



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2000

VII Legislatura

Núm. 131

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 7

celebrada el miércoles, 20 de diciembre de 2000

Página

ORDEN DEL DÍA:

Preguntas:

- De la señora Castro Fonseca (Grupo Parlamentario de Izquierda Unida), sobre la actuación del Insalud en el caso de la atención a una niña en el centro de salud de Pozuelo (Madrid) (Número de expediente 212/000329.) 3798
- De la señora Estarás Ferragut (Grupo Parlamentario Popular en el Congreso), sobre acciones que viene realizando el Ministerio de Sanidad y Consumo encaminadas a la prevención del consumo de tabaco y alcohol. (Número de expediente 181/000188.) 3801
- De la señora Estarás Ferragut (Grupo Parlamentario Socialista), sobre medidas que acometerá el Ministerio de Sanidad y Consumo en relación al desarrollo de programas de detección precoz de la anorexia y la bulimia. (Número de expediente 181/000189.) 3803

	Página
— Del señor Blanco García (Grupo Parlamentario Socialista), sobre plazo para que el hospital Marqués de Valdecilla recupere la normalidad física y funcional que tenía antes de noviembre del año 1999. (Número de expediente 181/000198.)	3805
— Del señor Blanco García (Grupo Parlamentario Socialista), sobre hospitales del Insalud que van a adquirir una nueva forma de gestión denominada Fundación Pública en el horizonte temporal 2000-2001. (Número de expediente 181/000199.)	3809
— Del señor Blanco García (Grupo Parlamentario Socialista), acerca de los criterios sobre la introducción de «competencia regulada» en la gestión del Insalud y en relación con ella, sobre los incentivos al personal sanitario. (Número de expediente 181/000200.)	3809
— Del señor Blanco García (Grupo Parlamentario Socialista), sobre criterios del Gobierno sobre las indemnizaciones en materia de responsabilidad civil por «mala práctica clínica». (Número de expediente 181/000226.)	3814
Comparecencia del señor secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria (Moreno Palanques) para informar sobre:	
— Líneas de actuación en su área de gestión. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000044.)	3817
— Líneas generales que va a desarrollar en su área de gestión. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000059.)	3817

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

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, y a pesar de la escasa afluencia de miembros de la Comisión quiero someter a la consideración de SS.SS. una propuesta.

Como SS.SS. saben, ayer se aprobó por unanimidad de todos los grupos de la Cámara una moción relativa al tabaco, con todos los condicionamientos que lleva el consumo del tabaco. Esta mañana empezaremos con una primera pregunta relacionada con el tabaco, hace una semana hubo una interpelación sobre el tabaco y hace pocos meses aprobamos aquí, también por unanimidad, una proposición no de ley relativa al tabaco. Por todo ello este presidente, respetando como es lógico la libertad de todos los miembros de la Comisión, somete a la consideración de SS.SS. la prohibición de fumar durante las reuniones de la Comisión de Sanidad y Consumo. **(Aplausos.)** ¿Alguien quiere reservar su voto? **(La señora Castro Fonseca pide la palabra.)**

La señora Castro tiene la palabra.

La señora **CASTRO FONSECA**: Señor presidente, estoy encantada con la propuesta, la asumo plenamente y además pido un regalo a los Reyes Magos para todos los miembros de la comisión: que nos deshabituén, por favor.

El señor **PRESIDENTE**: Considero que se ha aprobado por unanimidad, con lo cual a partir de hoy prohibiremos fumar en la Comisión. **(Aplausos.)**

PREGUNTAS:

— **DE LA SEÑORA CASTRO FONSECA (GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA), SOBRE LA ACTUACIÓN DEL INSALUD EN EL CASO DE LA ATENCIÓN A UNA NIÑA EN EL CENTRO DE SALUD DE POZUELO (MADRID). (Número de expediente 212/000329.)**

El señor **PRESIDENTE**: La señora Castro ha solicitado la comparecencia del director general del Insalud, para que explique la actuación del citado organismo en el caso de la atención a una niña en el centro de salud de Pozuelo. Por unos problemas personales que respetamos todos, tanto los intervinientes como el compareciente, va a intervenir en primer lugar. Por acuerdo de la Mesa y portavoces, el compareciente sería el secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria, que gustosamente se somete a las preguntas tanto de la señora Castro —que en este momento cambiamos la comparecencia por pregunta, a petición suya—, como del señor Blanco y de la señora Estarás.

Tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Señor Moreno, Izquierda Unida solicita esta comparecencia ante cierta alarma social que se crea mediáticamente cuando surgen cuestiones como éstas, una alarma social que obviamente debe tener una respuesta política y tiene que crear preocupación en los responsables políticos. Únicamente desde esa responsabilidad queríamos tener información directa, porque en el caso que nos ocupa pudiera haber elementos que tuvieran que ver o pudieran ser interpretados socialmente como trato discriminatorio. Se da el hecho de que se trata de un hijo de inmigrantes, cuyos padres no disponían de tarjeta sanitaria de la Seguridad Social, y sería grave, en el caso de ser así, que se hubiera contravenido la actual Ley de Extranjería y las normas dictadas por el Insalud o las propias indicaciones del Defensor del menor de la Comunidad de Madrid. También queremos despejar cualquier tipo de duda de la ciudadanía ante la posibilidad de que haya habido una mala praxis médica por no haber utilizado los medios diagnósticos o de tratamiento de los servicios donde fue atendido el menor. Igualmente queremos despejar cualquier duda respecto de la insuficiencia o descoordinación en los servicios sanitarios del Insalud, atención primaria, urgencias, atención especializada y hospitalaria. Desde Izquierda Unida entendemos que cualquiera de estas circunstancias, ojalá que ninguna de ellas se hayan producido, deberían ser objeto de un estudio inmediato o de una delimitación de responsabilidades entre los responsables por parte del Insalud de Madrid y de las autoridades competentes. En definitiva, queremos que usted despeje nuestras dudas y nos deje tranquilos respecto al trato recibido por este niño en Pozuelo.

Presidente, ¿tengo derecho a réplica?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene derecho a réplica.

La señora **CASTRO FONSECA**: Gracias, es que no me lo he aprendido todavía.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera puede contestar, señor Moreno.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Muchísimas gracias, señoría, por formular esta pregunta y darnos oportunidad de poder comparecer y esclarecer las circunstancias en que se produjeron los hechos a que usted hacía referencia. La verdad es que los informes de los distintos facultativos que participaron en la asistencia a esta niña, los horarios facilitados por las distintas entidades y la propia clínica de la enfermedad son coincidentes, y por tanto es posible establecer una sucesión de los hechos que ocurrieron de la siguiente manera.

A las 9.30 horas de la mañana la niña que atiende a las iniciales de E.V.C.F. acudió a la consulta donde estaba citada para una visita programada, es decir una

consulta no urgente, siendo atendida por presentar un catarro de vías altas, una amigdalitis, y como es usual en estos casos se prescribió lógicamente un antibiótico. Poco después, sobre las 17 horas, la niña llegó al centro de salud de Pozuelo, siendo atendida inmediatamente en la sala de urgencias por una médica y tres enfermeros más. En ese mismo momento se llamó a la primera ambulancia y escasos minutos después, porque está registrado en los sistemas de urgencias, concretamente, a las 17.21 horas la administrativo solicitó la UVI móvil, pasando el teléfono móvil a la doctora que estaba atendiendo a la niña para que explicara el motivo de la urgencia. En menos de media hora llegó la primera ambulancia, la ambulancia ordinaria que se había solicitado primero, no UVI móvil, y pocos minutos después, concretamente a las 17.34 minutos, llegó la ambulancia del Sercam, servicio de emergencia y rescate de la Comunidad de Madrid. Yo reconozco, por lo que se ha comentado a la prensa, que en la dirección de atención primaria se dijo que había llegado sobre las 17.45, es decir, no exactamente a las 17.34. Obviamente aquello es una estimación, el Sercam centraliza los minutos exactos en los que se hace la llamada y en los que llega a los centros; por tanto, llegó la UVI móvil en trece minutos. El estado general de la niña en el momento de llegar al centro por la tarde era de una baja temperatura corporal, lo que los médicos denominamos hipotermia, estaba obnubilada, con la mirada perdida, con falta de tono muscular, lo que se denomina hipotonía, que es lo que aparece en el registro, y cubierta de pequeñas hemorragias diseminadas en la piel en forma de puntitos rojos. Esto hizo pensar a los facultativos que estaba inmersa en un grave cuadro clínico que denominamos shock, o una situación clínica muy próxima, la situación de pre-shock. Cuando se logra colocar la aguja en la vena es imposible introducir la medicación, a pesar de que estaba perfectamente colocada; eso indica que la niña ya estaba colapsada. Las maniobras de resucitación cardiopulmonar iniciadas por la propia médico del centro y continuadas por los facultativos del Sercam y de la unidad de cuidados intensivos de La Paz donde fue trasladada, resultaron ineficaces por lo que se declaró el fallecimiento de la niña por una infección generalizada súbita que denominamos sepsis fulminante, coincidiendo en el diagnóstico de sepsis meningocócica fulminante todos los facultativos que intervinieron en el proceso, desde el momento en que se le atiende en el centro de salud hasta el momento que fallece o que es reconocido el fallecimiento en La Paz. Independientemente del estudio anatomopatológico, el fallecimiento no se produce por el foco de infección, que fue localizado inicialmente en la mañana, sino por el fracaso multiorgánico que produce la sepsis fulminante, lo que hace que sea irrelevante el foco infeccioso si es que éste era un elemento de discusión. Luego podemos entrar sobre ese tema, pero como conclusiones de lo anteriormente relatado podríamos decir

las siguientes: En primer lugar, el fallecimiento fue debido a una sepsis meningocócica fulminante. Que en la asistencia médica prestada por la médico de la mañana no había ningún dato clínico que hiciera pensar que el cuadro que presentaba la niña no fuera más que una amigdalitis con catarro, apoyada además por el hecho de que su hermano tenía una amigdalitis, por la que acudía también a la consulta, que se había presentado unos días antes y además había evolucionado favorablemente. Que cuando la niña acudió al centro por la tarde se encontraba cubierta de pequeñas hemorragias puntiformes en la piel, que es signo de esta sepsis fulminante, y en estado de shock. Con carácter general, porque creo que conviene recordarlo para aclarar y despejar cualquier duda, la infección meningocócica —lo que presentaba esta niña— suele iniciarse en la faringe, y además no da ningún tipo de síntomas, si se producen son muy leves o muy similares a los procesos faríngeos, que es lo que se produjo en el hermano. La diseminación a partir de este punto es por la sangre y la manifestación más frecuente es la meningitis purulenta, que conocemos como la meningitis por un meningococo. En el 10 ó 20 por ciento de los casos estos enfermos presentan un nivel de endotoxina que libera el meningococo circulante, lo que da lugar a un cuadro clínico fulminante que es lo que presentó la niña, que se denomina meningococcemia fulminante o el síndrome de Waterhouse Friderichsen, un síndrome gravísimo que los médicos conocen y que del 40 al 60 por ciento de los casos conduce irremediablemente a la muerte. Este es un porcentaje que en los lactantes es incluso mucho mayor; por tanto estamos hablando de una situación muy grave.

Si el médico ve al paciente en la primera fase no puede diagnosticar esta sepsis, entre otras cosas porque no se ha producido; a pesar de que se han realizado estudios con miles de niños cuando se les explora en la primera fase lamentablemente no hay ningún dato que nos indique qué niños van a desarrollar la sepsis. Del mismo modo que al hermano se le diagnosticó esa amigdalitis y obviamente se le trató y se curó, evolucionó bien, su hermana que probablemente tuvo el mismo episodio, apareció como tal pero su evolución fue hacia la sepsis fulminante y eso es imposible predecirlo.

En todo momento las decisiones tomadas, la rapidez a la hora de solicitar los vehículos para el traslado, de éstos en llegar al centro y sobre todo la asistencia sanitaria fueron no sólo correctas sino inmejorables entendemos, y que éstos, aun considerando la celeridad de los hechos, están dentro de la mejor práctica profesional. Si el resultado no fue favorable no se debió en ningún caso a una actuación anómala de los medios humanos y materiales utilizados (afortunadamente para el sistema sanitario y lamentablemente para la propia paciente; insisto en que lamentamos su fallecimiento), sino a la propia patología que desgraciadamente presentaba.

Entiendo que con esto deberían quedar despejadas las dudas. En cualquier caso, estoy dispuesto a hacer cualquier aclaración que S.S. pueda requerir respecto a otros aspectos del proceso que no le hubieran quedado claros.

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

La señora **CASTRO FONSECA**: Muchas gracias, señor Moreno, por la información que ha dado, que me tranquiliza. Como representante de los madrileños es natural que S.S. entienda que tuviera esta preocupación y que quisiera compartirla con usted.

No obstante, y a pesar de que quedo plenamente convencida después de la explicación que nos ha dado sobre la imposibilidad de predecir el diagnóstico y que conozco la enfermedad de la que estamos hablando, creo que en estas situaciones deberíamos ser más transparentes a la hora de informar a los ciudadanos, hacer un esfuerzo para despejar todo tipo de dudas acerca del sistema sanitario. Este esfuerzo no se ha hecho, creo que hay una influencia mediática que no se contrarresta, y me parece que también es bueno que cuando las cosas se hacen bien se sepa.

Por otra parte, en mi opinión, debe usted preocuparse un poquito más por la coordinación de los servicios de emergencia de la comunidad de Madrid, donde a pesar de que usted me ha manifestado que no ha habido ningún problema de retrasos ni de coordinación (aunque no por este caso concreto en el que quedo satisfecha y agradecida de la explicación dada), tengo que decirle que como diputada por Madrid tengo la impresión de que podemos mejorar notablemente en esa coordinación de los servicios de emergencia y me parece que es uno de los retos que hay que afrontar, porque crea muchas expectativas en los ciudadanos. Además, es fácil engañar a los ciudadanos con servicios de emergencia, porque el ciudadano cuando ve una bata blanca ve el cielo abierto y ya se cree que tiene todo solucionado, pero a veces en las ambulancias de los servicios de emergencia viaja sólo un conductor que va vestido de sanitario y obviamente no puede intervenir en cuestiones graves. Aprovecho esta comparecencia para pedirle por favor que procure mejorar la coordinación de estos servicios.

Quiero agradecer muchísimo al presidente y a la Comisión que hayan tenido la deferencia de considerar mi situación personal esta mañana. También quiero pedir que conste en acta la repulsa del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida y la condena una vez más por la muerte del guardia urbano de Barcelona que ha sido asesinado por la banda terrorista ETA.

También quiero desearles, señorías, a todas y a todos, de manera inusual dados los escasos recursos de tiempo que tiene Izquierda Unida, de todo tipo pero sobre todo de tiempo, por lo que no me voy a poder

permitir felicitar personalmente a cada uno de ustedes, repito, quiero desearles lo mejor para el año 2001 y decirles con Borges que sería un placer que además de conseguir la paz y la libertad para los vascos y para los españoles en el año 2001, permítanme la broma con Borges, sean lo mismo una que uno.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Muchas gracias, señoría.

Efectivamente, estoy de acuerdo con usted en que no basta con hacer las cosas bien, hay que comunicar a los ciudadanos que las cosas se están haciendo bien. Además hay que hacerlo de forma adecuada, porque haciendo las cosas bien, como en este caso se hicieron, al final puede quedar la sensación en el ánimo del ciudadano de que quizá no se hicieron. Esas dudas las podemos resolver aquí en esta Cámara, porque tenemos la oportunidad de ser preguntados por SS.SS., pero es muy probable que no tengamos la oportunidad de explicárselo a los ciudadanos. Este caso fue importante, otros muchos pueden serlo también y sin embargo no tener esa posibilidad.

Le agradezco —y se lo reconozco— que nos recuerde esto, porque creo que los ciudadanos tienen un buen sistema sanitario, como ya he tenido oportunidad de manifestar aquí en esta Cámara, creado durante muchos años por muchos gobiernos, y por tanto creo que no sería justo que existiera la impresión de inseguridad, de que las cosas no funcionan, etcétera.

En cuanto a la coordinación de los servicios de emergencia, al margen de la labor de coordinación y cooperación que podamos hacer con las distintas comunidades autónomas y por supuesto con la de Madrid, no cabe duda que dado que vamos a proceder —y hablaré sobre ello en mi comparecencia posteriormente— a las transferencias de la asistencia sanitaria, al traslado de esas competencias, al estar la competencia gestión de esos servicios sanitarios en manos de una sola Administración, es obvio que va a facilitar incluso más si cabe esa coordinación.

En líneas generales, no sólo los de la comunidad de Madrid, que desde luego también es nuestra responsabilidad, sino del resto de comunidades autónomas en España que tienen esos servicios de urgencia, son servicios ejemplares que responden con absoluta rapidez y con absoluta profesionalidad, porque se trata de desplazar el hospital hasta el lugar donde sucede el acontecimiento por el que son llamados. Por tanto, creo que hay que seguir potenciando esos servicios y para obtener el mejor rendimiento posible, como usted ha dicho, es fundamental que estén bien coordinados con el resto de servicios. En lugares como la comunidad de Madrid, donde hay distintas instituciones y distintos

servicios implicados es obvio que ese esfuerzo de coordinación tiene que ser mayor. Por tanto, a eso nos estamos dedicando.

— **DE LA SEÑORA ESTARÁS FERRAGUT (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO), SOBRE ACCIONES QUE VIENE REALIZANDO EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL. (Número de expediente 181/000188.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas que formula la señora Estarás. En primer lugar, acciones que viene realizando el Ministerio de Sanidad y Consumo encaminadas a la prevención del consumo del tabaco y alcohol.

Tiene la palabra la señora Estarás.

La señora **ESTARÁS FERRAGUT**: La pregunta tiene bastante engarce con la moción que debatíamos ayer en el Pleno y con la interpelación debatida hace apenas una semana. Precisamente aprobamos ayer, además por unanimidad que nos comprometíamos a financiar un estudio sobre los costes sanitarios del tabaquismo en España y las consecuencias se tendrían que tener en cuenta para lo que sería la prevención y el control futuro de las enfermedades derivadas del consumo del tabaco. También acordamos crear un grupo de trabajo sobre tabaco con las comunidades autónomas y seguir con el programa Cortar por lo sano de prevención del tabaquismo en profesionales.

Sin duda son necesarias las políticas de salud pública en lo que se refiere a la prevención del consumo de tabaco, apoyadas en las necesarias medidas tanto legislativas y fiscales como de control dirigidas a disminuir la disponibilidad y accesibilidad de esta sustancia, especialmente en lo que se refiere a los jóvenes para prevenir su inicio en el hábito o bien para retrasarlo. Desde nuestro punto de vista es necesaria la colaboración con los diferentes estamentos y también la potenciación de los programas educativos en el medio escolar y en las actividades informativas pues sin duda hay una parte importante de lo que sería el papel de atención primaria.

En definitiva, el objetivo en relación con el tabaco, sería establecer las medidas dirigidas a evitar que la población se inicie en el hábito del tabaco o conseguir reducir su consumo y ayudar a la población fumadora a que deje de fumar, como también nos comentaba nuestra compañera de Izquierda Unida, la señora Castro. El tabaquismo sigue representando, como todos ustedes saben, la primera causa de mortalidad evitable, no sólo en España sino también en el resto de países de nuestro entorno, y por tanto es necesario una visión de conjun-

to que armonice todos los mensajes en este campo básicamente para poder potenciar los resultados.

Conocemos el Programa de prevención del tabaquismo en profesionales sanitarios, sabemos que es un buen programa, pero en relación al tabaquismo tenemos la necesidad de pedir información, dado que como he dicho es la primera causa de mortalidad evitable, y seguir incidiendo sobre las actividades que viene realizando el Ministerio de Sanidad y Consumo encaminadas a esa prevención del consumo de tabaco y si tiene intención de hacer algún plan de actuación —podría ser un plan integral nacional— en la línea del III Plan de acción para una Europa sin tabaco.

En relación al alcohol sucede exactamente lo mismo. Es quizá el alcohol la droga más consumida, de tal manera que el consumo y abuso de alcohol en los jóvenes ha adquirido unas dimensiones importantes en nuestra sociedad, pasando a constituir una de las mayores preocupaciones de la misma ya que el alcohol está presente en una proporción importante de accidentes de tráfico, de accidentes laborales, domésticos y ocasiona desgraciadamente un gran número de discapacidades, la mayoría de ellas a edades muy tempranas. También manifestamos nuestra preocupación en torno al consumo de alcohol y solicitamos conocer las políticas o acciones que viene realizando el Ministerio de Sanidad en lo que sería la prevención de alcohol. Lo mismo en relación a lo que sería el Plan europeo de actuación sobre el alcohol; como es trascendente lo que sean las políticas en materias educativas y preventivas, cuáles son las acciones, tanto en un ámbito como en otro, en lo que sería la prevención y el consumo de alcohol y tabaco, que tiene previstas llevar a término el Ministerio de Sanidad y Consumo.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Señorías, para mí es un honor —y me he pasado media vida intentando luchar contra el tabaco— asistir hoy a esta sesión en la que ustedes han decidido, aunque sea como un símbolo, suprimir el uso de tabaco en esta sala durante la Comisión de Sanidad. Realmente significa mucho más que un simple hecho en función de las discusiones que ayer tuvieron, y por tanto creo que debería hacerse público. No olviden ustedes, como representantes de todos nosotros, que nos fijamos en cada uno de los detalles que aquí ocurren. Por tanto, aunque les pueda parecer un elemento gracioso, a mí me parece un elemento terriblemente serio, porque como usted ha dicho el tabaco es uno de los elementos prevenibles y uno de los mayores problemas de salud pública que tiene cualquier sistema sanitario a nivel mundial y sobre todo este país. Por tanto, es una cuestión enormemente seria la lucha contra el tabaco.

La prevención del consumo de tabaco y alcohol, como les digo, constituye una de las preocupaciones fundamentales para el Ministerio de Sanidad y Consumo, y por tanto considera que cualquier medida que se adopte en materia de salud pública relacionada con este tema tendrá repercusiones positivas tanto en la salud de los ciudadanos como en la economía del país.

Muchas de las actitudes que a veces se toman en los foros internacionales vienen complementadas por posibles complicaciones económicas en otros sectores. Yo quiero dejar bien claro, como he dicho ahora en la introducción, que cualquier actividad, cualquier actitud, cualquier norma, cualquier proceso que pongamos en marcha para luchar contra el tabaco tiene un rendimiento en cualquier caso (para mí, evidentemente, es el de salud, pero incluso para aquellas personas que tienen en consideración otros aspectos como son los puramente económico) infinitamente superior a cualquier tipo de lesión económica que pueda producirse en los productores del tabaco. Por tanto, quede bien clara esa posición del Ministerio de Sanidad para que no exista ninguna duda. Entiende por tanto el Ministerio que en la lucha contra el problema es fundamental la prevención; por consiguiente, el Ministerio viene desarrollando una política de salud dirigida a la prevención del tabaquismo y de los problemas relacionados con el consumo de alcohol basada en la necesarias medidas legislativas por un lado, fiscales y de control, orientadas a disminuir la disponibilidad y accesibilidad de estas sustancias a la población en general y muy especialmente a los jóvenes. Tengan ustedes presentes que la incorporación al hábito del tabaco empieza alrededor de los 13 años, tengan ustedes presentes también que hemos ido observando durante los últimos años una disminución del consumo de tabaco entre la población masculina y sin embargo un incremento preocupante entre la población femenina, que sin ninguna duda, va a tener repercusiones a medio y largo plazo para este país. Por otro lado, al tratarse de problemas de salud pública con importantes implicaciones de otros ministerios como Educación y Cultura, Economía, Hacienda, Agricultura, Interior y en el comercio, las políticas globales propuestas se basan en estrategias de intervención multisectoriales que este Ministerio está afrontando con rigor; lo está haciendo aquí y lo está haciendo en los foros internacionales, en donde también tiene este carácter multisectorial. Dichas políticas se concretan, para contestar a S.S., en los siguientes aspectos. En primer lugar, informar sobre la magnitud y consecuencias derivadas del consumo de alcohol y tabaco en la salud, en la familia y en la sociedad y sobre las medidas eficaces para prevenir o minimizar el daño que produce; potenciar programas educativos en el medio escolar que fomenten estilos de vida saludables y ayuden a promover vidas sin tabaco, a no consumir alcohol, a potenciar una dieta mediterránea equilibrada, etcétera. En este sentido, desde 1989 se viene trabajan-

do en las áreas de educación para la salud, formación y desarrollo profesional e investigación a través de un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el de Educación, Cultura y Deporte e Interior.

Por otro lado, este Ministerio viene realizando diversas actividades dentro del área de salud y prevención del Plan de juventud que tiene como objetivo principal la promoción entre los jóvenes de hábitos de vida saludable y la prevención de riesgos a los que están expuestos. Las actividades están dirigidas a influir en la formación de aptitudes y comportamientos de los jóvenes, creando corrientes de opinión que hagan frente a aquellas situaciones que mayores efectos negativos tienen entre ellos como es el abuso del alcohol, el tabaquismo, las toxicomanías, los accidentes de tráfico y los embarazos no deseados.

Se realizan actividades de educación para la salud a través de los medios de comunicación social ya que influyen en la percepción del problema por la población, facilitando el apoyo y aceptación de las medidas de control. Así, pues, debe reseñarse la última campaña dirigida a la prevención del tabaquismo.

Se están incrementando las actividades de vigilancia ante nuevas estrategias de marketing. En este sentido, se está participando activamente en el grupo oficial de trabajo sobre alcohol y salud constituido en el seno de la Comisión Europea y que está elaborando una recomendación para el Consejo en relación con el alcohol y los jóvenes. Estamos potenciando las actividades educativas impartidas mediante el Consejo sanitario en el ámbito asistencial con especial énfasis en el nivel de atención primaria, entre los médicos de familia, entre los pediatras, personal de enfermería, etcétera. Desde el año 1998 se viene trabajando intensamente en un programa de prevención del tabaquismo en profesionales sanitarios del territorio Insalud elaborado bajo el lema, como usted ha comentado, Corta por lo sano. Estas actuaciones están apoyadas desde el Ministerio con medidas legislativas, fiscales y de control, dirigidas a disminuir la disponibilidad y accesibilidad de estas sustancias como hemos dicho, entre ellas la ampliación de los espacios sin humo, el Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio, el seguimiento de la legislación vigente respecto a las limitaciones de la venta y consumo del tabaco y alcohol, la regulación de los contenidos de los productos del tabaco, y así deben tenerse en consideración los trabajos emprendidos para refundir y endurecer la normativa comunitaria en esta materia a través del proyecto de directiva del Parlamento Europeo y del propio Consejo, relativo a la aproximación de disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de productos del tabaco actualmente en tramitación. Finalmente se está haciendo la trasposición de las distintas directivas comunitarias.

Por último, quisiera reflejar aquellas actuaciones o medidas que se realizan como he dicho no sólo en el ámbito nacional, sino que también están promovidas y desarrolladas en un contexto europeo, debiéndose destacar nuestra participación en el Plan europeo de actuación sobre alcohol de la Organización Mundial de la Salud de Europa, el III Plan de actuación para una Europa sin tabaco, también de la Organización Mundial de la Salud de Europa. En estos planes se están proponiendo políticas globales basadas en estrategias de intervención multisectoriales como he dicho, tendentes al establecimiento de alianzas, al fomento de la cooperación entre organizaciones y sectores, y en definitiva al desarrollo de estrategias dirigidas a implicar a los diferentes sectores de la sociedad en la prevención del tabaquismo y de los problemas relacionados con el consumo del alcohol. Asimismo, estamos trabajando en el convenio marco sobre prevención del tabaquismo, de la Organización Mundial de la Salud, y en el grupo de trabajo sobre alcohol y salud de la Unión Europea.

Es todo cuanto puedo comentarles sobre la pregunta que S.S. ha realizado.

— **DE LA SEÑORA ESTARÁS FERRAGUT (GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO), SOBRE MEDIDAS QUE ACOMETERÁ EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO EN RELACIÓN AL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA. (Número de expediente 181/000189.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la segunda pregunta, medidas que acometerá el Ministerio de Sanidad y Consumo en relación al desarrollo de programas de detección precoz de la anorexia y la bulimia, también efectuada por doña Rosa Estarás, que tiene la palabra para formularla.

La señora **ESTARÁS FERRAGUT**: Es por todos sabido que los trastornos del comportamiento alimentario, entre ellos la anorexia y la bulimia, constituyen un grave problema para la salud, y que además están generando una preocupación creciente en nuestra sociedad. Estos trastornos se caracterizan por un comportamiento ingestivo irregular de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que la solución a este tipo de conflictos está inevitablemente condicionada a dejar de comer y a tener un estado de delgadez importante.

La anorexia nerviosa va relacionada con el mantenimiento del bajo peso, incluso por debajo de los mínimos razonables o normales, y en la bulimia nerviosa se trata de la presencia de una serie de episodios recurrentes de ingesta voraz de alimentos, seguidos de una serie de conductas relacionadas con el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes o el ejercicio excesivo.

En los últimos años ha habido un incremento considerable de estos trastornos del comportamiento alimentario, que muchas veces parece que van ligados a lo que cabe llamar la sociedad de consumo o los países más civilizados. Los últimos datos nos dan a entender que existe el 1 por ciento de mujeres con anorexia nerviosa, sobre todo mujeres, y entre el 2 y el 4 por ciento de bulimia nerviosa, aunque ha habido también un aumento de cuadros atípicos y en hombres.

Entre los múltiples factores que parece pueden contribuir a esos trastornos del comportamiento alimentario puede haber factores familiares, factores de personalidad y genéticos, pero creo que el más importante, por no decir el absolutamente importante, es el factor cultural o sociocultural. Hay una sobrevaloración del aspecto físico, una modificación de los hábitos alimentarios, la acción de una publicidad donde proliferan los cuerpos 10 y el espejo en que ha de mirarse todo ser humano son cuerpos exageradamente delgados.

Estos trastornos alimentarios se utilizan por muchos y muchas adolescentes como una forma de autoafirmación y de rebeldía frente a una serie de figuras de autoridad paterna. Sabemos que es importantísima la prevención, dado que cuanto más tiempo lleve un trastorno de comportamiento alimentario evolucionado va a ser más difícil su tratamiento y mayores las posibilidades de que este trastorno se cronifique, por lo que son importantísimas las medidas que se adopten, tanto desde las comunidades autónomas como desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como en el ámbito escolar, que creo es el idóneo para establecer el programa de prevención, y en lo que sería la concienciación hacia la familia y la concienciación social, básicamente para fortalecer la autoestima de los hijos, fomentar conductas en relación a la tolerancia y demás. Cabe destacar una vez más a los médicos de asistencia primaria, que jugarían un papel importante en esta prevención.

En definitiva, mi pregunta es qué medidas de futuro vamos a acometer desde el Ministerio de Sanidad para poder desarrollar programas de detección precoz de estos trastornos alimentarios. Vaya por delante la enhorabuena al protocolo de atención a pacientes con trastornos de comportamiento alimentario que presentaron este verano y que también he tenido ocasión de leer.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar cuando quiera el señor Moreno.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Señoría, como usted ha dicho, los trastornos del comportamiento alimentario son todos aquellos que se caracterizan por presentar alteraciones graves en la conducta alimentaria como consecuencia de una desregulación del comportamiento relacionada con la ingesta de alimentos. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la Presiden-**

cia.) Como usted muy bien ha dicho, también es conocida la existencia de distintos factores que influyen sobre ese proceso, unos de tipos personal, como pueden ser el sexo o la edad del paciente, la familia, la conflictividad, antecedentes de obesidad, etcétera, y, por otro lado, sociales, como es la conflictividad en la integración escolar o las relaciones interpersonales de esa persona; todos ellos contribuyen a la aparición y desarrollo de esos trastornos del comportamiento alimentario. No cabe duda que existe unanimidad en reconocer que uno de los elementos determinantes de su evolución es la detección y abordaje terapéutico precoz de estos procesos. De hecho, creo que podemos afirmar que cuanto más tiempo esté implantado un trastorno del comportamiento alimentario más difícil va a ser su tratamiento. Por tanto, parece evidente que el ámbito escolar es el idóneo para establecer un programa de prevención de estos trastornos, ya que los mensajes divulgados alcanzarían a la práctica totalidad de la población de riesgo o que al menos está sometida a este riesgo. La realización del programa ha de pasar por establecer una serie de objetivos evaluables en cuanto a su grado de cumplimiento en dicha población. No basta con establecer el programa sino que además hay que evaluar el cumplimiento de ese programa, porque de lo contrario no será excesivamente útil.

Tampoco hay que olvidar que la evaluación de programas de prevención hay que hacerla con cierto cuidado, porque la gran variabilidad que la adolescencia tiene para captar e interpretar los mensajes que recibe, puede dar lugar a que una divulgación excesiva o mal planteada del problema pueda causar unos efectos nocivos e indeseables. Además de las campañas en el ámbito escolar, hay que destacar las dirigidas a la concienciación social, familiar y del colectivo sanitario. En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo mantendrá la difusión de la guía de anorexia y bulimia, realizada en colaboración con el Instituto de la Mujer, que ofrece información a la población en general y que está permitiendo que los afectados acudan a los servicios asistenciales de forma más precoz, como habíamos dicho anteriormente, que es lo deseable.

Seguirá la difusión en los centros escolares de la guía de nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios, dirigida a los profesores y realizada dentro del convenio de colaboración entre los ministerios de Interior, Educación y Cultura y Sanidad y Consumo. Esta guía ofrece criterios para que tanto los profesores como el resto del personal puedan colaborar en esa detección precoz, tan importante. También han elaborado y difundido un protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, dirigido a los médicos de atención primaria, siendo su objetivo principal actuar en el ámbito de la prevención, tanto en el ámbito escolar, social y familiar, como en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, que sería lo que conocemos como prevención secundaria.

Se ha constituido un grupo de trabajo en el Insalud con el fin de desarrollar estrategias coordinadas de actuación con las asociaciones y las sociedades científicas de endocrinología, de nutrición, de neurosiquiatría, de pediatría, de psiquiatría y de psiquiatría infanto-juvenil, coordinado por la Subdirección General de Atención Especializada; el grupo se marcó como objetivo la elaboración de un documento que recogiera los criterios de ordenación y actividades en relación con el tratamiento de estos trastornos de la conducta alimentaria. Este documento, titulado *Trastornos del comportamiento alimentario, criterios de ordenación de recursos y actividades*, pretende ser una herramienta útil para el manejo de todos los profesionales implicados entre los que se distribuya. En el mismo se recogen aspectos preventivos, se analizan factores asistenciales en consultas externas y hospitalización, incluyendo el hospital de día psiquiátrico, la evaluación psicológica, la información al paciente y sus familiares, las medidas terapéuticas específicas para el tratamiento de la anorexia y la bulimia, el abordaje psicoterapéutico, los aspectos psicofarmacológicos, el pronóstico, factores de cronicidad, etcétera.

Vamos a seguir manteniendo la subvención ofrecida a las comunidades autónomas para el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, especialmente en el ámbito de las enfermedades emergentes, reemergentes y de especial relevancia. Esta subvención se inició en el año 1998, se dotó con 357 millones de pesetas, continuó en el año 1999 con una dotación de 375 millones de pesetas, y este año 2000 se han destinado 400 millones de pesetas a las comunidades autónomas. Hay que tener en cuenta que el Ministerio de Sanidad y Consumo ejerce la coordinación y representación internacional en materia de prevención y promoción de la salud, pero las competencias corresponden a las comunidades autónomas.

Finalmente, quiero señalar que en 1999 se creó la mesa multisectorial sobre anorexia y bulimia y durante este año van a seguir impulsándose las medidas generales para la lucha contra estas enfermedades.

— **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE PLAZO PARA QUE EL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA RECUPERE LA NORMALIDAD FÍSICA Y FUNCIONAL QUE TENÍA ANTES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 1999. (Número de expediente 181/000198.)**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Fernández de Capel Baños): Pasamos al punto 3 del orden del día, pregunta del diputado don Jaime Blanco García, del Grupo Socialista.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Quiero dar la bienvenida a esta Comisión al secretario general, para

hablar, entre otras cosas, de un tema actual como es el futuro del hospital Marqués de Valdecilla.

Hago gracia a SS.SS. y al secretario general de una exposición sobre lo que supone el hospital Marqués de Valdecilla. La Comisión lo conoce, así como el secretario general, no ya sólo por el ejercicio de su cargo, sino porque conoce Cantabria y Santander. No obstante, permítanme decir que el hospital Marqués de Valdecilla forma parte de nuestra vida, forma parte de la sociedad de Santander y de Cantabria, siendo un hospital muy querido, en el que han trabajado multitud de especialistas famosos que ya han desaparecido, contando hoy con una plantilla de especialistas punteros y que es parte del acervo cultural de la ciudad y de la región.

El señor secretario general me va a permitir también que hoy lamente que haya fallecido ayer el que fue el impulsor del nuevo Valdecilla, el doctor López Verde; hablando de Valdecilla no podía omitir el hecho de que se haya producido este óbito en el día de ayer.

Señor secretario general, cuando se cae la pared del hospital, se rasga una parte de nosotros mismos y ello porque fallecen unas cuantas personas, pero también porque se cae una parte del hospital, quedando la mitad del edificio inutilizado. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** A partir de ahí, tengo que decirle que toda la ciudadanía sufrió una conmoción, la cual se expresó en una multitudinaria manifestación para que se recuperase Valdecilla. Los grupos políticos, al menos el mío, aunque yo creo que todos, han estado alejados de hacer oposición del accidente, de las víctimas y de la desgracia, por supuesto, incluso también se han cuidado de no utilizar los problemas surgidos a raíz del accidente como arma en contra del adversario político, en este caso en contra del Gobierno, del Insalud, o del Partido Popular. Por tanto, señor secretario general, no vea hoy aquí a un diputado, quien le habla, de la oposición, que legítimamente por supuesto podría utilizar este argumento para hacer oposición, sino vea usted a un diputado de Cantabria que está preocupado por el futuro de este hospital, que como digo es tan entrañable para la ciudadanía.

Dicho esto, señor secretario general, lo que está pasando no puede ser, permítame que se lo diga, y yo creo que es el sentir generalizado de toda la comunidad autónoma. Para situarnos hay que decir que nada más ocurrir el accidente se personó el anterior ministro de Sanidad, como no podía ser menos, y calculó que en un año se iba a poner en marcha de nuevo un Valdecilla restaurado y no había que preocuparse acerca del futuro del hospital. Ahora hace un año y un mes del desgraciado accidente, en aquel momento estábamos discutiendo en esta casa los presupuestos para el año 2000, asignándose mediante una enmienda transaccional —usted lo sabe bien— la cantidad de 4.100 millones de pesetas para restaurar el hospital, unos 1.100 para obras urgentes y 3.000 millones para dotarle de una nueva funcionalidad que era absolutamente necesaria.

Pues bien, pasado un año se ha gastado la cuarta parte de este dinero en trabajos de demolición de aquello que suponía riesgo, paredes que podían caerse; en definitiva en los trabajos de poner a punto la base para rehacer el edificio, pero durante un año dichos trabajos han estado prácticamente parados. Se prometió que para enero del 2001, esto es dentro de un mes, estarían terminadas las obras de toda la fachada y quedaría única y exclusivamente lo que es el reparto interior, los trabajos de oficios, etcétera. Pues bien, al ritmo que se está trabajando, no va a ser posible que en enero esté acabada ni siquiera la fachada. En el presupuesto del año 2001 se han consignado unas partidas presupuestarias que son claramente insuficientes y así lo reconoce la propia dirección del hospital, la propia gerencia, ya que al hilo de hacer un nuevo hospital, mejor dicho de rehacer el que existe pero más moderno, se han introducido algunas mejoras que suponen unos 1.000 millones de pesetas más de lo que para este año está presupuestado.

Visto el hospital desde fuera, todo esto ofrece una imagen fantasmagórica. Durante un año el edificio ha estado solamente con la estructura, por supuesto sin ningún elemento atractivo ni muchísimo menos, dando lugar además a que los profesionales hayan tenido que trabajar en la mitad del espacio y a que los enfermos estén incómodos. Así, profesionales, enfermos y ciudadanos hemos aguantado pacientemente lo que en lógica creíamos que había que aguantar para que el hospital recuperara su actividad funcional. Pero hete aquí, señor secretario general, que, coincidiendo con la caída de la fachada empiezan a plantearse querellas políticas en torno al Gobierno regional, al Partido Popular, a la Dirección Provincial del Insalud y a la gerencia de Valdecilla, las cuales se saldan con la petición por parte del consejero de Sanidad de la dimisión del gerente. Ahora bien, lo que ocurre es que quien dimite es un tercero, el director provincial del Insalud, al que se le tiene durante seis meses interino, tardándose el mismo tiempo en nombrar el sustituto. Al final, por presiones del personal y por torpeza de la propia gerencia, dimite el gerente, a quien no se ha sustituido. Pues bien, ante una situación en la que no se dedica el presupuesto adecuado y se ve además que las obras no marchan a la velocidad apropiada, si encima dimite el director provincial del Insalud, se tarda en sustituir a ese gestor, dimite el gerente y se está viendo públicamente un enfrentamiento entre los responsables sanitarios de la comunidad autónoma y del Insalud, entenderá señor secretario general que la preocupación de este diputado y de los ciudadanos de Cantabria crezca alarmantemente día a día.

Así las cosas, ante esta situación esperemos que a partir de hoy nos dé la noticia de cuándo se va a restaurar no ya físicamente el hospital, que también, porque es absolutamente necesario para recuperar del orden de unas 700 camas que han desaparecido por el accidente, sino también una recuperación funcional, una normali-

dad en las relaciones humanas dentro del hospital —hay mucha tensión y así no puede funcionar un hospital—, así como en las relaciones políticas con la comunidad autónoma; recuperar por tanto la normalidad para el conjunto de los ciudadanos de Cantabria, que con la caída de la fachada han visto que no solamente se ha desmoronado una parte del edificio sino el ánimo de los profesionales y de los ciudadanos, así como también —a lo mejor me equivoco, ¡ojalá!— el prestigio que este hospital nunca debió perder por el hecho de ocurrir un accidente de esta naturaleza.

Gracias, señor secretario general. Espero que me aclare estas dudas que tengo y que se las aclare también a los ciudadanos de Cantabria, sobre todo a los ciudadanos de Santander, porque es el área hospitalaria que acoge este hospital. La pregunta era absolutamente necesaria para poner en claro muchas dudas que existen.

El señor **PRESIDENTE**: El señor secretario general puede contestar cuando quiera.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Señor Blanco, usted me ha recordado el enorme respeto que tengo por ese hospital, al que he considerado siempre y sigo considerando un hospital de referencia en este país. Es un hospital emblemático, del que han salido muchos de mis compañeros —algunos de ellos en la Comunidad Valenciana—, eminentes médicos, excelentemente bien formados y que, curiosamente, siguen todavía vinculados a ese hospital. Evidentemente, el hospital Marqués de Valdecilla es más que un hospital, lo es para la Comunidad Autónoma de Cantabria y lo es para el resto de los sistemas sanitarios de este país. Por tanto reconozco cuantas afirmaciones ha hecho en su introducción, no ya en defensa de un hospital, sino en defensa de una institución como ésta. También quiero agradecer sinceramente la actitud de su grupo, porque podría haber hecho incluso más difícil la solución de un problema. Creo que ustedes han ejercido su función con responsabilidad y es necesario reconocerlo como tal.

Usted sabe tan bien como yo que en el año 1998 el hospital Marqués de Valdecilla ya había aprobado su plan funcional. En el citado plan se analizaba la situación estructural del hospital y se establecían una serie de medidas que debían adoptarse para que este centro sanitario se adaptara a las necesidades presentes y futuras que tenía planteadas. Como consecuencia de ese plan funcional, el 1 de noviembre de 1999 se publicó la convocatoria de concurso para la redacción del proyecto de plan director. Al día siguiente, como todos sabemos, se produjo el desgraciado accidente que obligó a iniciar una serie de obras no previstas para reparar los daños. Es decir, que a la complejidad que ya tiene la elaboración de un plan funcional y de un plan director

y la ejecución de los mismos, se añadió evidentemente toda la nueva obra y el nuevo diseño que hubo que hacer para reparar esos daños. La situación en esos momentos provocó que se solaparan tres grandes proyectos de obras. Obviamente es una situación atípica, en la que había que coordinar tres tipos de obras: las obras de emergencia emprendidas inmediatamente después del accidente para reparar las fachadas y el edificio adyacente, con un presupuesto de 1.100 millones; las obras urgentes de reforma, con un presupuesto de 3.000 millones, como usted sabe, y que afectan al edificio de traumatología, a la residencia general y al hospital de Cantabria, actualmente en ejecución, y las obras previas de adecuación para la reforma del hospital de Cantabria, cuyo presupuesto ascendía a 217 millones y medio de pesetas, que afectaba a distintas unidades del citado centro. Estas últimas obras también se pusieron en marcha de forma inmediata.

Durante la última comisión de coordinación de asistencia sanitaria que, como todos ustedes saben, incluye la representación de la comunidad autónoma y del Insalud, se tomó la decisión, con carácter prioritario, de acelerar en todo lo posible la finalización de esas obras que se habían emprendido tras el suceso ocurrido. Como encontramos la necesidad de coordinar los tres tipos de obras, en esa comisión de coordinación, que va a hacer el seguimiento fiel y pormenorizado de la evolución de las obras, se decidió también poner al frente de la coordinación a un solo responsable, que además sería designado en los servicios centrales del Insalud. Recordemos por tanto que existían esos tres tipos de actuaciones. Las obras de emergencia, que consistían, como usted ha dicho, en el derribo controlado de todos los elementos que suponían un riesgo general y la reconstrucción de las fachadas, han obligado a consolidar previamente esas fachadas. Es decir, que el análisis de la estructura ha obligado a reforzar las fachadas que en principio estaba previsto reconstruir y aquellos elementos que estaban más deteriorados para evitar riesgos añadidos durante el derribo. Por tanto no bastaba con derribar y volver a construir, sino que había que derribar reforzando además la estructura que no estaba bien acondicionada.

En cuanto a las obras complementarias, eran absolutamente necesarias. Por eso se ha hecho especial hincapié durante este tiempo en esa obra, que es la que más rápidamente se ha acometido, para poder sincronizar las otras. Como usted ha dicho, ha habido que reducir el número de camas y, lógicamente, ha habido que acondicionar otras camas en otros hospitales, como el hospital de Cantabria. Por tanto en la citada comisión de coordinación —que por cierto quiero puntualizar aquí que va a continuar reuniéndose para ver algunos temas que afectan a la comunidad de Cantabria previamente a las transferencias, pero fundamentalmente el tema del hospital Marqués de Valdecilla— se acordó lo siguiente: Está previsto que las obras de demolición de

la construcción de toda la fachada del edificio de traumatología terminen el mes de febrero del año 2001; a lo largo del mes de marzo del año 2001 se iniciarán las obras de reforma de las plantas sexta a duodécima del edificio de traumatología para destinarlo a unidades de hospitalización, lo que supone la reforma de 12.000 metros cuadrados, y respecto a la fase 1 del plan director de ampliación y reforma del hospital, que se solapa con el otro tipo de obras, está actualmente en fase de redacción y le puedo decir que la entrega de ese proyecto está prevista para el mes de febrero del año 2001. Así quedamos en esa comisión de coordinación con los representantes de la comunidad autónoma, lo que significa que el proceso de licitación de las obras se desarrollará a lo largo de este año 2001, y por tanto la adjudicación a finales de ese mismo año. Entiendo que es un proceso relativamente lento, que estamos intentando acelerar en lo posible, fundamentalmente a través de la coordinación de actuaciones. Insisto, si ya es compleja una reforma hospitalaria —en este caso la fase 1 es una reforma importante, de 8.311 millones de pesetas—, es mucho más complejo solapar ese proyecto con las obras a las que obligaron —como usted conoce tan bien o mejor que yo— las obras de emergencia que se plantearon. Por tanto, habiendo cambiado el director territorial, habiendo cambiado el gerente y el equipo del Marqués de Valdecilla y continuando con las comisiones de coordinación con la comunidad autónoma, pretendemos impulsar y facilitar esa coordinación, que probablemente, a parte de la complejidad de las obras, ha podido facilitar una cierta ralentización de ese proceso.

Les pido desde este foro que por favor nos continúen ayudando en ese proceso, que es importante para toda la comunidad de Cantabria, para acabar —porque obviamente lo vamos a hacer— algo más que un nuevo hospital, toda una institución para todos ustedes en su comunidad y para el resto del sistema sanitario de nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Quiero hacer algunos comentarios sobre la respuesta que me ha dado.

No tenga duda que vamos a seguir colaborando en lo que es un bien de Cantabria. Como decimos en mi tierra: Esto va de suyo o callado está dicho. Al margen de esto, me va a permitir que le haga algunas preguntas y le exponga alguna consideración en la cual creo profundamente.

En primer lugar, me parece que se están mezclando dos cosas, que es verdad que para el futuro del hospital tienen que mezclarse pero que para la buena marcha de la información de los ciudadanos no deberían estar mezclándose, que son la restauración del edificio de traumatología, su puesta en marcha y la ubicación de camas hábiles para recibir enfermos, y lo que es el plan

director en su fase primera. Yo sé que están imbricadas una con otra, pero yo creo que se debería dar una explicación por separado de lo que supone cada cosa, porque el ciudadano, que no entiende ni lo que es el plan director ni las fases primera, segunda, etcétera, lo que quiere es ver acabado el edificio, que se ubiquen allí las 700 camas más o menos que han desaparecido y que siga funcionando el hospital.

En segundo lugar, algo que no ha salido en la exposición previa pero que le quiero rogar es que, de una vez por todas, atajen la propuesta o la duda que pueda surgir allí de si se puede construir un nuevo hospital fuera del recinto de Valdecilla, porque me va a permitir que le diga que desde el Gobierno regional, que no tiene las competencias, no se ha dejado claro, desde el Insalud no se ha dicho nada, no se ha entrado en la polémica, y sigue creciendo una idea por la cual se puede estar renunciando a rehacer o a hacer ya los planes directores de futuro para hacer un hospital nuevo fuera o incluso dentro de ese recinto de Valdecilla. Yo creo que todo esto hay que despejarlo para el bien del futuro de los ciudadanos, para que sepan cuál es el proyecto que se va a llevar a la práctica.

Me ha dado unas fechas; yo comprendo que los procesos administrativos son lentos, es verdad, pero me ha dado la fecha de febrero de 2001 para acabar las fachadas —ya nos hemos retrasado un mes, iba para enero, pero no pasa nada, un mes más, ¿qué más da?—, y no me ha quedado claro, cuando dice que para marzo se empezará la reforma de las plantas sexta a duodécima, cuándo se va a acabar. Que se empiece en marzo es lógico, si la fachada se acaba en febrero en marzo se empiezan los trabajos interiores pero, ¿cuándo se va a acabar? Esta es otra pregunta.

Luego dos preguntas más. Ha dicho que sólo va a haber un responsable para coordinar todos los trabajos. Díganos quién es, porque no lo ha dicho. A partir de la última comisión de coordinación se ha quedado —ha dicho textualmente— en un solo responsable que coordina todos los trabajos. Le ruego que nos facilite qué cargo tiene y quién es la persona.

Por último, no ha cambiado el gerente, el gerente está pendiente de nombramiento, porque ha dimitido y está en una situación interina, por tanto provisional. Le pregunto para cuándo piensan ustedes nombrar el próximo gerente, porque de ello va a depender también el ánimo del personal dentro del hospital, y esto es decisivo.

Por tanto, le repito las cuatro preguntas, por así decirlo: despejar la duda de si se va a hacer otro hospital —yo ya sé que no, pero quiero que lo diga la autoridad sanitaria—, quién es el responsable de la ejecución de las obras, para cuándo se va a sustituir al gerente y para cuándo piensa que estarán hábiles, funcionalmente hablando, las plantas sexta a duodécima del edificio de traumatología una vez que en marzo se empiece la reforma interior.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Quizás no deberíamos mezclar ambos procesos, el de la restauración y el del plan director, pero —usted mismo lo ha dicho y es verdad— es muy difícil no hacerlo, porque obviamente estamos actuando sobre una misma unidad, que es el hospital, e incluso podría haberse dado la circunstancia de que el hecho de tener que acometer las obras en determinados edificios contemplados en el plan director obligara a modificar ese plan director. Lo cierto es que ambas obras hay que solaparlas y acompañarlas, y en ese sentido le quería comentar que la coordinación única que he mencionado hacía referencia básicamente a arquitectos dentro de los propios servicios centrales y no a la dirección separada a nivel local del Marqués de Valdecilla. En este momento no puedo darle el nombre de una persona concreta, pero es técnico o arquitecto, no arquitecto técnico, sino técnico a nivel de arquitectura, que esté dentro de los propios servicios centrales para que haya una sola voz en ese sentido y que ambas obras puedan realizarse de forma coordinada y lo más rápidamente posible.

Respecto al nuevo hospital, no ya respecto al Marqués de Valdecilla, en líneas generales, cuando uno se enfrenta a una reforma, sobre todo en algún hospital que pueda estar en condiciones muy difíciles con espacios estrechos que obligan a los propios profesionales a trabajar en unas condiciones muy malas y que afectan a la funcionalidad durante mucho tiempo y, sobre todo, si ese hospital, no digo el de Valdecilla, sino en líneas generales, no puede ampliarse en el futuro, muchas veces existe no la tentación, sino la posibilidad técnica de intentar valorar el coste de oportunidad para construir el hospital fuera del lugar. No es el caso de Valdecilla. Por tanto, al margen de alguna duda que haya podido transmitirse a la opinión pública en ese sentido, estaría dentro de las consideraciones generales que se suelen hacer en todos los procesos de reforma, pero en este caso está ya decidido que va a haber ese plan director y se van a acometer las obras en el propio edificio, adaptándolo a las nuevas necesidades que se plantean en todos los hospitales de nuestro país. Lo que se va a hacer es aprovechar que hay que reformar el centro para adaptarlo funcionalmente a esas nuevas necesidades de lo que sería un hospital del siglo XXI, quizá con menos camas y más hospitalización de día, etcétera. En cualquier caso, no puedo en este momento, lamentablemente, hacer una previsión de cuando se va a acabar esa obra pero estaré encantado de hacérselo llegar personalmente en los próximos días; creía que debía informar a S.S. de cuándo íbamos a comenzar. No se preocupe que ya le daré la fecha. Las obras, en general, dependiendo del tamaño y de la complejidad tienen unas previsiones realmente fáciles de hacer y de cum-

plir. En cualquier caso, creo que era importante señalar definitivamente cuál era la fecha de inicio.

Cuando yo me refería al cambio de gerente, no me refería tanto al cambio físico, que está pendiente de lo que son los trámites internos dentro del propio Ministerio, de aceptación del nombramiento, etcétera, sino en el sentido de que el anterior gerente había puesto su cargo a disposición y definitivamente no va a continuar al frente. Por tanto, creo que en esta nueva etapa, por un lado las nuevas direcciones a todos los niveles, la relación con la consejería, a través de las comisiones de coordinación y el hecho de que vayamos a retomar esas comisiones, como ya hemos hecho en ocho comunidades autónomas, entre ellas la propia Cantabria, favoreciendo que haya más comisiones, nos va a permitir seguir puntualmente este problema que, en otras circunstancias hubiera quedado en lo que es la Dirección Territorial. La voluntad de servicios centrales hasta que se produzcan las transferencias, es seguir el día a día, especialmente de este hospital, algo puesto de manifiesto por la propia ministra. Por tanto, le agradezco su intervención y le quisiera tranquilizar en el sentido de que para nosotros es absolutamente prioritario entre todas las comunidades. Valdecilla no es un problema más, para nosotros es un problema prioritario y como tal lo vamos a tratar. Necesitaremos el tiempo que exige una obra, pero a lo que no estamos dispuestos es a que se produzcan retrasos por falta de coordinación, por discusiones, como usted decía, etcétera, en el caso de que se hubieran producido por esas razones. Por tanto, le doy garantías de que eso no se va a producir.

— **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE HOSPITALES DEL INSALUD QUE VAN A ADQUIRIR UNA NUEVA FORMA DE GESTIÓN DENOMINADA FUNDACIÓN PÚBLICA EN EL HORIZONTE TEMPORAL 2000-2001. (Número de expediente 181/000199.)**

— **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), ACERCA DE LOS CRITERIOS SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE «COMPETENCIA REGULADA» EN LA GESTIÓN DEL INSALUD Y EN RELACIÓN CON ELLA, SOBRE LOS INCENTIVOS AL PERSONAL SANITARIO. (Número de expediente 181/000200.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas números 4 y 5 del orden del día que, por acuerdo y decisión del señor Blanco, se unen las dos. La pregunta número 4 hace referencia a los hospitales del Insalud que van a adquirir una nueva forma de gestión, denominada fundación pública en el horizonte temporal 2000-2001, y la pregunta número 5 se refiere a criterios sobre la introducción de competencia regulada en

la gestión del Insalud y en relación con ella sobre los incentivos del personal sanitario.

Tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor secretario general, en este caso sí voy a ser más crítico con los gestores del Insalud. Y lo voy a ser porque ustedes llevan ya cuatro años y pico gobernando y, por lo tanto, ya tienen una historia de gestión, reciente pero es una historia, y ustedes lanzaron a bombo y platillo, en el año 1997, todo un plan modernizador del Insalud que consistía en que, en primer lugar, había que consolidar el sistema sanitario —y estábamos de acuerdo—; había que mejorar la calidad —estábamos de acuerdo en todo lo que sea mejorar la calidad—; había que aumentar la participación de los profesionales —totalmente de acuerdo— y aumentar la capacidad de elección del paciente, en lo que también estamos de acuerdo. Por lo tanto, plan modernizador que, en líneas generales, en lo que es la filosofía, no teníamos ningún problema ni ninguna oposición. Para ello se abordaban varias estrategias. Y ahí es donde ya sí venía el desacuerdo.

La primera estrategia era generar un nuevo modelo de lo que se llamaba el mercado de competencia regulada, que suponía la separación, según figura en la edición que se publicó del libro azul sobre el plan estratégico del Insalud, de los responsables de compra y de provisión, que a continuación voy a leer textualmente y que dice así. Dadas las peculiaridades del bien, que es la salud y de los agentes que intervienen en el proceso, no debe configurarse como un mercado libre, sino como un mercado interno de competencia regulada. Esta consideración no atiende a la voluntad implícita de limitar el funcionamiento de la nueva estructura que se deriva de la aplicación de este plan, sino como una garantía necesaria para salvaguardar los derechos constitucionales del ciudadano —artículo 43— y desde luego para el mantenimiento de los principios de equidad e igualdad en el acceso. Nada más y nada menos. Es decir, que tenían que salvaguardar los derechos constitucionales y el mantenimiento de los principios de equidad e igualdad en el acceso y para eso había que separar la provisión de la compra. Esto nos lo dijo el anterior ministro el 12 junio de 1996, cuando compareció en esta Comisión para expresar las líneas generales de su actuación en el Gobierno y todo ello suponía, en primer lugar, la dotación a los centros hospitalarios de una autonomía, autonomía que se plasmó en la ley mediante lo que luego se conoció como fundaciones públicas sanitarias. Por ello he unido las dos preguntas porque tienen mucho que ver, plantean la filosofía, la estrategia y la práctica de la gestión de la modernización del Insalud. Pues bien, las fundaciones públicas sanitarias que ven su nacimiento en la ley de acompañamiento de los presupuestos para el año 1999, hace poco la actual ministra ha dicho que no se van a poner en funcionamiento. Si es verdad que no se van a poner

en funcionamiento, yo le formularía una primera pregunta. ¿Por qué no piensan ustedes suprimir el articulado en que la Ley de acompañamiento alumbra las fundaciones públicas sanitarias? Pero, en fin, parece que la figura jurídica por la cual iban a dotar de autonomía a los centros sanitarios no se pone en marcha y, consiguientemente, no se pone en marcha la autonomía de los centros sanitarios, no se ponen en marcha las fundaciones públicas sanitarias.

Dentro de estas estrategias, ustedes nos hablaban de que tenía que haber todo un sistema de incentivos al personal sanitario, que leo textualmente: El plan estratégico promueve todo un sistema de incentivos, con el fin de que los proveedores, los médicos, los sanitarios en general, proporcionen la asistencia sanitaria que requiere la población, con las mayores garantías de calidad y al coste óptimo, la forma de pago mediante la cual los proveedores de servicios sanitarios reciben la financiación de los agentes de compra, etcétera. Todo ello, ¿para qué? Para un propósito clarísimo, que era sustituir un modelo altamente burocrático por un modelo más ágil. Esto también lo estoy leyendo literalmente. Cuando nos vamos a las funciones de provisión y a los incentivos, nos encontramos con los incentivos que ustedes pretendían poner en marcha, que era cambiar, entre otras cosas, el actual sistema de retribución a los profesionales de atención primaria. Y leo también literalmente lo que nos proponían: Aumentar entre un 40 y un 60 por ciento la remuneración capitativa, entre un 20 y un 35 por ciento aumentar la remuneración por la actividad y entre un 10 y un 25 por ciento aumentar la remuneración a los profesionales, ligado a incentivos relacionados con el consumo de recursos.

La verdad es que después de tres años no he visto que hayan separado la compra de la provisión. Sí he leído que no se van a hacer las fundaciones sanitarias y no se va a dar autonomía a las fundaciones públicas sanitarias; sí he visto que no hay ningún cambio en el sistema retributivo de los agentes de provisión, que es el personal sanitario; he visto que el propósito que ustedes tenían, que era cambiar un sistema altamente burocrático por uno más ágil, sigue en lo que ustedes pensaban, que era un sistema altamente burocrático —y ahí no entro en las consideraciones de mi grupo, pero esto lo escriben ustedes— y desde luego no he visto ninguna mejora en las retribuciones del personal sanitario por ninguna parte —más bien se les congela los salarios—, ni por capitación ni por actividad ni por incentivos de otra índole. Creo que todo esto, señor secretario general, merece una explicación. Llevan ya tres años diciéndonos estas cosas y otras más que surgirán, porque este libro va a dar mucho de sí. Pero en fin, este es el meollo de la cuestión. Nos debe dar una explicación no solamente a la Comisión, sino a la opinión pública, a los profesionales, sobre lo que pasa. ¿Han cambiado la política? ¿La dejan como estaba? ¿Sirve el libro azul? ¿El plan estratégico lo van a dejar para después

de las transferencias? ¿Qué están haciendo? ¿Han empezado a pisar terreno ahora y revisar todo su reciente pasado de gestión? Explíquenoslo porque los profesionales, los políticos estamos confundidos y en un túnel bastante oscuro acerca de lo que piensan ustedes hacer.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Señorías, a veces las dudas surgen quizás de una no coincidencia entre lo que uno espera de un plan estratégico y de las intenciones o de la ejecución que hace una institución de ese plan. Efectivamente el plan estratégico del Insalud, que fue presentado en enero de 1998, definía un escenario para el desarrollo de las líneas estratégicas, como usted muy bien ha dicho, separando esas funciones entre los responsables de la compra y de la provisión y definía funciones y competencias de cada uno de ellos. Ese plan estratégico, aunque tengo que reconocer —yo asistí a esa presentación— que quizás no hacía demasiado hincapié en el escenario transferencial, ya planteaba un sistema transferencial. Por lo tanto, apuntaba el fortalecimiento de las distintas funciones desarrolladas por los distintos niveles que están en el Insalud. Además, como usted muy bien ha dicho, definía esas tres funciones: las funciones corporativas, las funciones de compra y las funciones de provisión. Cuando uno analiza esas tres funciones puede esperar de ellas una absoluta separación entre la gente que compra, la gente que provee el servicio sanitario y la propia función corporativa. Al margen de posibles desarrollos, esto se ha ido traduciendo en las funciones corporativas, que tenían la responsabilidad de garantizar la equidad, la calidad, la eficiencia y la planificación estratégica, como usted ha dicho, en el plan de calidad total —les hablaré después en mi comparecencia sobre ese aspecto—, donde se fijaban los criterios corporativos mínimos para desarrollar por parte de los proveedores públicos y otras que se definían en dicho plan. Esto empieza a configurarse y para el Ministerio y para mi concretamente es una prioridad desarrollar lo que este nuevo Ministerio va a ser, el Ministerio del futuro. Por tanto, sería la parte de garantía del Sistema Nacional de Salud como un ente global y no como la conjunción de 17 sistemas o servicios de salud.

En cuanto a las funciones de compra, se asignaban a las direcciones territoriales, con las funciones de garantizar la prestación a la población de su territorio con el nivel de calidad fijado. En ese sentido se planteaban líneas de actuación que reforzaban las direcciones territoriales, que se crearon precisamente con el Real Decreto de abril de 1998, como usted muy bien sabe, sobre la organización de los servicios territoria-

les del Instituto Nacional de la Salud. Se creaban, por tanto, unas instituciones, que son las direcciones territoriales, en cada una de las comunidades autónomas que todavía no habían recibido las transferencias en materia sanitaria. Éstas asumían la representación del Insalud en esa comunidad hasta el momento de la transferencia. Por tanto se considera que este paso, sin ser probablemente lo que uno espera cuando a uno le dicen que va a haber un agente comprador, sin ser lo que uno espera, más al estilo del Servicio Catalán de Salud por ejemplo, realmente era un paso en esa separación de la financiación, compra y provisión que intenta conseguir una mejor efectividad y eficiencia del sistema. El plan estratégico del Insalud de hecho no iba más allá en el desarrollo de un modelo de competencia regulada que en la utilización de los incentivos que un modelo de este tipo podía proporcionar. ¿Es insuficiente? Probablemente lo es, pero realmente ésa era su intención. No era la intención crear agentes intermediarios como ocurre, por ejemplo, en algunos países que están en plena efervescencia de descentralización y de auténtica separación de compra y provisión, como puedan ser países europeos y otros países en el sur del continente americano.

Por tanto, uno de los aspectos en los que se ha ido trabajando desde entonces es el de intentar mayores grados de autonomía. Ya les hablaré más adelante sobre las fundaciones públicas sanitarias, pero si tiene que ser a través de una fundación pública sanitaria, evidentemente esto no se ha realizado, pero sí en grados de autonomía en cuanto a la capacidad de decisión de esos centros y en cuanto a la capacidad de decisión de las direcciones territoriales, intentando mejorar las herramientas de gestión dirigidas a los centros sanitarios, e intentando también esa mayor autonomía de funcionamiento de los profesionales y tratando de incentivar la implicación y el compromiso con los modelos organizativos, como las unidades clínicas de gestión de los institutos que, como ya se ha expresado públicamente, van a continuar implantándose, o la agrupación de servicios-unidades en torno al proceso asistencial, porque, efectivamente, uno puede seguir pensando en los centros como un conjunto de servicios —y usted lo sabe perfectamente tan bien como yo— independientes donde uno va atendiendo según las demandas que se van generando de otros servicios de los propios pacientes. La realidad es que usted sabe tan bien como yo, que el proceso asistencial comienza desde el momento en que alguien demanda ser atendido por un proceso y finaliza cuando este paciente es dado de alta. Eso exige a veces una organización interna en los hospitales que no necesariamente es la tradicional. En ese sentido digo que esas unidades clínicas de gestión o institutos pretenden dar una respuesta.

Incentivos hay, quizá no los incentivos a los que usted ha hecho referencia leyendo directamente el plan estratégico, pero los hay en el sentido de que no todos

los incentivos son necesariamente incrementos retributivos, pero desde luego los contratos de gestión están ahí precisamente para hacer el uso adecuado de los recursos que se les asignan. En cualquier caso, si usted a lo que se refiere es a un programa de incentivación ambicioso, es un área que no sólo se contempla en el plan estratégico del Insalud, sino que en el resto de comunidades se está planteando para vincular ese proceso de retribución al uso adecuado de recursos, a la calidad en esa asistencia. Es algo en lo que creo que hay que seguir avanzando, pero que efectivamente, *sensu estricto*, tal y como usted ha manifestado no estaría desarrollado en el sistema del Insalud como probablemente sería deseable.

En cualquier caso, respecto a las fundaciones públicas sanitarias les quiero recordar que todo el aspecto mediático de esas manifestaciones se produjo a la salida de mi última comparecencia en esta Comisión en la que nadie dijo —y desde luego la ministra no lo ha dicho y yo tampoco— que las fundaciones públicas sanitarias no se fueran a hacer. Lo que yo dije ahí fuera ante los medios de comunicación y reitero ahora es que nosotros no vamos a imponer, en ese proceso de transferencias que se va a plantear de forma inmediata, a ninguna comunidad autónoma ningún criterio o modelo de gestión —haciendo referencia a consorcios, a fundaciones públicas sanitarias que contempla la ley— que no comparta esa autonomía.

Por tanto, lo que les diría es que se ha hecho un gran esfuerzo —y no estoy hablando del Ministerio y como consecuencia del Ejecutivo— por parte del Congreso, en aprobar una Ley, la 15/1997, de habilitación de nuevas formas de gestión y todo aquello que después se desarrolló a la luz de esta ley que ha dado lugar precisamente a que dotemos a este país, a este Sistema Nacional de Salud, de unos instrumentos que uno podrá utilizar o no dentro de sus competencias pero, en cualquier caso, ahí está y no solamente son las fundaciones públicas sanitarias, lo son los consorcios y lo son otras fórmulas que como saben ustedes se pueden aplicar, no en los centros tradicionales, que quedan limitados a fundaciones públicas sanitarias y consorcios, pero sí en otros centros de nueva creación. En cualquier caso, queda en manos de esas administraciones sanitarias interpretar o decidir que efectivamente un instrumento es bueno o malo dentro de sus planes de gestión y, por tanto, lo utilizarán o no y además no con carácter general porque no se trata de establecer un modelo sanitario para este país, sino que se trata de que haya distintos instrumentos, ya que para un caso concreto —entiéndase Palma, por ejemplo, en el caso de los hospitales nuevos que se están planteando allí— puede ser más interesante un consorcio y en algún otro caso puede ser más interesante una fundación del modelo tradicional 30/94 o puede ser interesante una fundación pública sanitaria.

Por tanto, insisto, creo que se ha hecho un gran esfuerzo. En la anterior legislatura el Ejecutivo intentó lanzar, con el apoyo de esta Cámara, al menos de todos los grupos que en ese momento tenían la responsabilidad de la asistencia sanitaria, una ley que es buena, y la utilización o no de los distintos instrumentos que allí están recogidos va a depender obviamente de la administración que vaya a tener la responsabilidad de esa asistencia sanitaria. Nosotros lo único que queremos hasta que se produzca ese proceso de transferencias, que va a ser inmediato, es que lo que hagamos sea de forma coordinada con esa comunidad que todavía no ha recibido las transferencias, y, por tanto, les ayudaremos en la medida de lo posible a que eso sea así hasta que esa transferencia se haga.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor secretario, le quiero felicitar por la capacidad que tiene S.S. de navegar en la ambigüedad para no desdecir al anterior ministro y confirmarse en la política del actual Ministerio o, como usted ha dicho, y cito textualmente, este nuevo Ministerio. Con esto ya sobran todo tipo de explicaciones. Dice: Este nuevo Ministerio está empeñado en que se haga una gestión global del Sistema Nacional de Salud y no se hagan 17 ministerios, uno por comunidad autónoma. Esto es muy revelador, es suficientemente significativo como para decir que ustedes han cambiado la política, pero le felicito por esa capacidad de ambigüedad, donde se ha movido prácticamente sin decir nada. Sin embargo, algunas cosas sí hay. Por ejemplo, ¿que el plan estratégico no iba más allá de lo que se está más o menos realizando ahora en cuanto a capacidad de compra? Esto no me lo dice usted fuera en el pasillo. (**Risas.**), porque le saco el libro y le digo: Mire usted lo que dice. El plan estratégico sí iba mucho más allá, iba tan allá como que habla de establecer contratos entre los compradores y los proveedores; iba tan allá como que iban a dotar de presupuesto a los centros de atención primaria, estableciendo un contrato de compra con los proveedores; iba tan allá como que establecía el sistema que hemos citado antes de mercado de competencia regulada. Esto es así de claro, no puede venir ahora a decirnos que no, que era más o menos pero que son unos fines, unas líneas generales. Lo decían muy claramente, porque el libro podrá tener todos los defectos que quiera, pero que es detallado y decía las cosas claras también es verdad. Por tanto, no puede usted venir ahora con estas fórmulas de disimulo.

¿Incentivos? Incentivos los hay desde que el trabajo es trabajo, desde que los patronos son patronos y quieren incentivar a sus trabajadores. Pero cuando aquí se dice que va a haber un pago y un incentivo por pago capitativo, estamos hablando de un nuevo sistema de retribución muy diferente al actual. No es que

se le incentive para que mejore la relación enfermos/gastos por receta, no, es pago capitativo y todos sabemos en esta Comisión lo que eso quiere decir, es cambiar el sistema. ¿Han renunciado a ello? Digan que han renunciado al pago capitativo, no se va a hacer, y todo esto en función de las transferencias, etcétera. ¿Que es verdad que se insinúa? Como ya hemos dicho desde mi grupo, y lo dijimos en la legislatura pasada, este plan era poco respetuoso con las comunidades autónomas. Esto mereció —y naturalmente en el «Diario de Sesiones» de la Cámara estará— una pregunta por parte de este diputado que le habla al entonces presidente del Insalud en el sentido de que era poco respetuoso con las comunidades autónomas. Se me dijo que no, se hizo otra divagación filosófica teórico-política por la cual se respetaba mucho a las comunidades autónomas y ahora usted me viene a decir lo contrario que su antecesor; que lo sepa la Comisión y la ciudadanía.

Las fundaciones público sanitarias que ahora dice que sí pero que no, que esas declaraciones no eran, pero que más o menos..., para este viaje no hacía falta ninguna alforja, no hacía falta ni violentar al Grupo Socialista que apoyó la Ley 15/1997, ni hacía falta generar todo un proceso de discusión en la sociedad, un proceso de temor de qué iba a pasar con los hospitales y con el Insalud; y no hacían falta esas alforjas porque ustedes saben, lo sabían anteriormente y lo sabemos todos, que las comunidades tienen constitucionalmente la capacidad de organizar sus propios servicios. No hay necesidad de que haya una reserva legislativa desde el Congreso o el Senado, de las Cortes Generales, para decir que mediante esa reserva legislativa se abre un nuevo concepto, una nueva forma de gestión para organizar los servicios luego en las comunidades autónomas, porque no es cierto. No tiene por qué existir la figura de fundación pública sanitaria para que la comunidad autónoma que quiera dote de una organización de los servicios con la fórmula que quiera, porque para eso ya tiene la citada Ley 15/1997.

Voy a acabar con una reflexión propia pero que yo creo que comparte todo mi grupo —porque de esas cosas hemos hablado, como ustedes saben, mucho—. Hace cuatro años ustedes se metieron en la senda —y cuando digo ustedes, me refiero al Partido Popular— que abrió Margaret Thatcher con todo esto del mercado de competencia regulada y copiaron un plan estratégico, más o menos adaptándolo a España, de lo que hizo Margaret Thatcher en Gran Bretaña. Pero llegó el amigo Blair —y permítanme la expresión, con toda simpatía para el señor Blair, primer ministro de la Gran Bretaña— y dio marcha atrás a todo el proceso del mercado regulado y, como se encontraron con que estaban copiando a quien no era, les cogió el toro que era, el amigo Blair, que había reformado todo lo que ustedes querían hacer fijándose en su homólogo ideológicamente que era el Partido Conservador británico. Y

ahora quieren dar marcha atrás sin decirlo. Pero esto es malo para la opinión pública porque ni los profesionales saben en estos momentos qué demonios quiere hacer el Ministerio con la sanidad pública, no lo saben los ciudadanos, que afortunadamente siguen confiando a pesar de todos estos altos y bajos en la sanidad pública y no lo sabemos los grupos políticos porque lo único que existen son declaraciones y contra declaraciones y para un texto exhaustivo que existe lo están enmendando todo los días. Digan de una vez que hasta que no se transfiera a las comunidades autónomas aquí vamos a seguir exactamente como en la época socialista, intentando mejorar, intentando hacer correcciones, pero en lo filosófico, en lo general vamos a seguir igual; cuando se transfiera, que cada uno organice los servicios como quiera, pero eso sí, y me agrada oírsele decir —porque ha sido una recomendación mía a la ministra en su última comparecencia, que, por cierto, no viene muchas veces por aquí, pero esto es al margen—, la ministra no puede hablar en nombre del Insalud ni para las listas de espera ni para nada, tiene que hablar en nombre del Servicio Nacional de Salud. Me agrada oírsele decir a usted porque como profesional de la medicina, señor secretario general, entiende que el Sistema Nacional de Salud es más que 17 comunidades autónomas, es algo que se tiene que liderar desde el propio Ministerio. Bueno, pues díganlo, que van a seguir así hasta que se culmine el proceso de las transferencias, que luego cada uno organizará los servicios que le permita la Constitución como quiera y, a partir de ahí, todos tranquilos, pero déjense de citar que la ley de acompañamiento, los artículos que crearon las fundaciones fue muy bueno... Fue una mala noche y una aspiración del anterior ministro al que ahora se le ha enmendado la plana y se ha acabado. Si estas cosas ocurren en política, si no pasa nada, pero que nos enteremos todos de que esto es así.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): En primer lugar quiero aclarar que cuando yo me he referido al nuevo Ministerio no me refería a que ha habido una nueva ministra con nuevo equipo. Esto debe quedar tajantemente claro. Cuando me he referido al nuevo Ministerio, me refería al futuro Ministerio que va a quedar tras el proceso de transferencias. Por tanto, para mí hay una gran diferencia que solamente quería puntualizar para que no hubiera equívocos. Por tanto, va a haber un nuevo Ministerio, es el Ministerio del futuro, que lógicamente tiene que dimensionarse, encontrar su papel. Y en ese sentido, me gustaría centrar mi comparecencia posterior. Quizás debería haber comenzado por esa comparecencia y debería haber venido aquí a este foro mucho antes para

aclarar precisamente esa situación, porque uno puede tener la sensación —que yo no la tengo— de que, efectivamente, el Ministerio ha cambiado de planes o el Ministerio no está haciendo quizás una gran reforma, etcétera. Yo le voy a decir exactamente el papel al que aspira este Ministerio de Sanidad, que, evidentemente, cuando acabe el proceso de transferencias, cambiará la dinámica que tenía hasta ahora.

Respecto a los contratos capitativos, independientemente de que se haya hecho o no en el Insalud, yo creo que es una buena fórmula y habrá que desarrollarla. Por tanto, no significa que se haya presentado un plan estratégico en enero de 1998 y que no se haya ejecutado en su integridad. Eso lo único que significa es que requiere un tiempo y, además, insisto en que hay que ser enormemente respetuosos con las comunidades autónomas, con las que podemos discrepar, pero hay que ser respetuosos con esas comunidades a la hora de plantear cualquier mecanismo y entre ellos estos de gestión.

Respecto a las comunidades autónomas yo no sé realmente lo que les dijo el anterior presidente del Insalud, pero les quiero recordar una cosa que no deja de crear una cierta confusión. Aquí hubo una organización previa a la anterior etapa ministerial, donde el presidente del Insalud y el secretario general de Asistencia Sanitaria tenían esa misma función, y fundamentalmente se dedicó a la gestión del Insalud. Precisamente de cara a la creación de ese nuevo Ministerio y para separar lo que es la gestión del día a día del Insalud no transferido hasta que se produzca y lo que son las responsabilidades de la Secretaría General de Gestión y Cooperación es la razón por la que la Secretaría General tiene una dimensión en esta nueva legislatura que jamás tuvo en la anterior legislatura. Por tanto, son planteamientos distintos que —insisto— es posible que hubiera el concepto de gestión del Insalud por parte de la anterior Secretaría General y de la Presidencia de Insalud, pero hoy el concepto fundamental no es que haya cambiado, es que simplemente tiene que adaptarse a esa nueva situación que es la del proceso transferencial inmediato.

¿Eran o no necesarias las fundaciones públicas sanitarias? Pues a pesar de todas las posibilidades que tienen las comunidades autónomas hoy o que podrían tener las no transferidas cuando se produzca la transferencia, la posibilidad de la fundación pública sanitaria no la tenían, porque había otras posibilidades. Usted crea un organismo autónomo o crea un ente público empresarial u otra fórmula intermedia privada. El ente público empresarial, que efectivamente las comunidades podían haberlo utilizado, no permitía la utilización del régimen estatutario. Por tanto se trató de conjugar ambas situaciones como una nueva posibilidad. Insisto en que esa ley contempla otros mecanismos que antes no eran posibles y que hoy se ponen a disposición de las comunidades autónomas.

Respecto al sistema británico, no sé si aquello fue el reflejo de la copia del sistema de Margaret Thatcher o no, lo que le digo es que el sistema británico de atención primaria no tiene nada que ver con el sistema español y, por tanto, difícilmente es copiable. En el sistema de atención especializada tenemos algo parecido tanto allí como aquí, por cierto, con problemas también en muchos casos parecidos. No me atrevería a decir que el señor Blair haya efectuado un retroceso en las políticas iniciadas previamente por sus antecesores, porque en realidad lo que se ha hecho ha sido mantener esa estructura, aunque quizás tenga un componente de mercado mucho menor y se alude a que vamos a favorecer la colaboración entre instituciones y no la competencia. Se lo digo porque además conozco bien el sistema y he trabajado en Inglaterra y no ha cambiado esencialmente. Hay unos objetivos distintos, pero no ha cambiado esencialmente.

Estoy de acuerdo con usted en muchas cosas, pero sobre todo con una a la que ha hecho referencia. Efectivamente el Ministerio no es el Insalud, no puede serlo y no debe serlo. Por tanto, desde el Ministerio nunca podemos hablar cuando alguien desde una comunidad autónoma dice que hemos iniciado no sé qué plan de listas de espera y que desde el Ministerio se nos diga: Nosotros también los hemos iniciado, porque nosotros, efectivamente, somos todos, somos todas las comunidades. Yo creo que en todas las manifestaciones de la ministra y en las mías propias era algo radicalmente claro. Por eso precisamente la diferencia entre la Dirección General del Insalud, en nombre de la cual estoy encantado de venir aquí a responder cualquier pregunta que se produzca, como la comparecencia esta mañana respecto a la niña que falleció, y el Ministerio, que está obligado a hacerlo y además debe hacerlo porque durante muchos años quizá no se ha desarrollado suficientemente como el Ministerio de todo el sistema sanitario de este país, el público y el no público. Los elementos de garantía tienen que establecerse para todos, para las comunidades autónomas, para los centros públicos, para los privados, porque al final los responsables de ese sistema somos nosotros en tanto en cuanto somos Ministerio de Sanidad.

Me gustaría, señor Blanco, haber podido responder y coincidir con usted en las manifestaciones que ha hecho, pero a lo mejor es que pedíamos demasiado a un plan estratégico y la vehemencia con la que se expuso el plan inducía a pensar que íbamos a hacer una reforma absoluta del sistema. Yo creo que está siendo útil y todos los planes estratégicos, como los planes directores de cualquier hospital están dirigidos a marcar las pautas hacia las que nos dirigimos. Por lo tanto, creo que ha sido un buen instrumento, lo mismo que fue un buen instrumento la Ley de nuevas formas de gestión, y confío en que sean útiles las distintas formas para distintas comunidades.

— **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE CRITERIOS DEL GOBIERNO SOBRE LAS INDEMNIZACIONES EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR «MALA PRÁCTICA CLÍNICA».** (Número de expediente 181/000226.)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última pregunta oral, efectuada también por don Jaime Blanco, referente a criterios del Gobierno sobre las indemnizaciones en materia de responsabilidad civil por mala práctica clínica.

Cuando quiera, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Como reza en el texto de la introducción de la pregunta, cada vez están siendo más numerosas las reclamaciones por mala práctica clínica, ya sea por demoras en listas de espera, ya sea por resultados en la actuación de los profesionales, etcétera, pero en la exposición de motivos se habla de un caso, el que nos ocupa, que les voy a relatar y que conocerá ya el señor secretario general, pero seguramente no los miembros de la Comisión.

El caso que voy a relatar es el de una señora que es intervenida en el hospital de Laredo, donde se le hace una histerectomía abdominal más doble anexectomía porque venía teniendo metrorragias, probablemente porque estaba en la edad de la menopausia y lo que tiene es un endometrio proliferativo; en fin, hago gracia de explicar a SS.SS. los pormenores médicos. Se le hace una histerectomía abdominal, y a los cinco meses acude a urgencias de ese hospital quejándose de dolor lumbar. Le ve un traumatólogo, le hace unas pruebas y le dice que tiene un proceso degenerativo articular entre las lumbares 4 y 5 y la 5 y la sacra 1, que tiene por lo tanto una sobrecarga evidente en la columna, y le da el tratamiento adecuado. Pero a los dos meses acude otra vez porque esta lumbalgia crónica, que es lo que se le diagnostica, no mejora, y acude prácticamente una vez a la semana durante un mes a urgencias porque tiene cada vez más dolores lumbares. Y así van transcurriendo los meses, pasan dos, tres, cuatro meses, cuando le dicen que lo que tiene es un proceso de crisis de angustia. Usted es profesional médico y sabe la tendencia de algunos de diagnosticar un problema psicológico cuando no encuentran explicación de mejora del paciente por el tratamiento que le han puesto, se lo quitan de en medio y le mandan al psiquiatra. También es verdad que hay una propensión sobre todo hacia las mujeres cuando están en esa edad de pensar que tienen problemas psicológicos, que a veces se dan, efectivamente, pero la mandan al psiquiatra y mientras tanto la señora no mejora, pasan seis meses, y al cabo de esos seis meses se le diagnostica, porque tiene de nuevo metrorragias, un cáncer, un adenocarcinoma mucosecretor en la vagina, y cuando

van a la Clínica Universitaria de Navarra, porque ya estaban hartos del hospital de Laredo, la intervienen, la cierran, dejan las cosas como están y muere al poco tiempo.

Este es el hecho concreto. En un escrito de la propia inspectora médica del Insalud se dice textualmente lo siguiente: Es imposible saber qué hubiera sucedido de haberse realizado un tratamiento adecuado. Por lo tanto, ya está diciendo que el tratamiento no había sido adecuado, evidentemente. Es posible —sigue diciendo— que la paciente hubiese fallecido también o más tarde, en todo caso, la paciente tenía derecho a una correcta asistencia sanitaria y a que se le agotaran todas las posibilidades de curación. Esto lo dice la inspectora médica cuanto recurre la familia al ver que han pasado seis meses de idas y venidas, incluso habiendo ido al psiquiatra que no le diagnosticó correctamente, como manifiesta la Inspección médica. Y la Inspección médica, ante el recurso de indemnización que plantea la familia, dicta una propuesta de resolución, que dice: Estimar la reclamación indemnizatoria del solicitante. Bien, pues hete aquí que la empresa aseguradora encarga a otro médico que analice el caso, pero está claro que los informes que hace un médico contratado por una empresa aseguradora van a ser todo lo contrario, no nos vamos a engañar. ¿Cómo va a estar la empresa aseguradora dispuesta a pagar? Y nada menos que lo hace un anatomopatólogo, que, en teoría, de clínica no debe tener ni la más remota idea, ya que a lo que se dedica, como la propia palabra dice, es a ver y a abrir muertos y a estudiar microscópicamente tejidos y órganos, pero de clínica, ni idea. Por lo tanto, difícilmente un anatomopatólogo puede evaluar una historia clínica de una paciente que se va quejando de dolores lumbares. No lo han aceptado los clínicos, con que estamos apañados si lo hace uno que se dedica a los muertos.

El problema, señorías, no radica en la persona que tiene que informar a la aseguradora, sino que los familiares —no en este caso, sino en todos— se encuentran con una barrera. ¿Y cuál es la barrera? Que teniendo razón, porque lo dice el propio Insalud y sus servicios de inspección, son ellos los que tienen que recurrir a los tribunales para poder demostrar que tienen razón ante una aseguradora que se niega a pagar, y esto no puede seguir así. Usted debe comprender que el ciudadano no puede ser el pagano de un error clínico, error que ha sido reconocido por la propia institución, dejándolo en manos de la aseguradora, ni es lógico que los familiares del paciente que ha sido víctima del error clínico tengan que acudir a los tribunales para poder solucionar el problema. El tiempo pasa, se gastan dinero en abogados y esto hay que solucionarlo de otra manera. De ahí nuestra pregunta acerca de los criterios que tiene el Gobierno sobre las indemnizaciones en materia de responsabilidad civil por mala práctica clínica, como ocurre en este caso.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Como S.S. muy bien sabe —es importante traerlo a colación en este momento—, efectivamente, la práctica médica no está exenta de un cierto riesgo que para nada justifica una mala práctica cuando pueda darse. Lo que sí está claro es que, como usted muy bien ha dicho, la mala práctica en el mundo sanitario ha hecho que en muchos países, en algunos más que otros y yo diría que en España hasta para bien, hayan aumentado ese tipo de reclamaciones. Ahora bien, los sistemas, lógicamente, han reaccionado contratando pólizas de seguro de responsabilidad civil con el objetivo de que una empresa aseguradora asuma las consecuencias económicas de éstas y no propiamente la Administración, que al final son los ciudadanos. Por lo tanto, la experiencia de aseguramiento durante estos años yo creo que ha sido positiva para todas las partes. Por un lado, los profesionales sanitarios disponen de asistencia jurídica en el caso de ser demandados por vía judicial, por otro, la consecución de acuerdos extrajudiciales ha evitado que muchos de ellos pudieran verse implicados en esos procesos judiciales. Como todo en la vida, cuando hay un exceso, el sistema distorsiona más que ayuda a defender los derechos de los ciudadanos. Por otra parte, los reclamantes han evitado también los gastos que supondría una demanda judicial y, consecuentemente, en la mayoría de los casos han recibido una indemnización económica más rápidamente.

Usted me ha pedido que designe de los criterios que tenemos establecidos y yo se los voy a exponer. Desde el momento en que se presenta una reclamación, ya sea en forma de demanda judicial o administrativa, se produce la apertura de un expediente, siempre que se considere que de ella puede derivarse una solicitud de compensación económica al Insalud. Ahora me estoy refiriendo al Insalud, pero es igual para el resto de las comunidades. De hecho, a lo largo del proceso, las reclamaciones administrativas pueden pasar o bien en la vía judicial o bien en la vía administrativa son archivadas y siguen el proceso administrativo. En cualquier caso, este expediente administrativo que se inicia con cada reclamación incluye un parte que recoge los datos de la persona que la presenta, del perjudicado, del centro, de las personas implicadas y del contenido de la demanda. La documentación se completa con los informes clínicos, que recogen la asistencia sanitaria prestada al paciente, y con los informes técnicos, que valoran la actuación de los profesionales. Una vez que se ha completado ese expediente, es estudiado por una comisión consultiva constituida por la Subdirección General de Inspección Sanitaria, con representantes de la asesoría jurídica del Insalud, de la propia compañía aseguradora

y de la correduría de seguros, estando presidida por el subdirector de Inspección. Esta comisión utiliza para sus dictámenes los informes existentes en el expediente, que fundamentalmente son realizados por el inspector médico. Por lo tanto, el dictamen de la comisión es una opinión que se acuerda entre el propio Insalud y la compañía de seguros, basada en los diversos informes técnicos que se han solicitado y que figuran en ese expediente.

En cuanto a los criterios de decisión, de forma resumida podemos decir que se valora la existencia de un daño material, si lo ha habido, la asistencia sanitaria que ha causado dicho daño, la existencia de responsabilidad civil del Insalud en daños de explotación y la existencia de una actuación profesional que no se ajuste a la *lex artis*. En la mayor parte de los casos, la comisión suscribe la propuesta del propio inspector; no obstante, los representantes de la misma pueden estar total o parcialmente en desacuerdo con las consideraciones recogidas en ese informe. Hay que tener en cuenta que en algunos casos, al considerar que la información es insuficiente para valorar el caso, se solicita ampliación mediante petición a otros técnicos o a los profesionales implicados. Y esta divergencia se puede deber a que en otros informes técnicos, tanto de peritos privados contratados por la compañía aseguradora, como de forenses o especialistas consultados por la comisión, se pongan de manifiesto hechos o valoraciones técnicas que anulen algún aspecto del informe de la inspección. En el caso de que la divergencia provenga de la compañía aseguradora, ésta, lógicamente, se encuentra en su derecho de no proceder al pago hasta obtener una sentencia condenatoria por parte de un tribunal, así como también tiene derecho a agotar todos los recursos que considere necesarios. Teniendo en cuenta, por lo tanto, los aspectos referidos, se acuerda rehusar la reclamación por no considerarla justificada o bien se intenta llegar a un acuerdo económico con el reclamante a través de la compañía de seguros, en ocasiones con la participación de la compañía y el profesional en caso de que éste tuviera una póliza personal. En los casos en que no se llegue a un acuerdo, el reclamante puede acudir a los tribunales tras haber sido rechazada su pretensión, asumiendo la compañía de seguros el importe de la indemnización en caso de emitirse una sentencia condenatoria para el Insalud o para el profesional.

Usted me dirá: efectivamente, ya se lo he comentado yo, pero tiene que ser el propio ciudadano el que tiene que ir a los tribunales. Este es el mecanismo que tenemos, no sé si se podría mejorar. No soy especialista en la materia, pero es obvio que en derecho se establecen las normas para que las compañías puedan decir en un momento dado (cosa que, por cierto, no suele ocurrir, porque la relación entre las compañías aseguradoras y el Insalud, incluso entre las compañías y los profesionales, suele resolver muchos problemas antes de ir a un proceso judicial, porque beneficia a ambas partes) que

en el informe emitido por los inspectores que figura en el expediente existe este problema y no lo aceptan. En ese momento no se llega a un acuerdo y hay que acudir a los tribunales. No sé si existe algún mecanismo para que eso pueda facilitarse de cara a los ciudadanos. No obstante, insisto, es como cualquier otra situación en la que un ciudadano tenga que acudir a los tribunales. Supongo que podríamos tener una justicia en la que uno no tuviera necesariamente que adelantar ni contratar abogados, pero en principio las normas están establecidas así. No estoy enjuiciando este caso en particular. Se lo digo por una razón, señoría, porque, no en estos casos, sino en procesos en los que se solicita una indemnización por un problema de malformación generada por el diagnóstico no adecuado de prevención de enfermedades congénitas, me he encontrado con que he intentado solicitar que se aceptaran esas indemnizaciones, algunas de muchos millones de pesetas, y sin embargo, no ya una compañía aseguradora, sino los propios inspectores de la Administración sanitaria no estaban de acuerdo porque no era ajustado a ley. En ese caso de discrepancia obviamente hay mecanismos para solucionarlo. En el caso que estoy diciendo, se llevaría a un consejo de gobierno, y en el caso que estamos planteando aquí, se llevaría a los tribunales. Esa es la situación. Insisto, señoría, no sé si hay algún mecanismo que pueda facilitar eso, pero en principio entiendo que entra dentro de las normas de funcionamiento de nuestro país en el ámbito de los tribunales.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Está claro que en todo conflicto que se nos plantea a los humanos, civil o no, cabe el recurso a los tribunales, es evidente; recurrir a los tribunales es un derecho constitucional de todo ciudadano. Pero aquí estamos hablando de un expediente, como usted bien ha dicho, hecho por médicos e inspectores del Insalud; un expediente en el que se analiza la reclamación patrimonial, quién es la reclamante, quién es el causante, la fecha de reclamación, los servicios y la cantidad reclamada. El expediente acaba diciendo que se estima la reclamación. A partir de ahí, yo no entiendo nada. Dice usted que se reúnen la compañía aseguradora, otros consultores del Insalud y la inspectora que ha realizado el informe, y que en la mayor parte de los casos hay acuerdo, que solamente en un 10 por ciento no lo hay. Pues mire usted, si yo fuese el propietario de una compañía de seguros que concierta con el Insalud (por cierto, no sé si será este el motivo o un motivo añadido por el que el Insalud ha cambiado de compañía aseguradora; a lo mejor ahora se agilizan más las cosas), como propietario tendría una intención de lucro y evidentemente demoraría todos los pagos, y siempre pondría un perito, al cual pagaría, para que hiciese un contrainforme diferente al del Insalud. ¿Quién sale perjudicado aquí? El ciudadano. Las

instituciones tienen que proteger a los ciudadanos, no pueden ser ajenas a lo que les ocurre. En este caso el Insalud no puede ser ajeno a lo que ocurre a las personas y a los familiares que se sienten dañados —y el propio Insalud les da la razón— por acudir a la asistencia sanitaria que presta el propio Insalud. ¿Qué quiero decir con esto? Que se persone el Insalud en los tribunales. ¿Por qué tiene que reclamar y pagar a los abogados el ciudadano, que encima ha tenido que sufrir la muerte de su esposa? Eso lo podría hacer sin tener que recurrir administrativamente al Insalud, puede ir a los tribunales por derecho, evidentemente. ¿Por qué no se persona el Insalud contra la compañía aseguradora cuando hay un informe que dice que ese ciudadano tiene razón? Porque quien está aquí en conflicto es la compañía aseguradora con el Insalud, y el ciudadano está en medio. Esto no puede ser. Si esto es así —porque yo soy médico como usted y de procedimientos judiciales no entiendo—, cámbiese inmediatamente y que sea el Insalud el que se persone en contra de la compañía aseguradora. Ya verían ustedes cómo las compañías aseguradoras se amarrarían mucho más los machos —como se suele decir— a la hora de indemnizar o no, porque quien está enfrente no es un ciudadano anónimo, que tiene que pagar, que es un trabajador. No, se trata de una institución que reclama a la compañía con la que ha concertado lo que dicen sus propios técnicos. Esto no puede ser, hay que proteger a los ciudadanos, para eso está el Estado, para eso está el Estado moderno, el Estado social y democrático de derecho. No podemos dejar a los ciudadanos desamparados, que recurran al Defensor del Pueblo o a los tribunales. Ese derecho es constitucional, pero para algo estamos en esto.

Concluyo. Comprendo que este es un galimatías jurídico-institucional, pero hagan lo posible para que el pagano no sea siempre el más débil. Hagan algo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor secretario general.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Señor Blanco, en este caso no puedo entrar a valorar por qué el perito de la compañía aseguradora se negó a aceptar ese diagnóstico. Insisto que, aunque la fórmula más fácil para una aseguradora, como usted ha planteado, sería rechazar absolutamente todo e ir a los tribunales, es evidente que eso no se produce de hecho. Por tanto, cuando se plantea esa discrepancia suele ser —digo suele, porque, por desconocimiento, no me atrevo a afirmar que esto ocurra en el cien por cien de los casos— porque la compañía y sus peritos no coinciden con los criterios del Insalud. No obstante, es muy razonable lo que usted plantea. Es decir, si el Insalud piensa que tiene razón a la hora de exigir esto, parece lógico que fuera el Insalud el que

litigase con la compañía aseguradora. No obstante, también hay que recordar que, a la hora de proteger a los ciudadanos, protegemos al ciudadano concreto que va a presentar esa demanda ante los tribunales pero también al resto de los ciudadanos que están pagando sus impuestos, porque también puede que el ciudadano que presente la reclamación ante los tribunales no tenga razón. Insisto que no estoy hablando del caso en concreto, pero, evidentemente, si después de las discusiones entre unos peritos y otros en la comisión la conclusión de la misma es que incluso el informe del propio inspector del Insalud no es el adecuado —y esa es la conclusión de la comisión como tal—, el Insalud no debería presentarse. Pero, insisto, si el Insalud sigue manteniendo la discrepancia después de esa comisión, parece lógico y razonable, como usted plantea, que sea el propio Insalud quien litigue con la compañía para resolver esos problemas.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA (MORENO PALANQUES) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN SU ÁREA DE GESTIÓN. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000044.)**
- **LÍNEAS GENERALES QUE VA A DESARROLLAR EN SU ÁREA DE GESTIÓN. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000059.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a los siguientes puntos del orden del día: Comparecencia del secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista, para informar sobre las líneas de actuación en su área de gestión y comparecencia del secretario general a petición del Gobierno, para exponer las líneas generales que va a desarrollar en su área de gestión.

Agradezco al señor Moreno su comparecencia y le doy la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Para mí es una satisfacción estar con todos ustedes aquí esta mañana. Tenía planeado decir que les agradecía la acogida que me habían dispensado, pero ya prácticamente me siento miembro de esta Comisión con las preguntas parlamentarias y con las intervenciones hechas anteriormente. Insisto en que me hubiera gustado hacer esta comparecencia fuera de este entorno —me refiero al entorno de preguntas rutinarias— y mucho antes, porque creo que hubiera facilitado la comprensión de la propia labor y objetivos de la

Secretaría General del Ministerio y también del propio Ministerio de Sanidad, pero este es el momento de hacerlo y, por tanto, voy a pasar a exponerles precisamente los objetivos y líneas de actuación de esta Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, que, de acuerdo con las funciones que tiene encomendadas, se configura como la Secretaría General al servicio del Sistema Nacional de Salud. Me corresponde, por tanto, la responsabilidad de desarrollar el proyecto del que les voy a informar en la sesión que hoy celebramos.

El pasado día 13 de junio, recién iniciada su responsabilidad al frente del departamento, la ministra de Sanidad y Consumo esbozó en esta misma Comisión la estrategia a seguir en esta legislatura, así como los objetivos y las grandes líneas de trabajo. A modo de resumen, la ministra de Sanidad y Consumo, tras destacar que el Sistema Nacional de Salud tiene unos niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los de los países de nuestro entorno, puso de relieve que, al igual que ocurre en estos países, nuestro sistema sanitario precisa también de la adopción de medidas para lograr su consolidación y modernización, todo ello para configurar un sistema sanitario cohesionado por los principios de solidaridad, equidad, eficiencia y participación ciudadana.

En este contexto es mi intención hoy aquí detallar a SS.SS. el desarrollo que desde la Secretaría General de Gestión y Cooperación, y en el ámbito de sus competencias, se está efectuando de la política enunciada en su día por la ministra. Para dar respuesta a los retos y desafíos planteados, el nuevo equipo directivo del Ministerio de Sanidad y Consumo se planteó la necesidad de emprender dos líneas de actuación: una, dirigida a la planificación global de la actividad, con la adopción de medidas a corto y medio plazo para lograr cambios estructurales y de cultura en la organización, y otra, orientada, como les he dicho durante esta mañana, a la definición del papel futuro del Ministerio de Sanidad, que se sustenta en el impulso de las relaciones de cooperación y coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas y la redefinición de la alta inspección, en ese horizonte ya inmediato del cierre del modelo de descentralización territorial mediante la plena transferencia de las competencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades del artículo 143 de la Constitución.

Quisiera, antes de referirme a la planificación global de la actividad, hablar de la estructura de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria. La Secretaría General responde a la firme y decidida voluntad política de potenciar la colaboración y cooperación con las comunidades autónomas y con los agentes sociales, y se configura para ello como el órgano directivo superior al servicio del Sistema Nacional de Salud que permitirá dar respuesta a los objetivos planteados y, al mismo tiempo, configurar el nuevo Ministerio de Sanidad, que tendrá que afrontar las nuevas demandas y

necesidades que surjan una vez que se produzca el traspaso de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas. Fiel expresión de ello es la adscripción a esta Secretaría General del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que antes estaba en el área de la Subsecretaría, y de su comité consultivo, del Instituto de Salud Carlos III y de la Organización Nacional de Transplantes. El Consejo interterritorial, que es el órgano, como ustedes saben, de coordinación de la política sanitaria y foro de intercambio permanente de información entre las administraciones estatal y autonómica, resulta potenciado al elevarse su secretaría permanente al rango de dirección general. La nueva forma de vinculación orgánica del Instituto de Salud Carlos III va a permitir una proyección más eficaz en el conjunto del Sistema Nacional de Salud de los nuevos avances en la investigación y en los progresos científicos y técnicos en el ámbito sanitario, y en idénticos términos de proyección general se sitúa la Organización Nacional de Transplantes. Por tanto, la dependencia de estas unidades de la nueva Secretaría General, así como la creación de los centros directivos que describiré a continuación, sirven de fiel reflejo de la vocación de servicio al conjunto del Sistema Nacional de Salud que caracteriza a esta Secretaría General.

La instrumentación de la política de colaboración y cooperación entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas queda reforzada con la creación de las direcciones generales de Relaciones Institucionales y Alta Inspección y de Planificación Sanitaria. La Dirección General de Relaciones Institucionales y Alta Inspección asume la coordinación de las relaciones de los órganos directivos y unidades del departamento con las administraciones públicas y con las corporaciones locales y está llamada a desempeñar, y así lo está haciendo ya de hecho, un papel de primer orden en el inminente proceso de transferencias a las comunidades autónomas. Es además el órgano encargado de hacer efectivo el mandato contemplado en la Ley General de Sanidad relativo al ejercicio de la alta inspección por parte del Estado, en su doble dimensión de garantía del cumplimiento de las competencias estatales y autonómicas y de verificación de cualquier tipo de discriminación en cuanto a la prestación de los servicios sanitarios.

A la Dirección General de Planificación Sanitaria se le atribuye la planificación y coordinación de las actuaciones para la definición y el aseguramiento de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la evaluación de las necesidades financieras y distribución de los recursos presupuestarios, la elaboración de los criterios para el logro de la equidad en la asignación de los recursos y la elaboración de planes y programas conjuntos que serán debatidos y consensuados con las comunidades autónomas en el seno del Consejo interterritorial. Estos compromisos, que serán tutelados por la Dirección General de Relaciones Institucionales y

Alta Inspección, son piedra angular en la garantía de que el acceso y el contenido de las prestaciones sanitarias se realizan en condiciones de igualdad efectiva.

De forma paralela, la organización del Instituto Nacional de la Salud se modifica para hacer ágil y sencilla su estructura, teniendo presentes a tal efecto las experiencias que se han acumulado desde su creación en 1979, y en ese sentido la nueva organización del Instituto Nacional de la Salud, el Insalud, como he indicado, responde a criterios de simplificación, de racionalización y funcionalidad, y se enmarca también en las líneas programáticas de la Ley 6/1997, sobre la organización y funcionamiento de la Administración General del Estado, la Lofage.

Desde la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria se ha diseñado un plan de actuación que contempla la implantación de una serie de medidas en el sistema sanitario acordes con los requerimientos y cambios continuos que demandan la sociedad y los profesionales. Este plan contempla inicialmente aquellas medidas a implantar a corto y medio plazo que entendemos que son ineludibles para lograr una modernización efectiva y real de nuestro sistema sanitario y sobre las que hay que trabajar paralelamente al desarrollo del proceso de traspaso de competencias de la asistencia sanitaria y la definición del modelo de Ministerio de Sanidad con el que debe dotarse nuestro Sistema Nacional de Salud.

En un intento de describirles a ustedes el contenido de este plan, procederé seguidamente a resumir en nueve apartados algunas de las principales acciones previstas para la mejora y consolidación de nuestro sistema sanitario. En primer lugar, la ordenación de las prestaciones sanitarias. A lo largo de su desarrollo, el sistema ha ido incorporando nuevas prestaciones y técnicas sin una adecuada evaluación previa, de forma, a mi modo de ver, no suficientemente ordenada y sin previsión sobre su financiación. Para hacer frente a ello y en el marco definido por la Constitución y por la Ley General de Sanidad, el Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, ordenó y sistematizó las atenciones y prestaciones sanitarias directas y personales del Sistema Nacional de Salud, optando por realizar un listado amplio, genérico y no suficientemente detallado. Aun cuando la iniciativa del mencionado real decreto es un intento positivo de delimitar los servicios que puede ofrecer el sistema público, apuntándose algunos criterios que podrían guiar el establecimiento de prioridades en materia sanitaria, lo cierto es que queda pendiente una mayor definición de las prestaciones incluidas en ese decreto y de los criterios en los que basar su actualización y su financiación, así como progresar en la especificación de las condiciones en las que han de prestar los servicios.

De un primer análisis de estos cinco años de vigencia del real decreto, y reconociendo lo ambicioso de su con-

tenido, se puede avanzar una primera reflexión. En realidad, las prestaciones incorporadas al catálogo del Sistema Nacional de Salud han sido pocas y de carácter complementario. Por ello, entre los objetivos de esta Secretaría General se encuentra la realización de una evaluación de los resultados de estos primeros cinco años del catálogo. En esta línea, tres son los objetivos fundamentales que se han diseñado desde la Secretaría General de Gestión y Cooperación: en primer lugar, elaborar la normativa de desarrollo del Real Decreto 63/1995; en segundo lugar, diseñar e implantar sistemas de información de prestaciones y, en tercer lugar, establecer guías sobre estas prestaciones sanitarias. Desde la subcomisión de prestaciones del Consejo interterritorial se va a prestar especial atención al establecimiento de una metodología genérica para estudiar la inclusión de prestaciones sanitarias, ya que hasta ahora se ha centrado más en prestaciones específicas y de carácter complementario, sin desarrollar la definición de unos criterios más amplios de relación con el método y procedimiento de inclusión y priorización de las prestaciones en el catálogo. Por lo tanto, próximamente se someterán al estudio y evaluación de dicha comisión las posibles propuestas sobre nuevas prestaciones o ampliación de la cobertura de las ya existentes.

En segundo lugar, la revisión del plan integrado de salud, previsto en la Ley General de Sanidad. La idea del legislador al aprobar la Ley General de Sanidad de establecer unas bases de coordinación en el sistema sigue siendo plenamente vigente y más necesaria que nunca, especialmente en el horizonte ya inmediato de transferir la asistencia sanitaria a todas las comunidades autónomas pendientes. La planificación debe tener un papel crucial en la coordinación del Sistema Nacional de Salud y, en consecuencia, en el futuro escenario del Ministerio de Sanidad. En esta línea ya estamos trabajando desde el primer día, pues se impone dar un nuevo enfoque al plan integrado de salud, contemplado, como he dicho, en la Ley General de Sanidad, adaptándolo a las necesidades actuales de la planificación sanitaria y de nuestro sistema sanitario, y todo ello desde una perspectiva más flexible y útil. Se recupera así el instrumento de planificación pero en otra dirección diferente a la del plan integral de salud. Este respondía a la filosofía imperante cuando se promulgó la ley, consistente en considerar que los planes sanitarios debían planificarlo todo con una metodología exhaustiva. La realidad es que este tipo de planes no han llegado a ser verdaderamente útiles ni en España ni en otros países debido a que el sector sanitario es mucho más complejo, dinámico y variable que lo que admitía este tipo de planificación. Por lo tanto, queremos avanzar —y en ello estamos trabajando ya— en dos líneas estratégicas: en la elaboración de planes integrales de salud y en adaptar la sanidad española en la planificación sanitaria de la Organización Mundial de la Salud, Salud XXI.

Los planes integrales de salud son instrumentos modernos de planificación basados en un enfoque integral de las patologías, en contraposición a la planificación, basada únicamente en la cuantificación del número de recursos. Esta nueva herramienta contribuirá decisivamente a la ordenación del sistema al basarse en el establecimiento de criterios de coordinación esenciales en un sistema descentralizado como el español, resultando necesario para su elaboración alcanzar un consenso con las comunidades autónomas, así como con las sociedades científicas. Por otro lado, como ya he dicho, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado unos objetivos, que se denominan Salud XXI, salud para todos en el siglo XXI, que deben ser adaptados a la situación española y que sustituyen a los anteriores, conocidos por todos ustedes como salud para todos en el año 2000.

Corresponde a esta secretaría general situar la acción en la realidad española con la participación de las comunidades autónomas, de forma que se pueda realizar una adaptación consensuada de la estrategia de la OMS —la estrategia aquí también es integral—. Se supera así, por lo tanto, la tradición existente en la OMS, basada hasta hace unos años únicamente en la salud pública. Se abordan todos los aspectos de la salud y todos los actores implicados en ella, por lo que, por primera vez, se habla de integralidad, de coordinación, de intersectorialidad y de gestión sanitaria.

El tercer elemento que estamos introduciendo es el plan de calidad. Tal y como expresó la ministra de Sanidad y Consumo ante esta Comisión en su comparecencia del pasado 13 de junio, la calidad debe ser la seña de identidad del sistema. En relación con ello es innegable que la sociedad nos está demandando la mejor atención posible dentro de unos criterios ajustados a la calidad, manifestación del derecho constitucional a la protección de la salud. De aquí la primera conclusión: lo importante no sólo es qué quiere el ciudadano, sino también cómo quiere que se le resuelva su problema de salud. La respuesta a estas cuestiones exige que los servicios ofertados por el sistema público sanitario estén presididos por la calidad. El objetivo general debe ser establecer las bases de una política de calidad que respecto a los servicios esté constituida por un conjunto de características diferentes referidas a los recursos, a los procesos, a los resultados y a la percepción que de todo ello experimentan los ciudadanos; una política de calidad, tal y como los ciudadanos demandan. Y para satisfacer esta necesidad se pretende la elaboración de un plan de calidad del Sistema Nacional de Salud con cuatro objetivos principales.

En primer lugar, la elaboración de unos estándares mínimos de calidad para todos los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con las comunidades autónomas. Se consensuará con éstas la autorización de estos estándares mínimos para la utili-

zación administrativa de nuevos centros sanitarios cuya competencia tienen transferida. De esta forma se obtendría un criterio homologado de autorización de nuevos centros homogéneos para todo el Sistema Nacional de Salud.

En segundo lugar, para extender los estándares mínimos, de los que he hablado, al conjunto de los centros y servicios sanitarios en funcionamiento, se prevé poner en marcha un sistema de acreditación conjuntamente con las comunidades autónomas para revisar periódicamente los centros y servicios sanitarios.

El tercer instrumento de mejora del sistema es la elaboración de una serie de indicadores de calidad, en colaboración con las sociedades científicas, que cubran tanto los aspectos de calidad técnica como los de calidad percibida y que sean homogéneos para el Sistema Nacional de Salud. Estos indicadores se recogerán de forma periódica en los centros del Sistema Nacional de Salud a través del sistema de información, que describiré más adelante, lo que permitirá disponer de un termómetro de calidad del sistema y la realización de análisis comparativos.

Igualmente, el Sistema Nacional de Salud español nos ofrece centros y servicios sanitarios punteros que ofrecen muy buena calidad a sus pacientes. En realidad, estas buenas prácticas son a veces totalmente desconocidas para otros centros o servicios regionales. El Ministerio puede y debe utilizar su situación para analizar los diferentes servicios regionales a través de un observatorio sanitario que permita descubrir las mejores prácticas y compartirlas con otras comunidades autónomas. Por lo tanto, el instrumento número cuatro sería la creación del observatorio del Sistema Nacional de Salud, con el fin de atender a un sector tan dinámico como es el sanitario, que no puede quedar inmóvil ante los cambios que tienen lugar en nuestro entorno; antes bien, creo que debe ser partícipe activo de los movimientos de reforma y modernización que se lleven a cabo en los países de nuestro entorno económico y cultural y en el propio Estado. Por lo tanto, este observatorio nos va a permitir realizar estudios comparativos entre servicios regionales de salud y crear redes de expertos en gestión sanitaria, participación de los ciudadanos y otros aspectos relativos a procesos de modernización de los sistemas nacionales de salud. En un escenario de traspaso de las competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas, será necesario abordar el análisis y estudios comparativos múltiples para conocer la forma en que se organizan y desenvuelven los diferentes servicios de salud que gestionan la sanidad y que configuran nuestro Sistema Nacional de Salud. El observatorio sanitario del Sistema Nacional de Salud sería, por lo tanto, el lugar de encuentro técnico donde se elaborarían este tipo de estudios, bien a requerimiento del propio Consejo interterritorial o por iniciativa del propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como quinto punto, la creación del sistema de información en el Ministerio de Sanidad y Consumo. En este marco la secretaría general tiene asignada la responsabilidad de coordinar las estadísticas del Ministerio. A nadie se le escapa que coordinar una función como la estadística, que tiene un carácter horizontal, no es una tarea precisamente sencilla y requiere, además, grandes dosis de cooperación por parte de todas las unidades productoras. Si se analizan los actores que tienen un papel en las estadísticas de la salud, la coordinación debe considerar los siguientes aspectos. En primer lugar, la coordinación interna; coordinación entre el Ministerio, el Insalud mientras no sea transferido y cuando posteriormente esté transferido, y el Instituto Carlos III. El instrumento para desarrollarla va a ser la Comisión ministerial de estadística y entre las primeras tareas de esta comisión se perfilan definir los criterios de coordinación estadística y revisar la situación actual en el Ministerio, recurriendo a la realización de un inventario de las operaciones estadísticas, así como de los proyectos de carácter internacional en materia estadística. En segundo lugar, la coordinación con las comunidades autónomas nos lleva a plantear la necesidad de disponer en el Consejo interterritorial de salud de un foro donde sea posible la cooperación con las comunidades autónomas en esta materia, lo que pretendemos resolver mediante una subcomisión específica dentro de la Comisión de planificación. Contamos, además, con el Comité interterritorial de estadística del Instituto Nacional de Estadística, a través del cual se pretende encauzar la relación entre el Ministerio, las consejerías de Sanidad y los institutos autonómicos de estadística. En tercer lugar, la coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, que se llevará a cabo a través del consejo superior y de la Comisión interministerial. Hay que abordar la coordinación internacional. Actualmente existe una creciente demanda por parte de organismos como la Organización Mundial de la Salud, la OCDE o la propia Unión Europea, no siempre debidamente coordinada, para la participación de España en proyectos de carácter estadístico. La Secretaría General está analizando todos los compromisos que existen de este tipo sobre la base de que la coordinación de la actividad estadística que realice con organismos internacionales va a venir de la mano del INE, Instituto Nacional de Estadística, y de la Unión Europea y de la Comisión Ministerial de Estadística en el resto de los casos. Como objetivo general en este punto pretendemos caminar hacia un sistema de información sanitaria que cubra las necesidades de todo el Sistema Nacional de Salud, que evite duplicidades e incoherencias y que permita un acceso sencillo y rápido a los diferentes usuarios, a la vez que garantice la debida protección de los datos.

La sexta línea de actuación es la atención sociosanitaria. Creemos que los cambios sociales y demográficos que se están produciendo en España y en todos

los países de nuestro entorno, derivados fundamentalmente del aumento de la esperanza de vida, de la escasa tasa de natalidad y de los cambios en la estructura familiar y en la persistencia de enfermedades crónicas, justifican que se preste una especial atención a la planificación, organización y gestión de la asistencia sociosanitaria. Si bien la preocupación de las administraciones públicas por desarrollar una atención sociosanitaria coordinada entre los sistemas sociales y sanitarios es una constante desde los años 80, lo cierto es que hoy persisten los problemas en la atención a la pluripatología de los ancianos, a los discapacitados y enfermos crónicos, como consecuencia, entre otros factores, de la insuficiente oferta de servicios sociosanitarios, de la falta de una eficaz sectorización de los servicios sociales y sanitarios, de los escasos logros obtenidos en la convergencia entre los sistemas formales e informales de atención y en la todavía inadecuada coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. A tal fin, y como una de las líneas de actuación prioritarias, el nuevo equipo directivo del Ministerio de Sanidad y Consumo está trabajando ya en la elaboración de un plan de ordenación de la atención sociosanitaria en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que es el departamento que ostenta las competencias en este ámbito, las comunidades autónomas y la Federación de Municipios y Provincias. El fin último será el de promover el desarrollo de una red de asistencia sociosanitaria que, bajo los principios de descentralización administrativa y participación social, esté dotada de unidades especializadas de asistencia en régimen abierto y de media y larga estancia que fomente la creación de nuevas alternativas asistenciales a la institucionalización, potenciando fórmulas de atención a domicilio, hospitalización de día, centros de día y estancias temporales. Para hacer efectivos estos fines, se está desarrollando en el seno de la Comisión de planificación del Consejo Interterritorial una comisión sociosanitaria que, con la participación de expertos designados por todas las comunidades autónomas, está abordando, analizando y consensuando el marco general de actuación de los diferentes elementos que componen esta atención sociosanitaria, esto es, el ámbito de aplicación, la coordinación, los recursos, las prestaciones, los sistemas de información y elementos de coordinación y financiación.

El séptimo punto de los nueve se refiere a los profesionales. Todos los países de la Unión Europea, en cuanto responsables de tutelar y, en muchos casos, de hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos, persiguen un idéntico objetivo que es ofrecer a todos los ciudadanos todas las posibilidades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que el nivel de la ciencia médica permite en cada momento. Esto exige contar con profesionales que cumplan dos requisitos básicos. Por un lado, la actualización de

conocimientos e identificación de los objetivos de la organización con las necesidades de los ciudadanos. En cuanto a los conocimientos, no podemos olvidar que el ejercicio de la medicina ha tenido en los últimos años una clara evolución, determinada fundamentalmente por el paso de una asistencia médica basada en la relación personal entre el profesional y el enfermo, a una mucho más tecnificada que requiere una mayor especialización de los profesionales y del trabajo en equipo. Esta situación exige, además, que los profesionales estén en posesión de un número cada vez mayor de conocimientos y de técnicas. Exige también la actualización de una competencia profesional que es aún más necesaria desde el momento en que los profesionales de la Unión Europea y, por lo tanto, los profesionales españoles, deben competir con profesionales del resto de la Unión. Es decir, que la libre circulación es una poderosa razón para acelerar en nuestro país la organización e implantación de la formación médica y sanitaria continuada. En este sentido, tenemos un activo importante en este campo, como es un excelente sistema de acceso y formación a las especialidades sanitarias, como es el sistema MIR, y un segundo pilar, sobre el que hay que seguir profundizando, constituido por el sistema de acreditación de la formación continuada del Sistema Nacional de Salud en el que participan las consejerías de sanidad de todas las comunidades autónomas y los ministerios de Sanidad y Consumo y Educación, habiéndose incorporado representantes del mundo científico y profesional. La investigación sanitaria cae dentro del área de la Secretaría General y, dada la importancia de esa investigación como motor del desarrollo del bienestar social, estamos dedicados a potenciar el Instituto de Salud Carlos III. Como el director del instituto ya tuvo ocasión de exponer con detalle en esta Comisión las líneas de actuación del mismo, sólo quiero destacar algunos aspectos relevantes de los objetivos planteados en el campo de la investigación. En primer lugar, potenciar la investigación ordinaria de servicio y control sanitario que se realiza en los centros y laboratorios de salud pública de referencia, labor que estamos viendo cada día fundamental, orientada a la protección de la salud de las personas y que ha de vincularse cada vez más estrechamente con la red de vigilancia epidemiológica implantada en la totalidad del territorio a través de las comunidades autónomas. En segundo lugar, el desarrollo de los centros y laboratorios de una investigación de excelencia en el área de salud, que permita la investigación prospectiva de los problemas sanitarios, de los métodos diagnósticos y de comunicación en el ámbito de la salud y el abordaje de nuevas situaciones sanitarias relacionadas con la salud alimentaria, medioambiental y laboral. En este sentido, se está elaborando un plan de modernización y reforma de los centros y laboratorios de salud pública que va a implicar su transformación y potenciación de cara al cumplimiento de los

objetivos comentados. Se van a coordinar desde el instituto los laboratorios y unidades clínicas del hospital Carlos III, dedicados a medicina tropical y enfermedades emergentes, con varias unidades semejantes existentes en todos los hospitales españoles para configurar un centro en red que tenga como principal prioridad la investigación básica aplicada y de referencia a este tipo de patologías. En tercer lugar, se va a impulsar la investigación básica y aplicada en ciencias de la salud y en la evaluación de tecnologías sanitarias en el ámbito externo del instituto, esto es, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en las universidades y en los organismos públicos del sistema científico y sanitario español. También, y a fin de incrementar los recursos destinados a investigación, se inscribe el futuro acuerdo a suscribir entre el Ministerio de Sanidad y Farmaindustria, por la que ésta aportará una importante cantidad para que, a través del instituto, se promocioenen y desarrollen acciones, planes y programas favorecedores de la investigación científica y técnica en el campo sanitario y, en particular, en los ámbitos oncológico y cardiovascular, destacando a tal efecto el papel que están llamadas a desarrollar las fundaciones del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas y Cardiovasculares. De hecho, se promoverá para el próximo año el pleno y efectivo rendimiento del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Para ello, y con los presupuestos del próximo ejercicio, se completarán las obras de terminación del edificio y se atenderán los gastos de equipamiento del mismo. Los programas actualmente en desarrollo en este centro son los de oncología molecular, genética del cáncer, patología molecular y terapias experimentales. Se impulsarán y desarrollarán, ya lo estamos haciendo, los bancos de tumores en el seno de distintas comunidades autónomas vinculadas al programa de patología molecular de la fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, basado en la participación y corresponsabilidad de los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. En relación con el Instituto Cardiovascular, se proseguirá con las actuaciones ya iniciadas para su constitución y su próxima puesta en marcha. El desarrollo de todo ello nos va permitiendo progresivamente dar respuesta a los nuevos retos de biomedicina, retos en los que se va a implicar desde el principio nuestro sistema sanitario.

En cuanto a la provisión de la asistencia sanitaria, la Ley General de Sanidad crea el Sistema Nacional de Salud configurándolo como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas. Es necesario, por tanto, el cumplimiento del proceso de transferencias y las condiciones en que se enmarca dicho proceso serán contempladas en todo el desarrollo de las innovaciones que se introduzcan en el Insalud, con el objeto de facilitar y posibilitar este proceso pendiente de la sanidad española. Como complemento de

lo anterior quiero resaltar —porque además ya se ha dicho durante la mañana— que, en tanto se culmine el mencionado proceso, todas las grandes decisiones sobre política sanitaria se están tratando con las comunidades autónomas teniendo presente el escenario pretransferencial.

Efectuada la exposición a SS.SS. de la planificación global de la actividad, es necesario hacer referencia al plan de actuación de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria en su vertiente de genuino órgano impulsor de la colaboración y cooperación con otras administraciones públicas, particularmente con las comunidades autónomas. Gracias a esa cooperación podremos alcanzar durante la presente legislatura dos grandes objetivos: en primer lugar, finalizar el proceso de transferencia a las comunidades autónomas y, en segundo lugar, lograr un sistema de servicios de salud cohesionado y solidario que evite las situaciones de exclusión o de discriminación en el campo de la salud.

Respecto a finalizar el proceso de transferencias a las comunidades autónomas, hay que recordar, de forma resumida, que todavía hay elementos, aparte de la asistencia sanitaria, pendientes de la descentralización. Por un lado, el proceso de transferencias en materia de sanidad e higiene o sanidad interior se reabrió tras la aprobación de los estatutos de autonomía de Ceuta y Melilla y quedan por concluir las transferencias de esta última, que estamos procediendo a hacer. En cuanto a la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos, tengo que decir que se inicia el proceso de transferencias tardíamente, a finales del año 1996, y en la actualidad quedan pendientes de efectuar, y haremos, las transferencias a siete comunidades autónomas. El de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas del artículo 143 de la Constitución es obviamente el auténtico reto al que nos enfrentamos desde el Ministerio en la presente legislatura. Abordar con éxito este reto de transferencias requiere una evidente voluntad política que el Gobierno ha puesto ya de manifiesto en distintos foros de forma inequívoca y fundamentalmente ante esta Cámara. El Ministerio de Sanidad, por tanto, va a ejercer el liderazgo de los traspasos en lo que a coordinación de la actividad interadministrativa sanitaria se refiere.

Partiendo del necesario consenso previo sobre el sistema que se considere más adecuado adoptar para la financiación de la sanidad, pretendemos que el proceso de transferencias sea homogéneo y simultáneo en el tiempo, evitando con ello las disfunciones y problemáticas que en su momento se produjeron en los anteriores traspasos del Insalud, en los que desde el primero que se efectuó a Cataluña en el año 1981 hasta el último a Canarias en el año 1994 mediaron trece años. Estas disfunciones vienen fundamentalmente del hecho de que la Administración general del Estado tiene que relacionarse con comunidades autónomas que tienen

un distinto nivel competencial. Por tanto, tras la preceptiva reforma estatutaria, las mencionadas comunidades autónomas del artículo 143 de la Constitución española cuentan ya todas ellas con competencias en esta materia, de manera que actualmente se encuentran en condiciones de recibir los traspasos que este Ministerio prevé realizar en el plazo máximo de dos años. A nadie se le escapa que va a ser una transferencia sumamente compleja, tanto por la envergadura económica que representa, más de un billón seiscientos mil millones de pesetas, como por el volumen de recursos humanos y materiales a transferir y el consiguiente impacto económico y social para las comunidades autónomas que recibirán este traspaso. Esta transferencia va a obligar, obviamente, como he dicho, a efectuar una redefinición de las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y de las relaciones de cooperación y coordinación del Estado y de las comunidades autónomas. En ese sentido quiero decirles a SS.SS. que para impulsar este proceso ya se ha creado —el 7 de septiembre concretamente tuvimos la primera reunión— un grupo de trabajo en el Ministerio de Sanidad, el cual me honro en presidir, para abordar los estudios y trabajos preparatorios de las transferencias y para la realización de los estudios preliminares sobre financiación sanitaria. Y de cara a esos traspasos pendientes estamos trabajando, primero, en el logro de un acuerdo de financiación, factor imprescindible y obviamente limitante de la consecución de este proceso; un profundo conocimiento, en segundo lugar, de la realidad sanitaria de cada comunidad autónoma que nos permita facilitar el proceso de traspasos; así como el impulso de las relaciones de cooperación y coordinación del Estado y las comunidades autónomas, con la consiguiente redefinición de la alta inspección ante la descentralización de la gestión sanitaria.

Respecto al acuerdo de financiación en concreto, está previsto que el Consejo de Política Fiscal y Financiera inicie la negociación en los próximos meses y finalizará durante el año 2001, obviamente, para sustituir el actual acuerdo, que contará con la propuesta del Ministerio para conseguir la distribución de recursos que resulte más justa y más equitativa para que el ciudadano reciba la asistencia sanitaria en las mejores condiciones de calidad y equidad, desde un sistema sanitario eficiente.

En cuanto al conocimiento de la realidad sanitaria de las comunidades autónomas, un proceso que es de capital importancia para el éxito del traspaso de las competencias, contamos con una doble estructura: por un lado, las direcciones territoriales creadas a la luz del Real decreto 702/1998, de 26 de abril, así como el instrumento de los contratos de gestión que se suscriben con éstas y que nos permiten un conocimiento real y plenamente actualizado de los recursos que posibilitan la gestión de la asistencia sanitaria en cada ámbito terri-

torial. Por otro lado, tenemos un instrumento, que estamos desarrollando, muy importante que son las propias comisiones de coordinación de la asistencia sanitaria existentes en las diez comunidades autónomas y que se establecen entre los responsables de sanidad de esas comunidades y el propio Insalud. En ese aspecto, finalmente, es necesario el impulso de esas relaciones de cooperación y coordinación, como he dicho, entre el Estado y las comunidades autónomas y la redefinición de la alta inspección. Hay que reconocer que en ese contexto de descentralización la cooperación y coordinación entre las administraciones públicas va a tener una especial importancia, de hecho obliga a efectuar un ejercicio de reflexión sobre la operatividad de los mecanismos de cooperación y coordinación que existen actualmente y su viabilidad futura. Un análisis crítico y objetivo de esta situación realmente nos está diciendo —yo por lo menos tengo ese convencimiento— que se deben actualizar los instrumentos de que hoy disponemos, a la vista, por un lado, de la formulación de las técnicas de cooperación y coordinación que se han introducido en la legislación general en el ámbito de las administraciones públicas, y, por otro lado, de la propia realidad que nos ofrece la falta de aplicación práctica de algunos de los instrumentos de coordinación previstos en la ley.

El trabajo ya iniciado, por tanto, en la línea anunciada al describir las acciones que ha emprendido la Secretaría General de Gestión y Cooperación, pivota en torno a dos grandes ejes. Uno es la potenciación de los mecanismos de relación entre el Estado y las comunidades autónomas, como he dicho. Van a ser instrumentos de relación interadministrativa, en primer lugar, la planificación y programación conjunta; se propone un modelo que tenga como base conceptual la elaboración de planes integrales de salud y el establecimiento de unos estándares mínimos de calidad para todos los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud sobre los que ya me he detenido anteriormente. En segundo lugar, el establecimiento de foros de relación de carácter multilateral, como es el propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que como todos saben es un órgano de coordinación altamente valorado no solamente en el sector sanitario, sino en el conjunto de las administraciones públicas y que está realmente cumpliendo una importante labor como órgano permanente de comunicación, y no me refiero únicamente a los plenos, me refiero también a las comisiones que dependen de él, que también son Consejo interterritorial y que han visto incrementar durante los últimos cuatro años a más del doble el ritmo de reuniones y, por tanto, de los trabajos realizados para su aprobación en el Pleno. El tercer instrumento son las reuniones de carácter bilateral, como las comisiones bilaterales de coordinación, que han sido introducidas en la legislación general en fechas recientes, donde se contempla la posibilidad de que existan estas comisiones entre el

Estado y una comunidad autónoma cuando los problemas queden vinculados única y exclusivamente a una comunidad y no al resto de comunidades. Proponemos la creación y la suscripción de convenios y conciertos entre el Estado y una comunidad autónoma, a los cuales se puede llegar en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, de las comisiones bilaterales de coordinación. Serían instrumentos, estos convenios y conciertos, para plasmar formalmente aquellas medidas que en el seno tanto del Consejo interterritorial como de las comisiones bilaterales podamos llegar a acordar. Se trata del establecimiento de un sistema de información sanitaria, como ya he dicho anteriormente, porque es urgente disponer de una información agregada del sistema sanitario; información agregada que, por cierto, hoy no existe en pureza, posibilitando su integración e interrelación. Es decir, no podemos demorarnos más en la definición de un cuaderno de mando del sistema. La información agregada es un elemento imprescindible, por lo tanto, en el proceso de toma de decisiones. Y, finalmente, la elaboración de legislación básica como elemento integrador del sistema. Aun siendo competencia exclusiva del Estado, con todo, partimos del convencimiento de que alcanzar el consenso sobre la legislación a través de fórmulas de cooperación se evitarán legislaciones ineficaces por falta de aplicación real y se contribuirá además a aminorar los conflictos potenciales constitucionales que pudieran derivarse de una no buena colaboración.

Para acabar, señorías, quiero hacer referencia a la redefinición de la alta inspección. Pretendemos potenciar su funcionamiento y redefinir su papel en el Sistema Nacional de Salud. La alta inspección es una competencia estatal, recogida en los estatutos de autonomía y en la Ley General de Sanidad como función de garantía y verificación del cumplimiento de la Constitución y de las leyes; es una función que debe plantearse bajo las premisas de que no se trata de una inspección técnica que se solape o entienda de los mismos ámbitos en los que discurre la inspección que con tal carácter existe en las comunidades autónomas. Tampoco es en modo alguno una inspección coercitiva, que implique una dependencia jerárquica a las comunidades autónomas, ni que vaya a establecer nuevos mecanismos de corrección distintos a los previstos constitucionalmente. La alta inspección ha de ser una inspección colaboradora, que actúe en el plano normativo evitando la conflictividad constitucional, utilizando con carácter preferente la vía del diálogo y la negociación. Alta inspección es, por lo tanto, algo más, y en ella nos proponemos trabajar; constituye una puerta privilegiada a través de la cual podemos conocer la realidad autonómica, detectar problemas y evitar disfunciones. Pero esta vertiente a la alta inspección ha de ser perfilada entre todos. Queremos, por lo tanto, con el consenso de todos, definir a la alta inspección

como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con el marco constitucional y las leyes. Vamos a establecer, por consiguiente, fórmulas para su ejercicio basadas en la cooperación interadministrativa mediante el sistema de información sanitaria, el acceso sistemático a las bases de datos y a la suscripción de convenios.

Señorías, para resumirles quisiera decirles que las líneas y objetivos de actuación van a ser, por un lado, la planificación global de la actividad y la definición del futuro papel del Ministerio. Hay nueve líneas de actuación básicas en la Secretaría General, que serán: la ordenación de las prestaciones sanitarias, la revisión del plan integral de salud, el plan de calidad, el observatorio del Sistema Nacional de Salud, el sistema de información, la atención sociosanitaria a través del plan de coordinación a la atención sociosanitaria, la acreditación de la formación continuada, todo el área de investigación y, respecto a la provisión de la asistencia sanitaria, lo que hace referencia a las transferencias y coordinación con las comunidades autónomas. Acerca de la redefinición de las competencias del Ministerio existen dos áreas: por un lado, la potenciación de los mecanismos relación Estado-comunidades autónomas y la redefinición de la alta inspección. Respecto a la primera, la planificación programada conjunta, el establecimiento de fueros de relación de carácter multilateral y bilateral, la suscripción de convenios y conciertos, el sistema de información sanitaria y la legislación básica, en la que yo les pido, señorías, que nos ayuden para constituir un Sistema Nacional de Salud útil para todos los ciudadanos y para nuestro país, que sienta las bases de un sistema único y no de 17 servicios de salud distintos.

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Antes de entrar en lo que es la comparecencia del secretario general de Asistencia y Cooperación, me gustaría que constara en el «Diario de Sesiones» el desacuerdo del Grupo Socialista en la elaboración del orden del día de esta Comisión. Mi grupo solicitó —sin menospreciar, al contrario, y reconociendo la detallada información que nos acaba de exponer el secretario general de Cooperación— que hoy compareciera la señora ministra de Sanidad para hablarnos de qué está haciendo el Ministerio de Sanidad en aquellas cuestiones que preocupan fundamentalmente a los ciudadanos, que son objeto de alarma por parte de la población, temas de salud pública, como son los relacionados con la encefalopatía espongiforme bovina o la legionella. Quizá la señora Villalobos haya preferido estar esta mañana en un programa de Televisión Española de La 1, *Saber vivir*,

dándole más importancia, que estar aquí en esta Comisión respondiendo a cuestiones de su competencia.

Entrando en lo que ha sido la intervención del secretario general, en primer lugar, me gustaría comentarle que he visto más que nada una mera declaración de buenas intenciones, y conforme le iba escuchando mi preocupación iba creciendo, porque ante los planes estratégicos elaborados por el anterior equipo ministerial de su propio partido (el plan estratégico del Insalud, como el plan estratégico del Instituto de Salud Carlos III), por la información que usted nos ha ido trasladando, me da la sensación de que se ha quedado todo en agua de borrajas, que intentan partir de cero y que intentan eliminar de un plumazo la política sanitaria, si es que existía, del anterior equipo ministerial del Partido Popular. A mí me gustaría entrar en cuestiones concretas para que usted nos contestara y no ocurra lo que en la anterior comparecencia de altos cargos del Ministerio del día 11 de octubre, cuando comparecieron ustedes para hablar de los presupuestos sanitarios del año 2001, que se fueron pasando la pelota de uno a otro y al final quedaron muchas cuestiones sin contestar. Yo le rogaría que aquellas preguntas que el Grupo Socialista formule sean contestadas, si es posible, por el secretario general de Cooperación y Asistencia.

Hay una gran preocupación por parte de las personas que se encuentran afectadas por la paralización de la oferta pública de empleo del año 1997 que el Insalud convocó y los tribunales han dejado en suspenso de momento. Me gustaría saber si el Insalud ha mantenido algún tipo de conversaciones con los representantes de estos afectados, tanto personal facultativo como personal no sanitario, si existe alguna posibilidad de resolución extrajudicial de este conflicto, si han negociado con ellos a qué conclusiones se ha llegado o si el Insalud va a convocar una nueva oferta pública de empleo en el año 2001; si va a ser así, cómo se contempla la situación de estas personas que aprobaron el primer ejercicio en la oferta pública de empleo anteriormente suspendida. Con respecto a política de personal, si es posible, me gustaría que usted nos comentara si se está trabajando en la regulación del marco laboral de todos aquellos profesionales que están trabajando al servicio del Sistema Nacional de Salud, precisamente, para evitar esa descoordinación, a la que usted hacía mención, y que cada comunidad autónoma pueda empezar a legislar sobre condiciones específicas y particulares del personal sanitario que trabaja en el ámbito de su propia comunidad autónoma, como está ocurriendo ya, y pongo como ejemplo a la Comunidad Autónoma de Murcia, que ha elaborado ya su propio estatuto de personal sanitario, sin tener en cuenta que estos temas han de tratarse desde el Ministerio y con carácter mucho más general. Asimismo, me gustaría que nos comentara cuáles son las competencias, si es que las tiene el Ministerio de Sanidad, con respecto a los pro-

blemas de salud pública, que están en este momento alarmando de forma especial a la sociedad española, como el llamado mal de las vacas locas o la legionella. ¿Tiene alguna competencia el Ministerio de Sanidad en el tratamiento de estos problemas de salud pública? Nos gustaría, si es posible, que nos explique la estructura de la Agencia de Seguridad Alimentaria, su presupuesto, su organigrama, su dependencia y sus funciones. Con respecto al Instituto de Salud Carlos III, tanto por lo que nos pudo informar el propio director del centro como por lo que acaba usted de explicarnos, nos da la sensación de que el plan estratégico elaborado entre los años 1998 y 1999 se ha quedado arrinconado y que ustedes ahora están intentando adoptar otro tipo de medidas desde el punto de vista de los centros que dependen del instituto y de las funciones que ellos desarrollan. Me gustaría que nos explicara si el Instituto de Investigación del Síndrome Tóxico, integrado dentro del Instituto de Salud Carlos III, va a seguir como instituto independiente, trabajando todavía en la investigación de esta enfermedad; si tiene convenios de investigación de esta enfermedad tanto externos como internos; qué importe suponen estos convenios, si es que existen; y si van a persistir las unidades de seguimiento a estos pacientes ubicadas una en el Hospital Doce de Octubre y otra en el Instituto de Salud Carlos III. Siguiendo con el Instituto de Salud Carlos III, en la comparecencia del día 11 de octubre, pedimos que se nos remitieran los presupuestos y la memoria de actividades del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas del año pasado. Hasta este momento —figura en el acta— no hemos recibido tampoco información ninguna. Nos gustaría que se nos remitiera la memoria de la actividad de este centro correspondiente al año pasado y los presupuestos detallados no solamente desde el punto de vista del gasto, sino también de los ingresos indicando la procedencia de los mismos. Nos gustaría también, dada la preocupación que los propios trabajadores de la Escuela Nacional de Sanidad nos han trasladado, que nos comentara qué intenciones se tiene con respecto a esta Escuela Nacional de Sanidad. Por otra parte, y hace escasos días, veíamos en la prensa que el Ministerio de Defensa tiene la intención de vender al mejor postor parte de los hospitales de la red de hospitales militares. En primer lugar, me gustaría saber si el Ministerio de Sanidad tiene algo que decir a esto o a lo que aparece en la memoria del presupuesto de Defensa relacionado con los hospitales militares y el concierto marco que se tiene que firmar con el propio Ministerio de Sanidad, vía Insalud. Eso aparece en los presupuestos del Ministerio de Defensa para el año 2001. Respecto a las transferencias, me gustaría saber si se han iniciado ya las conversiones con las comunidades autónomas pendientes todavía de recibir la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Me gustaría saber

si han fijado ustedes un calendario para llevar a cabo estas negociaciones y para ultimar la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria. Y me produce una profunda preocupación lo que nos acaba usted de comentar de que están haciendo unos estudios para conocer la realidad sanitaria de las distintas comunidades autónomas. Yo creo que a estas alturas, teniendo además previsto, según ha comentado usted, terminar el proceso transferencial dentro de dos años, el Ministerio de Sanidad y el Insalud deberían tener ya claro el conocimiento profundo de la realidad sanitaria de las distintas comunidades autónomas. Con respecto al nuevo modelo de financiación de la sanidad para el periodo 2002-2005, también le he escuchado decir que el Ministerio iba a hacer una propuesta respecto a esa financiación. Me gustaría que si la tienen ya perfilada, nos adelantara algunas de las líneas de esta propuesta de financiación de la sanidad para el periodo 2002-2005.

También el día 11 de octubre preguntábamos si era posible que nos dieran información de datos comparativos del funcionamiento de la gestión de las fundaciones de Alcorcón y Manacor, de modo que pudiéramos obtener datos acerca de qué aporta y en qué se ve mejorada la gestión de la asistencia sanitaria para el ciudadano en estos hospitales de Alcorcón, Manacor y ahora Calahorra con respecto a un hospital del modelo tradicional. Hasta este momento, tampoco hemos recibido ninguna información. Lo mismo pasa con las unidades clínicas de gestión. Ustedes nos dicen que las van a seguir implantando en los centros sanitarios del territorio Insalud gestión directa, cuando hace escasamente un mes nos decían que estaban evaluando las existentes para ver qué resultado iban a dar. También pedíamos información en octubre sobre las entidades colaboradoras y sobre cómo ustedes iban a hacer frente al pago de los servicios prestados en los años 1999 y 2000 por ellas; si las van a seguir manteniendo ahora que la sanidad se financia al cien por cien a través de los Presupuestos Generales del Estado y no a través de cotizaciones y si es cierto que tienen ustedes intención de convertirlas en prestadoras de servicios. No hemos recibido tampoco ninguna información sobre a estos interrogantes que les planteábamos. En cuanto a la anorexia y la bulimia, me parecen muy bien los programas que se pongan en marcha para prevenir esta enfermedad, que afecta cada vez a más gente, a gente más joven y sobre todo a niñas. Pero me gustaría saber, con respecto a las personas ya enfermas, qué unidades específicas para el tratamiento de estas enfermedades del trastorno de alimentación tiene el Insalud en los hospitales de su competencia o cuáles va a poner en marcha. Con respecto a los planes sociosanitarios, al igual que al plan de cuidados paliativos, me gustaría saber con qué presupuesto están dotados o qué partidas presupuestarias piensan asignar, porque, si no, se quedarán guardados en el cajón sin ninguna efectividad.

Voy terminando. Con respecto a la aportación de la industria farmacéutica, nos gustaría conocer el pacto de dicha industria con el Ministerio de Sanidad para este año, cuánto es el compromiso de aportación de la industria y cuánto ha pagado hasta este momento, porque a 30 de septiembre en los datos que se nos aportaban desde la propia Intervención del Ministerio de Economía aparecía el compromiso de aportar 10.000 millones de pesetas; sin embargo, hasta esa fecha, día 30 de septiembre, solamente habían aportado dos. Al igual que sucede con la aportación de la industria farmacéutica al Instituto de Salud Carlos III. En la comparecencia del director se nos dijo que se iba a firmar un convenio por un importe aproximado de 5.500 millones de pesetas. ¿Se ha firmado ese convenio? ¿En cuánto se ha concretado esa cantidad? ¿Es cierto lo que dijo la señora ministra en un medio de comunicación, que iba a imponer un impuesto a la industria farmacéutica para financiar la formación de los profesionales sanitarios?

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Voy terminando, señor presidente.

También nos gustaría que nos enviara el organigrama de la Secretaría General de Gestión y Cooperación, porque, de todo lo que usted nos ha explicado, me da la sensación de que no se simplifica administrativamente nada, como usted nos decía al principio de su intervención, sino todo lo contrario. Y por último, ¿en qué materias quieren ustedes establecer legislación básica para que afecte y obligue a todas las comunidades autónomas?

Por mi parte, de momento nada más.

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

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor Moreno, mi grupo quiere agradecer su presencia hoy aquí. No teníamos ninguna duda, como tampoco la tenían otros grupos, de la conveniencia de que se celebrara su comparecencia después de una serie de meses en que había sido solicitada. Después de escuchar aquí alguna intervención, nos reafirmamos en lo importante que es que en el día de hoy usted haya comparecido, aunque sólo sea para poner orden y para explicar algunos aspectos que parecen preocupar a algún grupo parlamentario, que por lo visto no se lee el Boletín Oficial del Estado para conocer el organigrama de su Secretaría y también desconoce en gran medida las competencias de la misma, así como de otros órganos del propio Ministerio. **(La señora vicepresidenta, Fernández de Capel Baños, ocupa la Presidencia.)** Por eso es importante que se celebre hoy esta comparecencia, porque, aunque tardía —a nosotros también nos hubiera gustado que se

hubiera producido con anterioridad—, sin duda después de unos seis meses de funcionamiento del nuevo equipo ministerial, ha hecho que su aportación hoy aquí sea más útil, puesto que no se produce ya sobre ideas generales o sobre voluntades, sino, como ha tenido la oportunidad de detallarnos, sobre proyectos en marcha y sobre líneas políticas claramente definidas e incluso plasmadas ya en un proyecto de Presupuestos Generales del Estado, que se aprobará mañana en esta Cámara. Por ello mi grupo no quiere darle una relevancia meramente protocolaria a esta comparecencia y, por supuesto, no le va a avasallar con preguntas absolutamente al margen de lo que es el objeto de esta comparecencia, que es debatir sobre líneas generales de actuación, puesto que esas son básicamente las funciones, y yo diría que afortunadamente políticas que este nuevo Ministerio ha querido darle a la Secretaría General. Por eso mi grupo quiere hablar de la política sanitaria con mayúsculas de un gobierno, sobre la coordinación, sobre la solidaridad interterritorial y sobre la culminación de ese escenario transferencial que usted nos ha anunciado. Porque en esta Cámara desgraciadamente con mucha frecuencia se habla mucho de inversiones, de recursos, de convenios, de aspectos excesivamente puntuales y muy poco de hacia dónde queremos que vaya nuestro Sistema Nacional de Salud, una vez garantizados principios muy importantes, como el de la universalidad en la asistencia o el de la equidad en el acceso; si queremos avanzar por la línea de profundizar en la calidad o en la satisfacción del usuario; en definitiva, qué queremos (que es el objeto fundamental de discusión en esta Cámara), que sea nuestro Sistema Nacional de Salud en los próximos años. Usted, junto con la ministra, por supuesto, va a ser actor fundamental en ese escenario de futuro, y por eso me parece una oportunidad perdida por otros grupos el no aprovechar su presencia aquí para hablar de lo que ha de ser precisamente la situación en la que nos encontramos, claramente en los albores de una nueva etapa para nuestro Sistema Nacional de Salud.

A mí me gustaría, en nombre de mi grupo, volver a incidir en una afirmación inequívoca que usted ha hecho hoy aquí, que ya ha sido reiterada por otros miembros del Ministerio: el proceso de transferencias ha de finalizar en esta legislatura. A nadie se le oculta el alto nivel de compromiso político que esta afirmación conlleva y los riesgos de la misma, toda vez que ello ha de hacerse en el marco de la renovación de los acuerdos de financiación, tanto sanitaria como autonómica general, y además del anunciado proyecto de ley de estabilidad presupuestaria, expresión ésta que levanta sarpujidos en algunos estamentos, pero que mi grupo, por supuesto, valora como imprescindible y que va a marcar claramente el escenario económico en el que se va a tener que desarrollar ese proceso de transferencias. Mi grupo querría que usted profundizara un poco más en cuál es el estado, en estos momen-

tos, de la cuestión; es decir, cuándo podemos avanzar que pueden empezar a trabajar estas ponencias técnicas en las diez comunidades autónomas y Ceuta y Melilla, que han de preparar ese traspaso; si ya está avanzada la metodología de trabajo, que entendemos que es un aspecto sustancial. No es buena consejera la prisa en esta cuestión, pero la complejidad del mecanismo de transferencias múltiple y paralelo que usted ha anunciado exige una metodología de trabajo muy precisa para conseguir resultados con éxito. Nos gustaría saber si se ha avanzado en ese inventario que el Ministerio realiza sobre los recursos de atención primaria, de atención especializada en las comunidades autónomas a las que van a transferirse. Desde luego, nosotros reiteramos una y otra vez, y usted mismo lo ha hecho hoy aquí, que el Ministerio es el del Sistema Nacional de Salud, no es el Ministerio del Insalud. Pero también esta Comisión es la Comisión de Sanidad y del Sistema Nacional de Salud. Y no estaría de más que también aquí hiciéramos un llamamiento a aquellas comunidades autónomas que van a recibir estas transferencias para que aceleraran la parte que les corresponde en la definición de un marco regulador necesario que cohesione y que guíe esa protección del derecho a la salud, una vez que reciban las transferencias. Porque todavía hay comunidades que han avanzado poco en la definición de una ley de salud o de ordenación sanitaria en su propio ámbito; por tanto, que en este proceso de transferencias esta Comisión no solamente debe apelar a la responsabilidad del Ministerio, que usted ha expresado hoy aquí con toda claridad, y a sus compromisos, sino también a la otra parte absolutamente indisociable del proceso, para que también avale con sus compromisos estas cuestiones. Desde luego, el Grupo Parlamentario Popular le brinda todo su apoyo y haremos lo posible por que el debate sobre la sanidad y sobre las transferencias en sanidad se agoten en eso, en la sanidad, y no se utilice la misma para otros objetivos, no por inconfesables, menos evidentes en algunos casos.

En este diseño de la sanidad del futuro, nosotros entendemos fundamental la definición de una serie de instrumentos eficaces de coordinación que usted ha citado aquí. Para nosotros es una preocupación fundamental que no se produzca una desarticulación del sistema y, por ende, que se produzcan situaciones de inequidad y de desigualdad, así como que algunas comunidades puedan incurrir en gastos inasumibles, fruto de la ausencia de planificación o de orientaciones comunes. Por ello, queremos recalcar expresamente el acento que usted ha puesto en el papel del impulso a esa cooperación necesaria, que va a ser el sustrato, el núcleo fundamental de ese ministerio del futuro, y sobre el que le animamos a que siga profundizando y a que también en esta Comisión podamos ir perfilando esos instrumentos de coordinación, que no sé si van a exigir o no reformas legales del marco actual vigente,

pero que en todo caso van a ser, como digo, el fundamento de ese nuevo ministerio que todos pretendemos. A nosotros también nos gustaría conocer, y yo le animo a que lo plantee en esta Comisión, cuáles son las perspectivas del Ministerio de Sanidad respecto a esos criterios de la nueva financiación.

También entendemos que ahora no es el momento procesal para concretar, pero sí para que esta Comisión, antes de que el Consejo de Política Fiscal y Financiera reciba esa propuesta, sea un foro de conocimiento y debate sobre la misma. Desde luego, mi grupo defiende que en todo este proceso que se abre ahora hace falta bastante menos voluntad de confrontación y más deseo de explorar espacios y métodos, de ejercer esa responsabilidad compartida. Puesto que creo vivimos un momento histórico desde el punto de vista sanitario para perfilar ese sistema del futuro, también deberíamos aprovechar el escenario transferencial para cerrar definitivamente el modelo sanitario que queremos en nuestro país, que la legislación actual contempla de forma incompleta y a nuestro juicio excesivamente abierta, y el alcance de esa definición, ha de ser, sin duda, objeto de trabajo y de discusión en esta Cámara.

Mi grupo va a apoyar que esa definición del modelo sanitario del futuro sea ambiciosa, que incorpore posibilidades de diálogo, de responsabilidad, pero también de gestión diversificada para que las comunidades puedan adaptarse realmente a sus necesidades específicas, y por supuesto esas nuevas fórmulas de vinculación organizativa que usted ha anunciado hoy para el Consejo interterritorial de Salud, para la organización nacional de trasplantes, para el Instituto de Salud Carlos III; difícilmente podemos recibir la memoria de Instituto de investigaciones oncológicas del año 1999 cuando estaba en construcción, salvo que se quiera la memoria de albañilería.

En todo caso, quiero reafirmar nuestro respaldo a las líneas generales de actuación que usted ha planteado hoy aquí y asumir nuestro compromiso, como grupo parlamentario que apoya al Gobierno, de estimular su presencia cuantas veces sea necesario para hablar de verdad de las líneas de actuación de este sistema sanitario que todos queremos y no tanto para someterle a una lluvia de preguntas que tienen otras posibilidades de tramitación en esta Cámara. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** ¿Señora Valentín?

La señora **VALENTÍN NAVARRO:** Me gustaría una aclaración del señor letrado. Si no he entendido mal, el señor del Burgo achacaba que alguna comunidad autónoma —no sé a cuál se referiría— todavía no tenía una normativa, la ley de ordenación sanitaria, con lo cual no estaba en condiciones de poder asumir la gestión de la asistencia. Es eso lo que ha dicho. ¿No?

El señor **BURGOS GALLEGO**: Creo que es de sobra conocido que hay varias comunidades en este país que no tienen ley de salud ni ley de ordenación sanitaria.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Como es cierto lo que he escuchado, me gustaría que el señor letrado nos aclarara si es condición imprescindible que una comunidad autónoma tenga aprobada la ley de ordenación sanitaria para recibir la transferencia de gestión de la asistencia sanitaria. Si no recuerdo mal, la disposición transitoria tercera de la Ley general de sanidad establece que las comunidades autónomas dispondrán del plazo de un año desde que la transferencia es efectiva, para crear el servicio de salud y la legislación sanitaria correspondiente.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor presidente, aquí no se ha hecho ningún tipo de valoración sobre la oportunidad o no de que en una comunidad sea más o menos necesaria la propia ley de ordenación y, por supuesto, no cuestionamos lo que dispone la normativa. Decimos que es una oportunidad muy importante para que desde esta Cámara instemos a las comunidades autónomas a que vayan desarrollando sus responsabilidades, sin ponerles ninguna fecha por anticipado, y asumiendo que entre esas comunidades no solamente está la de procedencia de la señora diputada —que por lo visto se ha sentido aludida en mi intervención—, sino también comunidades de otros colores políticos. Aquí, a diferencia de S.S., no estamos para lanzarnos pelotazos, sino para asumir un compromiso conjunto del Sistema Nacional de Salud. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, estamos entrando en una dinámica...

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor presidente, por alusiones personales me tiene que dar un minuto nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene medio minuto.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Solamente quiero decirle al señor del Burgo que se informe bien, porque Castilla-La Mancha, si es a la que usted se refiere, tiene aprobada su Ley de ordenación sanitaria. Infórmese mejor antes de hacer ningún tipo de alusión personal.

Gracias.

El señor **BURGOS GALLEGO**: Señor presidente. Por la misma razón, medio minuto.

El señor **PRESIDENTE**: Estamos entrando en un debate que no es lógico.

El señor **BURGOS GALLEGO**: En primer lugar, quiero pedirle a la señora diputada que se informe mejor de mi apellido, y en segundo lugar, en ningún caso he citado a una comunidad por su nombre, precisamente porque he tratado de eludir este tipo de conflictos territoriales que no son objeto de esta Cámara. **(La señora Valentín Navarro: La de origen, ha dicho.)** Le he dicho que hay varias comunidades, y puedo traerle el estado de realización de esos proyectos de ley el día que usted le parezca oportuno debatir sobre esta cuestión. **(La señora Valentín Navarro: Cuando quiera.)** Nadie ha citado aquí Castilla-La Mancha **(La señora Valentín Navarro: La comunidad de procedencia.)** En todo caso, nos felicitamos de que esa ley se haya aprobado después de que usted abandonara la Consejería.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de dar la palabra al señor secretario general, quiero decirle que ante la batería de preguntas formuladas por la señora Valentín y el señor Burgos, esta Presidencia estima que ha habido algunas que trascienden de su competencia o responsabilidad como secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria, y puede contestar a lo que estime oportuno. Los datos puntuales que le han pedido que imagino que no los tendrá, puede remitirlos a esta Comisión, a la señora Valentín o al señor Burgos de la forma que estime oportuno.

Tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE GESTIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA** (Moreno Palanques): Señorías, si yo fuera diputado, estaría altamente preocupado si encontrara un secretario general del Ministerio de Sanidad o de cualquier Ministerio que en una comparecencia como la prevista —no digo que no pueda haber circunstancias en las que deba y vendré, además encantado de hacerlo— viniera para contestar a determinadas preguntas. No sería del todo aceptable por mi parte que hubiera venido a hablarles de aspectos concretos del Insalud, del Ministerio, del Instituto Carlos III o de todas aquellas unidades que dependen de la Secretaría General. Mi intención era (y creo que es el espíritu de una comparecencia de estas características al inicio de una legislatura) hablar precisamente de temas de política general, en los que el señor Burgos ha incidido acertadamente, y de verdaderos programas ante un escenario transferencial que es fundamental. Entiendo que los problemas que se han planteado son importantes, que deben tener su respuesta e insisto, señoría, en que yo estoy encantado de hacerlo. De hecho, estoy encantado de responder a todas las preguntas que se me han formulado esta mañana, al margen de que algunas no entran dentro de mi área competencial. En cualquier caso, si no se ha remitido la información sobre algunas otras preguntas —y no voy a enjuiciar ninguna de ellas en concreto—,

probablemente es porque se formularon en un foro que no era el adecuado para hacerlo, como puede ser una comparecencia de presupuestos, donde habría que hablar de presupuestos y no de política general. Dicho esto, intentaré responder a todas aquellas preocupaciones que SS.SS. han expresado.

Efectivamente, nos encontramos —usted lo ha dicho, señor Burgos— en los albores de una nueva etapa. En todo el período democrático nunca nos habíamos enfrentado a una situación como ésta, era previsible, pero no nos habíamos encontrado en una situación en la que las transferencias se hubieran producido realmente. Ya lo he dicho aquí y en otros foros: creo que ha sido un proceso extraordinario y excesivamente largo, porque o este país se dota de una estructura de comunidades autónomas o no lo es. Si lo es hay que finalizar las transferencias. Por tanto he hecho referencia a aquello que nos faltaba, que no es solamente la asistencia sanitaria, sino que hay que transferir otros aspectos y lo vamos a hacer durante esta legislatura. Concretamente en el tema de transferencias de la asistencia sanitaria, durante este tercer cuatrimestre del año 2000 hemos constituido los grupos de trabajo internos. He estado reunido con los agentes sociales del sector sanitario a los que he comunicado no sólo la intención, sino en alguna medida aquellas necesidades que vamos a tener para que nos enviaran las necesidades que ellos creían se planteaban en ese proceso para tenerlas en cuenta. No cabe duda que en las reuniones con los consejeros tanto a título personal como las de los comités de coordinación, hemos hecho alusión a posibles calendarios sobre los que hoy me gustaría concretar algo más.

La intención sujeta a posibles variaciones es iniciar formalmente el proceso en el primer cuatrimestre del año 2001 para la convocatoria de ponencias técnicas a través del Ministerio de Administraciones Públicas. Eso es algo que todavía queda por cerrar con el Ministerio de Administraciones Públicas, pero es la intención por parte de Sanidad y así lo expreso en esta Cámara. Eso nos da un plazo de seis a ocho meses para hacer los trabajos sobre ponencias técnicas y llevarnos al final del año 2001 a las comisiones mixtas de transferencias que como ustedes saben, quizá por el desconocimiento de la terminología, muchas veces hace referencia a esas comisiones mixtas, cuando es su último proceso. Lo mismo da. Es una cuestión semántica, pero lo importante es que esas ponencias técnicas comienzan este año 2001, y por tanto pretendemos que las comisiones mixtas que son previas al real decreto y al acuerdo del Consejo de Ministros que se publicará en el BOE, haga efectivo ya ese proceso de traspasos.

No quiero mediar en el debate que se ha suscitado aquí antes de esta segunda parte de la comparecencia, pero entiendo lo que el diputado don Tomás Burgos ha pretendido transmitir a esta Comisión. En el proceso transferencial todos tenemos que hacer deberes, tenemos que hacerlos nosotros y las comunidades autóno-

mas y durante mi intervención, que ha podido ser larga y minuciosa, he dicho que todas las comunidades habrían modificado ya sus estatutos; de hecho tenían unas competencias, otra cosa es que no hayan hecho el traspaso. Todas las comunidades y entre ellas Castilla-La Mancha están pendientes de las transferencias. De hecho su consejero no pudo venir a la reunión que tuvimos sobre encefalopatía porque ese día estaba allí presentando esa ley. Se están preparando esas transferencias; eso es bueno, es un ejercicio necesario donde las comunidades tienen que prepararse. Nos encontramos con ese escenario transferencial y también durante el primer semestre del año que viene, estará el proceso de financiación, un proceso en el que está trabajando el Ministerio.

Señora Valentín, me hubiera gustado hacerlo hoy, pero estoy seguro que tendré oportunidad de expresarle cuál es la posición del Ministerio al respecto sobre la materia de financiación. Desde el punto de vista de lo que entendemos en Sanidad, esa financiación tiene que ser la justa y suficiente para desarrollar la actividad que se va a transferir, y aquellas comunidades que ya tienen la transferencia que las puedan desarrollar sin problemas.

Si hablamos de aspectos concretos de las ofertas de empleo público, la de 1997 está paralizada por los tribunales. Ha habido múltiples reuniones con todos los interesados por parte del Insalud dirigidas por su director general, y por tanto están en ese proceso de negociaciones. Como sabe, muchas ofertas de empleo público lamentablemente están paralizadas, y uno tiende a pensar que cualquier oferta de empleo público que publiquemos en este país va a acabar siendo paralizada por una federación de academias de Galicia o por cualquier otro grupo asociativo. Es un problema que estamos intentando solucionar no sin dificultades. En el proceso de traslados hay temas de propietarios donde ya no es que alguien no pueda ocupar una plaza por las condiciones en que la oferta de empleo público salió, es que sus propias familias no pueden trasladarse, si se trasladan están en condiciones de inseguridad o tienen que contratar nuevas pólizas o nuevas hipotecas para comprar casas. Es un problema que se está negociando para ver qué posibilidades de solución hay. Va a ser muy difícil publicar cualquier otra oferta pública de empleo mientras no se resuelvan las anteriores, parece lógico, pero en ese proceso de negociación está el Insalud.

Respecto a las condiciones del personal estatutario, es otro tema que, como ustedes saben muy bien, pertenece al área de la Subsecretaría, pero es un área donde la Subsecretaría está trabajando y contactando con los diversos actores que participan en ese proceso. Yo no diría que la normativa que saca Murcia está en contra o dificulta un posible desarrollo del estatuto-marco, no obstante para eso está la Dirección General de Relaciones Institucionales y Alta Inspección para ver la validez normativa de esa regla o de cualquier otra regla que pudiera salir.

Las competencias de salud pública, como ustedes saben señorías, están transferidas, están en manos de las comunidades autónomas, y en materia de encefalopatías espongiformes bovinas les quisiera transmitir que ha habido una perfecta coordinación con todas las comunidades autónomas. El hecho de que el otro día en el Consejo Interterritorial se suscitara esto en ruegos y preguntas, ha dado lugar a que haya una petición, por acuerdo de todas las comunidades autónomas, para definir exactamente en qué situación se encuentran todas las comunidades autónomas, que se remita esa información al Ministerio de Sanidad de forma inmediata, así como cualquier otra medida que se pueda tomar de cara a la información a los ciudadanos y que no se haya tomado. Ese compromiso que adquirimos todos el otro día en el Consejo Interterritorial se ha formulado por escrito a todas las comunidades autónomas para si es necesario realizar una nueva reunión, no con urgencia para que demos la sensación a los ciudadanos de que está pasando algo que no estamos haciendo porque no es así.

No obstante les quisiera recordar algunos aspectos respecto a esto pues creo que la gente a veces olvida, y es que desde el mismo momento en que se comunicó por el Ministerio de Agricultura a Sanidad que efectivamente había un caso de encefalopatía espongiforme, se comunicó minutos después a todas las direcciones generales de salud pública de este país, y al día siguiente, el 23 de noviembre, hubo una reunión, no hace falta que recuerde que incluso hubo un acuerdo en esa comisión de salud pública del Consejo Interterritorial en el que se acordaron que las medidas, como primer punto y no leo el resto que son peticiones realizadas al Ministerio de Agricultura que ha aceptado, sino como primer punto que las medidas de salud pública que se están aplicando por las autoridades sanitarias son las adecuadas según la doctrina científica existente hasta el momento sobre la enfermedad, documento que por cierto firman todas las comunidades autónomas con sus nombres y apellidos. Yo creo que debe funcionar así.

Pero es que, además, hubo nuevas reuniones, el 30 de noviembre, una semana más tarde, en la que se enjuició por parte de todos los responsables de salud pública de este país la tercera actualización del programa de prevención y erradicación de la encefalopatía espongiforme bovina y hubo una serie de recomendaciones para que el Ministerio de Agricultura las incluyera, y así se hizo. De hecho, el miércoles siguiente a la culminación del plazo para que las comunidades lo ratificaran, que ratificaron, el Comité ejecutivo de la comisión interministerial de seguridad alimentaria insistió de nuevo en reforzar estos criterios anteriores. Por tanto, creo que hay que transmitir a la población que las cosas se han hecho, se han hecho bien, y cualquier otra medida que tengamos para tranquilizar a la población es buena, se han pedido a las comisiones después de la discusión que hubo el otro día en el Con-

sejo Interterritorial, y si hay nuevas medidas de información que por la razón que sea no se han tomado, obviamente se tomarán en esa reunión entre la ministra y los consejeros de sanidad de las distintas comunidades autónomas.

La estructura de la Agencia de seguridad alimentaria, si me permiten la licencia, la van a conocer ustedes mejor que yo, porque lo que tenemos en este momento es un proyecto. Ustedes van a decidir aquí exactamente lo que quieren que sea esa Agencia, y en cualquier caso van a intervenir en su constitución. Yo estaré encantado en la medida de las posibilidades de ayudarles, a pesar de que es otra área que queda dentro de la Subsecretaría, pero estaré encantado de hacerlo.

Dentro del Instituto de Salud Carlos III, concretamente a la pregunta que usted ha formulado, señoría, del Centro de Investigación del síndrome tóxico, no importa tanto que quede como tal o quede incluido o complementado con otras áreas de mutuo interés dentro de los centros nacionales, y no digo que eso se vaya a producir, simplemente creo que no importa tanto eso como que cumpla sus funciones. Efectivamente, las está cumpliendo, es además una petición de las Cámaras y tiene convenios con el centro de enfermedades de Atlanta, para resolver nuevas situaciones que puedan darse.

Estos convenios están funcionando y estaremos encantados de hacerles llegar las conclusiones que se derivan de esos estudios.

En cuanto a la actividad del centro nacional de investigaciones oncológicas, no hay ningún problema en transmitírselo. Lo que ocurre es que no sé en qué foro se hizo esa petición, si se hizo en el foro adecuado, desconozco por qué no se ha mandado, pero es una fundación de carácter público, por tanto son presupuestos públicos, y no hay ningún inconveniente, señora Valentín, en hacérselo llegar.

En cuanto a la Escuela Nacional de Sanidad, tampoco entiendo muy bien cuáles son las dudas sobre ella. Nosotros pretendemos reforzarla, como la Escuela de Sanidad y Medicina del Trabajo y otras áreas del Insalud que se han integrado en el Instituto de Salud Carlos III. Ya he dicho durante mi comparecencia que estamos interesadísimos —es nuestra responsabilidad— en potenciar y mejorar todo lo que es la formación de nuestros profesionales de cara a su preparación, a lo que es este país y a lo que es la próxima competencia que vamos a tener dentro de la Europa social a la que caminamos queramos o no. Cada día las fronteras están más desdibujadas, vamos a tener dentro de nada una Europa económica, pero la Europa social cada día viene con más fuerza, más directivas, más proyectos conjuntos, más conocimientos de gestión de los distintos países, y de hecho precisamente uno de los objetivos del observatorio que yo he enunciado aquí, y que me parece de importancia nacional, está dirigido fundamentalmente a conocer las buenas prácticas en las

distintas comunidades para poder compartirlas, pero es que el Observatorio de la Unión Europea que está en Copenhague —hay otro en Londres, como usted sabe, y otro precisamente en el Carlos III, en Madrid— está dirigido a conocer aquellos elementos de gestión y salud pública que puedan ser interesantes de otros países y poder incorporarlos y compartirlos en el seno de la Unión Europea. Por tanto es un área en la que obviamente iremos trabajando cada vez más.

Los datos comparativos sobre las fundaciones de Manacor y Alorcón tampoco estoy seguro de que se solicitaran en la comparecencia que tuvimos de presupuestos. Es obvio que de todas formas no formaba parte de aquello, pero insisto en que esos son datos que una vez estudiados —y ya no sólo las fundaciones, sino también los hospitales de Alcira, de Arriendas, etcétera— y comparados con los hospitales tradicionales, pueden ser analizados y debatidos no solamente en esta Cámara. Precisamente la política de desarrollo de la Secretaría General que yo les he expuesto esta mañana va dirigida a eso, a obtener esos indicadores, a obtener las normas, los procesos y los resultados de funcionamiento de todas estas instituciones, para que después podamos sacar conclusiones. Es lo relativo al sistema de información, al Observatorio nacional y al Observatorio europeo.

Las unidades clínicas estaban previstas en el plan estratégico, y desde luego la intención del Insalud, como creo que su director general ya ha manifestado, es continuar con esto.

Efectivamente, se ha producido la creación de unidades específicas sobre anorexia y bulimia, no cabe duda, y de hecho no solamente ya las hay en el Insalud y en las comunidades, sino que cuando tenemos las reuniones de coordinación, junto con salud mental son las áreas donde ponemos de manifiesto los planes específicos que hay para la creación de nuevas unidades, o las unidades de salud mental infantil, etcétera. Por tanto, ahora no podría darle siquiera las que hay ni las que están previstas, pero no hay ningún problema en remitir a S.S. la información respecto a ese tipo de cuestiones.

En cuanto al tema de atención sociosanitaria de cuidados paliativos, les tengo que decir que se suscitó también el otro día en la reunión del Consejo Interterritorial, en cumplimiento de lo que se había solicitado del plan de cuidados paliativos y en el que todas las comunidades han participado, una propuesta de plan de cuidados paliativos. Hubo alguna comunidad autónoma que hizo referencia a que no le parecía suficiente, que aquello eran unas bases para el plan y no propiamente el plan. Es una forma de entenderlo. En esta petición que se ha hecho —porque además hubo un acuerdo de todos los consejeros de complimentar esa información— también se ha expuesto la necesidad de que manifiesten cuál es la situación de las distintas comunidades autónomas, que por cierto varía mucho

en cuanto a los planes de cuidados paliativos. Hay comunidades que los tienen muy desarrollados, hechos además por gobiernos de distintas adscripciones políticas, como puede ser la comunidad valenciana, con el plan Palet, y hay otras que tienen menos desarrollo. Con el plan de cuidados paliativos se trataba de establecer, como se hace en un hospital, un plan director en el que sepamos todas las comunidades hacia dónde nos encaminamos, y cuando haya que hacer una unidad de atención de paliativos o cuidados del paciente en su casa, que sepamos hacia dónde vamos porque hay un plan nacional que define esas líneas directrices. Ése era el objetivo y así se había planteado por todos los representantes de las comunidades autónomas. Otra cosa es que luego en el Consejo Interterritorial, que para eso somos consejeros, se pida otro tipo de información. Como hemos acordado incluir esa información, lo vamos a hacer y en cuanto esté formalizado lo mandaremos, creo que al Senado.

Respecto al plan sociosanitario también se ha pedido a todas las comunidades que nos digan cuál es su situación. La Dirección General de Planificación está intentando hacer un plan de coordinación de la atención sociosanitaria, y como usted sabe muy bien y lo he dicho en mi comparecencia, esta atención sociosanitaria no es propiamente una actividad que desarrolla el Ministerio de Sanidad. La desarrollan otros ministerios, la desarrollan las comunidades autónomas que lo tienen transferido y la desarrollan incluso diputaciones, entes locales y, por qué no, empresas privadas. Se trata de coordinar esos esfuerzos y que una vez más con el plan de cuidados paliativos sepamos que cualquier piedra que pongamos sea una piedra que está bien puesta dentro de un plan nacional general y donde podamos compartir la información que existe de todos estos recursos. En cualquier caso, en ese proceso participen todas las comunidades autónomas, por tanto SS.SS. pueden tener la tranquilidad de que todas las comunidades van a aportar ese conocimiento, y por tanto la cuantificación que se haga va a depender obviamente de las distintas aportaciones que van a hacer las instituciones, comunidades autónomas, diputaciones, etcétera.

En cuanto a la industria farmacéutica, saben ustedes que hubo un acuerdo o preacuerdo —no lo recuerdo muy bien porque, insisto, forma parte del área de la Subsecretaría, pero estoy encantado de informar sobre ello— de 5.500 millones, cuya intención es dedicarlos al centro nacional de investigaciones oncológicas, al centro de investigación cardiovascular y a la fundación para la cooperación internacional. Les tengo que decir, no sé si ya lo he dicho en alguna comparecencia, que con cada peseta que España está dedicando a ayuda internacional está realizando una labor extraordinaria. Se lo digo porque como jefe de delegación española en la Organización Panamericana de Salud uno se da cuenta de que los programas establecidos entre el

Ministerio de Asuntos Exteriores, Sanidad y la Organización Panamericana de Salud están desarrollando medidas que incluso son interesantes para nosotros. Sepan ustedes que hay muchos centros de transfusión de sangre en Sudamérica en donde no se hace ningún cribado para sida por ejemplo. Imagínense ustedes que necesitan una transfusión en Bolivia, les hacen una transfusión y esa sangre no está cribada para el sida. Ésta es una labor que está realizando fundamentalmente España y parte de esos presupuestos, aparte de lo que dediquen a ello los Presupuestos Generales del Estado, van a ir a esta labor.

Yo no diría que la estructura que tiene la Secretaría General incrementa la burocracia en el Ministerio. No diría eso por una razón: porque a diferencia de la legislación anterior, la voluntad es transferir. Por tanto, una vez que los servicios centrales y todo lo que son los servicios de salud de las comunidades autónomas estén transferidos, el Ministerio de Sanidad tiene que desarrollar lo que probablemente no ha desarrollado del todo hasta ahora. Esto quizá es entonar el *mea culpa*, pero es un *mea culpa* mío y de todos los gobiernos anteriores. Creo que el Ministerio de Sanidad tiene que ejercer su papel; el papel de coordinar, de vigilar la normativa vigente, de garantizar el acceso de todos los ciudadanos al Sistema Nacional de Salud, y centrarse menos en algunos aspectos puntuales, como ha dicho el señor Burgos, de gestión sanitaria, que pueden ser

muy interesantes, pero el Ministerio está para otras cosas y esta Comisión evidentemente también.

En cualquier caso, quiero culminar diciendo que iniciamos una nueva etapa, que la Secretaría General ha sido creada precisamente para eso, para configurar ese nuevo Ministerio y que, por tanto, aparte del proceso transferencial vamos a dedicar todos nuestros esfuerzos a establecer esa nueva situación a la que el Ministerio se va a enfrentar a partir probablemente del año 2003, entendiendo que las transferencias puedan realizarse durante el año 2002.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor secretario general. Agradecemos su comparecencia, que ha sido muy amplia, muy exhaustiva en su exposición.

Sin más quiero felicitar a todos las Pascuas, desearles una feliz salida y entrada de año, y también, cómo no, quiero condenar y repudiar, en nombre de toda la Comisión, el asesinato cometido esta mañana por la banda terrorista ETA en Barcelona, de un guardia municipal, don Juan Miguel Gervilla. Quiero que conste en el «Diario de Sesiones» nuestra condolencia por ese vil atentado.

Sin más, se levanta la sesión. Muchas gracias.

Eran las dos y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**