



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2001

VII Legislatura

Núm. 402

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ

Sesión núm. 20

celebrada el miércoles, 19 de diciembre de 2001

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor director general del Insalud (Bonet Bertomeu) para informar sobre:

- **El posible contagio de hepatitis C de varios pacientes del Hospital Nuestra Señora de Alarcos (Ciudad Real) al recibir hemodiálisis. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000802.) 13112**
- **El fallo de la red de alerta sanitaria a propósito de los casos de hepatitis C en pacientes sometidos a diálisis en el Hospital de Ciudad Real (Insalud). A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000545.) 13112**
- **La actuación del Insalud en el caso del fallecimiento de un niño el día 22 de agosto de 2001 en La Bañeza (León). A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 212/000598.) 13117**
- **El incremento constante de las listas de espera en los hospitales públicos gestionados por el Insalud y la alarmante situación de colapso de algunos servicios de urgencia de esos mismos**

	Página
hospitales. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000496.)	13121
Preguntas:	
— De la señora Valentín Navarro (Grupo Parlamentario Socialista), sobre criterios que se están aplicando en la gestión de recursos humanos en el complejo hospitalario de Albacete en los meses previos a la transferencia efectiva de las competencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social al Gobierno de Castilla-La Mancha. (Número de expediente 181/001057.) .	13128
— Del señor Cuadrado Bausela (Grupo Parlamentario Socialista), sobre procedimientos seguidos en la adjudicación del servicio de transporte sanitario en Zamora. (Número de expediente 181/001096.).....	13131
— Del señor Blanco García (Grupo Parlamentario Socialista), sobre las previsiones acerca del nuevo hospital del área sanitaria III (Reinosa) de Cantabria. (Número de expediente 181/001094.).....	13134
— Del mismo señor diputado, sobre los motivos por los que el Insalud se negó a incluir a un paciente en la lista de espera de trasplantes de hígado dejándole en situación de total abandono con inminente riesgo y peligro de muerte, según sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria. (Número de expediente 181/001104.)	13135
— Del mismo señor diputado, sobre el horizonte temporal previsto por el Gobierno para terminar las obras de reparación del Hospital Marqués de Valdecilla y el plan director (fase I y II) (Cantabria). (Número de expediente 181/001129.)	13138

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

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (BONET BERTOMEU) PARA INFORMAR SOBRE:

- **EL POSIBLE CONTAGIO DE HEPATITIS C DE VARIOS PACIENTES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ALARCOS (CIUDAD REAL) AL RECIBIR HEMODIÁLISIS. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000802.)**
- **EL FALLO DE LA RED DE ALERTA SANITARIA A PROPÓSITO DE LOS CASOS DE HEPATITIS C EN PACIENTES SOMETIDOS A DIÁLISIS EN EL HOSPITAL DE CIUDAD REAL (INSALUD). A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000545.)**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo, con el orden del día que todas SS.SS. conocen. Por acuerdo de Mesa y portavoces las dos comparecencias que figuran en primer lugar en el orden del día se debatirán conjuntamente, y en sustitución de la señora ministra de Sanidad y Consumo comparece el director general del Insalud.

Sin más preámbulo, doy la palabra al señor director general del Insalud para que explique el posible contagio de hepatitis C de varios pacientes del hospital Nuestra Señora de Alarcos, de Ciudad Real, al recibir hemodiálisis. Esta comparecencia ha sido a petición del Gobierno. Igualmente, el señor director general dará explicaciones sobre el fallo de la red de alerta sanitaria a propósito de los casos de hepatitis C en pacientes sometidos a diálisis en el hospital de Ciudad Real, del Insalud. Como es obvio, los dos puntos del orden del día se subsumen en una única comparecencia, para lo cual tiene la palabra el doctor Bonet, director general del Insalud.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías. En cuanto tuve conocimiento, por una noticia de prensa, a comienzos del mes de octubre de la denuncia formulada por un paciente de Ciudad Real contra el complejo hospitalario de Nuestra Señora de Alarcos por haber contraído el virus de la hepatitis C en una sesión de hemodiálisis y la posibilidad de que pudiera haber más pacientes infectados, solicité comparecer ante esta Comisión para informar convenientemente de lo sucedido.

Pues bien, señorías, la descripción de los hechos es la siguiente. El pasado día 1 de octubre se tuvo conocimiento en la Subdirección General de Asistencia Sanitaria del Insalud, a través de informaciones de prensa de Ciudad Real, *Europa Press* y el diario *Lanza*, de la denuncia formulada por un vecino de Ciudad Real con-

tra el complejo hospitalario Nuestra Señora de Alarcos, en adelante complejo hospitalario de Ciudad Real, por un delito de imprudencia temeraria tras contraer el virus de la hepatitis C en una sesión de hemodiálisis, asegurándose que existían otros once pacientes infectados. También se decía que la dirección del complejo hospitalario desconocía la existencia de esta denuncia y se negaba que hubiera existido en ningún momento un contagio por el virus de la hepatitis C, aunque sí se reconocía que varios pacientes en hemodiálisis habían estado en la pasada primavera en contacto con dicho virus, refiriendo a continuación que el hospital había adoptado todas las medidas preventivas y de aislamiento, así como de información a los pacientes. Puestos en contacto con el director territorial de Castilla-La Mancha a primera hora del día 2, manifestó desconocer la noticia y no haber recibido información alguna al respecto, determinándose conjuntamente la apertura urgente de una investigación por los servicios de inspección sanitaria de la Dirección Provincial de Ciudad Real. Contactado telefónicamente el director gerente del complejo hospitalario de Ciudad Real, facilita información sobre el brote confirmando el mismo con probable fecha de inicio en el mes de abril de 2001 y resumiendo la secuencia de aparición de forma casual al realizar la analítica mensual rutinaria en el control de esos pacientes, detectándose en nueve pacientes un incremento de transaminasas el 7 de mayo, 13 pacientes el 13 de junio, ya con un paciente con anticuerpos VHC, 16 pacientes el 9 de julio, de los cuales seis tenían anticuerpos, y 18 pacientes el 6 de agosto, con 15 positividades de anticuerpos VHC. Preguntado el director gerente sobre si se había hecho notificación de enfermedad de declaración obligatoria a la Delegación de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, afirmó que no se consideró oportuno en su momento para no generar alarma social y entendiendo que el brote estaba controlado por haberse adoptado todas las medidas de aislamiento y uso individual de monitores y material desechable por el personal sanitario, igualmente diferenciado respecto de los pacientes en hemodiálisis. También se le comunica que se ha solicitado la apertura de una investigación urgente y que deberá emitir informe escrito de su versión de los hechos y actuaciones llevadas a cabo, informe que fue presentado en la tarde del día 4 de octubre.

Señorías, la sección de nefrología del complejo hospitalario de Ciudad Real lleva a cabo el control de 148 pacientes, 116 que se dializan en el propio hospital y en un centro satélite denominado centro piloto y 32 pacientes en centros concertados. Como datos epidemiológicos podemos aportar que el actual brote de hepatitis C se produce en 18 pacientes, detectándose a través del incremento de transaminasas en la revisión analítica del mes de mayo, incrementándose en los meses siguientes, tal y como se ha mencionado, y con la aparición de anticuerpos anti VHC de forma gradual

hasta alcanzar los 18 pacientes. Esta cifra supone una incidencia del 12,16 por ciento sobre el total de pacientes hemodializados, evidentemente superior a las cifras de incidencia reflejadas en estadísticas del centro de control y de prevención de enfermedades de Estados Unidos, CDC de Atlanta, que establece una tasa de incidencia de infección por virus de la hepatitis C en hemodiálisis de entre el 0,73 al 3 por ciento y una tasa de prevalencia en hemodiálisis en el año 1999 en Estados Unidos del 8,9 por ciento, mencionando que puede alcanzar en algún estudio hasta el 40 por ciento. Esta unidad de hemodiálisis había tenido tasas de incidencia de seroconversión en rangos similares a los citados entre 0 y 2,5 anual. Como causas desencadenantes, desde el punto de vista epidemiológico se citan en la literatura médica pacientes con más de cinco años en programas de hemodiálisis, las transfusiones sanguíneas en progresivo descenso en los últimos años, el material sanitario desechable, los monitores de hemodiálisis, el uso compartido de utensilios, jeringas, manguitos de presión arterial, envases de multidosis de heparina o fármacos y otros elementos en relación con la técnica de hemodiálisis que pudieran estar contaminados por sangre o secreciones de los pacientes. Respecto al manejo de los episodios de infección, el estudio de la CDC no considera imprescindible el aislamiento físico en compartimentos diferenciados, pero sí el uso individualizado de monitores y equipamiento de hemodiálisis e incluso personal sanitario específico, evitando siempre el contacto con la sangre y secreciones de los pacientes y extremando las medidas de desinfección y limpieza de monitores y de la unidad.

Del informe aportado por la dirección gerencia puede deducirse que se han adoptado las medidas oportunas en la unidad de hemodiálisis a raíz del brote. En cuanto a las decisiones adoptadas, puedo informar a SS.SS. lo siguiente. Además de la apertura de una investigación por los servicios de inspección de Ciudad Real, la Delegación de Sanidad de la Junta de Castilla-La Mancha abrió en su día una investigación epidemiológica para determinar las causas del brote y su estado actual para valorar si se puede considerar definitivamente controlado. La dirección general decidió el cese del director gerente del complejo hospitalario de Ciudad Real con fecha 4 de octubre de 2001, exclusivamente por no haber comunicado los hechos a sus superiores jerárquicos y por no haber instado a los servicios de nefrología y medicina preventiva a hacer la notificación de enfermedad de declaración obligatoria una vez conocido el brote, según lo previsto en los artículos 9, 10, 13, 15 y 16 del Real Decreto 2210/1995, de fecha 28 de diciembre de 1995, tomando la decisión contraria, argumentando la alarma social que ello provocaría. Del informe efectuado por la inspección del equipo territorial de Castilla-La Mancha pueden extraerse las siguientes conclusiones. Se ha producido efectivamente un brote de hepatitis C en este año, del que se tuvo

conciencia real en julio, no produciéndose comunicación oficial del mismo ante la Delegación Provincial de Sanidad hasta octubre, a requerimiento de ésta y de la Subdirección General de Asistencia Sanitaria. La falta de comunicación del brote a las instituciones citadas, la primera de carácter obligatorio y la otra a las autoridades del Insalud, cuando menos conveniente u oportuna, motivó la decisión de cesar a la máxima autoridad del hospital, su director gerente, señor Ansón Manso, el día 4 de octubre de 2001, al tener constancia de que había sido él quien lo había desaconsejado. La hipótesis más probable que puede establecerse es la existencia de un error humano accidental, sin que haya podido determinarse la causa última —jeringuilla utilizada con varios pacientes, envase multidosis de heparina, contacto con sangre entre pacientes de la unidad. La no separación de pacientes con anticuerpos VHC positivo y el resto de los pacientes, aunque aconsejable, no es considerada estrictamente necesaria por los expertos del CDC norteamericano ni otros autores, ni fue posible dada la tipología de pacientes de la unidad, con pluripatologías que no hacían aconsejable su traslado al club satélite de diálisis. En el complejo hospitalario de Ciudad Real se han adoptado las medidas de manejo individualizado de cada paciente portador de anticuerpos, agrupándolos en una zona física de la sala de diálisis separada del resto de pacientes, utilizando con aquellos material desechable, encontrándose el brote controlado en la actualidad. Desconocemos hasta el momento el informe epidemiológico que haya elaborado la Delegación de Sanidad de Ciudad Real, adscrito a la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, que puede aportar nuevos elementos para determinar la causa última de este brote epidémico de hepatitis C. Dicho informe ha sido solicitado por el director territorial del Insalud de Castilla-La Mancha a dicha delegación, informe que no se conoce al día de hoy.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director general del Insalud.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Tras las breves explicaciones del director general del Insalud, el Grupo Socialista quiere expresar en esta Comisión de Sanidad que los hechos acaecidos en el complejo hospitalario de Ciudad Real en el mes de abril y sobre todo el fallo en los controles públicos para detectar estas situaciones en el momento en que se producen traspasan los límites de lo aceptable. Señor director general, ¿usted cree que es de recibo que el contagio se produzca en el mes de abril, tal y como acaba de exponer, y que el Insalud, a nivel central, se entere por la prensa seis meses después? ¿Usted cree que es de recibo que habiendo en

Ciudad Real un director provincial del Insalud y habiendo en Castilla-La Mancha un director territorial del Insalud no tuvieran conocimiento del contagio de 18 pacientes sometidos a hemodiálisis de hepatitis C? No sé cómo se podrán explicar las cosas pero estoy absolutamente convencida de que el gerente del hospital tiene que despachar casi a diario con el director provincial del Insalud porque el gerente del hospital actúa con una autonomía limitada; si no es así, desde luego no sé para qué queremos responsables provinciales y territoriales del Insalud en ninguna de las comunidades autónomas gestionadas todavía por el Ministerio de Sanidad. Usted decía que la hepatitis C es una enfermedad de declaración obligatoria. La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha no tuvo en ningún momento notificación por parte de la Dirección Provincial del Insalud, ni del propio hospital, hasta que se conoce la noticia a través de los medios de comunicación. Para el Grupo Socialista esto significa descontrol total y absoluto de la gestión hospitalaria por parte de los máximos responsables del Insalud y del Ministerio de Sanidad. Dicen ustedes que cesan al gerente del complejo hospitalario de Ciudad Real. Si con eso consideran que el problema se ha terminado están muy equivocados porque, además, el gerente que cesan no es el que estaba en el momento de producirse el contagio de hepatitis C de los 18 pacientes sometidos a diálisis en el complejo hospitalario de Ciudad Real. La gestión de las crisis, desde luego, no es su fuerte, señor Bonet, ni es la principal preocupación de la señora ministra de Sanidad, que por cierto hoy tenía que estar aquí dando estas explicaciones, ya que se pidió por parte del Grupo Socialista su comparecencia, pero, al parecer, tenía otras cosas más importantes que hacer.

El Ministerio de Sanidad y el Insalud reaccionan tarde y mal. Cesan deprisa y corriendo a un gerente que no era el responsable cuando se produjo el contagio y piensan ustedes que con eso está todo hecho. A mí me gustaría comentarle que si esto fuera un caso aislado, si el fallo de los controles públicos, si el fallo de la red de alerta sanitaria se hubiera producido como un hecho aislado en este caso, aunque no tendría ninguna justificación, podríamos entenderlo como eso, como un caso aislado, pero es que hace tres o cuatro meses se produce otro fallo de esos controles públicos, ocasionando la muerte de personas sometidas a hemodiálisis cuando fallan los controles en el caso de los dializadores de Baxter. En el mismo mes de agosto, un fármaco destinado a actuar contra el colesterol, el Lipobay, produce también destrozos en la vida de muchas personas. Si nos remontamos a hace aproximadamente un año, la crisis alimentaria más importante de salud pública que se ha producido en este país, la encefalopatía espongi-forme bovina, se produce también como consecuencia de los fallos de los controles públicos. Esto, señor Bonet, desde el Grupo Socialista, se interpreta, repito, como una gestión desastrosa del territorio Insalud del

Ministerio de Sanidad porque nos da la sensación de que prima más el criterio empresarial, el criterio del ahorro desde el punto de vista económico de un servicio tan esencial como es el sanitario, que la preocupación por garantizar la calidad de ese servicio y la salud de los ciudadanos. Para ustedes el mayor ahorro es sinónimo de mejor gestión, y estamos viendo que esto, en determinadas actuaciones, lo único que produce es sufrimiento y deterioro, cuando no la muerte de algunas personas. Están ustedes en un momento prácticamente de liquidación del Insalud; sólo falta poner en la puerta de la calle de Alcalá el cartel de: Cierre por derribo. Están ustedes intentando quitarse de encima a toda costa la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y en ese proceso están sumiendo a los servicios sanitarios de las comunidades autónomas que todavía dependen de ustedes en una situación que va a ser difícil remontar cuando la gestión se asuma por las propias comunidades autónomas. La calidad de la asistencia sanitaria, la preocupación por el control y la gestión de las crisis cuando se produzcan, como en este caso, la dotación de los centros sanitarios tanto de personal como de medios materiales para que sean seguros y estén bien organizados, aprovechando los excelentes profesionales sanitarios que tiene el Sistema Nacional de Salud y que trabajan para el Insalud, hubiera sido una cuestión a alabar del equipo del Insalud antes de hacer las transferencias, pero resulta que la actuación ha sido justamente la contraria.

En el caso concreto del contagio de hepatitis C, en el mes de abril, de 18 pacientes sometidos a hemodiálisis, nos gustaría que nos explicara algunas cuestiones sobre las que usted no se ha pronunciado. ¿Cuándo se les comunica a los afectados que han sido contagiados de hepatitis C mientras se sometían a diálisis en el complejo hospitalario de Ciudad Real? Hemos leído en los medios de comunicación que ha habido algún paciente que estando dializándose en Cataluña se le ha comunicado en ese centro sanitario que estaba infectado de hepatitis C, sin haberlo conocido previamente. Queremos saber en qué momento se le comunica a la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha el brote. Por cierto, la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha no se conforma con el informe remitido por el complejo hospitalario de Ciudad Real y decide realizar un estudio epidemiológico, con el objetivo, en primer lugar, de garantizar que la unidad de hemodiálisis funcione correctamente, y en segundo lugar para determinar las posibles causas del brote. Queríamos saber también cuáles son las deficiencias detectadas por la inspección realizada en la unidad de hemodiálisis por el propio Insalud. Queremos saber si se ha producido en la primera quincena del mes de octubre alguna otra epidemia. Queremos saber quién era el gerente del complejo hospitalario cuando se produce el brote de hepatitis C. Queremos saber cuántos casos de hepatitis C se detectan en la uni-

dad de hemodiálisis del complejo hospitalario de Ciudad Real durante los años 1998, 1999, 2000 y 2001. Y queremos saber, señor Bonet, qué medidas se van a tomar por el Ministerio de Sanidad a través del Insalud para evitar que esta situación se vuelva a producir. Repito, no saben ustedes gestionar las crisis, reaccionan tarde y mal cuando se producen, no informan a los pacientes en este caso afectados de hepatitis C y encima ninguno de ustedes es responsable de nada. Con el cese del gerente del hospital, repito, que no era el mismo que cuando se produce el contagio, creen que han liquidado todas las responsabilidades. ¿Tiene alguna responsabilidad el director provincial del Insalud de Ciudad Real o el territorial de Castilla-La Mancha o usted mismo, señor Bonet?

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo desea intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Felicidades, señor director general, por esta breve, como ha dicho la portavoz socialista, pero concisa intervención informándonos sobre el brote de hepatitis en el hospital de Ciudad Real. Después de haber oído a la portavoz socialista, tengo que decir que su intervención da respuesta a la mayoría de las preguntas que le ha hecho.

Quiero destacar su honestidad en esta información, puesto que ha dicho claramente que tuvo conocimiento del contagio de hepatitis por una vía distinta a la correcta, esto es, a través de la denuncia de un paciente publicada en un periódico de Ciudad Real. Digo que no es la correcta porque usted ha reconocido que teniendo conocimiento del hecho el gerente del complejo no informó a sus superiores jerárquicos, como era su obligación. Aquí hay que destacar que no fallaron los controles, puesto que el gerente lo sabía. Se tomaron medidas y los 18 pacientes fueron apareciendo mes a mes. Además, hay que informar a la portavoz socialista de que la infección se produjo en un momento y se detectó en otro y que fue gracias a una analítica rutinaria por lo que se pusieron de manifiesto esta serie de casos. También hay que decir que en cuanto se tiene conocimiento de ello se toman medidas, esto es, en cuanto se comprobó que no solamente no se había informado a la autoridad jerárquica, sino que no se había comunicado a la administración responsable del control epidemiológico, que en este caso es la Delegación de Salud de Ciudad Real, dependiente o adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Castilla-La Mancha, al ser la hepatitis C una enfermedad de declaración obligatoria, se tomaron las medidas oportunas, se realizó un informe previo por la inspección sanitaria y se cesó automáticamente al responsable del único error conocido en este caso, que fue no comunicarlo ni a la autoridad epidemiológica responsable ni a los superiores jerárquicos

porque se habían tomado otra serie de medidas, las preventivas y asistenciales, según se desprende del informe de la inspección mencionado, y el brote había sido controlado.

Hasta aquí los datos que nos ha facilitado. Y en cuanto a nuestra labor de control parlamentario, la cumplimos demandando esta información y comprobando que se tomaron las medidas correctas. Según se desprende del informe del director general, la actuación de la Administración ha sido rápida, ya que intervino en cuanto se enteró; diligente, propiciando la intervención del órgano competente, que era la inspección sanitaria; correcta, en cuanto que el brote quedó controlado; y con autoridad, en cuanto que se cesó automáticamente al director del complejo, autor del único error conocido. Sólo nos queda conocer las causas pero, como bien sabemos, en este tipo de episodios y con esta clase de enfermos, la mayoría con pluripatologías y con problemas de inmunodeficiencia, existe no una multiplicidad de factores, sino toda una constelación de ellos, en donde no desechamos ni ha desechado el director general el error humano, pero ahí ya no llegamos nosotros y será la Delegación de Salud la que tendrá que dictaminar y tomar las medias oportunas y en su caso los juzgados.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar el doctor Bonet, director general del Insalud. Pero antes quiero advertirle, en relación con la batería de preguntas que le ha formulado la señora Valentín, que a lo mejor hay algunos datos puntuales que usted no tiene en estos momentos, por lo que le pediría que, si es así, se los remitiese por escrito.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): La primera cuestión que quiero destacar es que en mi intervención ha quedado explícito que enterarse del brote en la dirección general y en la Junta de comunidades a través de la prensa es un fallo de la red de alerta. Cuando se habla de fallos de los controles públicos, efectivamente estos se producen porque alguno de los eslabones no funciona adecuadamente. De hecho, con respecto a una de las cosas que S.S. ha comentado, esto es, que solamente se han depurado responsabilidades cesando al gerente, que además no era el culpable del brote, puesto que éste ya existía, ya lo había explicado con claridad. Al señor Ansón Manso se le cesa exclusivamente porque no comunica el brote, como era su obligación, a la Junta de comunidades ni a la subdirección general, a la dirección territorial. Cuando usted dice que ha fallado la red de alerta, es precisamente en ese eslabón, en la obligación de comunicar el brote para que la red de alerta funcione adecuadamente. Por tanto, únicamente fue cesado por eso. Y probablemente el gerente que había cuando se produjo el hipotético contagio en la unidad no sería directamente el responsable, salvo que hubieran fallado

los elementos de ordenación del servicio, los elementos de seguridad que en toda unidad deben existir. Por tanto, en ese sentido es bastante más complejo determinarlo a falta de que tengamos el informe completo sobre las causas, si es que algún día podemos conocerlas, que produjeron el brote. De momento no tenemos más datos sobre fechas anteriores ni sobre los años 1998, 1999 y 2000 a los que usted se ha referido.

Respecto de los fallos de control público a los que también ha hecho usted referencia, tengo que decir que en la crisis alimentaria el Insalud ha dado respuesta cumplida y ha estado en el lugar que le correspondía. Tempranamente puso al día el informe sobre la enfermedad de Creutzfeld-Jakob, que puso en circulación en todos sus servicios, siendo además utilizado después por el resto del sistema sanitario público. Por tanto, el Insalud estuvo dando respuesta para dar mayores cotas de seguridad al sistema y crear la red de referencia para la enfermedad de Creutzfeld-Jakob de forma adecuada y estar preparados para cualquier incidencia que pudiera haber habido. La verdad es que es la primera vez que oigo hablar de que el Insalud ahorra. Le agradezco que lo diga, porque probablemente a otros señores de otros departamentos ejecutivos les interesará saber lo que el Insalud ahorra, pero yo al menos no soy consciente de ello. Intentamos gestionar con eficiencia, intentamos priorizar, intentamos gastar con oportunidad y, por tanto, el concepto de ahorro no lo tenía demasiado interiorizado. Le aseguro que el Insalud no se va a cerrar por derribo. Desde la Dirección General del Insalud se transfieren unos servicios como consecuencia de que las comunidades autónomas no transferidas del artículo 143 han solicitado esa competencia. Lo solicitan cuando modifican sus estatutos de autonomía y es ratificado en el Parlamento de la nación. Por tanto, no es el Estado el que inicia el proceso de transferencias, no es el Estado el que se empeña en transferir, serán las comunidades autónomas las que tendrán que aceptarlo y el origen es la modificación de sus estatutos de autonomía y de la voluntad de recibir las transferencias. Le aseguro que el Insalud a fecha de hoy sigue trabajando, sigue gestionando los servicios y está dando garantías de que, no solo por los profesionales que están en cada uno de los centros de la red, sino que desde la propia dirección general y de las direcciones territoriales y provinciales se garantizará que, a pesar de las transferencias, los servicios se sigan manteniendo con responsabilidad y con cualquiera de sus instrumentos que administrativamente se requieren. Las comunidades autónomas a día de hoy no han trabajado con el Insalud de forma conjunta más que para elaborar los anexos o para trabajar en los cómputos de esa transferencia. No obstante, confiamos en que las fases precoces de la transferencia trabajen conjuntamente con el Insalud y, una vez que tengan ya las competencias, trabajen con el Insalud para la puesta en marcha de esos instrumentos que garanticen la gestión en cada una de las comu-

nidades autónomas. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego a la señora Valentín brevedad en su intervención.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Utilizaré solo un minuto. Espero que nos remitan las respuestas a las preguntas que sobre el contagio de hepatitis C a 18 pacientes sometidos a hemodiálisis en el complejo hospitalario de Ciudad Real hemos planteado al final de nuestra intervención y que no han sido contestadas.

Termino diciendo que me parece inaudito, señor Bonet, que pida usted o que pida el Gobierno la comparecencia a petición propia para explicarnos el problema, la causa y la solución —imaginábamos nosotros— y resulta que lo que nos hace usted es un relato de los acontecimientos, del problema. Sin embargo, ni tiene usted datos concluyentes sobre los informes ni sobre la inspección que al parecer el propio Insalud ha efectuado sobre este caso; simplemente nos relata lo que ocurre, pero no hemos sabido ni las causas ni cuál es la solución. Sinceramente me parece inaudito. De transferencias y de la voluntariedad de las comunidades autónomas no voy a hablar porque no es el caso, pero me gustaría reflexionar en voz alta con usted algunas consideraciones que serían interesantes.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): He comentado en la comparecencia, y además usted lo sabe, señoría, que las responsabilidades sobre el análisis del brote epidemiológico corresponden a las competencias de salud pública, en concreto a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, a la cual no se le comunica hasta el mes de octubre. Se ha dado toda la colaboración posible y el análisis final no compete y sobre todo no es paralelo al análisis que es de la Junta. Con los elementos que hemos dado, espero tener los datos concluyentes con el análisis del brote epidemiológico que realice la Junta. **(La señora Valentín Navarro: ¿Para qué solicitan la comparecencia?—La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Vamos a pedir la comparecencia para dentro de un mes, lo anuncio ya previamente, para ver si tienen ustedes los datos concluyentes y entonces vienen a explicarnos qué es lo que ocurrió y cuáles son las posibles soluciones para que no vuelva a ocurrir. **(El señor Zambrano Vázquez pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Quiero decir que los datos que competen al Insalud son concluyentes. **(La señora Valentín Navarro: No sabemos los datos.)** La epidemia está controlada y la causa la determinará en este caso la autoridad competente que es Castilla-La Mancha. **(La señora Valentín Navarro: La responsabilidad es de Castilla-La Mancha.)** Naturalmente, el control epidemiológico lo tiene ...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, por favor. A usted le ha escuchado con toda corrección el señor Zambrano, deje usted hablar a los señores diputados también.

— **LA ACTUACIÓN DEL INSALUD EN EL CASO DEL FALLECIMIENTO DE UN NIÑO EL DÍA 22 DE AGOSTO DE 2001 EN LA BAÑEZA (LEÓN). A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 212/000598.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al tercer punto del orden del día, que es la comparecencia del director general del Insalud para que explique la actuación del Insalud en el caso del fallecimiento de un niño el día 22 de agosto de 2001 en La Bañeza. El autor de la solicitud de comparecencia es el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida.

Tiene la palabra el señor Bonet.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señorías, el Grupo de Izquierda Unida pidió mi comparecencia en esta Comisión para explicar la actuación del Insalud ante el fallecimiento de un niño en La Bañeza a finales de agosto, concretamente el día 22. Pasados unos meses, ahora que se materializa esta petición, les explicaré de manera detallada todo lo relativo a este asunto, esperando que con mi exposición se esclarezcan las circunstancias en que se produjeron los hechos, no solo al grupo petionario, sino a todos los miembros de la Comisión. De antemano quiero expresar que lamento el desenlace de los hechos que motivan esta comparecencia. Antes de entrar a detallarlos, y dando por sentado que lo conocen, les informaré que la familia presentó una demanda el 27 de agosto en el Juzgado de Instrucción de La Bañeza personándose como acusación particular contra el personal sanitario y no sanitario que intervinieron en los hechos del 21 de agosto derivando la muerte del niño que responde a las iniciales HLM, de dos años de edad, que esta dirección general no puede sino lamentar profundamente. En mi intervención me ajustaré a establecer secuencialmente los hechos desde el momento en que el paciente llega al centro de salud de La Bañeza hasta su llegada al servicio de urgencia del hospital de León, donde se produce el desenlace final. Por supuesto que lo que aportaré aquí se ha extraído de los informes escritos realizados por los profesionales

del centro de salud y de la UME que se desplaza a dicho centro para trasladar al paciente al hospital. Señorías, intentaré huir de tecnicismos ciñéndome a aquellos que resulten imprescindibles para explicar la situación en la que llega el paciente y la descripción de la sucesión de las actuaciones.

Después de esta breve introducción, pasaré sin más a explicar los hechos. Sobre las 21 horas 30 minutos del día 21 de agosto pasado acude a urgencias del centro de salud de La Bañeza, llevado por sus padres, el niño que responde a las iniciales H.L.M., que fue pasado inmediatamente sin dilación alguna a la sala de consultas para que fuera atendido por los sanitarios presentes en la citada consulta que en ese momento eran una médico y una enfermera. El padre les informa de la ingestión por el niño de un cuerpo extraño, al parecer una aceituna, que han intentado que expulse sin resultado y que le produce dificultad respiratoria. El paciente presentaba en ese momento estridor laríngeo, tiraje intercostal, cianosis y en la auscultación se apreciaba disminución del murmullo vesicular en ambos hemitórax, situación de gravedad por insuficiencia respiratoria evidente. Ante esta situación se procedió a intentar la extracción del cuerpo extraño, sin que se pudiera conseguir. En este momento se requiere al 061, quedando registrada la llamada en el centro coordinador a las 21 horas 34 minutos, es decir, 4 minutos después de su llegada al centro. Nada más recibir la llamada el médico regulador del citado organismo activa el servicio mientras que los profesionales del centro de salud continúan con las maniobras de extracción del cuerpo extraño. Posteriormente, en decúbito supino se produce una parada cardiorrespiratoria, estando todo el equipo de guardia del centro de salud atendiendo al niño, es decir, dos médicos y dos enfermeras, y se procede a la entubación endotraqueal consiguiéndole introducir el tubo y la extracción del cuerpo extraño, que efectivamente era una aceituna. Realizada la entubación se inicia la ventilación asistida, produciéndose a continuación una parada cardíaca que obliga a iniciar un masaje cardíaco externo, así como infusión de medicina específica. A pesar de estas medidas el paciente no responde y se dan bloques de choque con el desfibrilador con un intervalo de 3 minutos. Posteriormente, el niño hace una midriasis que el equipo atribuye a la adrenalina inyectada, continuando con las maniobras de recuperación cardiopulmonar hasta la llegada del 061, que se hace cargo del paciente para su traslado al hospital de León. Hasta aquí el relato se basa en la información que los profesionales del centro de salud constatan en los documentos clínicos correspondientes y, a partir de este momento, lo que vaya exponiendo se fundamenta en la información del 061, que al llegar se hace cargo del paciente. Antes de proseguir, me gustaría concluir diciendo que el centro de salud está dotado de todo el instrumental necesario para lo que el niño necesitó y que los profesionales que le atendieron eran médicos

de familia, pediatras y especialistas perfectamente capacitados para hacer frente a la situación planteada, si bien es cierto que las técnicas de resucitación cardiopulmonar requieren cierta pericia y un uso reiterado, en orden a garantizar su plena efectividad, lo que sólo se da en los especialistas en cuidados críticos y dotaciones del 061. No hay que olvidar que desde la gerencia de atención primaria se ha procurado siempre que los centros dispongan del material necesario para las urgencias, así como que los facultativos tengan la formación adecuada en urgencias, desarrollándose desde el año 1998, de forma periódica, cursos de adiestramiento en el manejo de pacientes en urgencias: resucitación cardiopulmonar.

Volviendo al momento en el que el 061 recibe la llamada, de forma inmediata la unidad móvil de emergencia del 061 con base en León se dirige al centro de salud de La Bañeza, al que llega a las 22 horas 15 minutos. Quiero señalar a SS.SS. que la distancia que hubo de recorrer la UME es de 54 kilómetros, tardando 41 minutos en hacerlo, tiempo ajustado a la distancia. La citada unidad estaba integrada por un médico, una enfermera y dos técnicos en transporte sanitario. Estos profesionales fueron informados por el médico del centro coordinador de la urgencia que se estaba produciendo en el centro de salud. Durante el traslado de la UME los integrantes de la misma mantuvieron contacto telefónico permanente, conociendo en cada momento el estado y evolución del paciente, y fueron preparando todo el material y medicación que pudiera necesitar, con el fin de que al llegar al centro de salud no se perdiera ni un segundo. Cuando llegan al centro de salud se hacen cargo del paciente, al que encuentran en parada cardiorrespiratoria de unos 20 minutos de duración, con midriasis bilateral, y al que en ningún momento se dejaron de practicar maniobras de resucitación. En ese momento se monitoriza al paciente y se inicia el protocolo correspondiente a la asistolia, manteniendo las maniobras de resucitación cardiovascular avanzada que permiten, al cabo de 10 minutos, que el paciente recupere un ritmo cardíaco que posteriormente, con la colocación de un marcapasos externo, se convierte en ritmo sinusal y palpación de pulsos, por lo que se le deja de hacer masaje cardíaco. Tras la estabilización del paciente, aunque en ningún momento se han obtenido síntomas de recuperación neurológica, a pesar de la buena oxigenación y ventilación, se procede a su traslado, que transcurre sin incidencias y sin cambios en el estado de coma, salvo un momento en el que el médico manda parar la ambulancia para comprobar el estado del latido cardíaco del niño, reanudándose la marcha al comprobar que éste era eficaz. Durante el trayecto de vuelta el médico de la UME llamó al servicio de urgencias del hospital de León con la finalidad de informar del estado crítico del paciente, a fin de que estuvieran preparados, de tal forma que cuando se llega al centro hospitalario en la puerta se encontraba presente el

pediatra de guardia y el equipo de guardia, produciéndose la transferencia del paciente a las 23 horas 50 minutos, tras más de dos horas de maniobras de resucitación. A su llegada el niño se encuentra en coma, sin respuesta a los estímulos, hipotonía generalizada y midriasis. A la vista de la situación neurológica en la que se encuentra se informa a los padres de la situación de muerte cerebral, produciéndose el fallecimiento a las 0,55 minutos. Hasta aquí, señorías, el relato cronológico de lo sucedido que, como he informado, se extrae de la información escrita oficialmente por los profesionales que le atendieron, es decir, el equipo del centro de salud, el equipo de la UME y el equipo del servicio de urgencias. Por lo que respecta a las horas y a las llamadas telefónicas están grabadas en el centro coordinador de urgencias del 061 y, por supuesto, todo ello está a disposición de las peticiones que el juzgado realice en relación con este caso.

En este punto acaba lo que yo puedo informar al respecto, no obstante, me gustaría finalizar exponiendo una serie de consideraciones en relación con este desafortunado suceso y, por supuesto, con la respuesta que el sistema ofreció en aquellos momentos y que, de alguna forma, también responde a las dudas que se han podido plantear ante las múltiples informaciones que fueron apareciendo en distintos medios de comunicación cuando esto ocurrió. Como primera observación les diré que nuestros centros de salud disponen de todos los recursos materiales necesarios para la asistencia que allí se presta. Consecuentemente, dentro de la dotación de instrumental del centro de salud de La Bañeza existía el material pediátrico necesario para atender un caso como el que se presentó. Por lo que se refiere a la atención prestada por los profesionales puedo asegurarles, sin ninguna duda, que desde que el paciente llega al centro de salud hasta el fatal desenlace estuvo en todo momento atendido por profesionales perfectamente cualificados para hacer frente a un caso clínico como el que se presentaba. Concretamente, la doctora que se hizo cargo del niño cuando éste llegó al centro de salud había resuelto de forma satisfactoria un caso similar semanas antes. Que dentro de los programas de atención continuada en los centros de atención primaria se presta especial atención a los de formación urgente, donde monográficamente se recogen cursos de reanimación cardiopulmonar, de urgencias más frecuentes en atención primaria y de desfibrilación externa automática. Que desde el momento en que el paciente llega al centro es atendido, sin dilación alguna, por los profesionales indicados para ello, en un primer momento por una doctora y una enfermera; más tarde y en el mismo centro de salud se incorporan otro facultativo y otra enfermera, posteriormente por el equipo de urgencias de la UVI móvil, y finalmente por el equipo de pediatría del hospital. Que el tiempo de llegada de la UVI se adecua al tiempo previsto, manteniendo contacto telefónico con los profesionales del centro de salud para

conocer la evolución del paciente y disponer así de todo lo necesario para la atención del niño. Para finalizar, también diré que el Insalud, como viene siendo habitual, ha colaborado en todo momento con los requerimientos del juzgado, una vez que los padres presentaron la demanda, para facilitar todo en la medida de sus posibilidades.

Señorías, espero que con lo dicho queden despejadas sus dudas sobre la actuación del Insalud en este caso concreto que, al margen del desenlace final, respondió a las pautas habituales de reanimación para estos supuestos. Como es lógico y con la prudencia que corresponde, deberemos esperar al fallo judicial que, en última instancia, aportará los juicios definitivos en relación con la actuación de todos los implicados en este caso.

Muchas gracias.

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

La señora **CASTRO FONSECA:** En primer lugar, quiero dar las gracias al director general del Insalud por su comparecencia en la Comisión, así como por las explicaciones pertinentes respecto a la comparecencia solicitada por mi grupo, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. Señor Bonet, la razón por la que planteamos esta comparecencia en su día, el 22 de agosto, el mismo día del fallecimiento del niño, fue, como usted bien sabe, porque los datos que aparecen en los medios de comunicación son datos que preocupan. La narración por los propios padres de lo sucedido, con toda la carga de subjetividad que puedan tener unos padres que pasan por una situación como ésta, también preocupa a Izquierda Unida, y sobre todo nos llama muchísimo la atención que el médico forense manifieste a la familia que la garganta del niño ha sido manipulada de una manera poco adecuada y que el niño había padecido un gran sufrimiento. También nos influyó el hecho de conocer la comarca de la que estamos hablando —no sólo la provincia sino la comarca—, por entender que tiene deficiencias importantes.

Es evidente que todos sentimos la muerte de un ser humano, de un paciente en este caso del Insalud, de un niño de tres años de un modo especial, pero también es verdad que no subyace en nuestra solicitud de comparecencia morbo alguno que tenga que ver con aprovechar una situación tan desgraciada para poner en cuestión la política sanitaria del Insalud. Simplemente entendemos que hay muchas situaciones en los casos de urgencias sanitarias en que se pueden evitar muertes sólo con tener un buen equipamiento y una adecuada preparación del personal sanitario. Queremos entender que en este desgraciado accidente la impericia sea la hipótesis más probable, tal y como recibimos la información. Pero junto a esa posibilidad de responsabili-

dad personal de los sanitarios que intervinieron en la atención del pequeño, existe, como usted bien sabe, otra responsabilidad, la responsabilidad de la Administración sanitaria. Es preciso reciclar a los profesionales, aunque usted nos ha comentado que se hace regularmente. Hay situaciones de precariedad y de desamparo profesional, a veces hay escasez o falta de medios materiales, no hay ninguna duda de que la hay en la comarca de la que hablamos; hay problemas de transporte sanitario muy serios y hay unas urgencias sanitarias, desde nuestro punto de vista, un tanto anacrónicas.

El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida estima, más allá de depurar las responsabilidades personales, que es necesario adoptar una serie de medidas que hagan que casos como el fallecimiento de este pequeño de León no puedan volver a producirse. Señor Bonet, tendrá usted que convenir conmigo que es anómala una muerte como esta, por el atragantamiento de un niño con una aceituna; es anómalo que hoy la consecuencia de eso pueda ser, como en este caso, la muerte. Queremos manifestarle la necesidad de establecer un plan de urgencias extrahospitalarias en la comarca afectada que contemple la dotación de recursos para atender urgencias vitales en todos los centros sanitarios públicos, pero no sólo en la teoría o en el papel, sino realmente. Usted sabe que hay escasez, que la dotación no es la suficiente en la mayor parte de los centros y que es preciso hacer un esfuerzo. Tenemos que insistir en la necesidad de los programas de reciclaje del personal sanitario para estos fines y el equipamiento en todas las áreas sanitarias de unidades móviles suficientemente dotadas de material y personal sanitario para garantizar el adecuado tratamiento y traslado de los pacientes. Estábamos en agosto, fatídico mes para los pacientes de la sanidad pública. Yo no he hecho indagaciones, pero todos sabemos que es mejor ponerse enfermo en otro mes del año y que no se cubren todas las expectativas respecto a las sustituciones por vacaciones, etcétera.

Nosotros queremos ser positivos con esta comparecencia. Nadie le va a devolver la vida a este niño ni la tranquilidad a su familia, pero sí queremos que el Insalud se tome muy en serio este caso, como un ejemplo de lo que no debe suceder ya en ninguna comarca de ninguna provincia de ninguna región de ninguna comunidad autónoma del Estado español. Esa ha sido la razón por la que hemos pedido su comparecencia para explicarnos este caso. Sabemos que es un asunto *sub iudice*, conocemos la demanda de los padres y entendemos que son los tribunales quienes han de pronunciarse. Pero más allá de eso, desde la responsabilidad política que nos asiste y, repito, conociendo bastante bien la comarca, que es la comarca donde he nacido y donde vive mi familia, le agradecería que tomara en consideración las reflexiones que le hacemos desde mi grupo parlamentario, porque es una comarca con problemas de infraestructura viaria. Conozco las declaraciones de

la gerente del 061, que manifiesta lo mismo que usted, que 41 minutos son un tiempo razonable, permítame que le diga, como sanitaria, que no puede ser razonable que para atender una urgencia como de la que estamos hablando y otras de múltiples características una UVI móvil tarde 41 minutos en llegar al lugar donde el paciente se debate entre la vida y la muerte. Eso no puede ser normal.

Los problemas que tienen que ver con el transporte sanitario también están vinculados a otras áreas de gestión de este Parlamento y de este Gobierno, como son las infraestructuras viarias. Crea S.S. que hay una gran preocupación en toda la comarca del páramo de León, en la ribera del Órbigo. No tenemos ninguna intención de hacer de justicieros, porque es un tema lo suficientemente delicado como para no hacer ningún tipo de demagogia, lo único que queremos evitar es que esto pueda volver a repetirse, no sólo en León, en la Bañeza, donde se ha producido, sino en ningún otro sitio del Estado español.

Agradezco su explicación. Yo sé que no me va a poder dar mayor satisfacción en cuanto a los hechos en sí, pero me gustaría saber algo de la voluntad política respecto a mejorar todas estas cuestiones que tienen que ver, como digo, con la falta de reciclaje, con los problemas de transporte sanitario, con las urgencias sanitarias, que son obsoletas o anacrónicas y que hay que actualizar, y con la falta de recursos materiales y humanos en muchos de estos centros de salud.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo desea intervenir?

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Felicitamos una vez más al director general, y en este caso nos congratulamos de su exposición diáfana, concisa y transparente, en la que ha dejado bien claro cómo ocurrió este desafortunado suceso o accidente y, sobre todo, cómo se atendió a la víctima del mismo. También agradecemos la forma que ha tenido la portavoz de Izquierda Unida y su sinceridad al reconocer que la razón de petición de esta comparecencia fue la forma en que apareció en la prensa y las manifestaciones subjetivas de los familiares y, aunque no compartimos la falta de medios, nos sumamos a la petición de recursos, como S.S. ha reiterado en el período vacacional.

Dicho esto, es importante resaltar, como dije en la anterior comparecencia, que el Parlamento cumple pidiendo la explicación de los hechos y que el Gobierno, hoy en la figura del director general, también cumple exponiendo sin tapujos y dejándonos con la tranquilidad de que la víctima de este accidente, en este caso un niño, fue atendida en un centro de salud que estaba suficientemente dotado y por unos profesionales suficientemente capacitados en calidad y en cantidad,

así como en la posterior atención de urgencia por el 061, el traslado monitorizado y la atención, ya por cierto inútil, en el hospital de referencia. **(El señor vicepresidente, Blanco García, ocupa la presidencia).** A partir de aquí, interrumpidos los trámites administrativos que había iniciado diligentemente el Insalud, porque el asunto se puso en conocimiento del juzgado, deberán ser los jueces los encargados de dirimir la corrección de los procesos del episodio descrito. Lo que yo hago es sumarme a la petición de prudencia del director general hasta conocer el fallo judicial, que pondrá a cada uno de los implicados en su sitio y con las responsabilidades respectivas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blanco García): Tiene la palabra el señor director general.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): En primer lugar, quiero agradecer el tono de la señora Castro, que es elocuente. Este desgraciado incidente reafirma la necesidad de seguir insistiendo en planes de formación continua, que, como he dicho, son prioritarios en atención primaria, sobre todo en zonas periféricas, donde sabemos las dificultades en alcanzar cotas óptimas de cobertura por el 061.

Cuando me he referido a los 41 minutos, señora Castro, lo adecuado es el tiempo respecto a la distancia. Estoy de acuerdo con S.S. en que en absoluto se puede considerar 41 minutos como el nivel óptimo para las unidades del 061. Siempre es susceptible de mejora, tanto lo que se refiere a dotaciones como a infraestructuras de carreteras. En Castilla y León tenemos 14 UME desplegadas y probablemente se deberán seguir desarrollando servicios periféricos de urgencia para conseguir mejores ratios. Está claro que los promedios a veces pueden ser engañosos. En Castilla y León esas 14 UME suponen un ratio de 170.000 habitantes por UME. No obstante León, al tener 500.000 habitantes en zonas de compleja orografía, empeora el ratio. A veces son también dificultades de comunicación orográficas y de mínima cobertura. En muchas ocasiones la población atendida, tanto por nuestros profesionales como por el 061, es lo que determina de forma muy directa la pericia. En los casos de intubación endotraqueal o de reanimación cardiopulmonar, sabemos que la dificultad no reside sólo en la capacitación o en el material adecuado, sino en la pericia y, por tanto, en la casuística que cada médico pueda desarrollar. De ahí que muchas veces, pese a tenerlo todo en condiciones óptimas, los resultados no sean los deseables. Los denominadores pequeños conducen a veces a ese elemento. Estoy de acuerdo con la señora Castro y el señor Zambrano sobre los esfuerzos en mejorar los recursos, en acercar mejor los dispositivos de atención a la urgencia a toda la población, van a seguir patentes y seguiremos en la priorización de esas unidades.

— **EL INCREMENTO CONSTANTE DE LAS LISTAS DE ESPERA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS GESTIONADOS POR EL INSALUD Y LA ALARMANTE SITUACIÓN DE COLAPSO DE ALGUNOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ESOS MISMOS HOSPITALES. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000496.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Blanco García): Finalizado este punto, pasamos al siguiente que versa sobre las listas de espera en hospitales públicos gestionados por el Insalud y situación de colapso en algunos servicios de urgencia de estos hospitales.

Tiene la palabra el señor director general del Insalud, señor Bonet. **(El señor presidente ocupa la presidencia.)**

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Comparezco en esta Comisión a petición del Grupo Parlamentario Socialista, para explicar la evolución de las listas de espera en cirugía, consultas y pruebas diagnósticas y mostrar los resultados favorables, como era de esperar, de las medidas adoptadas para su reducción.

Como conocen SS.SS. perfectamente, los objetivos marcados en esta materia en el programa Avance, presentado por la señora ministra de Sanidad y Consumo en esta Comisión el pasado 21 de febrero, tienen un horizonte temporal en la finalización del ejercicio anual. Sin embargo, y aunque posiblemente hubiera sido más útil e interesante presentar a SS.SS. los resultados en el próximo período de sesiones, ya que entonces podría haber traído a esta Comisión los resultados finales del año, de acuerdo con la propuesta del grupo de expertos de listas de espera del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que propone que la información se corte a 30 de junio y al 31 de diciembre respectivamente, la situación transferencial actual hace necesaria esta comparecencia, por lo que explicaré gustosamente cuál es la situación en los hospitales gestionados por el Insalud a fecha 30 de noviembre en lo referente a la lista de espera quirúrgica y, a 30 de octubre, en la de consultas externas y pruebas diagnósticas.

Esta es la primera comparecencia sobre la materia desde el pleno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud que, en reunión celebrada el día 29 de septiembre pasado, aprobó el informe técnico sobre listas de espera, elaborado por el grupo de expertos constituido como consecuencia del acuerdo de 6 de junio de 2000 del citado Consejo interterritorial. En este informe se reconoce que las listas de espera están presentes en todos los sistemas sanitarios del mundo, no guardan relación con el nivel de gasto sanitario y son persistentes, con independencia de la orientación política de los gobiernos de cada país. Son un elemento

común a todos los sistemas sanitarios de financiación pública, en particular de aquellos caracterizados por mantener un presupuesto global cerrado y una vinculación salarial con sus profesionales. Por otra parte, resulta evidente que un sistema sanitario de financiación pública y universal no debe tener por objetivo alcanzar la lista de espera cero, porque ello supondría la existencia de profesionales ociosos a la espera de recibir pacientes, con el incremento de costes y la consiguiente pérdida de eficiencia que ello implicaría.

En estos momentos podemos decir que las acciones diseñadas en el programa Avance están dando plena satisfacción a las demandas sanitarias de los ciudadanos. En concreto, 56 días de demora media en noviembre, frente a los 67 días del 31 de marzo o del 31 de diciembre de 2000, cifra que constituye, por otra parte, la menor demora media desde que existen en el Insalud registros centralizados de lista de espera quirúrgica. Asimismo, se ha producido una importante reducción de los pacientes que esperan más de seis meses para ser intervenidos. La reducción es más de un 50 por ciento, pues se ha pasado de 4.387 pacientes en marzo, a 2.172 en noviembre. Esta reducción se ha logrado a pesar del continuo incremento de la población atendida que, a 30 de noviembre, era de 15.535.000,061, es decir, ha aumentado la población atendida por el Insalud en 246.903 ciudadanos desde que el programa Avance se puso en marcha hasta el 30 de noviembre. Esto ha supuesto un considerable esfuerzo de nuestros profesionales en términos de incremento de actividad, que se concreta en la realización —haciendo mención expresa de que son datos provisionales por las razones que explicaré posteriormente— de 664.504 intervenciones quirúrgicas en el período uno de enero a 31 de octubre, de las cuales se han hecho, de acuerdo con lo recogido en el programa Avance, 55.679 intervenciones quirúrgicas, de ellas, 27.100 mediante jornadas extraordinarias en los hospitales propios y 28.579 en centros concertados. Si comparamos estos datos de actividad con respecto al mismo período, abril-octubre del año 2000, tenemos que señalar la realización de 15.655 intervenciones quirúrgicas más en este año en régimen de autoconcierto, lo cual supone un incremento del 137 por ciento en nuestros hospitales y 9.576 más en centros concertados, con un aumento respecto al citado período de 2000, del 50 por ciento. La actividad no se ha incrementado únicamente en jornada extraordinaria o mediante derivación a centros concertados, sino que en jornada ordinaria también se ha realizado más actividad que en el período reseñado en 2000. En concreto, 6.663 intervenciones quirúrgicas más con hospitalización y 4.610 ambulatorias más. En cirugía cardíaca, en la que tenemos unos compromisos de demora máxima de dos meses, también han mejorado los indicadores. Así, a 2 de diciembre había 381 pacientes, frente a 536 el 31 de marzo. La demora media en dicha fecha se sitúa en 27 días, con una mejora de dos días respecto a

marzo. Se encontraban en espera de más de dos meses 11 pacientes, los cuales habían rechazado su derivación a otros centros. Es importante reseñar que las sociedades españolas de cirugía cardiovascular y de cardiología han establecido en el documento de criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular plazos máximos de demora que en algunas patologías pueden llegar a los nueve meses. En concreto, el 42 por ciento de nuestros pacientes se encuentran en los grupos de patología que, según los expertos, pudieran esperar más de dos meses para ser intervenidos.

Llegados a este punto, es oportuno hacer algunas observaciones que hacen algunos autores del documento que les he señalado, que ha completado el grupo de expertos sobre listas de espera del Consejo interterritorial y que puede aplicarse a la mayor parte de la patología quirúrgica que atendemos en nuestros hospitales. Es necesario que exista un plazo de tiempo entre la indicación y la intervención quirúrgica, e incluso deseable en algunas patologías. Con ese tiempo de espera se consigue realizar un estudio preoperatorio adecuado, cuyo principal beneficio se refleja en la prevención de determinadas complicaciones que pudieran surgir, ordenar y planificar la actividad quirúrgica sin saturar innecesariamente los servicios sanitarios, optimizar el rendimiento de los recursos disponibles, a fin de poder realizar a diario una mejor planificación de los quirófanos, camas de hospitalización, puestos de hospital de día y de los propios profesionales sanitarios.

Con el programa Avance no sólo se pretende mejorar la calidad prestada al ciudadano, sino que se quiere aumentar la libertad de elección de los ciudadanos para recibir asistencia sanitaria. Como es sabido, el programa recoge el compromiso de ofertar otro centro sanitario al paciente que precise una intervención quirúrgica de alguno de los doce procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica, cuando el hospital del facultativo que haya indicado una intervención quirúrgica prevea que no va a poder realizarse en el plazo de 120 días. Desde el momento en que el facultativo realice la solicitud de inclusión en lista de espera y el paciente la acepte, se le ofertará la posibilidad de ser derivado a otro centro, preferiblemente el propio o concertado. De acuerdo con este compromiso, los pacientes con posibilidad de elección han sido, en el período abril-junio, de 106.381, de los cuales han sido derivados 36.573. Si el 31 de marzo se encontraban 169.906 personas en espera de ser intervenidas quirúrgicamente, a 30 de noviembre este número había experimentado una reducción de 11.677 personas y se situaba en 158.229, exactamente un solo paciente más que en diciembre de 2000, y además se ha roto la tendencia creciente observada a partir de diciembre de 1998.

Con carácter previo a explicar a SS.SS. los datos de consultas externas y pruebas diagnósticas, es preciso señalar que el sistema de información del Insalud en

estas materias está sometido a un proceso de mejora continua y que estamos hablando de más de 22 millones de consultas externas, de más de 1.200.000 ecografías, 400.000 mamografías y 650.000 TAC, es decir, cifras de una magnitud más que considerable en una organización sometida a recambio tecnológico e informático y en un proceso de cambio cultural inherente a toda innovación tecnológica. El sistema de información de atención especializada permite ir actualizando los datos de actividad según se vayan depurando y no son definitivos hasta el cierre del ejercicio. Esto explica aparentes contradicciones puestas de manifiesto por alguna de SS.SS., contradicciones que no son tales, sino que respecto a datos de actividad nos estamos refiriendo a datos provisionales, con un importante nivel de fiabilidad, pero en todo caso provisionales hasta el cierre del ejercicio y englobados en la millonaria magnitud de registros de los que acabo de poner algún ejemplo. No ocurre lo mismo con el sistema de registro de lista de espera quirúrgica, que no admite correcciones. El nivel de implantación y soporte tecnológico que lo sustenta es tal que tiene una fiabilidad completa y se cierra definitivamente en los tres primeros días hábiles de cada mes para los datos acumulados del mes anterior.

Si no fuera por el hecho transferencial, nuestra intención sería que el sistema de información de atención especializada tuviera, a partir del año próximo, un cierre definitivo al menos cuatrimestral, no anual como hasta ahora. A 31 de octubre, la demora media en consultas externas —entrando ya a los datos— es de 30 días, habiendo conseguido en estos meses una reducción de cuatro días con respecto a marzo, siendo el número total de pacientes en espera para el servicio en consulta, a 30 de noviembre, 604.769. Tengo que hacer notar a SS.SS. que en el sistema de información están incluidos todos los pacientes en espera y se calculan sobre este total las demoras. Ahora bien, hay un elevado porcentaje de pacientes que se encuentran en lo que técnicamente se denomina demora voluntaria, bien por elección personal del paciente o por indicación médica; en otras palabras, no esperan no porque el sistema no les da respuesta en tiempo, sino porque el proceso que padecen o la libre voluntad del paciente hace que deban o quieren ser vistos en fecha distinta del primer hueco libre de las agendas.

El motivo de no traer los datos de demora media prospectiva, corregidos en función de las demoras voluntarias, es porque el año pasado y anteriores no se registraban este tipo de citas, parámetro que hemos empezado a recoger en el presente año. Únicamente deseo manifestar a SS.SS. que, a 31 de octubre, del total de pacientes en espera para consultas externas, el 10 por ciento lo era por demora voluntaria. Desde el 1 de enero al 31 de octubre —vuelvo a insistir en que son datos provisionales— se han realizado 18 millones 479.208 consultas, de las cuales 6 millones 159.736 son primeras; dicho de otra forma, 50.000 más que las

realizadas en el mismo periodo del año 2000, de las cuales 182.252 se han llevado a cargo en jornada de tarde dentro del programa Avance, 117.572 primeras consultas y 64.686 sucesivas.

Pues bien, las medidas adoptadas están consiguiendo también resultados satisfactorios en pruebas diagnósticas, que se concretan, en el caso del TAC, en que los pacientes pendientes de exploración han disminuido de 30.845 el 31 de marzo, a 22.867 a 31 de octubre, con una demora media prospectiva de doce días, lo que supone una mejora de cuatro días con respecto a marzo. Se han realizado 21.715 TAC dentro del programa Avance. En actividad autoconcertada fuera de la jornada ordinaria en los propios hospitales, a través de jornadas extraordinarias, 8.207 TAC y se han concertado en centros ajenos del Insalud 13.508 TAC. En exploraciones de resonancia magnética los pacientes pendientes de exploración han disminuido de 19.102 el 31 de marzo, a 9.316 el 31 de octubre, disminuyendo la demora media en quince días respecto a marzo y situándose en 18 días. Se han realizado 75.038 resonancias dentro del programa Avance. En actividad autoconcertada fuera de la jornada ordinaria en los propios hospitales, a través de jornadas extraordinarias, 3.040 y se han concertado en centros ajenos al Insalud, 71.998 resonancias magnéticas.

Por lo que respecta a las mamografías, las pacientes pendientes de exploración han disminuido de 71.775 el 31 de marzo, a 57.199 el 31 de octubre, y la demora media ha pasado de 35 días a 25. Se han realizado 53.092 mamografías dentro del programa Avance. En actividad autoconcertada fuera de la jornada ordinaria en los propios hospitales, a través de jornadas extraordinarias, 42.210 y se han concertado en centros ajenos del Insalud 10.882. En cuanto a las exploraciones de ecografías, los pacientes pendientes de exploración se sitúan a 31 de octubre en 93.282, con una demora media de 28 días. Se han realizado 31.670 dentro del programa Avance. En actividad autoconcertada fuera de la jornada ordinaria en los propios hospitales, por jornadas extraordinarias, 29.075 y se han concertado en centros ajenos al Insalud 2.595 ecografías. La asignación presupuestaria, ya descentralizados los hospitales y las direcciones territoriales y provinciales, para la reducción de las demoras, ha sido de 7.106 millones de pesetas, 42 millones 707.920 euros, para autoconcierto en nuestros propios hospitales, y de 8.650 millones de pesetas para conciertos en centros ajenos.

Para finalizar, señorías, quiero incidir en lo que ya señaló la ministra de Sanidad y Consumo en esta Cámara con motivo de otras comparecencias. Debemos seguir dando debida respuesta a la fidelidad demostrada al sistema público de salud por los ciudadanos. Para ello es preciso, en materia de listas de espera quirúrgica, establecer protocolos de criterios de indicación quirúrgica, no basados únicamente en tiempos máximos estandarizados, sino adaptados al establecimiento de

las condiciones globales de salud alteradas por los procesos patológicos más prevalentes y optando por un abordaje integral del problema, de acuerdo con las conclusiones del informe de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña y el informe técnico del Consejo interterritorial que hace suyo. Las políticas más prometedoras son las que plantean un abordaje integrador, con medidas a corto, medio y largo plazo, que actúan sobre los factores que determinan tanto la oferta como la demanda, que se sustentan sobre necesidades evaluadas, explícitas y transparentes y que cuentan con la implicación activa de los profesionales y ciudadanos, abarcando todo el ámbito de la atención sanitaria.

Para finalizar, únicamente deseo manifestar a SS.SS. que creo sinceramente que en la problemática de las listas de espera estamos consiguiendo resultados positivos gracias a las actuaciones recogidas en el programa Avance, al magnífico sistema de salud que tenemos y al importantísimo esfuerzo de nuestros profesionales, que, como no me cansaré de repetir, demuestran día a día una capacitación técnica excelente y un extraordinario nivel de compromiso con los ciudadanos.

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: No he podido escuchar ciertos datos por la mala audición de la sala, por lo que antes de comenzar mi intervención, me gustaría que el señor Bonet dijera cuántas personas están en lista de espera quirúrgica y cuántas están esperando hacerse un TAC, al cierre provisional de los datos.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Ha finalizado su intervención la señora Valentín?

El señor **VALENTÍN NAVARRO**: No. Antes de iniciar mi intervención, pido una aclaración de datos que no he podido escuchar por la mala audición de esta sala ¿Es posible?

El señor **PRESIDENTE**: Es posible.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Respecto a la lista de espera quirúrgica, a 30 de noviembre, es de 158.229. En cuanto al segundo dato, es de 22.867, a 31 de octubre.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Gracias, señor Bonet, por su explicación y su amabilidad a la hora de reiterar determinados datos que, repito, no he podido escuchar por la mala audición de esta sala.

Me gustaría comenzar diciendo, cuando hablamos de listas de espera, que únicamente tiene sentido si lo planteamos bajo el prisma de mejorar el servicio a los ciudadanos y que debemos tener en cuenta que hablamos de personas con nombres y apellidos, no de núme-

ros ni de estadísticas, de hombres y mujeres que en ocasiones esperan excesivo tiempo para entrar en un quirófano, ser vistos por un especialista o que se les realice cualquier prueba diagnóstica; personas que, por otra parte, necesitan y no se les da una información adecuada y una respuesta seria a sus problemas. La permanencia prolongada en las listas de espera quirúrgicas tiene efectos negativos no solamente para el paciente, sino también para las familias. En términos de salud física, no sólo se retrasa la mejoría que puede proporcionar la intervención quirúrgica, sino que el nivel de salud se puede deteriorar progresivamente durante la espera llegando en algunos casos a suponer un riesgo vital para la salud. Así lo denunciaba el informe del Defensor del Pueblo presentado hace unos días en esta Cámara, referido al año 2000, que cuando hablaba de sanidad ponía de manifiesto que las dos preocupaciones más importantes de los ciudadanos de este país y el mayor número de quejas que se habían recibido eran los referidos al excesivo tiempo de espera de los ciudadanos y a la carencia de recursos que en materia de salud mental se dispone por parte de los servicios sanitarios. Uno de los aspectos que crea mayor ansiedad y malestar en los pacientes es el desconocimiento de la duración del tiempo de espera para poder atender su situación y esto es consecuencia de la mala planificación, de la falta de priorización de las intervenciones y de la falta de una comunicación fluida desde el sistema con los pacientes. Las repercusiones de los largos tiempos de espera también son negativas para el sistema sanitario. El seguimiento de los pacientes, el tratamiento de complicaciones y el incremento de la complejidad de las intervenciones, suponen también un incremento de costos para el Sistema Nacional de Salud.

Señor Bonet, desde el comienzo de la legislatura el Grupo Socialista detecta que la respuesta que da el Gobierno, el Ministerio de Sanidad, aparte de intentar repartir responsabilidades como acostumbra a hacer cuando surge algún problema grave desde el punto de vista sanitario, es la de no abordar los problemas ni con los procedimientos ni con las herramientas adecuadas. No se ha planteado un sistema de información sistemático y actualizado ni se ha valorado la necesidad de recursos económicos a medio y a largo plazo, con criterios de equidad, para que los ciudadanos dejen de permanecer de forma interminable en una lista de espera para cualquier intervención quirúrgica o prueba diagnóstica. Señor Bonet, me gustaría que usted y la ministra de Sanidad hubieran aplicado a este tema de las listas de espera el principio de transparencia que decía el señor Zambrano que estaban aplicando en el punto anterior. Sabe usted que el Grupo Socialista pide mensualmente datos de lista de espera quirúrgicas, diagnósticas y de consultas externas, desagregados por comunidades autónomas, por hospitales, por provincias, por especialidades. ¿Por qué? Porque los ciudadanos españoles y los grupos parlamentarios tenemos derecho a

saber cuántas personas y cuánto tiempo tienen que estar en listas de espera. De forma reiterada, el Ministerio de Sanidad nos ha ido negando sistemáticamente la información ¿Cuál es la razón? Me gustaría que la explicara.

En la última comparecencia de la ministra de Sanidad, el 25 de septiembre, como consecuencia de los datos que el Grupo Socialista barajaba de listas de espera, que no eran otros que los remitidos por el Ministerio de Sanidad, por el Insalud, se organizó cierto alboroto por la contradicción de las cifras. En representación del Grupo Socialista, para clarificar de una vez por todas ese tema, dirigí una carta a la ministra el día 27 de noviembre de este año, con acuse de recibo, para que nos dijera si los datos que yo había expuesto aquí, que eran los remitidos por el Ministerio de Sanidad, eran correctos o que si había habido alguna variación, nos la comunicara, por favor. Desde esa misma fecha —repito, con acuse de recibo— no hemos tenido ninguna respuesta de la señora ministra de Sanidad. Tampoco le extraña al Grupo Socialista esta actitud de opacidad y ocultación de datos que practica la señora ministra de Sanidad respecto a las listas de espera, porque la petición mensual de datos que se hace se nos niega también de forma sistemática y, como consecuencia de ello, mi grupo presenta también de forma periódica los correspondientes recursos de amparo ante la presidenta del Congreso, que son trasladados a la ministra de Sanidad. Hasta la fecha, tampoco hemos tenido respuesta de estos recursos de amparo ni de la presidenta del Congreso ni por supuesto de la señora ministra de Sanidad. Me gustaría que aclarara cuáles son las razones por las cuales el Ministerio de Sanidad se niega sistemáticamente a dar información al Grupo Socialista y a los ciudadanos españoles de las personas en lista de espera quirúrgica, diagnóstica o de consultas externas. Nos gustaría que nos explicara qué significa que cuando una persona llama para que le den cita le respondan que la agenda está cerrada y que vuelva a llamar dentro de equis meses, ¿qué significa señor Bonet, que la agenda está cerrada?; en qué consiste la manipulación de las listas de espera cuando se reduce la primera visita al médico y la segunda y siguientes suelen dormir en el cajón del responsable de turno. Señor Bonet, quisiéramos saber cuántas personas están en listas de espera en consultas externas para ser vistos por el oftalmólogo, por el traumatólogo, el dermatólogo, el otorrino, el neurólogo, el cardiólogo, etcétera.

Tras los datos triunfales, usted presenta aquí como mérito de la señora ministra, en un año y medio de gestión al frente del Ministerio de Sanidad, que la lista de espera quirúrgica se ha incrementado desde mayo de 2000 —fecha de toma de posesión de la ministra en la que nos mandan los primeros datos— hasta hoy en 6.000 personas. La lista de espera para las pruebas diagnósticas se ha incrementado desde mayo de 2000 hasta hoy en 35.000 personas y en 40.000, la lista de espera para ser vistos por un especialista.

Señor Bonet, como consecuencia de que la firma del traspaso de competencias sanitarias puede ser inminente para alguna comunidad autónoma, pedimos que nos envíe —si no es posible que nos dé hoy los datos concretos— el detalle desagregado de los datos que mensualmente el Grupo Socialista pide, a la fecha más actualizada posible, para que esas comunidades autónomas puedan tener datos certeros y transparentes de lo que se van a encontrar cuando gestionen la asistencia sanitaria. Ya que no se nos han mandado en los meses anteriores, para que tengan conocimiento las comunidades autónomas que van a ser las responsables de la gestión de la asistencia sanitaria, pedimos que nos envíen los datos desagregados de cuántas personas hay en listas de espera quirúrgicas en cada una de las comunidades autónomas, en cada una de las provincias y en cada uno de los hospitales. También pedimos que nos envíen datos de las listas de espera para pruebas diagnósticas con la misma desagregación, para mamografías, TAC, resonancia nuclear magnética o ecografías, así como listas para consultas externas, haciendo mención a cada una de las patologías. Si no lo hacen ustedes por el Grupo Socialista háganlo, al menos, por las comunidades autónomas y por los ciudadanos de este país.

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ:** En primer lugar, quiero felicitar otra vez al señor director general.

Después de oír al director general, no pensaba que el primer grupo de la oposición se iba a quejar de no haber recibido una información completa sobre las listas de espera, a pesar del poco tiempo del que se dispone en estas comparecencias. Creía todo lo contrario, que nos íbamos a alegrar de haber recibido una información completa en cantidad y calidad y transparente, en la medida en que puede serlo. Sabe S.S. que todavía no se puede proporcionar una información de las consultas externas mes a mes, aunque sí de las intervenciones. No habría ningún inconveniente en facilitarle los datos que está pidiendo, que se le han dado extensamente hoy. Deberíamos de alegrarnos de que estos datos sean muy favorables para todos los españoles que reciben la asistencia sanitaria en el territorio Insalud, al menos hasta el 31 de diciembre de este año. No voy a volver a compararlos con los de tiempos pasados porque sé que no le gusta, pero, después de oír los datos de permanencia que ha fijado el director general en menos de seis meses para diciembre de 2001, no me faltan ganas.

Como he dicho otras veces, la única forma de contrastar la calidad de la asistencia es a través de las encuestas y de la comparación con estándares. Al no existir esto en las listas de espera, es necesario recurrir a tiempos anteriores para comparar resultados evidenciando la existencia o no de mejora y progreso. Como digo, no voy a comparar los datos con el período de

Gobierno socialista, pero sí con la última comparecencia de la señora ministra —que ha comentado la portavoz del Grupo Socialista— sobre las listas de espera. Resalta la evidente y notable mejora en esta gestión respecto a 1996, no sólo en cuanto al número de pacientes en espera —cifra que por sí sola puede no ser significativa, tal y como concluyen los expertos—, sino en cuanto a los tiempos medios y máximos de espera. Si en septiembre vimos que se mejoraba notablemente la gestión anterior y lo que hoy nos dice el director general mejora los datos de septiembre, es obvio que seguimos por el buen camino mejorando el bienestar de los ciudadanos.

Sin entrar en comparaciones, quiero señalar que hace pocos días el consejero de Sanidad de la Junta de Andalucía hizo pública las listas de espera de su comunidad y en esta comparación sale notablemente reforzada la gestión del Insalud. Las cifras son las cifras, como los hechos son los hechos. Otra cosa es que quieran reconocerse o cambiarse con palabras. Señorías, hoy podemos aventurarnos más en nuestros argumentos sobre las listas de espera al existir ya una serie de conclusiones y recomendaciones del comité de expertos sobre listas de espera, a instancias del Consejo interterritorial. El comité fija una serie de factores determinantes que agrupa en tres apartados. El primero de ellos es el incremento progresivo de la demanda en el que fijan como principal causa el envejecimiento de la población. Aquí habría que observar el importante esfuerzo hecho por el Insalud y el destacado aumento de la actividad, tanto en la actividad quirúrgica como en consultas externas y pruebas diagnósticas. El segundo factor determinante es la escasez y rigidez de la oferta en la que ponen en evidencia los cuellos de botella funcionales y la limitación de los horarios de nuestros centros. Por último, destacan la carencia del sistema de autorregulación, en el que hablan de la rigidez que tiene la gestión y la financiación pública; mencionan como muy importante el nivel de utilización demagógica de las listas de espera que conlleva reacciones adversas o perversas y, por último, la falta de un sistema de información homogénea. Este comité establece que los tiempos de espera deben hacerse atendiendo no solamente al número de pacientes, sino también al tipo de paciente de que se trate, según sea por indicación médica prioritaria, preferente u ordinaria, a la patología, a la intervención y al tipo de consulta o de prueba específica. Marca los tiempos diciendo que la lista de espera en intervenciones debe darse cada tres meses y que no debería haber más de un año de espera. El objetivo que se marca el director general a 31 de diciembre es de no más de seis meses. En consultas externas, igualmente, se fija que, en el primer mes, deben darse cada 15 días y, a partir de ahí, cada 30 días hasta un máximo de no más de 90 días. Creo entender también que fija en 60 días, a 31 de diciembre, como tiempo máximo. El territorio Insalud se ha ido acercando a las

recomendaciones que hace este grupo de expertos del Consejo interterritorial y es muy posible que cumpla los objetivos a 31 de diciembre.

En cuanto a las consultas externas y pruebas diagnósticas, que es lo que últimamente se utiliza de forma alarmante por no haber referentes anteriores, les recomendaría la lectura de las conclusiones que nos ofrece el comité de expertos sobre cómo han de analizarse y exponerse las listas de espera. Si son primeras, sucesivas, de consultas, pruebas diagnósticas de resolución, dependiendo de la especialidad, de la patología y atendiendo a la prioridad y preferencia del paciente o si es ordinaria. Es muy fácil utilizar en números globales, solamente las cifras, y alcanzar con ellas un titular alarmante, pero también es muy peligroso, porque, al final, esta demagogia termina siempre volviéndose al terreno de quien la utiliza en la asistencia sanitaria. Después ocurre muchas veces que desglosada esa lista resulta que es una espera lógica.

No me resisto a poner un ejemplo, después de oír el dato que ha dado el director general. El director general decía que se hacen 22 millones de consultas al año, casi 2 millones menos de consultas. Y yo le pregunto. Considerando que hay un mes entero de vacaciones y casi medio mes más entre las vacaciones de Navidad, Semana Santa y tiempo perdido, ¿no sería razonable que existieran en consultas de espera 2 millones, de menos de 90 días? Eso resultaría razonable siempre que no fuesen prioritarios o preferentes, sin embargo —¡bendita empresa!—, dos millones de españoles que esperan ser recibidos en consulta puede parecer que el sistema es un desastre o, como que ha dicho la portavoz socialista, que el Insalud está en derribo o que está en peligro la vida de muchos pacientes. De ahí la lectura que se haga de las listas de espera.

Aparte de felicitar al director general por los excelentes datos y por los objetivos que se ha marcado, me permito hacer otras consideraciones en torno a las listas de espera. En primer lugar, nunca es bueno utilizar el camino de la demagogia y de la alarma en la autorización perversa de las listas de espera —como dicen los expertos—, porque siempre se vuelve en contra de quien lo utiliza. En segundo lugar, quiera o no reconocerse, las listas de espera han mejorado y es de esperar que siga en esta progresión después de las transferencias sanitarias para el bien de todos los españoles. Es posible y hay medios para ello y así lo demuestran las cifras que hoy se dan aquí.

Quiero comentar finalmente, que es muy posible que al 31 de diciembre se hayan alcanzado los objetivos marcados por la dirección general, mejorando así de forma sobresaliente la gestión que encontramos en el año 1996, lo cual indica que nuestros deberes están bien hechos y que el Partido Popular también en este punto ha cumplido. A partir de ahí, que es mañana mismo, lo de cumplir las promesas, lo de mejorar la gestión, lo de mantener la calidad y lo de la gestión de

las listas de espera, se repartirá entre las distintas comunidades, con independencia del partido que las gobierne y les tocará mejorar la herencia recibida. Todos estaremos atentos. Y utilizando un argot de los toros: que Dios reparta suerte.

El señor **PRESIDENTE**: Cuando quiera, puede contestar el señor Bonet.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): El tema relativo a los sistemas de información con referencia a las listas de espera se ha debatido ampliamente. Yo creía que en mi comparecencia lo había dejado claro, no obstante, lo voy a reiterar. Los sistemas de información de atención especializada vigentes y rutinarios en el Insalud son fiables en lista de espera quirúrgica y están alimentados al tercer día del mes vencido. Por tanto, las cifras que podemos manejar tienen alta sensibilidad y seguridad. Creemos, además, que es un buen sistema de información para gestionar. No obstante, en los debates, tanto desde el ámbito político como asistencial y con un denominador común en los criterios técnicos gestores de la lista de espera, sí que parece claro —y así lo demuestra el informe del comité de expertos en el que participarán todas las comunidades autónomas sobre las listas de espera— que no es conveniente hacer cortes continuos y cortos. Evidentemente se puede pedir la información que se quiera en el momento que se quiera y es un derecho innegable, pero en los ámbitos de gestión, técnico y del Consejo interterritorial, se intentaba poner un poco de orden respecto a la sensibilidad de los sistemas de información cuando se hacen cortes en diversos momentos y, por tanto, depende del momento cuando buscamos la comparación que más nos interesa. Como ya he mencionado anteriormente, se intenta racionalizar en dos cortes anuales, que serían los dos semestres, 30 de junio, 31 de diciembre, en lo referido a lista de espera quirúrgica. Tenemos una alta sensibilidad y, por lo tanto el sistema es fiable en cualquier momento, pero cuando uno desglosa por meses, por especialidades y por centros con carácter mensual, aparte de la complejidad en elaborar esa información que proviene de la rutina y que debe ser depurada y analizada antes de ser servida, nos darían unos datos no sensibles respecto de la realidad. La lista de espera fluctúa a lo largo del año no solamente dependiendo de las estrategias políticas, sino también de múltiples factores, el más notable es el de los días hábiles. Son claros los picos que se observan en el mes de abril, coincidiendo con la Semana Santa o en los meses vacacionales de julio y agosto. Los cortes mensuales serían sensibles por factores que no tienen nada que ver con la gestión de los servicios o el rendimiento de nuestros profesionales en los servicios. Como hacen los expertos y se acuerda en el Consejo interterritorial, sería oportuno ponernos de acuerdo en cortes semestrales de lista de espera quirúrgica.

En el mismo seno quedó claro que los sistemas de información fiables —no sólo del Insalud, porque el Insalud informa— no existen en todo el territorio español en consultas externas y pruebas diagnósticas. A eso obedece que no conozca datos sobre Cataluña, Andalucía o el resto de los territorios transferidos. De ahí que los puntos de referencia sean necesarios a la hora de hablar de volúmenes importantes de atención. No existen sistemas fiables y sensibles de información sobre consultas externas y pruebas diagnósticas. Si ya son difíciles los datos —ya he hecho alusión en mi comparecencia a la diferencia entre el cierre del sistema de información, observada por S.S. en un momento determinado—, la discordancia obedece al momento del cierre porque se desconocen los datos. Creemos que es inadecuado dar datos sin cierre porque pueden obedecer a un corte no variado. Si desagregamos el dato por consultas, especialidades y centros hospitalarios, etcétera, su sensibilidad decae y nuestra posibilidad de error sería mayor.

También destacaré que no sólo es importante tener sistemas de información, sino generación de estándares; si sólo es un sistema de salud el que da los datos es imposible generar estándares de comparación con el resto. Por tanto, no es deseable dar esos datos.

En cuanto a su pregunta sobre la agenda cerrada imagino que usted sabe que este es el concepto referido a incidencias del sistema de información o del sistema de admisión que se producen ocasionalmente, de forma no deseable, en el sistema de información o de admisión de nuestros hospitales. No es por tanto agenda cerrada y espérese a que la abramos, en absoluto. La agenda cerrada puede obedecer a la puesta al día de agendas de sistemas de información, caídas del sistema, etcétera; cuando se abre la agenda se recuperan los huecos desde el origen. Así pues, en ocasiones no se debe plantear la agenda cerrada como aquella que se origina después en una apertura incontrolada fuera de tiempo.

Sobre manipulación de listas de espera, no le puedo hablar. Espero que después no se atribuya a hipotéticas manipulaciones. Si hoy estoy en el Congreso es porque puedo dar los datos que doy, y las sensibilidades las estoy comentando con referencia a los datos que estoy aportando. Además, avanzando en lo que debería ser el corte oportuno, el de 31 de diciembre, efectivamente será importante a la hora de las transferencias e imagino que entonces no se atribuirá al Insalud haber manipulado ninguna lista de espera. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Por un minuto, señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Sí, señor presidente, un minuto.

Señor Zambrano, se crea alarma cuando se ocultan datos, y por lo que hemos podido comprobar durante

este año y medio eso se hace por el propio Ministerio de Sanidad. En ese momento se crea alarma: cuando los ciudadanos no pueden percibir —porque el ministerio no los quiere dar— los datos sobre listas de espera. Demagogia: una de las principales funciones de la oposición es el control del Gobierno, intentar procurar la máxima transparencia informativa, en este caso sobre uno de los principales problemas del Sistema Nacional de Salud que son las listas de espera.

Señor Bonet, la coordinación general del Sistema Nacional de Salud es una de las competencias que tiene encomendadas el propio Ministerio de Sanidad. Si no la ha ejercitado, como ha ocurrido, la responsabilidad no la tiene que poner sobre la mesa en el Congreso de los Diputados, habrá que pedírsela a la señora ministra. Debería existir ese sistema general de información en un momento en el que se van a traspasar las competencias de la asistencia sanitaria. Me parece una aberración que no se cuente con un potente sistema de información para que el Ministerio de Sanidad, una vez que se produzca el traspaso, pueda tener conocimiento absoluto de lo que ocurre en cada parte del territorio nacional con la única intención de garantizar la equidad y el principio de igualdad de oportunidades. Haga usted el corte que quiera en el Sistema Nacional de Salud: continuo o discontinuo, cada seis meses o cada tres, pero comprométase a enviarnos la información detallada a esta Cámara, los datos desagregados por especialidades y centros que les hemos pedido. Se lo digo por si pudiera usted hacerlo a fecha 31 de enero, porque no entiendo las razones por las que no se ha podido hacer desde entonces ya que no hemos vuelto a recibir información de datos desagregados de lista de espera solicitados al Ministerio de Sanidad. **(El señor Zambrano Vázquez pide la palabra.)**

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

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Solamente quiero decirle a S.S. que hemos debatido al menos tres veces sobre listas de espera y se ha venido a dar información. Otra cosa es que usted no se la crea y yo no estoy seguro de que esa sea la labor de la oposición. **(La señora Valentín Navarro: Que haya controles).** Que haya controles; por supuesto, en eso estamos **(La señora Valentín Navarro pronuncia palabras que no se perciben.)**, lo he dicho en anteriores comparencias. Ahora bien, si las cifras que le dan usted no se las cree, qué le vamos a hacer. **(La señora Valentín Navarro: Barajo cifras del ministerio)** Las cifras son las que son. Se han dado dos cortes, uno en junio y otro ahora, anticipado al que se tenía que haber dado en diciembre según los expertos, que hubiera sido lo lógico y muchísimo más fiable, por lo que ha dicho el director general.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Bonet.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Solamente un comentario. Con las transferencias se transfiere un fiable sistema de información sobre lista de espera quirúrgica **(La señora Valentín Navarro: Entonces, ¿dónde está el problema?)** que, como decía, está disponible al tercer día del mes vencido. Lo que es verdad es que hoy los sistemas de información no se plantean como sistemas de información piramidales —por cierto, en competencias que son de las comunidades autónomas el Ministerio tiene dificultades para proponer el sistema de información tal como se está planteando—, los sistemas de información —de lo que hoy estamos hablando— pertenecen a las comunidades autónomas. Otra cosa sería que los sistemas de información circularan por la red y pudieran ser accesibles a cualquiera. Los sistemas de información sobre la gestión de los servicios sanitarios son de las comunidades autónomas. Desde luego, hoy no nos podemos plantear un sistema de información de consultas externas fiable. En los cortes el tiempo del que estamos hablando en lista de espera quirúrgica para consultas externas ninguna de las comunidades autónomas está hoy en disposición de ponerlo. En el caso de que se pusiera, el sistema no sería piramidal sino con carácter transversal para el conjunto del sistema.

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

Antes de pasar al siguiente punto del orden del día, haremos un receso de cinco minutos. **(Pausa.)**

PREGUNTAS:

— **DE LA SEÑORA VALENTÍN NAVARRO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE CRITERIOS QUE SE ESTÁN APLICANDO EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE EN LOS MESES PREVIOS A LA TRANSFERENCIA EFECTIVA DE LAS COMPETENCIAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL GOBIERNO DE CASTILLA-LA MANCHA. (Número de expediente 181/001057.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, continuamos con el orden del día.

Señorías que tengo una comunicación oficial del señor Labordeta en la que anuncia la retirada de sus tres preguntas.

Pasamos a la contestación a las preguntas, en primer lugar, la de la señora Valentín Navarro, sobre criterios que se están aplicando en la gestión de recursos humanos en el complejo hospitalario de Albacete en los meses previos a la transferencia efectiva de la compe-

tencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social al Gobierno de Castilla-La Mancha.

Tiene la palabra la señora Valentín para formular la pregunta al señor director general del Insalud en los términos que estime oportunos.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Quiero empezar resaltando la última parte de la formulación de mi pregunta. En estos momentos en que se está negociando la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, nos parece absolutamente impresentable que se estén adoptando medidas de reorganización de personal en el hospital general de Albacete, sin tener en cuenta la voluntad del Gobierno regional ni haber consultado previamente esas modificaciones que desde el punto de vista organizativo y a última hora, corriendo y con nocturnidad, se quieren poner en marcha en el complejo hospitalario de Albacete.

El problema lo evidencian las enfermeras, aunque no es un problema exclusivo de la enfermería. Lo detecta el colectivo de enfermería, ya que, como decía el anterior presidente de la OMS, las enfermeras son los árboles de los sistemas sanitarios, como metáfora a su sensibilidad para detectar la contaminación o la enfermedad del sistema. Lo detectan, lo expresan y lo sacan a la opinión pública. Le imagino a usted informado, señor Bonet, del conflicto del complejo hospitalario de Albacete y de la preocupación del Grupo Socialista sobre todo por las repercusiones que puede tener para la asistencia sanitaria de los ciudadanos del área de Albacete. En el mes de abril del año 2001 llega al complejo hospitalario de Albacete un nuevo director gerente. En esos momentos el complejo hospitalario tiene una determinada plantilla de médicos, enfermeras, auxiliares y otros profesionales sanitarios y no sanitarios. Fuera de esa plantilla también existían en aquel momento contratos de facultativos profesionales de distinta duración, originados por la existencia de nuevas acciones de asistencia sanitaria que no se habían consolidado en la plantilla orgánica, pero estaban en una situación de acumulación de tarea. Una de las primeras acciones que emprende la nueva gerencia del complejo hospitalario de Albacete fue la consolidación de la plantilla. Mientras que para otros profesionales se ha ido consolidando, para los que estaban en la situación de acumulación de tareas dentro de la plantilla orgánica, en la categoría de enfermeras o enfermeros, no se aumenta ninguna plaza, lo que supone la desaparición de aquellos contratos que estaban en una situación de acumulación, es decir, en un momento de transferencia inminente, sin contar con la autoridad sanitaria regional, con la consejería de sanidad, se intentan eliminar plazas de enfermería del complejo hospitalario de Albacete. En principio desaparecen los contratos de los que estaban en situación de acumulación de tareas y

cesan 33 enfermeros o enfermeras que prestaban sus servicios a la población.

Lógicamente es una situación preocupante, sobre todo porque esto afecta a la calidad asistencial que reciben los ciudadanos que por cualquier circunstancia tienen que ingresar en el hospital general de Albacete, máxime cuando estamos hablando de una categoría profesional, los enfermeros o las enfermeras, que permanece junto al paciente veinticuatro horas al día, siete días a la semana y 365 días al año; cuando estamos hablando de una categoría profesional, la enfermería, que tiene también la importante función de planificar y llevar a cabo los cuidados que cada uno de los pacientes precisa teniendo en cuenta su situación individual, porque aquí no estamos hablando de enfermedades, sino de enfermos; cuando estamos hablando de una categoría profesional que tiene que mantener la continuidad de la asistencia en todas sus facetas, no solamente la referida a los cuidados físicos, sino también al apoyo emocional, a la educación sanitaria, tanto de los pacientes como de las familias. Es indudable que, si se reduce el número de enfermeros o enfermeras que prestan sus servicios a la ciudadanía, se reducirá la calidad asistencial, a pesar del esfuerzo y de la preparación de los profesionales que están trabajando en el complejo hospitalario de Albacete. Este panorama que le estoy exponiendo, que imagino que conoce, es tan cierto que la misma gerencia ha tenido que mantener en algunos casos los contratos por acumulación de tarea que ocupaban los puestos mencionados de enfermería, a pesar de su intención inicial, sobre todo por el caos organizativo de los servicios que se hubiera producido si se niegan a mantener estos puestos. Esta falta de consolidación de la plantilla orgánica repercute en la capacidad de contratación, de cubrir plazas vacantes, de planificar la cobertura de la asistencia durante los períodos de vacaciones o de atender suplencias en los supuestos de incapacidad laboral. Si la plantilla orgánica no crece y no consolida estas plazas tampoco puede crecer la contratación por estos supuestos, todo ello unido a que el complejo hospitalario de Albacete está en una ratio de enfermeras-cama por debajo de la media del Insalud y por debajo de algunos otros hospitales si lo comparamos con el número de camas, unido también al momento pretransferencial inmediato de tomar decisiones que ponen en peligro el futuro del complejo hospitalario de Albacete sin consulta previa a los próximos gestores de la asistencia sanitaria, que va a ser el Gobierno de Castilla-La Mancha. Todo este tipo de decisiones agrava el problema, y repito que no hay consulta previa.

No crea usted, señor Bonet, que el colectivo de enfermería del complejo hospitalario de Albacete es inmovilista; al contrario, si hay que hacer reformas, si hay que trabajar bajo nuevas formas, si hay que reorganizar los servicios para que los ciudadanos perciban una mejor asistencia sanitaria, están dispuestos a hacerlo. A lo que

no están dispuestos es a recibir órdenes y a que se haga esta reforma organizativa desde la imposición y no desde el consenso y desde el conocimiento del hospital general de Albacete. Tengamos en cuenta que tanto la dirección de enfermería como la gerencia del hospital llegaron hace escasos meses al complejo hospitalario de Albacete, todos de fuera, sin un conocimiento exhaustivo de lo que ocurre dentro, y con la justificación de cambiar la gestión clínica por una gestión por procesos han armado un cierto revuelo que está perjudicando a los profesionales, al hospital y a los ciudadanos que necesitan asistencia sanitaria. ¿Sabe usted cuál ha sido, la causa última de llevar a cabo este tipo de modificaciones sin encomendarse a Dios ni a su madre, como dice el dicho popular? Únicamente la necesidad de hacer recortes simplones en el presupuesto del complejo hospitalario. Usted antes decía que no entendía lo de los recortes presupuestarios. Este tipo de decisiones de disminuir efectivos de enfermería conlleva al mismo tiempo una rebaja no solamente en el presupuesto, sino en la parte que no se contabiliza del coste, en la calidad del cuidado, en incrementar la transferencia a las familias (los cuidados se los harán en muchos casos los acompañantes) y en trasladar a los auxiliares parte del cuidado que tiene que llevar a cabo el colectivo de enfermería. Por tanto, señor Bonet, aunque en este momento sean gestores provisionales y aunque no sé si tienen ustedes demasiado interés en seguir gestionando los centros sanitarios dependientes del Insalud por la cercanía de la transferencia, me gustaría que nos explicara por qué se va a llevar a cabo una política de personal de estas características en el complejo hospitalario de Albacete, cuando ni siquiera hay un plan en dicho complejo para gestionar los recursos humanos.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD**(Bonet Bertomeu): Seguramente manejamos fuentes de información diferentes, pero me preocupa de nuevo que salga lo de los recortes del presupuesto. Yo no tengo esa información. En todo caso, veremos en la liquidación del presupuesto de Albacete si los recortes son los incrementos respecto del presupuesto inicialmente establecido porque las necesidades siempre son crecientes. Por lo tanto, no sé a que se refieren los recortes.

Me preocupa un elemento en cuanto a lo de la liquidación y lo de que nosotros ya somos hasta provisionales. Señora Valentín, espero que no me esté dando la consideración de provisional. Al menos mis responsabilidades hoy aquí demuestran que de provisional nada. Incluso puedo decirle que de las presiones que hoy sufre el Insalud muchas vienen motivadas por intenciones, con muchas comillas y nunca explícitas, de cogestionar; incluso hay quien lo ha publicado. Hay quien

habla de cogestión en el futuro cuando las responsabilidades estén ya en las comunidades autónomas. Esto de la cogestión será una palabreja que alguien se habrá inventado, pero las responsabilidades están aquí o están allá, a las duras y las maduras. Hasta el 31 de diciembre, si Dios y la ministra no lo remedian, el director general del Insalud seguiré siendo yo, por lo que las decisiones las seguiremos tomando hasta el 31 de diciembre. Esas decisiones es difícil adoptarlas con carácter cogestor. Otra cosa sería hablar de lealtades y transparencias con las instituciones que han de recibir las transferencias, que en todo caso las tenemos y las seguiremos teniendo. Me imagino que no está diciendo que no es legítimo en una situación de provisionalidad gestionar un hospital. Cuando cambiamos al gerente del hospital de Albacete lo hicimos con la mejor intención de que nuevos impulsos nos dieran nuevos ánimos. En ese sentido se recupera a don José Moreno como gerente del hospital, porque es de confianza en la dirección y sabíamos que daría un nuevo impulso al centro. No hemos calculado nunca los meses que quedan para la transferencia a la hora de cambiar al gerente del hospital, porque entra dentro de nuestra responsabilidad. Le aseguro que esos cambios siempre se han hecho con sensibilidad, pensando en la transferencia e intentando mantener la lealtad. De hecho, desde el primer instante el doctor Moreno ha estado trabajando con la Diputación de Albacete con la intención de solucionar los problemas de los servicios, que históricamente existían y nunca se habían solucionado. El doctor Moreno ha demostrado claramente la intención de integrarse dentro de lo que son las responsabilidades de las diversas instituciones de Albacete, mirando siempre como fin último el buen servicio a los ciudadanos de Albacete desde la gerencia del hospital.

Decía que los datos no concuerdan. Cuando llega un gerente con liderazgo a un hospital se produce un proceso de cambio que conlleva incertidumbres, a veces malestares, sobre todo si además cambia la dirección de enfermería y de subdirectorías, que son hechos intrínsecos a todo proceso de cambio; no obstante, dichos cambios permiten avanzar, lo que se está logrando en el hospital de Albacete y también en su relación con las instituciones. Por entrar en el detalle, se ha incrementado en 27 el número de facultativos especialistas de áreas, suprimiéndose los contratos que había por acumulación de tareas. Los jefes de sección han pasado de 53 a 55, es decir, dos más. El número de diplomas de enfermería se mantiene igual, pero diez han pasado de contrato de acumulación de tareas a plantilla fija. Se mantiene el mismo número y lo que cambia es la función. En el caso de las enfermeras de procesos es un nivel de responsabilidad asistencial diferente al de las responsabilidades de supervisora. En el caso de auxiliares de enfermería también se ha producido un incremento absoluto de seis, desapareciendo las 27 personas que mantenían un contrato de acumula-

ción de tareas, pasando a la plantilla fija. Los técnicos de radiología se han incrementado en dos y el contrato de acumulación de tareas ha pasado a plantilla. Los técnicos de laboratorio han visto incrementada su plantilla en tres personas. También las auxiliares administrativas han visto crecer su plantilla en nueve personas, toda vez que los tres profesionales que había con contrato de acumulación de tareas han pasado a plantilla. Por último, la plantilla de los celadores ha pasado a tener dos profesionales más y el contrato de acumulación que existía ha pasado a plantilla. Como resumen, de la variación de plantilla producida de agosto de 2000 a agosto de 2001, podemos decir que ha disminuido el empleo temporal, pasando 53 contratos por acumulación de tareas a la plantilla. Además de ello el incremento absoluto en la misma es de 30 personas.

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

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Un minuto, señor presidente. Señor Bonet, no nos parece de sentido común que a días de asumir el Gobierno de Castilla-La Mancha la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social el gerente del hospital de Albacete esté llevando a cabo cambios en el modelo organizativo del complejo hospitalario, esté sacando contratos para que se gestione el archivo central del hospital por empresas externas, sacando contratos para actualizar el plan estratégico de 1997, sobre el que no se ha hecho nada. A dos días de producirse el traspaso sacan un contrato para actualizar el plan estratégico y —lo que me parece más grave— sacan a concurso de ideas el futuro plan director del complejo hospitalario de Albacete. ¿No cree que sería de sentido común que, si se hace esto, sea de forma consensuada, con el inminente gestor de sanidad en Castilla-La Mancha o que, al menos, se espere a que la administración que va a gestionar en breves días la asistencia sanitaria tome las iniciativas que considere convenientes? Son medidas de demasiada transcendencia cara al futuro para que se tomen de forma unilateral, sin consulta previa por parte de los gestores —repito— provisionales. No me refiero a usted, me refiero al Insalud como ente gestor que está actuando en este momento de forma provisional. No se pueden tomar medidas de forma compulsiva como está ocurriendo en el hospital de Albacete por parte del gerente ni que hipotequen el futuro del complejo hospitalario sin el consentimiento previo, al menos por lealtad, por respeto o por cordialidad, de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, que dentro de nada va a ser la responsable de la gestión.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señora Valentín, usted ha dicho

ahora mismo —sin el consentimiento previo—, por tanto me imagino que se refiere a cogestión, porque consentimiento respecto de algo que es responsabilidad nuestra es cogestión. En la función administrativa, en las responsabilidades políticas que tenemos no existe ese concepto de tener que pedir consentimiento para realizar cambios organizativos en un centro de nuestra responsabilidad.

Hago una pregunta, en todo caso retórica porque no pretendo que me la responda: ¿Sabe usted las transferencias que se van a producir el 1 de enero? ¿De verdad sé yo que Castilla-La Mancha se va a transferir el 1 de enero? De momento lo único que sé es que mis responsabilidades hasta el 31 de diciembre son las que le he dicho, las que usted sabe. No tengo constancia de que Castilla-La Mancha reciba la transferencia el 1 de enero, por lo que le aseguro que seguiré con mis responsabilidades hasta fin de año o hasta el día que se produzca la transferencia efectiva. Déjeme que le añada una cosa: mientras estamos en espera de conocerlo —hay una negociación entre las comunidades autónomas y el Gobierno central—, en lo que se refiere a las funciones, los instrumentos, la organización en las que hasta ahora he tenido la responsabilidad quizá hemos echado de menos que las comunidades autónomas hubieran trabajado con nosotros un protocolo de transferencia adecuado, protocolo que está preparado en el Insalud como ente gestor y que probablemente se tendrá que hacer a la inversa: una vez tengan las competencias probablemente tendrán que venir a Alcalá 56 para ver con qué instrumentos, con qué protocolos se ha venido trabajando en nuestra organización. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Sabe que no existe posibilidad de turno. La pregunta está perfectamente contestada y no encuentro motivo para darle la palabra.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Entiendo que no quiere que sigamos hablando del tema.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, no tiene la palabra.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Ya sé que no la tengo. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: No hay de qué.

— **DEL SEÑOR CUADRADO BAUSELA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA SOBRE PROCEDIMIENTOS SEGUIDOS EN LA ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO EN ZAMORA. (Número de expediente 181/001096.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta que plantea el diputado señor Cuadrado, sobre procedi-

mientos seguidos en la adjudicación del servicio de transporte sanitario en Zamora.

Tiene la palabra el señor Cuadrado.

El señor **CUADRADO BAUSELA**: Efectivamente la pregunta tiene que ver con un concurso público, cómo se ha producido, si se ha hecho correctamente, con transparencia, respetando principios como el de igualdad de oportunidades y por supuesto teniendo en cuenta además a quién se dirigía ese servicio público del concurso, al conjunto de la sociedad, en este caso la sociedad zamorana, puesto que se refiere al transporte sanitario en la provincia de Zamora.

Hago la pregunta, aparte de que en su día hice una comunicación directa al Insalud, al señor Bonet, que fue contestada, porque se han producido hechos que merecen ser observados atentamente y ser comprobados, por ser suficientemente importantes. Son dudas sobre el concurso, al margen de que existan una serie de mecanismos legales, como el recurso, etcétera, que supongo que las partes que se sientan afectadas lo pondrán en marcha. No es esa la cuestión a la que quiero referirme, sino a algunos aspectos concretos del concurso, que son lo suficientemente relevantes para que se exija una actuación de comprobación cuando menos. Hay otros pero me voy a referir exactamente a los tres que me parecen —repito— más importantes. En primer lugar, en este concurso se produce un hecho que no es normal y que quiero destacar: los vehículos que son puntuados en el concurso por la licitadora adjudicataria no coinciden en las características, aunque sí en el número —son puntuados exactamente a esta UTE cinco ambulancias de soporte vital avanzado (UVI), una ambulancia de soporte vital básico, treinta ambulancias no asistenciales y quince ambulancias colectivas, por las que se obtiene una puntuación que decide—, con aquellos vehículos que tiene autorizados ante la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, que son: cinco ambulancias de soporte vital avanzado, 19 ambulancias no asistenciales, 26 ambulancias colectivas y una ambulancia sin clasificar. Aún hay un contraste mayor a establecer con lo que realmente se contrata, que no coincide ni con lo primero ni con lo segundo. Se contratan exactamente: dos ambulancias de soporte vital avanzado, 26 ambulancias no asistenciales y 11 ambulancias colectivas. Este hecho, que es comprobable a fecha de hoy, me parece lo suficientemente interesante para que —y así se lo manifesté en su día por carta— el Insalud lo compruebe. Me parece que es muy llamativo, incluso escandaloso; por tanto alguna respuesta espero en esa dirección.

En segundo lugar, no eran dos empresas las que concursaban, sino tres, como sabe el señor Bonet. Hay una tercera empresa, ADILOP S.L. con cuya oferta ocurre un hecho que es exactamente igual de llamativo, o quizá más: su documentación desaparece. La explica-

ción es que por descuido se arroja a la basura, pero en vez de paralizar el concurso e iniciarlo de nuevo (por instrucciones del Insalud, no por decisión de la propia mesa) se continúa con él; no se anula como se podía esperar, sino que continúa como consta en el único acta que figura, según la propia letrada y el interventor que participan en la mesa.

Tercer hecho relevante y comprobable también, por tanto no estamos hablando de algo que esté en esa guerra entre empresas de la que a veces desde el Insalud se ha hablado, sino que forma parte de algo que se puede comprobar. Una puntuación relevante en ese concurso (juntamente con los vehículos, pero esto por sí mismo lo decide) se da por una red de infraestructura de telecomunicaciones que es propiedad del Insalud y que no se puede emplear, ya que es propiedad del Insalud, que es a quien se le hace la concesión; no cabe otra posibilidad. En relación con este hecho concreto, comprobable, hoy usted, señor Bonet, y yo podemos comprobar hasta qué punto esto es así; podemos comprobar si ese sistema GPS se puede utilizar o no. Le digo que tengo la información suficiente, pero en cualquier caso seguro que el Insalud lo puede constatar mucho mejor que yo, comprobando que no solamente no se puede utilizar, sino que no se utiliza; es más, la coordinación se hace no desde Zamora sino desde Valladolid, han cambiado. Son hechos suficientemente relevantes para que merezcan la atención del Insalud porque estamos hablando del funcionamiento de un concurso público, de un servicio que afecta a la calidad con la que reciben ese servicio los enfermos, los ciudadanos. Me parece que exige una actuación independiente del recurso. Sé que se me va a hablar del recurso, pero me parece que cuando hay elementos tan fácilmente contrastables y tan significativos como los tres que he señalado, no se les puede lanzar el mensaje a los ciudadanos de que en situaciones como éstas recurran, dejando pasar los años que sean y ya se resolverá el asunto. No creo que esa sea la respuesta que se debe dar ante una situación como ésta.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señorías, el procedimiento seguido en la adjudicación del servicio de transporte sanitario en la provincia de Zamora se encuentra totalmente ajustado a derecho, de acuerdo con la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Le informo también de que hasta la fecha no ha tenido entrada en la Dirección General del Insalud notificación de haber sido admitido a trámite ningún recurso contra dicha adjudicación. Tan sólo se ha producido una denuncia ante la ministra de Sanidad y Consumo el pasado día 16 de septiembre que utilizaba los mismos términos de la pregunta. Por nuestra parte se revisaron todas las actas y

criterios de adjudicación de dicho concurso sin que se haya detectado ninguna irregularidad.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Cuadrado.

El señor **CUADRADO BAUSELA**: Señor Bonet, que el concurso es ajustado a derecho... Faltaría más. Está regulado absolutamente. Quiero ayudar con la pregunta al Insalud a transmitir un mensaje que es imprescindible para la sociedad porque un concurso público es una cosa muy seria y se hace no sólo ajustado a derecho, sino con transparencia, respetando la igualdad de oportunidades. Cuando se ponen en cuestión —se han puesto en cuestión públicamente y por eso en su día me puse en contacto con usted y ahora estoy haciendo esta pregunta— hechos perfectamente comprobables, hay que actuar. Si le he dado unos datos —no se ha referido a ellos— respecto a la puntuación de los vehículos, si esto es tan evidente que no coinciden los que se puntúan con los que al final se contratan y ni siquiera coinciden con aquellos con los que estas empresas que forman la UTE tienen autorizados ante la consejería, el Insalud debe clarificar este hecho. No estoy haciendo aquí un recurso. El recurso es una obviedad y lo hará quien lo tenga que hacer, estoy hablando de otra cosa. Hechos tan fácilmente comprobables como que se oferta una ambulancia de soporte vital básico inexistente o que se ofertaron, como he dicho antes, ambulancias colectivas como si fueran no asistenciales, son fáciles de comprobar. Quiero cerrar esta intervención en estos términos. Se lo he dicho antes y lo reitero.

Señor Bonet, usted con mayor capacidad porque tiene los instrumentos para hacerlo más fácilmente, puede comprobar si esos vehículos que fueron puntuados forman parte en este momento de la flota de vehículos de transporte sanitario que está utilizando, que han sido contratados por esas empresas por el Insalud. Se puede comprobar con respecto a la red de telecomunicaciones, donde obtiene 19 puntos y le recuerdo que la diferencia entre una empresa y otra era de menos de nueve. En cuanto a la red de telecomunicaciones, me gustaría que dijera algo concreto porque eso produce una alarma enorme ¿Cómo es posible que una empresa concurre puntuándose como si fuese propia, una red de telecomunicaciones que es propiedad del Insalud? Y no se puede utilizar de otra manera, porque se puede instalar a los coches el sistema que se quiera, por ejemplo, para utilizar un sistema propiedad de la NASA, pero no se puede utilizar si no es con una red que es, puesto que es quien lo tiene concedido, propiedad del Insalud. Son hechos fácilmente comprobables. Me consta —fíjese hasta qué punto la situación puede llegar a ser escandalosa— que algunos de los vehículos que se utilizan ni siquiera tienen emisora. Eso lo podemos comprobar, ahora mismo si salimos de aquí. Me remite S.S. a un recurso que está en marcha, cuyo plazo ya ha pasado ya y al que se le ha aplicado el silencio administrativo

—usted estará mejor informado que yo en ese sentido—, pero yo no planteo la cuestión en términos de recurso, sino de funcionamiento de un concurso público que afecta al Insalud y, además, usted puede utilizar la inspección. Dígale a la sociedad zamorana, que es quien utiliza este servicio, que esa situación tan escandalosa no se ha producido.

Le he dado unos datos concretos que son fácilmente comprobables y no sé cuál será su respuesta, pero le digo que seguiré en esta labor con otras iniciativas. Me parece un caso tan de sentido común que ni siquiera tendría que hacer yo esa labor, la tendría que hacer usted, señor director general.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Me imagino que es una cuestión de dinámica parlamentaria, porque yo no he hecho ninguna referencia al recurso. Creo que lo tenía preparado. He dicho que no habíamos recibido el recurso, pero no le enviado al recurso ni para que pongan recurso.

Vamos a ver si en esta réplica puedo explicar cuál es la posición del Insalud. Los graves hechos denunciados que se comentan en la adjudicación del transporte en Zamora es, en principio —y es la información que tenemos hasta el día de hoy— una valoración que realiza el ex presidente de la Federación Nacional de Empresarios de Ambulancias (ANEA) y propietario de la empresa Aldilop, ya que utilizó esos mismos términos de denuncia la ministra de Sanidad y Consumo el 17 de septiembre pasado, donde yo estaba presente. Esta empresa participó en el concurso público convocado el 24 de febrero del 2001 para la contratación del servicio de transporte en la provincia de Zamora. El concurso fue adjudicado mediante resolución de 13 de junio de 2001 a la UTE Ambulancias Zamoranas, siendo excluida la empresa Aldilop por la mesa de contratación al no presentar vehículos de ambulancias para cubrir los servicios. La misma empresa, por idéntica razón, fue excluida por las mesas de contratación de Salamanca y Segovia con anterioridad, provincias en las que igualmente se habían presentado los concursos de transporte sanitario. Así pues, y dada la inespecificidad señalada al principio, de las supuestas graves irregularidades cometidas durante la tramitación del procedimiento de contratación del transporte sanitario en la provincia de Zamora, se tomarán por tales las contenidas en el escrito del ex presidente de ANEA, que se concretaban en los siguientes hechos: Extravió por la mesa de contratación de la documentación personal y técnica de la empresa Aldilop, arrojada a la basura antes de la apertura de las plicas; que la empresa adjudicataria no ofertaba vehículos suficientes para prestar el servicio; que el gerente de una de las empresas integrantes de la UTE adjudicataria es médico del Insalud;

que a la empresa adjudicataria se la había valorado un plan de comunicaciones del que no disponía al ser una concesión hecha al Insalud.

Con relación a estos hechos, el Insalud tiene que manifestar lo siguiente. Respecto al punto 1, extravío de la documentación de la empresa Aldilop, hay que significar que, si bien es cierto que se produjo la pérdida del sobre que contenía la documentación personal y técnica de dicha empresa, no es menos cierto que esta pérdida se produjo con posterioridad a que fueran abiertos todos los sobres de las empresas licitadoras; es decir, el extravío se produjo una vez valorada por la mesa de contratación la documentación personal y técnica de todos y cada uno de los licitadores. Prueba de ello es el hecho de que a la empresa le fuera solicitada por la mesa documentación adicional para completar su oferta. Por esta razón y aún reconociendo una falta de diligencia en la custodia de los documentos, dicha circunstancia no fue considerada motivo suficiente por la mesa de contratación para determinar la invalidez de todo lo actuado hasta este momento, continuándose, por tanto, el procedimiento de contratación.

Con relación al punto 2, que la empresa adjudicataria no disponía de los vehículos necesarios para realizar el servicio, hay que precisar que dicha afirmación es una valoración personal que no coincide con la oferta presentada por la empresa adjudicataria ni con la valoración que sobre la misma hizo la mesa de contratación. Además, con carácter previo a la adjudicación, los servicios de inspección de la dirección provincial de Zamora comprobaron no solamente la disponibilidad de los vehículos ofertados, sino también el cumplimiento y los requisitos técnicos y sanitarios de dichos vehículos.

El punto 3 se refiere a la posible vinculación del gerente de una de las empresas licitadoras con el Insalud. Este hecho fue específicamente investigado por la dirección provincial de Zamora, comprobándose que un facultativo adscrito al servicio 061 de Zamora constaba como administrador único de una empresa de ambulancias denominada, Emergencias del Noroeste S.L. Por esta razón se le solicitó al citado facultativo una declaración sobre cualquier vinculación que mantuviera con alguna de las empresas licitadoras en el concurso, declaración que el facultativo realizó por escrito, según consta en el expediente de contratación. En dicho documento, si bien se reconoce administrador de la empresa Emergencias del Noroeste S.L., este facultativo niega cualquier relación o contrato mercantil con las empresas participantes en el concurso y, más concretamente, con la UTE Ambulancias Zamoranas, adjudicataria del mismo.

El último punto se refiere a la valoración del plan de comunicaciones de la empresa adjudicataria, debiendo señalarse que fue realizada por la mesa de contratación sobre la base de un informe técnico emitido por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, en concreto por la

jefatura provincial de inspección de telecomunicaciones de Zamora. Este organismo puntuó el plan de comunicaciones de todas y cada una de las empresas participantes en el concurso en función de la documentación técnica aportada por ellas mismas. Así pues, entendemos que no es posible objetar el proceder de la mesa de contratación en este apartado.

— **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE LAS PREVISIONES ACERCA DEL NUEVO HOSPITAL DEL ÁREA SANITARIA III (REINOSA) DE CANTABRIA. (Número de expediente 181/001094.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas formuladas por el diputado don Jaime Blanco García.

En primer lugar, la número 6, que dice: Previsiones acerca del nuevo hospital del área sanitaria III (Reinosa) de Cantabria.

Tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor director general, es una pregunta muy sencilla. Después del trabajo de esta mañana, con esta pregunta le voy a dar un cierto alivio porque, como usted bien sabe, en la zona de Campoo, que es la tercera zona sanitaria de Cantabria, se constituyó una comisión en la participaba el Insalud, el Gobierno de Cantabria a través de la consejería, los alcaldes, los ayuntamientos y creo que también los sindicatos y los partidos políticos. Se trataba de una comisión para estudiar la construcción de un hospital público en esa área III sanitaria de Cantabria.

En octubre de este año hubo una comunicación de la consejería, a través de una noticia en la prensa, en la que se dice que el hospital se hará para el año 2002 y que tiene unas ciertas previsiones. La pregunta es muy sencilla: ¿Qué previsiones tiene el Insalud respecto a este hospital, qué cartera sanitaria de servicios tendrá y cómo va a participar el Insalud en él?

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señor Blanco, el Insalud viene incrementando los recursos en atención primaria y en atención especializada con criterios de priorización rigurosos y que contienen el coste de oportunidad de las decisiones. En las comunidades autónomas en el período transferencial ese proceso ha sido riguroso. En la comisión de coordinación de asistencia sanitaria entre la comunidad autónoma y el Insalud ya se planteó el tema del hospital de Reinosa como pregunta de si el Insalud tenía entre sus planes construir un hospital en esta localidad cántabra. Ahí ya fue expresado que no estaba entre nuestros planes construir un hospital en Reinosa porque por un lado, la asistencia a la pobla-

ción cántabra en Reinosa estaba correctamente atendida con el dispositivo asistencial en Cantabria y, por otro, porque las importantes inversiones que se estaban realizando en esta comunidad hacían que la construcción de ese hospital no estuviera entre sus prioridades.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Blanco tiene la palabra.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Le agradezco su respuesta, pero me la esperaba porque son las típicas cosas que se hacen para la galería y ante la presión —entre comillas— de los ciudadanos que quieren una mejor asistencia sanitaria.

Dicho esto, tengo que llamarle la atención —en el buen sentido de la palabra— sobre el hecho de que el director provincial del Insalud participaba en esta comisión. Aquí ya no entiendo nada. Si el Insalud participa en una comisión que acaba ratificando que hará un hospital, cómo puede ser que ahora el director general del Insalud desautorice esa participación diciendo que hace tiempo —no ha mencionado la fecha de esa comisión de coordinación y me gustaría saberlo— se dijo que el Insalud no iba a participar. Me parece una mala forma de hacer política sugerir a los ciudadanos que el Insalud está detrás de ese proyecto para ahora aclarar definitivamente que si se hace el hospital será a cargo de la comunidad autónoma y, evidentemente, bajo su propia responsabilidad.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): No tengo el dato que me pide, pero creo que fue a finales de verano o principios de otoño del año pasado cuando se debatió el tema del hospital con la comunidad autónoma. Por tanto, no ha estado en nuestra planificación hacerlo. Tampoco creo que se expresara en esa comisión —y, por tanto, no está en el conocimiento del Insalud—, que la comunidad autónoma planteara financiarlo. El Insalud no opina porque no conoce esa previsión.

— **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE EL INSALUD SE NEGÓ A INCLUIR A UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTES DE HÍGADO DEJÁNDOLE EN SITUACIÓN DE TOTAL ABANDONO CON INMINENTE RIESGO Y PELIGRO DE MUERTE, SEGÚN SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CANTABRIA. (Número de expediente 181/001104.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta número 8, también formulada por el diputado señor

Blanco: Motivos por los que el Insalud se negó a incluir a un paciente en la lista de espera de trasplantes de hígado dejándole en situación de total abandono con inminente riesgo y peligro de muerte, según sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria.

Tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Señor Bonet, si la anterior era una pregunta casi de trámite donde se decía si participaba o no el Insalud, esta que es más complicada.

Es una historia desgraciada para el Insalud, por no decir truculenta para la familia y para el paciente que han tenido que pasar por todo el proceso que ahora explicaré. Como usted bien sabe, en noviembre de 1997, aproximadamente, la Organización Nacional de Trasplantes decide no incluir a un paciente en la lista de trasplantes de hígado porque padecía una enfermedad psíquica y se dudaba de si podría seguir el tratamiento posterior al trasplante y la efectividad del mismo, dada la afección psiquiátrica del paciente, y se decide sacarle de la lista de espera de trasplantes. Con motivo de eso ya hice una pregunta al Ministerio sobre por qué se había excluido de la lista de trasplantes a este paciente. En la respuesta que se me dio se dicen dos cosas contradictorias. Por un lado, que la Organización Nacional de Trasplantes, se pronunció de acuerdo con un primer criterio emitido por los especialistas, en este caso de Valdecilla, que no consideraban adecuado incluirlo como candidato al trasplante. Por otra parte, se dice que en ningún momento el paciente salió de la lista de espera, pero el Tribunal Superior de Justicia de Cantabria condena al Insalud a incluirlo en sus listas de espera. Aquí hay un desajuste. Empieza una historia, como digo, bastante truculenta y desgraciada para la imagen del Insalud. A partir de ahí, hay un tercer hospital prestigioso, que no viene al caso mencionar y que está dentro de la Organización Nacional de Trasplantes, que en el año 1998 opera a este paciente por lo privado —por decirlo de una manera sencilla— con éxito. El paciente vive en la actualidad y su familia decide reclamar el coste de la operación al Insalud. Hay una primera fase en la cual el Insalud es condenado por una actuación irregular por la que se saca a este paciente de la lista de espera aduciendo que tiene otra enfermedad. En su día ya comenté en esta Comisión, estando presente la ministra, que sería bueno adaptar los criterios. No digo que los criterios anteriores por los cuales se hacen los trasplantes sean malos, pero pueden estar obsoletos en algunas de sus propuestas. Por lo tanto, es necesario adaptar esos criterios a las circunstancias del momento actual, del siglo XXI, lo que era, además, la petición de la comunidad europea.

Dejando este asunto al margen, una vez ocurrido este hecho en el que el Insalud, como gestor, queda mal, hay una segunda fase que es verdaderamente lamentable, señor Bonet, que es cuando la familia pide que se le

paguen los servicios prestados por una clínica particular. Y ocurre que el Insalud se niega a abonar a esa familia los gastos de esa intervención. Tienen que recurrir a la justicia y es de nuevo la Sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria la que vuelve a condenar al Insalud a pagar a esa familia los gastos que se han producido. En los considerandos se dice que el Insalud se negó a incluir al paciente en la lista de espera de trasplantes de hígado, dejándole en una situación de total abandono, con inminente riesgo y peligro de muerte. He empezado mi intervención diciendo que es una historia truculenta para una familia, pero absolutamente desgraciada y de pésima imagen para un organismo gestor como el Insalud. Probablemente me podrá responder amparándose en los criterios clínicos de los expertos de la Organización Nacional de Trasplantes. La Organización Nacional de Trasplantes funciona muy bien. Ha habido bajo los criterios de algunos clínicos, la exclusión de una lista, cosa que niega el Insalud en su momento, mientras que otros clínicos dicen que a ese paciente se le puede operar. Lo cierto y verdad es que al paciente se le opera, y vive después de cuatro años, está vivo, que la familia recurre para que se le pueda incluir en la lista de espera, que le condenan al Insalud y que el paciente recurre luego los gastos de esa intervención y el Insalud se niega a pagar. Esto no puede ser, señor Bonet. Puede uno errar, pero no enmendarla y seguir en el error en una historia realmente desgraciada, no para el Insalud, no para usted como director —si le ocurriera esto no como paciente, sino como director, sería responsabilidad suya—, porque da mala imagen al sistema y, esta es la sensación que yo le quiero transmitir. El organismo gestor de una gran parte de la sanidad pública no puede estar en este punto de mira de la ciudadanía que se pregunta cómo es posible que ocurran estas cosas y cómo es posible que no se tenga la atención con la familia y, puesto que ya que le han condenado una vez, se les paguen los gastos y punto. Es sólo una reflexión, espero su respuesta sobre el porqué. Seguramente habrá algún motivo, probablemente las administraciones siempre recurren los actos cuando están condenadas, pero deberían tener en consideración que a veces es preferible enmendar el error que no seguir el trámite burocrático de recurrir hasta que haya una sentencia firme que dice que se pague y se acabó la historia.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señor Blanco, entenderá S.S. que tenga que hablar de criterios clínicos y de cómo son los procedimientos de inclusión. Permítame que pase a relatar lo que la dirección general tiene como información referente a este caso.

El paciente al que se refiere en la pregunta que nos formula con las iniciales A.T.D, de 41 años de edad, antiguo adicto a drogas por vía parenteral, portador de diabetes mellitus tipo II y esquizofrenia hebefrénica estaba siendo atendido en el hospital de Sierrallana por hepatopatía crónica por VHC, con ascitis refractaria a tratamiento diurético. En 1997 presentó tres episodios de peritonitis bacteriana espontánea, que precisaba de ingreso en los hospitales de Sierrallana y Valdecilla. La situación clínica del paciente hace que, en un momento dado, se plantee la posibilidad de ser incluido en el programa de trasplante hepático; ahora bien, como es sabido, la admisión del enfermo en un programa de este tipo se realiza siempre a criterio del equipo de trasplantes quien, a través de una sesión clínica, estudia de forma detallada si el paciente reúne los requisitos aconsejables para formar parte de un programa de trasplante. En este caso concreto el equipo médico consideró que el paciente no debía ser incorporado al programa por presentar una patología psiquiátrica de base grave e incurable. Como es lógico, este paciente sigue siendo tratado en el servicio digestivo del hospital de Sierrallana, donde se le indica la necesidad de asistir semanalmente para realizarle paracentesis evacuadoras semanales. El 27 de diciembre de 1997, A.T.D. (el paciente) formula, junto con su solicitud de reintegro de gastos por consulta en la Clínica Universitaria de Navarra, la de ser incorporado en la lista de espera de trasplante hepático. En el Insalud existe un protocolo de actuación para evaluar de manera individual cada una de las solicitudes de asistencia en un centro privado, protocolo que se siguió en este caso realizándose los siguientes trámites: escrito al asegurado. Con fecha 4 de febrero de 1998 se recaba información clínica al asegurado y se establece contacto con el coordinador de trasplantes; se remite el 17 de febrero de 1998 a la subdirección general competente la solicitud de autorización de asistencia en un centro privado por si procediera. El 3 de abril de 1998, la entonces subdirección general de asistencia especializada desestima autorizar el traslado del paciente a Navarra, indicando que el criterio del equipo de trasplantes del hospital Marqués de Valdecilla es que el paciente no reúne en ese momento los criterios técnicos para la realización de un trasplante hepático. Asimismo, se informa de que esta opinión, a la vista de la situación clínica del paciente, es compartida por el equipo médico que realiza los trasplantes en el hospital Doce de Octubre, ratificando la decisión tomada por el equipo médico de Valdecilla. Conviene señalar que en nuestro país existe un documento de consenso de trasplante hepático y que la Organización Nacional de Trasplantes, aplicando los criterios que se establecen en el citado documento, ratificó también la idoneidad de la decisión tomada. El paciente, a pesar de los argumentos expuestos, acudió a instancia judicial y, como consecuencia de la misma, se dicta sentencia, resultando obligado el Insalud a programar al

paciente para trasplante hepático. Esta sentencia es recurrida por el Insalud y ratificada por el Tribunal Superior de Justicia de Cantabria el 26 de octubre de 1998. El paciente es intervenido quirúrgicamente en la Clínica Universitaria de Navarra el 1 de noviembre del mismo año. Para dar cumplimiento a la sentencia, el Insalud corre con los gastos de la intervención.

Conclusiones, a nuestro modo de ver. El Insalud, cuando se refiere a decisiones clínicas, se atiene a los criterios y opiniones de los profesionales, que son los cualificados para tomarlas. Los programas de trasplantes son actividades complejas que exigen una respuesta asistencial multidisciplinar y las distintas actuaciones están perfectamente protocolizadas y consensuadas entre los diversos profesionales involucrados. Todo lo que se debe hacer está perfectamente recogido en documentos de consenso, de manera que no se deje nada a la interpretación concreta de un caso o de un equipo, asegurándose así la homogeneidad y equidad en los distintos procedimientos de trasplante para que de todos los pacientes subsidiarios de un trasplante dispongan de las mismas posibilidades para acceder a ello. El Insalud, en este caso concreto, no hizo sino refrendar la decisión inicial tomada por los facultativos del hospital de Valdecilla y ratificada en dos ocasiones más en otras instancias. Como es lógico, también al margen de cualquier otro criterio, el Insalud acata las decisiones judiciales, como ocurrió en este caso.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Seré muy breve.

Ya he dicho que son muy respetables todos los criterios clínicos y que probablemente estemos en un caso *borderline*. Dice S.S. que tanto en Cantabria como en el Doce de Octubre los clínicos deciden no incluirle en la lista para trasplantes. Perfectamente asumible, no hay ningún problema, pero resulta que una clínica de la que usted ha dado el nombre, la Clínica Universitaria de Navarra, decide incluirle en la lista de trasplantes. A pesar de que existe un documento de consenso, al cual yo me he referido y les he invitado a que se pusiese al día, hay una clínica que lo hace. ¿Me quiere usted decir que esta clínica lo hace por ánimo de lucro o quiere decir que los clínicos que le ven en Navarra son menos científicos y de menos prestigio que el resto? Si es así, la justicia es la que lo soluciona en una primera instancia. Esta primera instancia es la de menor importancia, dentro de la gravedad de todo el caso. Le he dicho que esto puede ser un caso *borderline*, en el que hay unos clínicos que dicen que no merece la pena y otros que dicen que sí. Esto se plantea en situaciones críticas en multitud de ramas de la actividad médica. Pero después de que les condenan —y sobre esto no me ha dado ninguna respuesta—, hay otra condena peor todavía, porque no solamente no aceptan la sentencia, es que no le quieren pagar los gastos. Si ustedes son condenados, lo

son con todas las consecuencias y si el Tribunal de Justicia admite que hay que incluirle y operarle en la clínica de Navarra, tendrán que correr con los gastos, porque ha habido un error, no científico, sino de gestión. Aquí estamos hablando de la Organización Nacional de Trasplantes, y todas las clínicas, tanto el Doce de Octubre, como Navarra, como Valdecilla, pertenecen a ella. Todos ellos merecen un respeto. No creo que me quiera insinuar que Navarra lo ha hecho por ánimo de lucro, porque como alguien tenía que pagar, se le trasplanta; alguien pagará. No creo que sea así. Lo mínimo que podían haber hecho, señor Bonet, es tapar las pequeñas vergüenzas, si es posible, de la primera fase, habiendo abonado a la familia los gastos y no saliendo en la prensa porque el Tribunal Superior de Justicia condena al Insalud a pagar el trasplante hepático a un esquizofrénico. Esto es bochornoso, se ponga como se ponga, y no se defienda más. ¿Eso le suponía tanto dinero al Insalud, con los cientos de miles de millones que maneja? Creo que con haber enmendado este error inicial, como he dicho de una manera vulgar, con tapar ese error inicial, pagar a la familia y decir que nos hemos equivocado, el problema se hubiera resuelto. Pero no, hay que esperar una nueva sentencia y una nueva condena al Insalud, con lo cual se crea una mala imagen. Por cierto, desde el año 1968 en que soy médico, el Insalud, antes INP, no gana nada en los tribunales. Yo no sé cómo lo plantean los jurídicos de esa casa, pero no ganan nada.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señor Blanco, como tópico está bien; yo también he dicho muchas veces eso de que el Insalud no gana nunca nada, pero es mentira.

Que la clínica de Navarra haya hecho la intervención, contradiciendo por tanto el criterio de tres niveles del Insalud en aquel momento, y lo haya hecho con ánimo de lucro, lo ha dicho usted dos veces, pero de mi intervención no se puede deducir en absoluto. Es verdad que si son tres ámbitos los que entienden en aquel momento la indicación o no del trasplante, y creo que los tres con solvencia, Valdecilla, Doce de Octubre y la ONT, efectivamente se entra en cierta contradicción, cuando probablemente en trasplantes hay amplio consenso en el conjunto del Estado e incluso a nivel internacional. Por tanto, ahí podría haber una cierta contradicción que podría hacer que se revisara la rigurosidad de los criterios en el conjunto de la ONT.

Respecto del resto, cuando hay elementos que se hacen mal, se tiene que reconocer. En este momento se deben a este paciente. En primer lugar, tengo que decir que esta dirección general fue la que dijo que no se hiciera el recurso de casación. No se hizo el recurso de casación, para pagar lo que por sentencia teníamos que

pagar. Por tanto, si son correctos mis datos, en este momento están en trámite de pago 7.065.618 pesetas. Aunque estamos hablando de hecho ocurridos en el año 1998, durante el año 2001 se han pagado pequeñas cuantías: el 11 de mayo de 2001 se han pagado 428.091 pesetas; el 6 de noviembre de este año se han pagado 40.600 —desconozco los conceptos por los que se pagan estas cuantías—; y el 30 de noviembre de 2001 está pendiente de pagar la cantidad de 87.000 pesetas, que ya le he comentado que esta dirección general se preocupará de que se haga efectiva.

— **DEL SEÑOR BLANCO GARCÍA (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE EL HORIZONTE TEMPORAL PREVISTO POR EL GOBIERNO PARA TERMINAR LAS OBRAS DE REPARACIÓN DEL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA Y EL PLAN DIRECTOR (FASE I Y II) (CANTABRIA). (Número de expediente 181/001129.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre el horizonte temporal previsto por el Gobierno para terminar las obras de reparación del hospital Marqués de Valdecilla y el Plan Director (Fase I y II) de Cantabria, cuyo autor es el diputado señor Blanco, para cuya formulación tiene la palabra.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Con esto acabamos el orden del día, aunque no estoy seguro, por lo que despediremos al señor Bonet que lleva una buena mañana de trabajo y se lo agradecemos.

Para empezar quiero leer unas palabras que figuran en el «Diario de Sesiones», del día 20 de diciembre del año 2000, pronunciadas por el secretario general, el señor Moreno, en una comparecencia solicitada para que nos hablase del futuro de Valdecilla, después de dos años del desgraciado accidente ocurrido con ocasión de que se cayese la pared de dicho hospital provocando cuatro muertos, y que fueron dirigidas a mí y a mi grupo político. Dijo textualmente: Quiero agradecer sinceramente la actitud de su grupo, porque podrían haber hecho incluso más difícil la solución del problema —estamos refiriéndonos a Valdecilla— y creo que ustedes han ejercido su función con responsabilidad y es necesario reconocerlo. La pregunta está formulada para que nos explique cómo van las obras de urgencia y la rehabilitación de uno de los edificios, que tiene unas 700 camas, y para saber cuál es el plan de futuro, el plan estratégico o el plan director de Valdecilla, que tiene dos fases.

Con respecto a la primera —a las obras de urgencia— tengo que decirle que nuestra paciencia se nos está acabando, señor Bonet. No va a dejar de haber colaboración, pero va a ser mucho más crítica con la gestión que está realizando en esas obras de urgencia. ¿Por qué? Porque en esa comparecencia que le comen-

taba del secretario general, el señor Moreno, decía que se tomó una decisión tanto por la comunidad autónoma como por el Insalud. Por cierto, antes hablaba usted de manera crítica de la cogestión, aunque el señor Moreno no habla de manera crítica de la cogestión, porque dice que durante la última comisión de coordinación se incluyó una representación de la comunidad autónoma y del Insalud y se tomó la decisión, cogestionando con carácter prioritario, de acelerar en todo lo posible la finalización de esas obras que se habían emprendido tras el suceso ocurrido. Nos dijo que se comprometió y se acordó lo siguiente: Está previsto que las obras de demolición de la construcción de toda la fachada del edificio de traumatología termine el mes de febrero del año 2001, y 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 destinarlas a unidades de hospitalización. Ni que decir tengo que evidentemente no se ha cumplido ninguna de las fechas. Está muy retrasado, no se va a acabar ni en el año 2001 ni en el 2002 ni se están acondicionando de la sexta a la duodécima planta para destinarlas a unidades de hospitalización, por la sencilla razón de que ese bloque hospitalario está incomunicado con el resto, salvo por los antiguos subterráneos que ya existían en Valdecilla y que usted conoce perfectamente. Por tanto, mal; la gestión, mal.

Usted me va a responder que, aprovechando que se reconstruía todo, se iba a hacer una construcción colateral para incluir los servicios comunes de ese edificio —ascensores, etcétera— en esa nueva fachada, que iba a costar unos mil millones de pesetas. Cuando eso lo dije yo en esta sala, en el debate de presupuestos, se me negó, y ahora es verdad que eso es así, lo cual retrasa los procesos. Por tanto, a ustedes se les van ocurriendo las ideas de manera progresiva, y las van añadiendo, de forma que el proceso se va alargando. El desgraciado accidente ocurrió en el año 1998, hace ya tres años; en tres años se puede hacer un nuevo hospital —retiro lo de nuevo hospital, porque hubo una polémica en Cantabria y no quiero sumarme a ella en absoluto—; en tres años podía haberse demolido el edificio al que se le cayó la pared y haberse construido uno nuevo. Pero pasará el 2002 y no se habrá hecho, y tenemos por medio las transferencias. Esta es nuestra primera posición, de colaboración absolutamente crítica, señor Bonet. Además, todo esto lleva aparejado el cese del gerente, pero con el nuevo gerente tampoco se ha dado un impulso más allá. En fin, esto corresponde a la gestión interna y tampoco voy a entrar en ello. La impresión que tenemos es que todo sigue bastante igual.

En segundo lugar, tenemos el plan director. El plan director tiene dos fases, y el señor Moreno, en esa misma comparecencia, anunció a la Comisión que en febrero de 2001 iba a ser presentado. Eso se demoró hasta octubre de 2001, cuando la señora ministra fue a Cantabria a presentarlo. Y la señora ministra, con su

proverbial locuacidad, dijo que en noviembre se iba a contratar. Ya ha pasado noviembre, y no se ha contratado. Como usted no quiere cogestión, imagino que no querrá que haya un plan director gestionado por una administración que no sea la que contrata. Debería ser en noviembre o en diciembre, pero a las fechas que estamos de diciembre me imagino que ese plan director, que ha tenido bastantes dificultades para ver la luz, no va ser contratado.

Pero el problema no es sólo el de los retrasos, el problema es que en los presupuestos figura un plan quinquenal para financiar la primera fase del plan director, por valor de unos 12.000 ó 13.000 millones, no lo recuerdo exactamente. Además, hay una segunda fase, pero la señora ministra, con su proverbial locuacidad, ha dicho que esa segunda fase va a espaldas de la comunidad autónoma, y que ni ella ni el ministerio quieren saber nada de la misma, lo cual nos ha producido una cierta alarma a todos. Nos ha producido alarma, porque si Cantabria ya tiene dificultades para la transferencia del Insalud, precisamente por la especificidad de Valdecilla como centro de referencia nacional —y no tengo que abundar mucho más en las explicaciones sobre esta cuestión—, las dificultades se acrecientan cuando lo que se va a transferir no es el Insalud, sino una incógnita. No voy a entrar en la posición del Gobierno de Cantabria sobre si acepta o no las transferencias, que las va a aceptar —porque la película es: no las acepto ahora, pero si me suben 5.000 millones más, estoy de acuerdo—, porque la historia no es esa, la historia es que nos transfieren una incógnita; una incógnita en unas obras que no están acabadas, las de urgencia; una incógnita en un plan director que todavía no está adjudicado; una incógnita en una segunda fase, que no sabemos cuánto cuesta, porque como todavía no está adjudicada ni la primera fase, no sabemos nada de la segunda, que además va a ir, según la señora ministra, a espaldas de la comunidad autónoma.

Señor Bonet, nos gustaría salir complacidos con su respuesta a esta pregunta —ya acabo, señor presidente—, porque de esta manera podríamos transmitir tranquilidad a la ciudadanía de Cantabria —que está muy preocupada— y a los profesionales de Valdecilla —que están muchísimo más preocupados, porque lo viven más directamente— sobre la situación provocada por unas transferencias a caballo de un nuevo hospital de Valdecilla dentro del terreno actual; y digo nuevo hospital, entre comillas. Espero una respuesta clara, diáfana y contundente, como la que me dio para el hospital de Reinosa, para poder transmitir a la opinión pública de Cantabria la tranquilidad que se merece.

Gracias, señor presidente, por la amabilidad de concederme el tiempo que me ha concedido.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el doctor Bonet.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bertomeu): Señor presidente, señorías, a lo mejor intentando ser más concreto me ahorro leer el texto que traía preparado y nos ahorramos todas divagaciones sobre el tema, pero es verdad que la respuesta tiene que ser necesariamente una respuesta que yo sé que a priori no le va a satisfacer. Me ha pedido una respuesta concreta y, basándome en los datos que yo tengo, voy a intentar dársela.

Me sorprende que usted, que es de allí y conoce bien la realidad, no reconozca los avances producidos en el último año, diría yo desde mayo de 2000 hasta nuestros días. ¿Que eso supone no tener el hospital acabado? Evidentemente, pero me parece que los avances ahí están e incluso se ven. Otra cosa es que en la previsión de los proyectos, y usted lo sabe, hablemos de proyectos de emergencia, pero primero de la fachada que se cae, por tanto, de todo lo que se tiene que hacer en el edificio de traumatología; pero después está la obra de emergencia del resto de fachadas, que también sabe que incluso hemos tenido que corregir la propia ejecución en la licencia general en cuanto a las fachadas, con complejidad en el soporte de la parte baja; después tenemos que hablar de obra de urgencia, y en la acometida, es decir, en la reforma del hospital en sí, es verdad que en la época en la que llegamos nosotros aparece un vacío, al que usted ha hecho referencia, que tiene una complejidad enorme porque corren los plazos en relación con la finalización de la obra urgente previamente preparada. Por tanto, en el cruce entre plan director, emergencia 1, emergencia 2 —me estoy perdiendo hasta yo mismo—, en el punto crítico donde se cruzan esas tres ejecuciones de carácter diferente aparece ese vacío en la ejecución, y yo afirmaré que atribuirlo a la Administración, cuando resulta que es el encuentro de tres proyectos arquitectónicos —que el uno por el otro, la casa sin barrer—, es un poco duro. En cuanto la Administración conoció que ese elemento, de torre de comunicaciones y las tres últimas plantas, no estaba ejecutado, se puso a ejecutarlo de forma urgente y, por tanto, la ejecución hoy puede ser una realidad. Pero está claro que apareció un problema técnico de características complejas en su propia evaluación, porque eran características de ejecución diferentes en proyectos distintos. Además, hay que decir que la premura en la primera fase de ejecución en la obra de emergencia probablemente supuso poder tener dificultades a la hora de realizar el proyecto.

En cuanto a las fechas que me plantea, imagino que sabe que el plan director se está licitando y, por tanto, los plazos se van a poder cumplir de mejor manera. Cuando usted hace referencia al retraso de la ministra, imagino que se refiere a la presentación del vídeo, no a retraso en el plan director. Por tanto, hay que buscar la fecha idónea para que la ministra pueda trasladarse a Santander para presentar el plan director, lo cual no tiene nada que ver porque la presentación de un vídeo

en absoluto retrasa lo que son los plazos legales de ejecución.

Respecto a la reparación de las fachadas, la finalización de la residencia general está prevista para marzo de 2002 y la finalización de la fase 1, en licitación pública, para el año 2005. Las cuantías de las inversiones en las obras urgentes serían de algo más de 3.000 millones y en el plan director fase-1, de 11.151 millones. No está prevista, no lo ha estado en ningún momento, la financiación porque no está previsto ni desarrollado el plan de ejecución para las fases 2 y posteriores. Cuando alguien plantea un plan director en el concurso de ideas y en el diseño global del centro puede plantear muy diversas fases. Ahí podíamos hablar de si es legítimo o no, porque si lo era para hacer cambios organizativos a las enfermeras del hospital de Albacete, parece que sería ilegítimo que hoy estuviéramos tomando decisiones sobre lo que tienen que ser las obras del hospital del Valdecilla de aquí al año 2010. No parece que sea razonable ni parece tampoco que en la elaboración de los presupuestos plurianuales de inversiones eso fuera posible. Por consiguiente, tanto en la capacidad gestora de la obra, redacción del proyecto, como en cuanto a toma de decisiones, usted sabe que incluso se ha dicho así delante del presidente de la comunidad autónoma y del consejero, las decisiones sobre las futuras fases del plan director de Valdecilla dependerán no solamente de un diseño hecho por unos arquitectos en un momento determinado, sino de las oportunidades y priorizaciones que la propia comunidad autónoma haga en el próximo futuro. Por tanto, creo que el compromiso con la fase actual dará consistencia al hospital de Valdecilla, sean cuales sean las decisiones posteriores de la comunidad autónoma, y esa parte es la que se ha contemplado siempre en la financiación de la Administración del Estado.

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

El señor **BLANCO GARCÍA:** Señor Bonet, me deja más preocupado de lo que vine. Lo siento y le voy a decir por qué, aunque primero voy a hacer una aclaración. Yo reconozco que hay avances, evidentemente se está trabajando; pero ¿a quién le voy a achacar el que después de tres años el edificio del cual se cayó la pared, no esté en pleno funcionamiento? Las fechas no las he dado yo. Las he sacado del «Diario de Sesiones» de una comparecencia del señor Moreno; es el señor Moreno el que las da. Por tanto, si usted me reconoce que, sobre la marcha, se les ocurrió poner una adenda, que, por cierto, es del gerente cesado, fíjese usted si estoy bien enterado. Y es que cuando uno quiere colaborar con la Administración para sacar adelante un hospital que es un bien de toda Cantabria, no solamente como hospital sino por su propia historia, procuro enterarme de lo que pasa. Me intereso allí, aquí, pregunto a

la Administración, pido comparecencias, etcétera. No me diga usted que no achaquemos a la Administración que no se haya ultimado. ¿A quién se lo voy a achacar, señor Bonet? A lo mejor, tengo yo la culpa de que no haya acabado el hospital. Hasta ahí podríamos llegar. Me dice usted que no lo achaque a la Administración. ¿A quién se lo voy a achacar? Después de tres años no han acabado ustedes las obras de urgencia. En diciembre de 1998 se hunde la pared, estamos ahora en diciembre del 2001 y estamos cerrando las fachadas. Probablemente —tendré que ir a visitarlo—, ni siquiera han entrado los oficios para meter luz, fontanería, etcétera, porque, como falta el edificio de servicios comunes, ahí no hay nada. Dentro es un cajón vacío.

Lo importante de toda esta cuestión es que la gestión es una novela por entregas. Como usted se ha referido a lo de Albacete, me voy a referir de nuevo al tema del trasplante. Ustedes están pagando cantidades de más de 400.000 pesetas, de 1.000.000, porque cada vez que la familia presenta una factura tiene que ser el juez el que les obligue a ustedes a pagar. Por eso, de siete millones, han pagando ustedes en mayo 400.000 pesetas. Pues bien, esta es otra novela por entregas. Van a rehacer la fachada y, de repente, se les ocurre que hay que hacer otra parte del edificio, luego el plan director. Eso es todo un conjunto que ustedes han querido separar para disculparse de la falta de previsión y de la improvisación que han tenido en esta cuestión. Me dice que no parece razonable presupuestar la segunda fase cuando eso ya corresponde a otra Administración, puesto que para el año 2005 va a estar transferido el Insalud y el hospital a la Administración de la comunidad autónoma, y por eso nosotros no lo vamos a presupuestar. Con lo cual me reafirma que lo va a tener que pagar la comunidad autónoma, si es que esa segunda fase se lleva a efecto.

Primera cuestión, cualquier persona que se acerque al problema dice que el Plan director se puede dividir en diez fases, pero el Plan director es uno, y lo mismo que presupuestan la primera fase se presupuesta la segunda. Segunda cuestión, si no lo quieren ustedes presupuestar porque, por ejemplo, las dos fases las dilatan en el horizonte temporal de diez años, me imagino —y sobre esto sí que voy a incidir— que en la negociación que se esté haciendo de las transferencias irá incluido el paquete de financiación de esta segunda fase, porque hasta ahí podríamos llegar. Ustedes se quedan con la película bonita del vídeo diciendo que esto va a ser el Valdecilla nuevo, con las dos fases, pero quien va a pagar en la segunda fase no va a ser el conjunto de los españoles sino el conjunto de los cántabros, ellos sólitos. Esto no vale, señor Bonet, eso no puede ser así. Por tanto, me deja más preocupado.

Por último, como anécdota, me parece un poco extraño que la señora ministra desde febrero, que dice que va a presentar el Plan director, hasta octubre, que no lo presenta, no haya tenido un día para ir a Canta-

bria; me parece un poco extraño que sea la agenda de la ministra y no la improvisación de la propia gestión.

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

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD** (Bonet Bartolomeu): Muy brevemente. La ministra ya había ido a Cantabria y me imagino que siempre que puede va a Cantabria.

Realmente un plan director financiado de golpe y tomando decisiones sobre lo que va a ocurrir yo no lo he visto en mi vida. Cuando hay distintas fases, creo que está claro, o al menos yo lo tengo claro, que la fase que se ejecuta se está valorando como prioridad número uno, tiene capacidad financiera, y además es la más urgente, pero tomar decisiones sobre lo que pueda ocurrir tras acabar esa fase, sería prácticamente imposible. Nosotros hemos planteado que las fases 1 y 2 hasta se podían solapar, lo que no es solapable es la decisión. ¿Por qué? Porque lo contemplado en la fase 2 dependerá de la oportunidad de la comunidad autónoma a la hora de tomar decisiones, y esto dependerá de su coste de oportunidad a la hora de valorar las inversiones. Por tanto, no es una decisión fría ni matemática, sino que depende de la capacidad que tiene cada uno y de sus prioridades. Además, si en la fase posterior se tuviera que tocar la uve —usted sabe a que me refiero—, si se tiene que tocar el edificio central, es una decisión de carácter político pero centrada en la oportunidad del momento. Hoy se podía decir una cosa que a lo mejor

no sería la misma que podría decir la comunidad autónoma en base al coste de oportunidad de aquí a diez años. Por tanto, no parece sensato decirlo. Desde el punto de vista financiero, planificar todas las fases sin tener en cuenta la oportunidad de cada una de ellas no parece apropiado. Yo creo que ha quedado expresado de forma clara. No se transfieren incógnitas, se transfieren el Insalud, usted lo sabe, incógnita ninguna. Al contrario, se me ha criticado que se estén tomando ahora decisiones menores.

Por último, le quería decir que no es que a mí no me guste la cogestión, es que no existe dicho concepto, al menos desde el punto de vista formal, en la función administrativa. No se debe confundir con cogestión que se tomen decisiones cuando hay mesas paritarias. Yo no gestiono una mesa sectorial, sino que tomamos decisiones en una mesa legítima paritaria, lo mismo que en las comisiones mixtas entre una comunidad autónoma y el Insalud se toman decisiones que no tienen nada que ver con la cogestión.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de levantar la sesión quiero desear felices Pascuas a todos los miembros de la Comisión, a todo el personal, estenotipistas, taquígrafas y amigos todos, que la Navidad y el Año Nuevo nos sea lo próspero que todos deseamos.

Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

Eran las dos 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**

