que no son otra cosa que organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro, según reza en el reglamento, constituidas por el Insalud, que destinen y afecten un patrimonio a la realización de fines sanitarios de interés general y que tengan por objeto la gestión y administración de centros, servicios y establecimientos sanitarios. La capacidad para fundar es exclusiva del Consejo de Ministros. A los órganos de gobierno les corresponderá cuando menos la existencia de tres representantes de otras tres instituciones ajenas al hospital, uno a propuesta de la consejería de la comunidad autónoma en que esté ubicada la fundación; otro a propuesta del ayuntamiento o el municipio que tenga mayor población adscrita a la Fundación, y otro a propuesta de la universidad, en el caso de tratarse de hospital universitario.

En materia de consorcios explicitar que el reglamento no puede hacer otra cosa más que concretar qué se entiende por consorcio en el ordenamiento jurídico español, concretar y explicitar el contenido y alcance de esta figura y decir que el Insalud podrá consorciar para una actividad sanitaria con las comunidades autónomas, con las entidades que integran la administración local y con entidades privadas sin ánimo de lucro que persigan fines de interés público concurrentes con las administraciones públicas o con todas ellas conjuntamente.

Por lo que se refiere a las sociedades estatales, son sociedades en cuyo capital sea mayoritaria o única la participación del Instituto Nacional de la Salud. Conforme reza la Ley General Presupuestaria se registrarán por el contenido de la misma y por el Real Decreto legislativo 1091/1998, de 23 de septiembre, que la desarrolla.

Con relación a las fundaciones públicas sanitarias éstas son organismos públicos adscritos al Insalud con personalidad jurídica propia. Se registrarán por el contenido de este reglamento, por el contenido de la Ley 50/1998, en lo no dispuesto por la figura de entidades públicas empresariales previstas en la Lofage, Ley a la que hacíamos referencia al principio de la intervención. También aquí y por primera vez, dado que esta figura está prevista para los hospitales tradicionales, habrá en estos hospitales tradicionales un consejo de gobierno dando cabida a representantes de la sociedad civil en los hospitales del futuro. Una vez más en estos centros existirán representantes de la comunidad autónoma, del ayuntamiento y de la universidad en el supuesto de que estemos hablando de hospitales que prestan actividad docente y que estén vinculados a la universidad correspondiente.

En cuanto al personal de estas fundaciones, lógicamente si el motivo de las mismas es que debe coexistir el personal estatutario, el carácter general de todo este personal es el carácter estatutario de todas y cada una de las personas que en ese centro trabajen, con independencia del carácter funcional o laboral que pudieran tener las personas que en el momento de la transformación viniesen prestando servicios en ese hospital o gerencia de atención primaria.

En el ámbito de las disposiciones adicionales —y concluyo— se concretan algunas cuestiones que pueden tener interés para SS.SS. Se establece por primera vez qué se entiende por gestión clínica y viene a completar el Decreto 521 que anticipaba que se podrán establecer fórmulas

organizativas sin personalidad jurídica, pudiéndose crear áreas clínicas o agrupaciones funcionales o unidades asistenciales que integren a profesionales y equipos interdisciplinarios, sin perjuicio de la subsistencia de las unidades y de los servicios que las integran.

En el ámbito de la atención primaria se concreta cómo se pueden crear fundaciones públicas y éstas con carácter general solamente se podrán crear cuando incluyan todos los centros de salud de la correspondiente área sanitaria. En el supuesto de que en un área de salud exista más de un hospital entonces es cuando podrá constituirse más de una fundación pública de atención primaria por área y también se prevé que en un área pueda haber una fundación pública sanitaria que gestione, simultáneamente el hospital y la gerencia de atención primaria.

Interés muy especial, sobre todo desde el punto de vista sindical, ha tenido la disposición adicional quinta, donde las organizaciones sindicales quisieron dejar muy claro que, al objeto de preservar el régimen estatutario del personal, los actuales centros sanitarios sólo podrán adquirir personificación jurídica mediante su conversión en fundaciones públicas sanitarias o a través de la constitución de consorcios.

Especial interés también tiene todo el procedimiento relativo a la conversión de los actuales centros sanitarios en fundaciones públicas sanitarias y éstas, establece el reglamento, se realizarán a petición previa de los centros. ¿Qué contendrá esta solicitud previa? No solamente un interés de la gerencia y del equipo directivo, sino que solamente los centros que hayan elaborado su plan estratégico y aprobado el mismo podrán solicitarlo y será imprescindible contar con los órganos de representación, es decir con las juntas asistenciales, y con los órganos de participación, es decir con las juntas de personal y los comités de empresa. A tal efecto no solamente en el ámbito de los centros tendrán que pronunciarse los mismos organismos, sino que en el ámbito central también especial interés han tenido las organizaciones sindicales en concretar que se crea una comisión paritaria entre la Administración y las organizaciones sindicales presentes en la mesa sectorial, a quien corresponderá informar con carácter preceptivo y previo a su aprobación los proyectos de creación o conversión de los centros sanitarios en cualesquiera de las nuevas fórmulas de gestión. Dicha comisión paritaria sindicatos y Administración, conocerá e informará igualmente, con carácter previo a su aprobación, los proyectos de estatutos de las nuevas entidades.

Este texto, señorías, creemos que es fruto cuando menos de seis meses de negociación en el ámbito de la mesa sectorial de sanidad. Creemos, y así lo creen todos los que mayoritariamente han apoyado este texto, que contiene las garantías establecidas en la ley que desarrolla, que se cristalizan en un proyecto de real decreto que creemos transparente, que creemos sin duda participado, y como digo apoyado mayoritariamente por las organizaciones sociales, las organizaciones sindicales y las organizaciones colegiales.

El ofrecimiento que volvemos a hacer al diálogo y a reforzar los aspectos básicos del reglamento queremos explicitarlo una vez más y mantenemos el compromiso hecho público y una vez más reiterado de que estamos

abiertos a cualquier tipo de adición, de sustitución o de modificación que pretenda garantizar el sistema sanitario público que entiende el reglamento que desarrolla la ley, tanto el sistema sanitario público como la titularidad pública de los centros, como la equidad del sistema, como su solidaridad o cualquier otro principio contemplado en la Ley general de Sanidad que se considere no queda suficientemente garantizado. Nosotros, obviamente, seguiremos adelante con el mandato de esta Cámara, agradeciendo las aportaciones a que me acabo de referir.

Por último, concluyo concretándoles la participación y el apoyo explícito que ha tenido este texto y que sin duda es conocido por SS.SS. En el ámbito profesional todos los colegios profesionales excepto uno han apoyado el texto, y espero que el Consejo general de colegios, que no lo ha apoyado de momento, es posible insisto, que pueda modificar su postura. Todos los miembros y organizaciones del Consejo general de consumidores y usuarios, salvo uno, ha apoyado este texto. Todos los miembros del Consejo general del Insalud, salvo uno, ha apoyado este texto y la mayoría de las organizaciones sindicales presentes en la mesa sectorial han revalidado y conformado este texto.

Nada más.

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

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

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: En primer lugar, agradecer al señor Núñez Feijóo que haya pedido su comparecencia ante esta Comisión para explicarnos el contenido de este real decreto y el ofrecimiento al diálogo que ha hecho al terminar su intervención; espero que podamos avanzar en este diálogo para mejorar estos aspectos.

Hace ahora aproximadamente un año, dentro de unos días hará un año, tuvimos también una sesión de la Comisión de Sanidad con una comparecencia suya donde discutíamos el tema no de las fundaciones, sino la necesidad de regular las nuevas formas de gestión. Nos dijo que tenía que buscarse alguna nueva fórmula, y sorprendentemente a las 48 horas presentaron una enmienda en el Senado, en el trámite último, para crear las fundaciones públicas sanitarias sin comentarlo en esta Comisión de Sanidad, lo cual casa poco con ese espíritu de diálogo que ahora nos ofrecen.

También quisiera agradecerle, como decía, esta comparecencia a petición suya, que probablemente hubiera sido facilitado al mismo tiempo que ha pedido la comparecencia nos hubiera tramitado el proyecto de real decreto que ahora hemos conocido y del que no teníamos conocimiento oficial. Yo creo que hubiera sido un buen detalle por su parte que para poder discutir y ampliar este diálogo hubiéramos dispuesto del texto formal del reglamento o del proyecto de reglamento. Digo esto porque como usted muy bien ha dicho llevamos, en estos temas de gestión toda la legislatura y una de las primeras medidas que tomó este Gobierno fue el Real Decreto-ley sobre creación de nuevas formas de gestión en el Insalud, que después se transformó en un proyecto de ley y en una Ley, la ley 15/1997, de 15 de abril, y hay un mandato de esta Comisión de Sanidad, tomado por unanimidad, de que en el mes de septiembre

del año 1997 ustedes debían tener aprobado el reglamento que regulase esta ley. Estamos en noviembre de 1999, el retraso es ligeramente elevado, pero nunca es tarde si la dicha es buena y vamos a ver si realmente este reglamento llena las aspiraciones que ustedes tenían con este tema.

Esta comparecencia que usted ha pedido, que insisto le agradezco una vez más, ha llegado con cierto retraso. El plenario sectorial donde ustedes presentaron este anteproyecto de Real Decreto fue el 14 de julio, donde se presentó definitivamente este proyecto de Real Decreto, y hubo cierto rechazo por parte de algunas organizaciones que formaban el plenario sectorial de sanidad; después este proyecto se remitió a la organización médica colegial y a otros colegios profesionales en trámite de audiencia y no nos sorprende pero sí nos causa cierta satisfacción que algunas de las cosas que nosotros hemos dicho ahora ya no las decimos nosotros sino que las dicen organizaciones tan poco sospechosas de connivencia con el Partido Socialista, como la CESM o la organización médica colegial. Por ejemplo, la organización médica colegial tomó el acuerdo en la asamblea general el día 11 de septiembre de decir que rechaza el proyecto de real decreto que se les presentó a su consideración por los siguientes motivos, y me gustaría saber si esos motivos se han corregido: primero, por quebrantar la homogeneidad del Sistema Nacional de Salud, tema que hemos venido debatiendo a lo largo de estos dos años; segundo, por la pérdida de la equidad e igualdad para acceder a los servicios públicos por parte de los ciudadanos (insisto son argumentos que nosotros hemos venido señalando y se nos ha dicho que hacíamos catastrofismo, que no era cierto lo que decíamos, ahora no los decimos nosotros sino que lo dice la organización médica colegial); tercero, por perjudicar en el futuro la calidad de la asistencia sanitaria al desarrollar una regulación excesiva de los recursos técnicos y humanos; y, cuarto, por no quedar reflejada de forma real y efectiva la intervención de los médicos en los órganos de gobierno y participación. Estos eran los cuatro puntos por los cuales la organización médica colegial remitió a usted el acuerdo de la asamblea general del día 11 de septiembre. Esto ha motivado que usted dijera públicamente, y así ha salido en los medios profesionales, que habría una nueva tanda de diálogo con la organización médica colegial y hoy también ha manifestado que espera que esta organización profesional llegue al final a aceptar el proyecto de real decreto. No sé qué negociaciones serán, pero evidentemente si algunas de las cuestiones que la organización médica colegial aporta son admitidas por el Insalud y por la Presidencia ejecutiva del Insalud, que es quien en último término toma las decisiones, probablemente tendrá que volver a negociar con algunas organizaciones sanitarias y sindicales que hay porque entran en contradicción. Poco poder de convicción debe tener el presidente ejecutivo del Insalud cuando ante la convocatoria de la asamblea general del día 11 remite una carta al presidente del Consejo general de colegios médicos diciéndole que le da explicaciones para que las utilice a fin de convencer a los presidentes de los colegios médicos de las distintas provincias. El día 9 le remite la carta y el resultado es el acuerdo del día 11; poco poder de convicción tiene con los profesionales médicos para hacerles cambiar de opinión.

Espero que en el futuro sea mayor este poder de convicción, porque en otro caso difícilmente se conseguirá.

Esto nos lleva a otra consideración que también le quisiera hacer, y es que el tema de las nuevas formas de gestión, que se consideró un tema prioritario por parte del equipo del Gobierno actual, y buena prueba de ello es que en el mes de junio del año 1996, es decir al cabo de un mes de la toma de posesión del nuevo Gobierno, hizo un real decreto-ley sobre nuevas formas de gestión, no se ha implantado y se termina la legislatura. ¿Era urgente? ¿No lo era? ¿Lo tenían claro? ¿No lo tenían claro? Evidentemente hay pruebas de que no debe terminar de funcionar la gestión desde el Ministerio. Por ejemplo, quiero recordarle que otro de los grandes logros que ustedes vendieron y que introdujeron en la ley de acompañamiento, para no ser menos como siempre sucede, fue solventar el problema de los interinos, un problema que evidentemente como ustedes dicen fue generado por gobiernos anteriores; ustedes lo iban a solventar de un plumazo y lo intentaron hacer por una Ley de acompañamiento; un grupo de 612 profesionales sanitarios lleva con el concurso de traslado aprobado y publicado en el Boletín Oficial del Estado y no han sido capaces en un año —esto era diciembre de 1998 y estamos en noviembre de 1999— de solventarlo y con una sentencia en la que les anulan el concurso-oposición para el resto de esta convocatoria que era extraordinaria —recuerdo que en la Ley de acompañamiento lo estuvimos discutiendo— y únicamente para el año 1998. Le pediría resoluciones concretas, desarrollos concretos, que sirvan para avalar la gestión del equipo del Ministerio de Sanidad en esta legislatura.

Para terminar, y que el presidente no me llame la atención en cuanto al tiempo, quería resaltar algunos aspectos de este proyecto de real decreto. En este proyecto de real decreto, en las normas generales —no sé qué artículos son porque no tengo el texto—, en su parte primera dice que tendrán los recursos económicos de estas entidades, de las cuatro formas de entidades que existen porque este es un tema general; en el apartado b) dice: tendrán, aparte de los recursos que les transmita el Instituto Nacional de la Salud por los concertos o convenios que establezca, otras aportaciones económicas que pueden proceder del Instituto Nacional de la Salud, aparte de los convenios —debe ser lo que hicieron con la fundación Alcorcón para poder subvenir al déficit que tenía al cabo de poco tiempo—, así como aquellas que se realicen por cualquier persona jurídica; dice cualquier persona jurídica, si es que el texto continúa vigente, no lo sé, pero es lo que decía en lo que ustedes entregaron en el plenario sectorial. En el borrador que entregaron en el plenario sectorial decía: otras aportaciones económicas que procedan del Instituto Nacional de la Salud, así como aquellas que se rigen por cualquier persona jurídica o por entidades de naturaleza o titularidad pública que participen o se integren. ¿Qué quiere decir, que podrá haber entidades con personalidad jurídica que se integren en algunas de estas organizaciones? Insisto en que no sé si el texto es correcto porque no tengo el final.

Después dice que podrán obtener fondos por la prestación de servicios sanitarios a otras instituciones y terceros obligados al pago, lo cual es bastante lógico, y visto el presupuesto de este año que también lo discutimos, deben ser

los convenios con las entidades colaboradoras que ustedes han puesto en la partida importante de ingresos en el Insalud con las entidades colaboradoras, supongo que debe ser esta la razón.

Hay otra cuestión que nos gustaría que nos aclarara en esta comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, su tiempo ya ha concluido.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Ya termino, señor presidente, me quedan dos cuestiones.

Hay una cuestión que me gustaría que usted contestara porque uno de los elementos importantes que señalan en las normas generales es que entre los criterios de gestión, uno de los básicos que incluyen es el de responsabilidad en la gestión; evidentemente, si a estas entidades les dan personalidad jurídica propia tendrán responsabilidad de gestión. ¿Qué quiere decir lo de responsabilidad de gestión? Cuando la gestión sea mala, ¿qué va a pasar? Después hay otro apartado que dice: el Instituto Nacional de la Salud garantizará la viabilidad económica de tales entidades. ¿Esto, cómo lo compagina con la responsabilidad de gestión? Si hay mala responsabilidad de gestión, ¿también el Insalud viabiliza la entidad o no?

Por último, un tema que le he preguntado varias veces en relación con estas fundaciones y que me gustaría aclarar —y, en todo caso si después el señor presidente nos ofrece otra posibilidad lo ampliaríamos—, es el tema de personal. Respecto al tema de personal, ustedes hacen siempre las grandes elucubraciones de que es personal estatutario y que todo este invento de las fundaciones públicas sanitarias, que llevan un año dándole vueltas desde la Ley de acompañamiento del año pasado, era para garantizar el carácter estatutario. Yo le pregunté, no en una ocasión sino en varias y a raíz de manifestaciones suyas, si este personal estatutario sería personal del centro con personalidad jurídica propia o sería personal del Instituto Nacional de la Salud, organismo autónomo como es actualmente. Esta pregunta nunca me la ha respondido, y espero que hoy nos la pueda responder, porque una de sus afirmaciones, al principio de todas estas explicaciones acerca de las fundaciones públicas sanitarias, ha sido que lo importante era que el personal se sintiera propio de la entidad y, con una expresión que usted utilizaba, estuviera orgulloso de la camiseta del centro que tenía que ponerse cada mañana; que sintiera que era personal de aquel centro y defendía una camiseta propia. Si es personal del instituto no será del centro; si es del centro no será del instituto, y difícilmente podrá sentirse con una camiseta propia. Me gustaría que nos explicara esta cuestión.

Finalmente quiero señalarle el tema del patrimonio. El tema del patrimonio queda muy claro en las fundaciones privadas creadas al amparo de la Ley 30, como Alcorcón y Manacor. En el anteproyecto de real decreto dice taxativamente que ustedes al crearlas tienen que asignarles un patrimonio para cumplir los fines que se fijan. En las fundaciones públicas sanitarias no dice que se les dote de patrimonio. ¿Se va a dotar de patrimonio a las fundaciones públicas sanitarias o no se les va a dotar? ¿Cómo se va a regular este patrimonio?

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Gracias, señor Núñez Feijóo, por haber solicitado esta comparecencia para informarnos —y es la primera concreción que le pediría— de un borrador de real decreto, me ha parecido entender.

La primera pregunta que quiero hacerle es evidente. Estamos al final de la legislatura, en puertas de la convocatoria de elecciones generales. ¿La comparecencia del señor Núñez Feijóo esta tarde aquí, se debe a una voluntad de diálogo, de sondeo o tiene carácter previo y con una fecha fija, a la aprobación por el Consejo de Ministros de este real decreto de reglamento. Primera pregunta: ¿qué previsiones tienen el Insalud, el Ministerio de Sanidad y el Consejo de Ministros? ¿Tienen intención de aprobar este real decreto antes de finalizar la legislatura?

He estado escuchándole atentamente, y como ha hecho el señor Corominas le reitero que remita y a los grupos parlamentarios a la mayor brevedad posible el borrador, entendiéndolo que tiene carácter de borrador, si usted comparece para darnos cuenta de un borrador, no puede guardarse los papeles. Le solicito formalmente que remita ese borrador a los grupos parlamentarios, para no hacer algo que tiene un carácter tan poco agradable como hablar de los trozos que usted ha tenido a bien leernos esta tarde de un borrador de real decreto.

He prestado mucha atención a lo que usted ha dicho. Entiendo que el borrador de proyecto de real decreto desarrolla dos leyes, la de nueva forma de gestión y —como ha dicho el señor Corominas— la enmienda a la Ley de acompañamiento. Pero o mi atención no ha sido completa o no he escuchado una nueva forma de gestión, la más conflictiva de todas, que está en vigor y que son las concesiones. Estoy hablando estrictamente de Alzira. ¿El hospital de Alzira no se regula por este reglamento? He prestado toda mi atención y le he escuchado hablar de figuras jurídicas, pero no ha hablado de concesiones. ¿Ni siquiera Alzira se va a someter a este reglamento? **(Un señor diputado: Es Insalud.)** ¿La concesión de Alzira no va a estar regulada por este real decreto?

Aún está calentito el debate de presupuestos. No sé si usted ha seguido esos debates que no le han afectado directamente, por lo menos en su última parte. Ha hablado usted de principios básicos muy serios e incuestionables, como los de planificación y coordinación. Revise señor Núñez Feijóo la dotación presupuestaria que tiene la Administración sanitaria para estas actividades tan importantes del sistema sanitario, que cobran especial importancia cuando éste se fragmenta en unidades con personalidad jurídica propia, evidentemente con más problemas de coordinación y planificación que cuando la entidad es única.

¿Hay alguna mención en las páginas que usted nos ha leído acerca de la composición del patronato de las fundaciones públicas sanitarias? Recuerdo que en alguno de los artículos de la Ley de acompañamiento se hacía una mención muy somera. Entiendo que el patronato es en definitiva el organismo de la entidad con personalidad jurídica propia ante el cual se rinden cuentas. ¿Cuál va a ser la composición del patronato?

En cuanto al patrimonio, habla usted de la posibilidad de adquirir bienes propios. ¿Con qué patrimonio se adquirirán esos bienes propios, con qué controles y con qué requisitos? ¿Esa adquisición de bienes propios, y por tanto no bienes cedidos por la Administración sanitaria o por la Seguridad Social, se va a hacer en función de las presuntas donaciones realizadas por entidades de personalidad jurídica, o pudiera realizarse con el excedente que pudiera resultar de una eficiente —según dicen ustedes— administración de los presupuestos de la fundación, y que fueran el resultado de haber prestado la atención sanitaria —eso sí, no se sabe con qué calidad— a menor costo del presupuestado?

En cuanto al tema de personal, hay algo señor Núñez Feijóo que usted tiene que responder a mi grupo parlamentario y a las organizaciones sindicales. Las organizaciones sindicales han presionado —y yo estoy muy de acuerdo con ello— para que se preserve el carácter estatutario del personal que lo tiene en este momento. Este carácter estatutario por ley de vida es a extinguir; es decir, en estos momentos sabe usted que una parte muy importante de los trabajadores del sistema sanitario público no son estatutarios, son interinos o son laborales en una proporción creciente. Las nuevas contrataciones de personal que pudieran derivarse de necesidades de plantillas sobreañadidas o de jubilación de las personas con contrato estatutario, los nuevos puestos de trabajo que se cubran o que se creen, ¿van a contratarse o van a cubrirse con los criterios que rigen las convocatorias de personal estatutario, o tal como es la forma de actuar cuando se utilizan mecanismos de privatización se van a establecer determinadas medidas para garantizar la paz social, pero van a introducir plenamente los contratos precarios en la sanidad pública?

Ha habido una información pública respecto a los apoyos a que usted se ha referido y casi siempre dice menos uno. Dice: Todos los colegios de médicos menos uno, y resulta que es la Organización médica colegial la que en asamblea se pronuncia en contra, con unos criterios —como ha dicho el señor Corominas— que hemos esgrimido desde los grupos parlamentarios. Dice también: todas las entidades que componen el Consejo general de consumidores y usuarios menos uno. Es sorprendente, porque estas organizaciones están incluidas en la plataforma por la defensa de la sanidad pública de la que Izquierda Unida forma parte, y todos los allí presentes se han manifestado con una claridad que yo agradezco en contra de las nuevas formas de gestión. También dice: la mayoría de las organizaciones sindicales, cuando en fecha memorable para un país vecino, como el 14 de julio, se protagonizó una puesta en escena realmente patética; patética tanto para usted como presidente del Insalud, señor Núñez Feijóo, como para algunas organizaciones sindicales que incluso se habían hecho la foto, y después deprisa y corriendo tuvieron que manifestar que no estaban apoyando el reglamento. No me consta que la inmensa mayoría de las organizaciones más importantes que representan a la inmensa mayoría de los trabajadores sanitarios hayan tenido una toma de posición diferenciada de la que pudo expresarse el 14 de julio. Como mi información puede ser limitada, yo le pido que lo especifique.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Terminó, señor presidente.

Si tiene el compromiso de apoyo explícito, no tendrá el menor inconveniente de decirnos qué organizaciones sindicales, qué organizaciones de consumidores y usuarios, y le eximo de decir lo de todos los colegios de médicos porque me parece que ha quedado bien patente que no responde a la realidad.

Usted ha hablado —terminó ya, señor presidente, señor Núñez Feijóo—, de los mecanismos de petición, porque claro la ley no la pueden cambiar con el reglamento, y tanto una como otra hablaban de que podrán gestionarse mediante las nuevas figuras jurídicas, mientras que usted insistentemente ha aludido al consenso como requisito previo para acceder a las nuevas formas de gestión o a las fundaciones públicas sanitarias en particular.

No sé si con los apoyos que yo digo (si me contradice estaré encantada de escuchar que sean otros de los que yo sé) usted entiende que hay consenso (el equipo directivo no tengo la menor duda de que si le va el salario en el asunto va a estar completamente de acuerdo con el Partido Popular en la conveniencia de las nuevas formas de gestión), pero me extraña que las juntas de personal y el comité de empresa, con los apoyos que usted ha logrado de sus organismos directivos a nivel estatal, vaya a conseguir el consenso más elemental para llevarlo a cabo.

En cualquier caso, señor Núñez Feijóo, yo le agradezco la voluntad de diálogo, pero le reitero que una coherencia mínima por las posiciones planteadas con mi grupo parlamentario, que es de una denuncia de los mecanismos para introducir el ánimo de lucro, el criterio mercantil, la vinculación de los salarios al ahorro, la fragmentación del sistema sanitario público, etcétera, que han caracterizado a ambas leyes que desarrolla este reglamento, evidentemente es imposible que cuente con el apoyo de este grupo parlamentario para desarrollarlo, ya que nosotros creemos que son profundamente nefastas para el sistema sanitario público.

Tal como decía el señor Corominas, yo, por el bien del sistema sanitario público, me alegro de que haya terminado la legislatura sin que el Partido Popular haya logrado llevar a cabo, en lo que existe del sistema sanitario público, formas de gestión que desde nuestro punto de vista, son un atentado tanto a la eficacia como a la calidad del mismo.

Nada más, gracias.

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

El señor **MINGO ZAPATERO**: Intentaré ser extraordinariamente breve siguiendo sus indicaciones.

Señor Núñez Feijóo quiero felicitarle (así, taxativamente) porque trae a esta Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados un documento que recoge todas las expectativas que el Partido Popular había ofrecido a los ciudadanos en su programa electoral y le felicito porque en este proyecto de reglamento, en esta normativa que desarrolla las distintas leyes ya mencionadas, se garantiza el servicio público de salud, se garantizan los principios de universalidad

y de equidad en el acceso a las prestaciones. Los centros hospitalarios y también de atención primaria seguirán con titularidad pública y el Insalud, como responsable de la prestación de la asistencia sanitaria, aprobará su cartera de servicios, fijará sus objetivos y pactará la financiación y la actividad a través de los correspondientes contratos de gestión, es decir, se reserva la garantía de servicio público que es un elemento imprescindible del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, incidimos en la autonomía de gestión. La autonomía en la gestión económica, en la tesorería, en el patrimonio de los nuevos centros, en la organización y en su funcionamiento interno y también en la política de recursos humanos. Se incide en un capítulo de participación que es extraordinariamente importante y de un gran calado: la participación institucional a través de las comunidades autónomas, de los ayuntamientos y de las universidades, y también la participación de los ciudadanos en esas dos nuevas figuras de comisión de participación y de garantías de los ciudadanos. De otra parte, la participación de los profesionales en tres nuevas entidades, que son la junta asistencial, las comisiones clínicas formadas por los facultativos superiores y, por primera vez, y repito, de gran calado, la presencia de la comisión de cuidados con participación mayoritaria de la enfermería que es el 50 por ciento por lo menos de los trabajadores de la sanidad pública.

Asimismo, y no de menor importancia, el paso dado en la formación de las fundaciones sanitarias permite que una demanda de los profesionales haya sido recogida y que podamos seguir teniendo el criterio de personal estatutario.

Finalmente, se hace incidencia en la gestión clínica, con la creación de áreas clínicas que son demandadas por los centros y por los profesionales para ahorrar y regular distintas actividades multidisciplinarias en busca de una mejor calidad, porque a fin de cuentas los criterios de coordinación entre los centros, de cooperación entre ellos, de concepción integral de la red hospitalaria son, es sin lugar a dudas una apuesta decidida por la calidad en la asistencia sanitaria, y estoy seguro de que la mayor parte de los profesionales, recogiendo el símil de la camiseta, estaremos orgullosos de llevar una camiseta donde en una parte del anagrama se diga Sistema Nacional de Salud y en otra el centro donde cada profesional haga su trabajo.

Por último, quiero felicitarle porque una apuesta de esta naturaleza requiere un gran trabajo de conjunto para armonía y de armonizar distintas posiciones, y el que a este proyecto hayan prestado su apoyo entidades de opiniones muchas veces encontradas creo que demuestra la capacidad de diálogo que el presidente del Insalud y todo su equipo han tenido para llevar a buen término este proyecto.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede dar contestación a las recientes intervenciones, el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Gracias a los portavoces que han actuado en representación de los grupos parlamentarios, y vamos a procurar concretar las cuestiones ajustadas al espíritu que ha intentado introducir el presidente de la Comisión, es decir, el espíritu de la verdad y de la concisión.

No puedo más que agradecer la explicitación que ha hecho el señor Corominas en cuanto a que valora positivamente la comparecencia solicitada por el que tiene el honor de dirigirse a SS.SS., y no puedo más que agradecer que hayan sido acogidas con muestra de satisfacción las propuestas de diálogo con las que acabé mi intervención.

El señor Corominas a veces, casi siempre, es capaz de sorprendernos favorablemente en sus intervenciones, y esta vez también lo ha conseguido, pero que a estas alturas se me diga que no se conoce el texto, cuando lo conoce todo el país, la verdad es que es sorprendente. Cuando el número de preguntas parlamentarias que se remiten al Insalud pueden ser entre cinco y seis por semana y que al Grupo Parlamentario Socialista ni siquiera le haya interesado el contenido del alcance del texto es sorprendente.

A las horas escasas de firmar el texto, en el ámbito de la mesa, se lo remití a todos los consejeros del Sistema Nacional de Salud. **(Rumores.)** A todos. La diputada de Izquierda Unida decía que no sabía si era un borrador, un proyecto o un anteproyecto. Luego se lo aclararé. Evidentemente la Administración no puede remitir anteproyectos de textos reglamentarios al Parlamento por una cuestión de cortesía parlamentaria. La Administración lo que tiene que hacer, si considera que puede tener interés parlamentario, es pedir su comparecencia y explicarlo. Esto es lo que ha hecho en el mes de julio; esto es lo que ha hecho inmediatamente después de tener ese texto. Una comparecencia de tal interés pudiera haberse producido a instancias de los grupos; en este caso seguro que se pediría por parte de los grupos, pero yo mismo entendí que podía tener interés y lo que ya es sorprendente es que ningún grupo parlamentario haya pedido el texto. Ninguno. **(Rumores.)** ¿Cómo podría interpretar que es todo lo contrario? Yo he venido aquí para explicar un proyecto. Se ha dicho que no se conoce y yo he dicho que cómo es posible que un texto de esta naturaleza, con la trascendencia que aparentemente tiene, no fuese interesado por los grupos parlamentarios, cuando los grupos parlamentarios sí se han interesado por la lista de espera de consultas externas de oftalmología del Hospital Naval Moral de la Mata. Dicho esto, el contenido de la explicación hace que entienda que ese texto se conoce, al menos por el Grupo Parlamentario Socialista, porque las preguntas que se han hecho tienen mucho sentido y están muy bien formuladas.

En relación con los apoyos, que posteriormente ampliaré al contestar al Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, el señor Corominas ha dicho que había dos organizaciones que no han apoyado el texto: la Organización Médica Colegial y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Lleva usted razón. Yo añadiría otra: la Unión General de Trabajadores. Las razones son distintas. La Unión General de Trabajadores —y me refiero a manifestaciones hechas por sus máximos líderes— decía que la única figura que estarían dispuestos a apoyar era la de las fundaciones públicas sanitarias. La única. No están de acuerdo con las fundaciones de la Ley 30 ni con los consorcios ni con las empresas públicas. La única, las fundaciones públicas sanitarias. Dado que este texto contiene todas ellas, es evidente que no están de acuerdo.

Otras de las manifestaciones, las que importan, las que se concretan en el ámbito de la mesa sectorial de sanidad.

Esas son las que importan, esas son las que constan en acta y las que están documentadas. La Unión General de Trabajadores manifestó su rechazo al reglamento porque no está de acuerdo con la Ley 15/1997 y no estando de acuerdo con la Ley 15/1997 mal puede estar de acuerdo con su desarrollo. Es verdad que esta organización manifestó su contrariedad y su no apoyo a la disposición. La filosofía de las fundaciones es buena desde que se anunció. Manifestaciones del presidente del Consejo General de Colegios Médicos. Literal. Posteriormente, la asamblea entiende que no puede apoyar el reglamento y pide al Insalud un inicio de conversaciones para concreción del alcance y del contenido del mismo.

Es verdad que la Organización Médica Colegial no ha apoyado el reglamento. Entiendo que aunque lo apoyare podrían mantenerse las mismas críticas del Partido Socialista, no vaya a ser que lo apoyara y que automáticamente nos quedásemos sin el argumento de que la Organización Médica Colegial no apoyaba el texto.

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos —vuelvo a insistir que no tengo ningún inconveniente en remitir las actas de la mesa sectorial, porque al final cada uno es libre de lo que dice, pero también es prisionero de lo que firma— no apoyó el texto porque en tanto no se establezca el estatutomarco y la carrera profesional no apoyará medidas que al menos simultáneamente no avancen en las otras líneas establecidas.

En materia de interinos, que también le preocupa al señor Corominas, aunque poca relación tiene con el texto, es verdad que nosotros no hemos sido capaces de resolver la oferta. Tiene usted razón. De momento no hemos sido capaces de resolver la oferta. Otros no han sido capaces ni de convocarla. Y hay quienes han convocado la oferta, la han pactado, la han llevado a la mesa sectorial, ha sido suscrita por todos los sindicatos menos uno y, en el ámbito jurisdiccional, cinco salas han entendido que la oferta es conforme a derecho y una no, y entiendo que eso no significa que no hayamos sido capaces de resolver una oferta. Hemos sido capaces de gestionar la oferta y todo lo que le corresponde realizar a la Administración. Lo que le corresponde a la Administración de Justicia, como es natural, la dejaremos a la Administración de Justicia que adopte la decisión definitiva y no interferiremos para nada en esa decisión. Desde luego, hay más sentencias. Si computásemos desde el punto de vista numérico, hay más sentencias a favor de la legalidad y de la perfecta constitucionalidad de la oferta, y una de ellas, una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, considera que no procede.

Efectivamente, señor Corominas, es posible que no tenga el último texto. Si no no cometeríamos el lapsus de leer incorrectamente el artículo 14 de recursos económicos, apartado e) Dice: Otras aportaciones económicas que procedan del Insalud, así como aquellas que se realicen por cualquier persona jurídica o por entidades de naturaleza o titularidad pública que participen o se integren en las nuevas fórmulas de gestión. Entidades de naturaleza o de titularidad pública. **(Rumores.)** Es lo que dice la Ley 15, señor Corominas. ¿No dice esto la Ley 15? ¿Se ha enmendado la Ley 15 últimamente? No sabía que esa enmienda había prosperado. La Ley 15, literalmente, dice: entidades de naturaleza o titularidad pública. Cuestión distinta a lo que

decía el real decreto-ley, y en eso lleva usted razón. El real decreto-ley decía «entidades públicas» y la ley introdujo «entidades de naturaleza o titularidad pública», y las fundaciones públicas sanitarias son entidades de naturaleza y de titularidad pública. Por lo tanto, no solamente cumplimos un requisito, sino los dos de la Ley 15/1997.

¿Cómo exigiremos la responsabilidad? La responsabilidad, en la organización, en la gestión y sobre todo en la supervisión le corresponde al Insalud, como le viene correspondiendo ahora; le corresponde a la Inspección Sanitaria, como le viene correspondiendo ahora; le corresponde a la Intervención General de la Seguridad Social, le corresponde al Tribunal de Cuentas; es decir, a los mismos órganos que les viene correspondiendo hasta ahora. Por tanto, no se baja para nada la responsabilidad ni los criterios de responsabilidad que se han de llevar en el futuro.

Señoría, si le parece incorrecto que el Insalud se responsabilice de la viabilidad económica de los centros, no estamos de acuerdo, porque si son centros públicos y forman parte del Insalud parece razonable que el Insalud garantice su viabilidad económica, de la misma forma que el Estado garantiza la viabilidad económica de cualquier centro público, si es que ese centro es público realmente.

En cuanto al personal estatutario, el reglamento dice que se regirá por la ley de provisión y selección. Por tanto, si ese centro es del Sistema estaremos a lo que disponga la ley de provisión y selección. Si la ley de provisión y selección dice que las ofertas públicas de empleo podrán realizarse o por el Sistema o por el centro, será lo que marque la ley de provisión y selección. Literalmente, señoría. Hemos remitido toda nuestra política de selección y provisión de personal estatutario a lo que dispongan las leyes de provisión y selección de personal estatutario.

Yo quiero agradecerle sinceramente, señor Corominas, el interés que ha demostrado y sobre todo la mesura con la que ha planteado su intervención, desde el punto de vista de intentar desarrollar —y en esto usted lleva razón, lo hemos hecho con retraso— un reglamento en el que, como sabe, la Ley 15/1997, que se pactó, no dejaba ninguna posibilidad para los centros tradicionales, salvo que fuésemos a la laboralización completa de su personal. Usted convendrá conmigo en que quizá no sería legítimo que un Gobierno se amparase en una interpretación literal de la Ley 15 y, abocando al consenso con el que se elaboró esa ley, proponer una laboralización de todo su personal. Si esto no era posible, convendrá conmigo en que era necesario habilitar una figura, y era necesario, por consiguiente, desarrollar el conjunto de las fórmulas de organización y gestión. Sin embargo, esa Ley 15, que se pactó —y es para todos— para el Sistema Nacional de Salud, dice que cada órgano de gobierno de las comunidades autónomas habrá de desarrollar su reglamento. Y no hay ninguna comunidad autónoma que haya presentado su reglamento.

Aun asumiendo nuestra culpabilidad en cuanto a un cierto retraso, creo que debemos explicitar que, aun incurriendo en retraso, hemos incurrido en el menor retraso de todos los servicios de salud que actualmente tienen la obligación, conforme a esa ley —insisto, ley que se refiere al Sistema Nacional de Salud, no al Insalud—, de presentar su reglamento.

Desde el punto de vista técnico, señora Maestro, yo no sé si esto es un anteproyecto o un proyecto, lo que sí le puedo asegurar es que no es un borrador. Creo que es un proyecto y que se convierte en decreto cuando el Gobierno lo aprueba; repito, creo que es un proyecto cuando se remite a todas las organizaciones que entienden en el trámite de alegaciones. Si no es un proyecto, en todo caso, es un anteproyecto, es una cuestión terminológica, pero le puedo asegurar que no es un borrador.

¿Cuáles son las intenciones del Ministerio? Las intenciones del Ministerio son cumplir el mandato de esta Cámara y no tener que ser advertidos de que se está incurriendo en incumplimiento de las disposiciones de desarrollar por reglamento y, en consecuencia, aprobar el reglamento. **(La señora Maestro Martín: ¿Cuándo?).** Inmediatamente. Ha acabado el trámite de alegaciones, se irá al Consejo de Estado y posteriormente al Consejo de Ministros. Obviamente, respecto a lo que haga el Gobierno le puedo asegurar que yo no puedo hacerme portavoz del mismo, pero imagino que lo que va a hacer el Insalud y lo que hará el Ministerio, una vez que tenga el informe del Consejo de Estado, si es que éste es igual de favorable que los demás informes que obran en el expediente, será remitir este informe al Consejo de Ministros.

Dice S.S., y con buen criterio, que no se regulan las concesiones administrativas, y lleva usted razón, porque la concesión administrativa no es una fórmula de gestión a las que se refiere la Ley 15. La concesión administrativa es una institución jurídica prevista en la Ley de Contratos del Estado desde hace decenas de años en nuestro país. Por tanto, no es necesario regular una concesión administrativa cuando existen las concesiones administrativas del transporte, las concesiones administrativas del agua y las concesiones administrativas del resto de los servicios públicos. Y así lo entiende el Tribunal Superior de Justicia de Valencia, que considera que la concesión administrativa tiene cabida en la Ley General de Sanidad de 1986. Por tanto, mal podemos regular algo que ya tenía cabida de forma explícita.

En todo caso, lo que sí le puedo asegurar es que este reglamento es del Insalud, no es un reglamento del Sistema Nacional de Salud, y, por consiguiente, las cuatro entidades jurídicas a las que hemos hecho referencia son las que S.S. conoce, y mantenemos el planteamiento de la ley, que acaba diciendo: y cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho.

Los principios de coordinación, de planificación y de cooperación son principios que están tasados literalmente en el texto, señoría. Por tanto, que los centros tienen que estar permanentemente coordinados, que deben estar sujetos a los criterios de planificación y que será inexcusable la cooperación de toda la red asistencial son principios básicos que inspiran el texto reglamentario.

¿Qué ocurre con los bienes propios, a los que se refería S.S.? Ocurre lo que está ocurriendo en este momento, que los centros compran bienes. A través de sus presupuestos, los centros adquieren bienes todos los días. Bienes inventariables en un caso, bienes no inventariables en otro caso o bienes fungibles, todos los días están comprando y adquiriendo bienes. En este momento los bienes muebles que se adquieren son de la Seguridad Social y posteriormente

serán del centro que tiene personalidad jurídica propia. Esto es lo que dice el texto. Los bienes inmuebles seguirán siendo de la Seguridad Social, como su propio texto indica, y todos los demás bienes que sean cedidos por la Administración o por la Seguridad Social seguirán siendo bienes de la Administración o de la Seguridad Social. El resto seguirán también siendo bienes de la Administración, pero de la Administración constituida en personificación jurídica pública en esos centros.

Le preocupa a S.S. el carácter del personal, y yo le agradezco que por primera vez haya escuchado de su grupo parlamentario que se preserva el carácter estatutario del personal, porque eso es un avance importante. **(La señora Maestra Martín: El que lo tiene que decir es usted, no yo.)** Nosotros lo hemos dicho tantas veces, y tantas veces hemos sido corregidos que por una vez llegar a un punto ... **(La señora Maestra Martín: A extinguir.)** Lo de a extinguir evidentemente lo dice usted, el texto no lo dice **(La señora Maestra Martín: Espero que no me contradiga.)** No la contradigo, sino que se lo matizo con mucho interés. Lo dice el texto, y buen interés han tenido las organizaciones sindicales de no permitir que sea un personal a extinguir, porque lo que dice el texto es que el personal de las fundaciones públicas sanitarias seguirá siendo personal estatutario. Su provisión y selección se regulará por las normas de provisión y selección del resto del personal del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a los apoyos, no voy a entrar, como es natural, en ningún tipo de polémicas de apoyos o no apoyos. Yo le puedo remitir el acta de la mesa sectorial, porque es lo único que usted va a entender como documento concreto y clarificador de lo que opinan las organizaciones sindicales. Las organizaciones sindicales que mostraron su total conformidad al texto son todas menos la Unión General de Trabajadores, por la razón a la que me he referido, y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos por las razones que también he mencionado. También le puedo remitir el acta del consejo general de consumidores y usuarios, porque es posible que en la plataforma a la que usted se refiere se diga una cosa y cuando se trate de levantar un acta del consejo general de consumidores y usuarios se diga otra. En este acta del consejo general se hacen una serie de matizaciones al reglamento y hay un voto particular de una asociación que configura el consejo general en el que claramente esa asociación de consumidores y usuarios manifiesta su rechazo al texto. Pero, insisto, el Consejo general de consumidores y usuarios ha remitido su valoración, en ningún caso negativa, al resto de las organizaciones que le componen.

Del mismo modo me remito al consejo general de Insalud, que levanta sus actas, que es un órgano colegiado y que se rige, como cualquier órgano colegiado, por explicaciones de sus miembros. Y, en este caso, ninguno de los representantes del consejo general del Insalud en materia de consumidores y usuarios, manifestó su disconformidad.

Es verdad que una de las asociaciones que se sienta en el Consejo general del Insalud hizo un voto en contra por escrito, es verdad. Y de los sindicatos que allí están el único que manifestó su disconformidad, y así consta en el acta del Consejo general, es la Unión General de Trabajadores.

Vuelvo a decirle, señoría, que éstas son las cuestiones, tal y como son.

Cuando digo que tiene apoyo de los colegios, digo que todos los colegios, salvo el Consejo general de colegios médicos, han manifestado su apoyo explícito, por escrito, al texto, todos. Y entiendo que hay otros colegios, no sólo el Consejo general de colegios médicos, aun siendo éste tremendamente importante. Esto en lo relativo a los apoyos. Por consiguiente y por concretar, no conozco ninguna figura jurídica, ninguna fórmula de gestión actualmente imperante en el Estado, ninguna, que haya tenido un apoyo sindical, corporativo y de órganos de participación del Insalud como las fundaciones públicas sanitarias. No conozco ninguna.

Las empresas públicas, que es otra de las fórmulas, le puedo asegurar que no tienen —al menos no lo han conseguido de momento— ese apoyo sindical ni ese apoyo corporativo. Y en el ámbito de los consorcios me pillaría usted en un renuncio si me pronunciase al respecto, porque no tengo información relativa a este asunto. Pero lo que sí le puedo asegurar es que de las dos, fundación pública sanitaria versus empresa pública, en las fundaciones públicas sanitarias hay actas sindicales, de consejos generales, de colegios profesionales, que avalan lo que acabo de decirle.

Nada más y muchas gracias. **(La señora Maestra Martín y el señor Corominas i Busqueta piden la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** Con la amplia experiencia parlamentaria que tienen, SS.SS. saben que no existe segundo turno, lo saben. Lo que le pido al señor Corominas es que no me vaya a reabrir ahora un debate sobre la Ley 15/1997, que parece que él tiene una interpretación y la ley dice lo que dice, o sobre la Ley 50/1998. No va a ir por ahí el debate. Y lo mismo le digo a la señora Maestra.

Puede haber algunas cosas muy puntuales. Se pueden imaginar que esta Presidencia ha seguido con sumo interés las brillantes intervenciones de los señores parlamentarios y del señor presidente del Insalud, y creo que ustedes han expuesto todo lo que han querido y el señor presidente del Insalud ha contestado exhaustivamente a todas las preguntas que han hecho SS.SS. Otra cuestión distinta es que los matices que pueda cada uno tener en las interpretaciones sean los que sean de cada uno, pero ahí está el «Diario de Sesiones» y yo creo que está ampliamente debatido. **(El señor Corominas i Busqueta pronuncia palabras que no se perciben.)**

Señor Corominas, por la experiencia que tenemos, todos los temas que usted pueda sacar ahora estoy plenamente convencido de que ya figuran en el «Diario de Sesiones» de las comparecencias del señor Nuñez Feijóo a lo largo de toda la legislatura. Estamos cayendo en la reiteración de temas sobre los que cada uno tiene una visión, que yo respeto porque es lógico que en la vida parlamentaria haya disparidad de criterios, pero creo que el tema está ampliamente debatido y contestado.

La señora **MAESTRO MARTÍN:** Señor presidente, dos preguntas muy concretas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA:** Es muy concreto lo que quiero decir, dos o tres cuestiones.

El señor **PRESIDENTE**: Los dos hagan preguntas muy concretas, sin reabrir un debate sobre interpretaciones.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: No, no; en relación con lo que ha dicho el señor Núñez Feijóo y lo que me ha rebatido.

Yo le he preguntado (y no me ha contestado, aunque llevo un año preguntándolo) si será personal del centro o del Insalud, no quién hace la convocatoria. Si en una empresa con personalidad jurídica propia, insisto, el personal es cedido o es propio del centro. Esto es lo que no hay forma de que el señor Núñez Feijóo me conteste.

He leído el texto que se entregó a la mesa sectorial. Vuelvo a reiterar que creo que sería un buen detalle por su parte, en cuanto al ofrecimiento de diálogo, que nos hubiera remitido el texto. Evidentemente, dispongo del texto que entregaron a la mesa sectorial y he procurado leerlo, pero es que yo no sé muy bien el castellano. Dice: Otras aportaciones económicas que procedan del Instituto Nacional de la Salud, coma, así como aquellas que se realicen por cualquier persona jurídica, coma, o por entidades de naturaleza o titularidad pública que participen o se integren. Por tanto, son tres fuentes de financiación complementaria, el Instituto Nacional de la Salud, las personas jurídicas —que no señala— y las entidades de naturaleza o titularidad pública. Así lo entiendo yo, en mi castellano. Por tanto, le agradecería que lo aclarara definitivamente, porque no sólo nosotros nos enteramos por la prensa. No voy a leer la carta que el señor Núñez Feijóo remitió a la Organización Médico Colegial, en la que dice que se enteró de que había una asamblea para tratar este tema por los medios de información. Se enteró el día 9 de septiembre y mandó la carta el día 11. Pero es que lleva una tramitación larguísima. Se reunió con la OMC el 12 de marzo a la mesa sectorial se lo entregan —teóricamente, para hacerse la foto— el 14 de julio, la asamblea de la OMC es el 11 de septiembre y su comparecencia en esta Cámara es hoy. Llevamos un año con este tema.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Corominas, le aclaro que la comparecencia que se celebra hoy está pedida por el señor Núñez Feijóo con fecha 7 de julio de 1999.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: No, no. Esta-ba pedida la de las inversiones, no la del reglamento. Quiero que se lea cuándo está hecha esta petición.

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

Solicitud de comparecencia del presidente ejecutivo del Insalud ante la Comisión de Sanidad y Consumo para informar sobre el anteproyecto del reglamento sobre nuevas formas de gestión. Número de registro —apúntelo por si quiere buscarlo—, 87764; fecha, 26 de julio de 1999. La comparecencia es hoy. El 26 de julio de 1999 fue cuando el señor presidente del Insalud solicitó la comparecencia. Por los trámites reglamentarios de confección de comparecencias, ustedes, que son los que hacen los órdenes del día, no lo han considerado oportuno hasta hoy. Ha habido tres reuniones de la Comisión de Sanidad y Consumo en este período de sesiones y hasta hoy no han considerado oportuno

que se celebre. La culpa no es del señor presidente del Insalud sino de los miembros de la Comisión.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Señor presidente, si me permite una cuestión.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, sí, cómo no, señor Corominas.

El señor **COROMINAS I BUSQUETA**: Es en relación con el consenso de las fundaciones. No voy a reabrir debate, voy a leer el texto. Dice que a la solicitud del director gerente —lo ha dicho el señor Núñez Feijóo— deberá acompañar: el plan estratégico aprobado por el presidente del Insalud, la certificación del acuerdo favorable de la comisión de dirección —aquí sí— y el informe de los órganos de representación, sea favorable o desfavorable. Una comisión de homologación nombrada íntegramente por personal del Instituto Nacional de la Salud valorará la suficiencia del consenso interno. Yo le pregunto si hay o no algún criterio para valorar la suficiencia del consenso interno, o no lo hay, porque mucho me temo que todo esto sólo tiene una finalidad, que es dar cumplimiento a lo que manifestó hace muy pocos días el ministro de Sanidad: que haya equiparación entre lo público y lo privado. Ese es un poco el objetivo.

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

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Quiero señalar que, como es obvio, el Grupo de Izquierda Unida no se cuenta entre los grupos que sostienen al Gobierno; por tanto, difícilmente hubiera podido plantear la comparecencia del señor Núñez Feijóo a petición propia.

Las preguntas que quiero hacer son concretas, y son las siguientes. El señor Núñez Feijóo me ha respondido estrictamente que el anteproyecto, desde el punto de vista de la Administración sanitaria, está visto para sentencia y será remitido con carácter inmediato al Consejo de Estado. También ha dicho que está abierta todavía la negociación con la Organización Médica Colegial. ¿Se piensa modificar, se piensa hacer un trágala a la Organización Médica Colegial, o se piensa seguir los trámites independientemente de lo que dicha organización establezca? La pregunta es bien concreta.

Usted ha hablado del no apoyo de las organizaciones sindicales, la Confederación Española de Sindicatos Médicos y UGT. ¿Comisiones Obreras apoya el anteproyecto de reglamento, sí o no? Porque como todos recordamos hubo una serie de descalificaciones de diferentes entidades. Querría saber cuál es la valoración que hace el señor presidente.

La tercera pregunta es si entiende el señor presidente del Insalud que el régimen de gestión del hospital de Alzira está o no dentro de la Ley 15/1997, tal y como estableció el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana y si, por tanto, será objeto o no del reglamento que desarrolle ambas leyes.

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

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Señor Corominas, el personal que actualmente presta servicios en los hospitales que posteriormente se transforman en fundaciones públicas sanitarias es del Insalud. El personal que pueda ser contratado posteriormente podrá ser del Insalud o del centro, según se desarrolle la Ley de provisión y selección aprobada en el Parlamento. Esta es la respuesta.

Señor Corominas, si usted no se enteró del reglamento y ha sido capaz de enterarse de la carta que con fecha 9 de septiembre de 1999 he remitido a la Organización Médica Colegial, me parece impropio de un diputado tan interesado en los asuntos sanitarios, con tanto rigor y que conoce perfectamente las actas de la Comisión de Sanidad desde el 10 de mayo de 1996, cuando menos.

Señora Maestro, usted me ha hecho comparecer aquí por múltiples y poderosas razones, y espero que antes de que acabe la legislatura alguna otra vez me hará comparecer. Recuerdo la última, en la que usted no estaba en absoluto de acuerdo con el tratamiento que se había dado a un ensayo clínico en el hospital de Alcalá de Henares; pregunta oral, pregunta escrita y comparecencia. Incluso una de las veces, por razones poderosas o de fuerza mayor no pudo venir a la comparecencia y se cambió la fecha y se introdujo en otro orden del día de la Comisión. ¿Son más importantes los ensayos clínicos del hospital de Alcalá o la comparecencia en materia de reglamento? Evidentemente usted puede pedir la comparecencia cuando lo considere oportuno, y yo lo único que he podido hacer es, seis días después de llegar a un texto de proyecto reglamentario, pedir mi comparecencia, y entiendo que por pedirla lo único que puedo trasladar es el estado de la situación no a 21 de julio, sino a 18 de noviembre.

No voy a entrar en ningún tipo de polémica, ni mucho menos con organizaciones sindicales, que ellas sabrán lo que hacen. Lo único que puedo decirle es lo que recoge el acta de la mesa sectorial en relación con el sindicato al que usted se ha referido. Y se lo voy a leer literalmente: Apoya el documento porque recoge todas y cada una de las propuestas que el sindicato ha ido presentando durante su negociación, porque el documento no ofrece resquicio alguno para que se pueda introducir una vía a la privatización y porque en el mismo quedan salvaguardados y defendidos todos los derechos de los trabajadores. Este es el acta de la mesa sectorial del sindicato al que usted acaba de hacer referencia.

En relación con el tema de Alzira, espero que no sea ésta mi última comparecencia porque desde que se suscitó este tema no ha habido una sola comparecencia en que haya salido un asunto de la Comunidad Autónoma de Valencia. Le vuelvo a insistir, señoría, que a juicio del Tribunal Superior de Justicia de Valencia (y no seré yo el que enmiende la

plana; ya me gustaría poder hacerlo al menos en el tema de los interinos) la concesión administrativa está prevista en la Ley General de Sanidad de 1986. Esto es lo que dice el auto del Tribunal Superior de Justicia de Valencia. Es una figura que está prevista diez años antes de la Ley de 1997. (La señora Maestro Martín: Hay una pregunta que no me ha respondido. No sé si la ha olvidado.)

El señor **PRESIDENTE**: ¿Cuál es, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTÍN**: Decía que los trámites del anteproyecto están terminados y también que está en negociación con la Organización Médica Colegial. ¿Se deriva de ese hecho alguna previsión de modificación o se considera que la negociación no va a trasladar modificación alguna al anteproyecto? Las dos cosas al mismo tiempo no pueden ser. Le pido a una respuesta.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar el señor Núñez Feijóo.

El señor **PRESIDENTE EJECUTIVO DEL INSALUD** (Núñez Feijóo): Creo que la Organización Médica Colegial y el Insalud llegarán al acuerdo o al desacuerdo que se concrete. Si el acuerdo es el de concretar algunas de las cuestiones, obviamente se incorporarán al texto, y si no hay acuerdo no se incorporarán. Lo que le puedo asegurar es que lo que está encima de la mesa no es ningún cambio fundamental sobre el texto. Lo que está encima de la mesa es una voluntad de diálogo, no en cuanto a este texto que la Organización Médica Colegial ha alegado, sino fundamentalmente al diálogo de futuro entre la Organización Médica Colegial y el Insalud. En todo caso, le puedo asegurar que la Organización Médica Colegial cuidará muy mucho de que los posibles acuerdos a los que se lleguen se incorporen al texto del reglamento, en el supuesto de que así fuera necesario.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez Feijóo, por su comparecencia, que como todas ha sido seguida con la máxima atención por los distintos grupos parlamentarios y que como siempre ha sido enriquecedora para todos. Muchas gracias y hasta pronto.

Se levanta la sesión.

### **Eran las ocho y veinticinco minutos de la noche.**

Corrección de error.—En el «Diario de Sesiones» número 750, correspondiente a la sesión celebrada por esta Comisión de Sanidad y Consumo el martes, 28 de septiembre de 1999, figura, por error, en la portada del Diario, como presidente de la Comisión, don José Antonio Griñán Martínez, en lugar del presidente de la misma don Feliciano Blázquez Sánchez.

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**