



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 532

DEFENSA

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. ROGELIO BAÓN RAMÍREZ

Sesión núm. 27

celebrada el martes, 18 de junio de 2002

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor subsecretario de Defensa (Torre de Silva y López de Letona) para informar sobre:

- | | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| — La racionalización de la red sanitaria militar. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/001101.) | 17074 |
| — El desarrollo del plan de reforma de la red hospitalaria militar. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000980.) | 17074 |

Se abre la sesión a la diez de la mañana

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE DEFENSA (TORRE DE SILVA Y LÓPEZ DE LETONA) PARA INFORMAR SOBRE:

- **LA RACIONALIZACIÓN DE LA RED SANITARIA MILITAR. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/001101.)**
- **EL DESARROLLO DEL PLAN DE REFORMA DE LA RED HOSPITALARIA MILITAR. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000980.)**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señoras y señores comisionados.

Comenzamos la comparecencia del subsecretario de Defensa. A petición propia, el Gobierno ha solicitado esta comparecencia para informar sobre la racionalización de la red sanitaria militar. El Grupo Socialista había planteado también la comparecencia del subsecretario para informar del desarrollo del plan de reforma de la red hospitalaria militar. La unidad temática es obvia y por eso se va a celebrar una sola comparecencia.

En primer lugar, el representante del Gobierno, el subsecretario, consumirá su turno; a continuación, intervendrá el peticionario del grupo parlamentario que ha pedido la comparecencia del subsecretario; luego, los grupos parlamentarios de menor a mayor, para cerrar el portavoz del Grupo Popular.

Estando claro el método, vamos a empezar concediéndole la palabra al señor Torre de Silva.

El señor **SUBSECRETARIO DE DEFENSA** (Torre de Silva y López de Letona): Comparecer ante la Comisión de Defensa del Congreso de los Diputados siempre es un honor. En este caso, al honor se añade la satisfacción de informar a SS.SS. de la evolución de un asunto cuyas líneas maestras fueron trazadas públicamente por vez primera ante esta misma Comisión el 12 de diciembre del año 2000.

La racionalización y la modernización de la red sanitaria militar, íntimamente relacionadas entre sí, constituyen una reforma muy ambiciosa. Para llevarla a término solicité su colaboración en mi primera comparecencia sobre esta materia. Debo en este momento agradecer el interés mostrado por SS.SS. en este asunto y sus múltiples viajes para conocer de primera mano la realidad de los hospitales militares. Reitero mi solicitud de colaboración consciente de que se trata de una gran reforma de estructuras, compleja y de aspectos muy diversos. Estoy convencido de que, con el impulso y el apoyo de la Comisión de Defensa del

Congreso de los Diputados, se podrá culminar este proceso y situar a la sanidad militar en vanguardia de la sanidad española.

Iniciaré mi intervención recordando a SS.SS. los criterios básicos que indujeron al Ministerio de Defensa a concebir una estructura sanitaria militar de menores dimensiones, más acorde a nuestra realidad, pero mejor dotada. A continuación expondré las acciones más relevantes que se han realizado en el último año y medio —situación y perspectivas— haré especial referencia a las cuestiones de personal en estas situaciones y perspectivas y expondré también los estudios y planes que se están elaborando para modernizar los centros que configurarán la futura red sanitaria de la Defensa.

El marco conceptual en el que se concibió este proceso no es otro que el de racionalización de las estructuras del Ministerio de Defensa, anunciada por el presidente del Gobierno en su discurso de investidura ante esta Cámara el 25 de abril de 2000, y reiterada más tarde por el ministro de Defensa.

Paso a describir a continuación los diferentes criterios básicos de la reforma que, en número de cuatro, iré exponiendo con toda brevedad. El primero y fundamental consiste en la primacía del apoyo sanitario a las misiones y operaciones de las Fuerzas Armadas; tal es la razón de ser de la sanidad militar. Incluye, como es obvio, el desarrollo de la actividad pericial necesaria para seleccionar y mantener las aptitudes del personal militar. La asistencia sanitaria del personal militar no ligada a las operaciones y la de sus familiares corresponde, como SS.SS. saben, al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que la garantiza mediante conciertos con organizaciones sanitarias públicas y privadas.

El segundo criterio es que la dimensión y la estructura de la red sanitaria militar debe concebirse, se ha concebido, atendiendo a la entidad y despliegue de las Fuerzas Armadas, a los condicionantes estratégicos, señaladamente plan estratégico conjunto y ahora revisión estratégica, y a las disponibilidades de recursos de todo tipo, por tanto, criterios para definir la dimensión y estructura de la red sanitaria militar.

El tercer criterio básico de reforma pivota sobre la exigencia de que los centros sanitarios militares deben ser referentes de calidad en el entorno de la sanidad militar, además de cumplir con sus misiones de proporcionar a las organizaciones sanitarias operativas el personal especialista técnicamente formado y además también de constituir el último escalón de la cadena de evacuación y de recuperación de bajas.

Como último criterio, los hospitales militares, así como los centros de farmacia, veterinaria, medicina preventiva y medicina pericial, que desarrollan su misión en beneficio de la totalidad de las Fuerzas Armadas, deben integrarse en una única red y tener un carácter conjunto como forma de conseguir una mayor eficacia.

Pues bien, tras los estudios realizados por expertos del Ministerio de Defensa, el ministro de Defensa decidió que la red sanitaria militar, dependiente de la Subsecretaría de Defensa, quedaría configurada conforme a los siguientes parámetros: un hospital central de la Defensa en Madrid y cinco hospitales ubicados en Zaragoza, San Fernando (Cádiz), Valencia, Cartagena y Ferrol. En segundo lugar, que toda la actividad hospitalaria militar de la Comunidad de Madrid sería concentrada en el Hospital Militar Central Gómez Ulla, que pasaría a tener la consideración de hospital central de Defensa hasta la adaptación de la infraestructura del actual Hospital del Aire, que se configurará como futuro hospital central de Defensa. En tercer lugar, el Instituto de Medicina Preventiva y el Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial desarrollarán sus funciones en las instalaciones del hospital central de Defensa en Madrid. En cuarto lugar, un centro militar de farmacia integrará a los centros de producción actualmente existentes y orientará sus esfuerzos a la elaboración de envasados y preparados de empleo en las operaciones. Para concluir con estas decisiones nucleares, el Centro Militar de Veterinaria del Ejército de Tierra se constituiría en el centro de veterinaria de la Defensa.

El desarrollo de esta decisión del ministro de Defensa fue el motivo principal de mi comparecencia ante SS.SS. el pasado 12 de diciembre de 2000 a la que antes me referí.

A fin de llevar a cabo esta reforma, se decidió que los hospitales que no tuvieran cabida en la red, exceptuando los de la Comunidad de Madrid, continuarían desarrollando una actividad sanitaria en beneficio de la población civil, a ser posible, integrados en una Administración pública. Para ello serían transferidos de manera onerosa por imperativo legal. Sólo en el caso de que ninguna Administración pública estuviera interesada en asumir la transferencia de un hospital o no se llegase a un acuerdo razonable sobre la compensación que corresponda al Ministerio de Defensa, se enajenaría el centro mediante licitación pública. Desde el primer momento quedó establecido que las compensaciones económicas que obtuviese el Ministerio de Defensa por las transferencias o enajenaciones de los hospitales transferibles se invertirían íntegramente en modernizar la futura red sanitaria militar.

En cuanto al personal, se determinó que el civil laboral sin titulación sanitaria, que prestaba servicio en hospitales militares declarados transferibles, podría optar por un puesto de trabajo en el ámbito del Ministerio de Defensa en la misma localidad o en su entorno inmediato, de manera que pueda permanecer al servicio de la Administración militar sin abandonar su localidad de residencia. Respecto al personal civil laboral con titulación sanitaria de tales hospitales, se estableció que pudiera, si lo deseaba, continuar prestando servicio en el propio hospital, tanto si el hospital se transfería a una

Administración pública como si se enajenaba a una entidad privada.

Una vez sintetizadas las bases del proceso, cabe preguntarse: ¿En qué situación nos encontramos actualmente? ¿Cuáles son las perspectivas futuras en los diferentes procesos ya iniciados o por iniciar? A fines de este mes, la red hospitalaria de la Defensa estará constituida por 12 de los 16 centros que existían al inicio de la legislatura. Habrán cesado en su actividad 4 centros situados en la Comunidad de Madrid: el Hospital del Aire, la Policlínica Naval, el Hospital Militar del Generalísimo y el Sanatorio de Los Molinos. La concentración de la actividad hospitalaria y militar en el área de Madrid en un único hospital central, el Gómez Ulla por el momento, se inició, como SS.SS. conocen, el pasado mes de noviembre con el traslado de los residentes y del personal del Sanatorio de Los Molinos. En diciembre de 2001, finalizó el traslado de la Policlínica Naval y de la sección de asistencia sanitaria hospitalaria del Hospital Militar Generalísimo Franco. El traslado del Hospital del Aire, que se está realizando desde el pasado mes de febrero de forma escalonada, finalizará formalmente este mes de junio.

Quiero significar a SS.SS. que, con el objeto de facilitar la mejor asistencia sanitaria a los usuarios del ISFAS que residen en la zona noreste de Madrid, donde se ubicaba el Hospital del Aire, se ha constituido un centro de consultas de especialidades dependiente del Hospital Central Gómez Ulla en la sede del antiguo del Hospital del Aire que contiene hasta 24 especialidades distintas.

Con respecto al futuro de las antiguas instalaciones hospitalarias de Madrid, les informo que están avanzadas las negociaciones con la Comunidad Autónoma de Madrid para la transferencia del antiguo Hospital del Generalísimo. Al no estar la comunidad autónoma interesada en las instalaciones del antiguo Sanatorio de Los Molinos y de la Policlínica Naval, el Ministerio de Defensa tiene previsto proceder a su enajenación en los próximos meses. Respecto a los restantes hospitales militares declarados transferibles, el Ministerio de Defensa ha alcanzado un acuerdo con la Junta de Castilla y León para integrar el Hospital Militar de Burgos en la red asistencial pública de esa comunidad. Este acuerdo es congruente con los principios de racionalización de la red hospitalaria, incluyendo las garantías para el personal, y ha tenido también en cuenta en todo momento como referencia la tasación oficial elaborada. También se está negociando con la Junta de Andalucía, con el Gobierno de Canarias y con el Gobierno de las Islas Baleares la transferencia de los hospitales militares de Sevilla, Las Palmas de Gran Canaria y Palma de Mallorca, respectivamente.

Ceuta y Melilla tienen unas consideraciones especiales. La asistencia sanitaria al personal del Ministerio de Defensa ha de estar siempre garantizada con carácter previo a cualquier transferencia de estos hospitales.

Dado que el Insalud ha manifestado que no está interesado en asumir su transferencia (y como saben el Insalud es la Administración sanitaria competente en Ceuta y Melilla), el Ministerio de Defensa convocará un concurso público para su enajenación con un pliego de condiciones muy exigente. Este pliego garantizará que las instalaciones se destinan a usos sanitarios, que la entidad adjudicataria proporcionará al personal militar que lo desee y a sus familiares una asistencia sanitaria de calidad no inferior a la que reciben actualmente y que el personal civil con titulación sanitaria que trabaja en esos hospitales militares, Ceuta y Melilla, pueda, si así lo desea, continuar trabajando en los mismos centros. En todo caso, las necesidades permanentes de apoyo sanitario logístico operativo determinan que, verificada la transferencia de estos hospitales militares, se mantendrán en ambas ciudades autónomas sendas clínicas quirúrgicas.

Como SS.SS. conocen, el Ministerio de Defensa ha alcanzado también un acuerdo con la Generalidad de Cataluña en relación con el Hospital Militar de Barcelona. Ambas administraciones convinieron el 19 de abril de 1999 la concesión demanial administrativa de la instalación. En virtud del acuerdo alcanzado ahora, la Generalidad ejercerá el derecho preferente de adquisición que disponía el acuerdo de concesión demanial administrativa y adquirirá el Hospital Militar de Barcelona en los términos dispuestos en el mismo documento, adelantándose 27 años a la fecha final en él dispuesta. La Generalidad de Cataluña abonará al Ministerio de Defensa poco más de 26 millones de euros, que corresponden a más de 4.300 millones de pesetas, en un plazo máximo de cuatro anualidades. Esta cantidad se corresponde con el valor de tasación del hospital militar en 1998, que eran 4.000 millones, actualizado con el IPC, y deducidas las cantidades satisfechas hasta ahora en concepto de canon de uso, igualmente actualizadas con el IPC.

Como ya adelanté, la racionalización de la red sanitaria militar va más allá de lo relacionado con los hospitales militares que les acabo de referir, puesto que afecta también al Instituto de Medicina Preventiva, al Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial, al Centro Militar de Veterinaria y a los centros de producción de farmacia.

El Instituto de Medicina Preventiva Capitán Médico Ramón y Cajal, institución cuyo prestigio está reconocido a lo largo de los años y que cumple una misión de gran importancia, pasará a desarrollar sus actividades en las instalaciones del Hospital Central de Madrid. Actualmente el Instituto se encuentra ubicado junto al Hospital Militar del Generalísimo. La necesidad de adecuar provisionalmente la infraestructura que precisa el Hospital Militar Central Gómez Ulla ha retrasado su traslado hasta que finalicen esas obras; esperamos que en el primer trimestre del año 2003 esté en su nueva ubicación.

Por lo que respecta al Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial, también conocido como CIMA, desarrollará sus funciones en las instalaciones del hospital central de la Defensa. Este centro se encuentra situado en la misma parcela del Hospital del Aire, aunque es completamente autónomo. Las obras que está previsto realizar para adaptar la infraestructura del Hospital del Aire a las necesidades del futuro hospital central de Defensa no afectarán a las instalaciones que actualmente ocupa el CIMA. Por esta razón, y también por la repercusión que tendría en la operatividad de los Ejércitos una interrupción prolongada de sus actividades y también por el coste que se originaría con el traslado de su voluminoso equipamiento, se ha decidido no trasladarlo transitoriamente al Gómez Ulla sino que siga prestando sus servicios en su ubicación actual hasta que se incorpore al hospital central de la Defensa.

En cuanto al Centro Militar de Veterinaria del Ejército de Tierra, la actuación es más sencilla, puesto que continuará en las instalaciones que actualmente ocupa desempeñando las mismas funciones y sólo cambiará de dependencia y de nombre.

Finalmente, se constituirá un centro de producción de farmacia que integrará los existentes en Madrid y Córdoba, dependientes del Ejército de Tierra, y en Burgos, dependiente del Ejército del Aire. La constitución de un centro de producción de farmacia conjunto pasa por una serie de fases: inicialmente se harán depender de la Subsecretaría de Defensa los centros de Madrid, Córdoba y Burgos mencionados, que continuarán en su ubicación actual; posteriormente, se valorará la posibilidad de concentrar la actividad de todos ellos en una única sede y, en su caso, se procederá al traslado progresivo de los que resulten afectados.

Como es lógico, todas estas acciones, algunas de las cuales ya se han ejecutado o están en proceso de ejecución, tienen que tener su correspondiente reflejo en las actuaciones o en las asignaciones presupuestarias. Hasta el ejercicio 2000, inclusive, los créditos necesarios para atender las necesidades de la red sanitaria militar se distribuían íntegramente en los servicios presupuestarios de los ejércitos y de la Armada, los tres servicios presupuestarios. Por ello, en el mes de julio de 2000 se decidió la disposición progresiva de los créditos asignados a los centros que pasarían a depender de la Subsecretaría de Defensa, al servicio presupuestario 01, Ministerio y Subsecretaría; centro de coste en la Inspección General de Sanidad. Este proceso de transferencia de las asignaciones presupuestarias finalizará con las asignaciones para el año 2003.

Para regular normativamente esta reforma está previsto que el próximo mes de julio entré en vigor un orden ministerial que disponga el cambio de dependencia de los centros sanitarios mencionados de la Subsecretaría de Defensa y la constitución de la nueva red sanitaria militar.

No puede faltar, tratándose de las previsiones de la red sanitaria militar, una referencia a la población civil ajena al departamento. Como es sabido, es voluntad del Ministerio de Defensa que la población civil que reside en las áreas de influencia de los hospitales militares pueda hacer uso de esas instalaciones. Para ello, pretendemos ampliar los conciertos de colaboración en materia sanitaria vigentes y suscribir nuevos convenios con los servicios de salud de las comunidades autónomas en las que existan hospitales militares y no se haya formalizado este tipo de acuerdos. En la actualidad, el Ministerio de Defensa tiene suscrito este tipo de convenios con el Insalud, que afecta a los hospitales militares Gómez Ulla de Madrid, Zaragoza, Ceuta y Melilla y al Hospital del Aire, con el Gobierno de Canarias con relación al Hospital Militar de Las Palmas y con la Generalidad Valenciana para el Hospital Militar de Valencia. El Ministerio de Defensa y la Generalidad Valenciana tienen previsto firmar una adenda para ampliar la colaboración que viene realizando el Hospital Militar de Valencia con el Servicio Valenciano de Salud.

Por otro lado, el Ministerio de Defensa se ha dirigido a las consejerías competentes en materia de sanidad de la Junta de Galicia, del Gobierno de Aragón y de la región de Murcia, ofertando su disponibilidad para formalizar nuevos convenios para compartir los recursos sanitarios de los hospitales de Ferrol, Zaragoza y Cartagena con los respectivos servicios de salud; disponibilidad que, en cuanto afecta al Hospital Naval de San Carlos, en San Fernando (Cádiz), también se ha ofrecido a la Junta de Andalucía. En todos estos centros la colaboración con la sanidad civil existe y es especialmente relevante en el caso del Hospital Naval del Mediterráneo.

Con la finalidad de incrementar la demanda asistencial de la red hospitalaria de la Defensa, también se han firmado convenios con algunas entidades de seguro como son Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S. A. (ASISA), Adeslas, Asistencia Médica Colegial Extremeña, S. A. (Amecesa), Aseguradora Islas Canarias, S. A. (ASEICA), Mapfre-Caja Salud y La Equitativa, todos ellos con el fin de que sus asegurados de ISFAS, de MUFACE y de MUGEJU, de las tres mutualidades, puedan ser asistidos si así lo solicitan en centros hospitalarios militares, abonando por ello las entidades aseguradoras las correspondientes contraprestaciones económicas. De esta manera se logra una mayor afluencia de pacientes a los hospitales militares, al tiempo que se proporciona el recurso económico precedente.

Llegado a este punto de mi exposición, quisiera someter a la consideración de SS.SS. una reflexión especial sobre el personal afectado por la racionalización.

Todos los procesos de reducción tienen una componente dolorosa por lo que supone de pérdida de algo

que para muchos ha estado siempre ligado a su persona y a su entorno; hay numerosas expectativas y vicisitudes personales que se ven alteradas. Así ha ocurrido con las transformaciones experimentadas por las Fuerzas Armadas en los últimos años. Sin embargo, la responsabilidad de procurar lo mejor para el futuro de la Defensa, y en particular para el futuro de la sanidad militar, obliga a pedir algunos sacrificios personales. Uno de los criterios que rigen las actuaciones de la Subsecretaría de Defensa en cuanto afecta a la reestructuración de la red sanitaria militar es la transparencia. El personal civil, laboral y funcionario, que presta servicio en los centros afectados por la reestructuración de la sanidad militar ha sido y está siendo puntualmente informado de la evolución del proceso a través de los representantes sindicales, bien mediante reuniones que celebran con autoridades del departamento o bien mediante comunicaciones escritas sobre cuestiones concretas. El mismo 12 de diciembre de 2000, fecha de mi comparecencia ante esta Comisión, el director general de personal mantuvo la primera reunión con los representantes sindicales para informarles del proceso de racionalización.

Todo el personal que presta sus servicios en la sanidad militar, así como los beneficiarios del ISFAS, han sido debidamente informados mediante la difusión de trípticos informativos y extensas circulares que explican con detalle las decisiones adoptadas y los procesos a desarrollar. En particular, las centrales sindicales más representativas en el ámbito del ministerio y la Dirección General de Personal consideraron oportuno negociar determinados criterios orientativos, criterios para el desarrollo de lo dispuesto en el vigente acuerdo para el personal laboral del Ministerio de Defensa sobre condiciones aplicables en caso de reestructuraciones de centros y establecimientos. Pues bien, en desarrollo de este acuerdo, con fecha 5 de noviembre de 2001, la Dirección General de Personal y los representantes de la centrales sindicales de UGT y USO, a las que se adhirió el CSIF, firmaron los denominados criterios aplicables en el proceso de reestructuración de la red sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Madrid. Estos criterios, acordados, como digo, entre la Dirección General de Personal y las centrales sindicales que he mencionado, implican un desarrollo garantista del citado acuerdo en los siguientes aspectos. En primer lugar, la elaboración de una oferta de puestos de trabajo conjunta para todo el personal que prestara servicios en los centros afectados de Madrid, dando mayores posibilidades de obtener puestos de trabajo a todos los interesados. En segundo lugar, una oferta de puestos de idéntica categoría a la que ostentaban todos los interesados, lo que aseguraba el mantenimiento del poder adquisitivo. En tercer lugar, una oferta de puestos adicional en centros o establecimientos del Ministerio de Defensa fuera de la Comunidad de Madrid para el personal del área sanitaria de residencia afectado,

respetando su grupo y categoría personal. En virtud de dicho acuerdo se hizo una oferta de puestos en diciembre del año 2001, que se resolvió a finales de enero del año 2002, y que instrumentó la recolocación de 1.058 personas en establecimientos militares de Madrid y su entorno y 5 voluntariamente fuera de Madrid, sin que se haya perdido ningún puesto de trabajo.

En lo que respecta al personal militar, se han definido las necesidades de personal de las especialidades fundamentales del cuerpo militar de Sanidad —medicina, enfermería, psicología, odontología, farmacia y veterinaria— en las unidades, centros y organismos de la futura red sanitaria militar. Los puestos vacantes, conforme a esas nuevas necesidades, se cubrirán una vez que se integran en la Subsecretaría de Defensa los centros afectados por el proceso de racionalización, de acuerdo con las instrucciones que se dicten desde la propia subsecretaría. Con la finalidad de reducir al mínimo indispensable los cambios forzados de destino del personal militar, se está ofertando a este personal del cuerpo militar de Sanidad destinado en los hospitales declarados transferibles la posibilidad de pedir destino a los centros que permanecerán en la red sanitaria militar y que, conforme a la nueva redistribución de personal, disponen de puestos vacantes. En lo que va de año, 39 especialistas que se encontraban en estas circunstancias han cambiado voluntariamente de destino y está prevista la publicación el próximo semestre de una nueva oferta de vacantes en estos centros.

Abordo a continuación una reflexión sobre el programa de modernización de la red sanitaria militar, tal y como anuncié. Paralelamente al proceso de racionalización de la red sanitaria militar, el Ministerio de Defensa ha iniciado otro de modernización. Su finalidad es constituir una estructura hospitalaria y sanitaria moderna y eficiente, tanto en su aspecto asistencial como en su aspecto tecnológico, laboral, de formación e investigación. A este programa se asignarán, como he indicado anteriormente, los recursos que generen las transferencias de los centros hospitalarios declarados transferibles. Se han establecido, entre otros, los siguientes objetivos de modernización: normalización de los procesos asistenciales y de gestión, adecuada dotación de recursos humanos y materiales y creación de una nueva cultura organizativa y funcional. Con ello, la sanidad militar, además de prestar su función principal, estará en condiciones de constituir un valor añadido dentro de la sanidad pública española.

El hospital es, además de una organización centrada en el paciente, el centro en el que se forman y mantienen su capacitación los profesionales que habrán de integrarse en las organizaciones sanitarias operativas. La preparación que adquieran en ello los médicos militares debe basarse en una asistencia de calidad y en la adecuada utilización de los recursos, resolviendo los problemas de salud que se planteen con los criterios científicos más actuales y con las tecnologías más

avanzadas. La modernización de los centros que conformarán la futura red hospitalaria de Defensa se centrará en cinco áreas fundamentales. La de infraestructura, para reformar las instalaciones hospitalarias y adaptarlas a las nuevas tendencias de la asistencia sanitaria. El aspecto más relevante de esta área es el futuro Hospital Central de la Defensa. La de procesos, con objeto de diseñar e implementar en todos los hospitales un modelo común de procesos para todas las actividades a realizar en el hospital, especificando para cada una de ellas quién y dónde la realiza y qué recursos humanos y materiales precisan. La del sistema de información sanitaria, que se integrará, como es sabido, en el plan director de sistemas de información de la Defensa y se desarrollará en coordinación con los trabajos que con esta misma finalidad se están elaborando en la Alianza Atlántica. Esta área del sistema de información sanitaria tiene una importancia decisiva, pues permite proyectar al militar en campaña o embarcado, por medio de la tecnología, apoyos sanitarios de máxima calidad procedentes de centros sanitarios de territorio nacional. Tras la prueba de un prototipo de este nuevo sistema en el Hospital Militar de Valencia hace unos meses, se ha establecido un módulo de telemedicina en el Hospital Militar Gómez Ulla que está conectado con las unidades sanitarias desplazadas a Bosnia, a Kosovo, a Afganistán, y asimismo a varios buques de la Armada.

También resulta imprescindible para la modernización de la red sanitaria militar establecer un modelo de costes y de gestión económica común para todos los centros que sea congruente con los nuevos planteamientos.

Por último, dentro del programa de modernización, se dedica una especial atención al recurso más importante de toda la organización, que son las personas. Se pretende establecer, a través de este programa de optimización del recurso humano, una serie de procedimientos para valorar adecuadamente el rendimiento profesional sanitario y crear líneas de incentivación y de motivación. También se pretende impulsar la enseñanza del personal del cuerpo militar de Sanidad, y también del personal civil que con ellos trabaja, mediante los cursos y programas adecuados para una formación continuada.

El desarrollo del programa de modernización de la red sanitaria militar a que me he referido supondrá un cambio transcendental en la sanidad militar. Pretendemos evolucionar de un modelo de gestión centralizada a otro más operativo y orientado a la gestión clínica; del hospital de estructura vertical a un hospital horizontal más dirigido a los procesos asistenciales; de una organización piramidal a otra basada en el liderazgo y en la participación de los profesionales; de los servicios tradicionales a la organización por unidades funcionales.

Señor presidente, señorías, he de concluir y me gustaría hacerlo como comencé, solicitando el apoyo y la colaboración de esta Comisión de Defensa y del conjunto del Congreso de los Diputados para la profunda reforma de la sanidad que se está llevando a cabo. Con este apoyo, con esta colaboración, tengo la certeza de que seremos capaces de llevar este proceso a buen puerto, que no es otro que el que necesitan las Fuerzas Armadas del siglo XXI.

El señor **PRESIDENTE**: Debo decirle, respecto a ese requerimiento de colaboración, que ya una ponencia, una comisión de encuesta formada por esta misma Comisión, ha estado durante un año visitando todos los hospitales, los centros sanitarios de la sanidad militar, precisamente en ese afán de querer colaborar con el ministerio, con la subsecretaría, para esa reforma que nos ocupa.

Dicho esto, yo creo que son los mismos portavoces de los grupos, que además han participado en este programa de encuesta, los que deben intervenir en torno a cuestionar o a pedir aclaraciones a las explicaciones del señor subsecretario.

Don Jaime Blanco, por el Grupo Socialista, que es además peticionario de una de las comparecencias, tiene la palabra.

El señor **BLANCO GARCÍA**: De nuevo quiero reiterar la bienvenida —se lo he dicho personalmente al subsecretario— en nombre de mi grupo y personalmente.

Yo creo que viene en el tiempo muy bien esta comparecencia porque ya ha transcurrido más de año y medio desde diciembre del año 2000, cuando se expusieron los criterios de lo que se ha venido a llamar la racionalización y la modernización, que hoy ha subrayado el propio subsecretario, de la sanidad militar, y más concretamente de la red hospitalaria militar.

Yo quiero también, como ha hecho S.S., recordar el posicionamiento de entonces del Grupo Socialista para seguir fijando criterios en torno a los mismos. En aquella ocasión nos mostramos de acuerdo, no solamente nos mostramos de acuerdo sino que los apoyamos, con estos objetivos de racionalización y modernización; apoyamos también que la red hospitalaria fuese una red integrada en Defensa y no dependiente de los tres ejércitos, y por supuesto también apoyamos la configuración de un hospital central de Defensa ubicado en Madrid, más concretamente en el Hospital del Aire.

Señor presidente, después de las visitas, que usted ha comentado, de la Comisión a los distintos centros hospitalarios y después de entrevistarnos con diferentes grupos afectados, sobre todo personal, y de las preguntas y los debates que ha habido en esta Comisión por propuestas, proposiciones no de ley, etcétera, tenemos que decir que nos reafirmamos en esos objetivos, pero también creemos que la metodología inicial que se ha seguido para llevar a efecto tanto la racionaliza-

ción como la modernización ha estado algo falta de un estudio más sereno o más en profundidad. De la exposición que hoy nos ha hecho el señor subsecretario, nuestro grupo estaría de acuerdo en cómo va, en términos generales, el proceso de racionalización, pero no podemos estar de acuerdo en cómo marcha el proceso de modernización; luego me referiré a ello.

Comenzaré por la racionalización. Digo que se ha avanzado en este proceso porque, efectivamente, la red hospitalaria militar tenía un sobredimensionamiento, que ha sido reconocido por la Administración desde principios de la década de los noventa, y fruto de ello ha sido el cierre de varios hospitales esa época. Ahora se pretende dar un paso más, un paso mayor cualitativamente, de más importancia y en la misma dirección, para reducir esa red hospitalaria en cinco hospitales y uno central, digamos en seis hospitales, incluido el central. El Grupo Socialista tiene que decir que adelante esa racionalización, que nos parece bien, pero en el bien entendido de que con ello no queda cerrado el proceso, señor subsecretario, sino que más bien la red seguirá siendo sobredimensionada para las necesidades de nuestras Fuerzas Armadas, a la vista de las visitas que hemos ido haciendo a los distintos centros hospitalarios. Este es un criterio importante, creemos que no es un horizonte de cierre en este objetivo de la racionalización sino que es un proceso dinámico el que se va a tener que seguir llevando a la práctica.

El ejemplo más claro de esto que estoy diciendo son los hospitales de Cartagena y Valencia, dos hospitales que distan entre sí no más de 150 kilómetros; no lo sé exactamente, no lo he mirado en el mapa, pero más o menos será ésa la distancia. Si miramos el mapa de España en el norte, la distancia entre Ferrol y Zaragoza o Ferrol y Madrid es muchísimo mayor, sobre todo si tenemos en cuenta que hay otro hospital más en la zona de Gibraltar, que es el de Cádiz. Son tres hospitales los que se concentran en el sur y nos parece, sobre todo en el asunto de Cartagena y Valencia, que uno de ellos no es adecuado en la red, y nos inclinaríamos por el hospital de Cartagena. Esta ciudad tiene un déficit importante de camas hospitalarias civiles y todas las fuerzas políticas desde hace años han venido reivindicando el paso y la transferencia a la comunidad autónoma de ese hospital, por lo que se podría seguir estudiando ese proceso. En la visita que hicimos al hospital de Cartagena, la verdad es que estaba siendo remodelada la residencia del Insalud y por lo tanto el desbarajuste, entre comillas, era más acentuado de lo habitual. Pero realmente el déficit de camas existe, aun sumando los dos hospitales, y nos parece que la vecindad con Valencia haría factible la transferencia de este hospital. Estamos en ese camino de reducir la sobredimensión, aunque hay que cuestionar algunas de las cosas que se han hecho hasta ahora.

La transferencia a la sociedad, como se dice, para emplear los términos que emplea el señor subsecretario

y que se emplean desde las instancias del ministerio, está topando con dificultades. Hasta ahora nos encontramos con que hay un convenio firmado con la Junta de Castilla y León, y lo ha dicho el señor subsecretario, pero no sabemos en qué términos se ha hecho. Se anunció por parte del director del hospital al comité de empresa el 18 de abril y hasta hoy no ha sido firmado ningún convenio, que yo sepa, no se ha hecho público. Además no sabemos en qué términos está la financiación, el costo, etcétera. Lo más curioso es que se dice que hay una parte de las instalaciones en Burgos que se va a quedar el ministerio con ella para fines sociales, entre comillas lo de fines sociales. Querríamos que se nos ampliara esto, porque nos parece que la transparencia que ha dicho el señor subsecretario que está primando en todas las actuaciones aquí brilla por su ausencia, salvo el anuncio de que se ha llegado a un acuerdo verbal con la Junta de Castilla y León.

Y digo sólo que se ha hecho con la Junta de Castilla y León porque las conversaciones no avanzan ni con Canarias, en el hospital de Las Palmas, ni en Sevilla, ni en Mallorca, después de año y medio y con, me consta, buena disposición de los interlocutores. Para Ceuta y Melilla se dijo, se ha repetido aquí y nos parece oportuno, que estos hospitales no serán transferibles hasta que esté asegurada la cobertura sanitaria en ambas guarniciones, lo que nos hizo pensar, y seguimos pensándolo, dentro de la lógica, que se iban a poner a disposición de la red del Insalud, como se ha anunciado. Pero yo tengo que decir, con respecto a Ceuta, que la situación está siendo sanitariamente, para la población de Ceuta, muy complicada, y esto no lo desconoce el señor subsecretario. Es complicada porque en los dos últimos años se ha aumentado por lo menos en un 25 por ciento el número de usuarios. Nos consta a todos que está aumentando en las dos plazas, aunque me estoy refiriendo más a Ceuta. No se acaba de poner en marcha el nuevo hospital del Insalud, está construyéndose pero tiene una demora ya de al menos dos años, y las consecuencias más directas son la existencia de tres enfermos por habitación, o tres camas por habitación, un colapso en el servicio de urgencias, que atiende a más de 150 pacientes/día para un personal de tres médicos. Frente a ello, existe un hospital militar con unas 90 camas útiles, más camas disponibles pero útiles 90 camas, que están en funcionamiento, y con una ocupación media solamente de 30 camas y una actividad del servicio de urgencias de 10 pacientes diarios. Nos ha anunciado que hay un convenio con el Insalud, el otro día he leído en la prensa local que se iba a hacer un nuevo convenio con el Insalud, y siempre estamos en las mismas, señor subsecretario. Ante un deterioro de los servicios de salud, de asistencia sanitaria en esa población, no se puede estar en una espera permanente de firmas de convenio, hay que poner el hospital militar a disposición de la población civil porque la situación es dramática en esa plaza española en África.

Madrid. De Madrid nos preocupan fundamentalmente tres cosas: La primera que, habiendo un acuerdo con las centrales sindicales, con algunas centrales sindicales, como aquí se ha dicho, se haya generado una incertidumbre por falta de fluidez en la interlocución de los representantes ministeriales en esta materia con los representantes sindicales a la hora de poner en marcha traslados de un hospital a otro, a la hora de fijar plazas. Es decir, ha faltado el desarrollo de esos acuerdos mediante una fluida interlocución. Y no tengo que recordar que se han hecho —en los medios de comunicación lo hemos visto— encierros, manifestaciones, etcétera, por parte del personal. Vista la buena disposición de los sindicatos, puesto que han firmado un acuerdo marco, y las palabras que nos han trasladado el personal a nuestro grupo y a mí mismo, yo creo que ha habido intransigencia o un trato un tanto militarizado, digámoslo entre comillas, al personal civil, que no tiene por qué soportar este tipo de trato tan rígido. Yo recomendaría que en lo sucesivo haya más flexibilidad, que se gaste más tiempo, si es que hay que decirlo así, a la hora de hablar con las centrales sindicales y con los representantes de los trabajadores para hacer un proceso que es muy difícil. Porque hay que tener en cuenta que, sin estar reconocida legalmente la movilidad funcional o la movilidad geográfica, aquí se está aceptando por parte de los sindicatos con muy buena voluntad, tanto la funcional como la geográfica. Por lo tanto, señor subsecretario, esto debería tenerlo muy en cuenta para dar las instrucciones precisas y que no vuelva a ocurrir este tipo de cosas.

Sanatorio de Los Molinos. Señor subsecretario, tengo que empezar lamentando que hace ya un año saltó a la prensa la polémica sobre la titularidad de los terrenos. Me quise informar en instancias del ministerio sobre si esa titularidad era cierta o no del ministerio, se me afirmó que sí, y hoy nos encontramos con que, tanto por el Registro de la Propiedad como por lo que expresa por unanimidad el pleno del ayuntamiento, esos terrenos, que son unos 25.000 metros cuadrados, donde está la clínica, que estaba destinada para sanatorio antituberculoso, parece que son propiedad del ayuntamiento. No solamente parece que son propiedad del ayuntamiento sino que el pleno pide por unanimidad la reversión al municipio. Este es un conflicto que se tiene que resolver y no se puede actuar también *manu militari*, valga la expresión, con los vecinos ni con una institución como es el Ayuntamiento de Los Molinos.

En Madrid estamos en un proceso de transición en lo que es la reestructuración y es el proceso de transición de lo que va a ser el hospital central, lo que está siendo funcionalmente en la actualidad el Gómez Ulla, el hospital central, las obras o los trabajos que hay que hacer en el Hospital del Aire, etcétera, y a la vez el cierre del Hospital del Generalísimo. Yo diría, señor subsecretario, desde nuestro grupo que habría que atender las peticiones de grupos vecinales, de sindicatos, de parti-

dos políticos, que han solicitado la transferencia a la comunidad autónoma de estas dependencias. Nos ha anunciado que está interesada la Comunidad Autónoma de Madrid en el Hospital del Generalísimo, nos parece bien, pero tenga en cuenta que el Hospital del Generalísimo está en un enclave geográfico donde existen otros dos más, el Universitario y la Fundación Jiménez Díaz. Sin embargo, el Gómez Ulla, que hoy no podría ser transferido, evidentemente, por las funciones de hospital central que cumple, sí que debería en un futuro ser transferido a la comunidad autónoma porque ocupa una situación geográfica que puede dar atención a unos 300.000 ó 400.000 habitantes, que en la actualidad se tienen que desplazar al Jiménez Díaz, o bien al Hospital Universitario, o bien al Doce de Octubre, que son distancias en Madrid bastante largas y que ocupan mucho tiempo.

Esto diríamos, en términos generales, sobre la racionalización. Nos parece que se ha avanzado, nos parece que se han cometido algunos errores que hay que subsanar, y sobre todo nos parece que con algunas comunidades autónomas se está en una posición de diálogo cerrado, por no decir de diálogo de firmeza, que no debería ser empleado sino todo lo contrario. Llama mucho la atención que la única comunidad autónoma con la que se ha llegado a un acuerdo sea la del propio partido que sustenta al Gobierno, no así en Andalucía, ni en Baleares, ni en Canarias.

Dicho esto, pasemos a la modernización. Sobre los planes de la modernización que nos ha expresado el señor subsecretario nada que objetar, eso es de manual, por lo tanto, cualquier modernización tiene que pasar por los cinco puntos que nos ha mostrado, pero la modernización de la red hospitalaria militar requiere dinero, señor subsecretario, y esto no lo hemos visto por ningún lado. Pasar partidas mediante una orden ministerial, como nos anuncia, de un sitio a otro no dejará de ser la misma cantidad que pasa de una partida a otra que se enumera de otra manera, pero que tiene una cantidad de dinero que está limitado y que no contempla la modernización. Y en esto soy muy tajante.

Hemos pretendido dar un impulso, como saben todas SS.SS., porque se discutió en esta Comisión, mediante proposición no de ley para que en el Hospital Central del Aire, el futuro hospital central de la Defensa, se empiece a trabajar en los planes directores o en el plan estratégico. Esperemos que en los presupuestos del año 2003 figure ya una partida presupuestaria para que se arranque en esta dirección. Además, señor presidente, señorías, si manejamos los datos del propio ministerio, hacen falta entre un 10 y un 15 por ciento de especialistas para cumplir las características de un hospital militar moderno. Y no estoy hablando de especialistas por ejemplo en rehabilitación, que son muy importantes, o en dermatología, o en ginecología, que en algunas de ellas también hacen falta especialistas, no, estoy hablando de las especialidades llamadas críticas, anes-

tesia, cirugía general y traumatología. En éstas ya hace falta al menos un 10 por ciento de especialistas. Y si entramos en las especialidades de interés militar, por ejemplo, hematología, cirugía plástica o medicina interna, este porcentaje aumenta a un 15 por ciento. Estoy hablando de especialistas titulados universitarios, médicos, y no entro en las titulaciones universitarias de enfermería o en los ATS, porque, aun cuando en número cuadran las cifras de lo actual con lo que se prevé, está claro que, al cerrar centros o al transferir centros, la reordenación del personal va a ser muy complicada.

Señor subsecretario, esto no se improvisa y menos si tenemos en cuenta los salarios que los profesionales reciben en el Sistema Nacional de Salud y los que reciben en Defensa, aun contando el complemento de dedicación especial que contempla el Real Decreto 662/2001. No hace mucho, la Comisión de Sanidad del Congreso aprobó una proposición no de ley por unanimidad en la que todos los grupos instaban al Gobierno, han instado al Gobierno, a que se tomen las medidas oportunas para fomentar la especialidad de anestesiología ante la carencia que se observa en el Sistema Nacional de Salud. Si tenemos en cuenta las retribuciones existentes en uno y otro sistema, militar y civil, ¿me quiere decir hacia dónde se van a dirigir estos profesionales? Sin anestesiólogos no hay sanidad militar, en esto estaremos de acuerdo, ni en el primer escalón, ni en el segundo, ni en el tercero, ni en el cuarto. Habrá todo lo que quiera menos sanidad militar.

Este es un punto muy débil y por eso estoy hablando de que, sin financiación, sin un plan financiero, no puede haber una modernización del sistema, señor subsecretario. Es más, la tentación es tan evidente, y estoy hablando de esta especialidad tan clave, que el 39 por ciento de los anestesiólogos que trabajan en los hospitales militares son civiles. Si el deseo del ministerio es que estos futuros hospitales sean docentes además, me temo que el presupuesto hay que aumentarlo, ya que no se podría concebir la docencia sin una dedicación especial. Es decir, la reordenación y la modernización interna, la modernización, tiene que ser absolutamente diferente. Estamos hablando de otra cosa de lo que hay en la actualidad.

Para terminar, señor presidente, voy a hablar de una cuestión meramente conceptual. Entiendo que deberíamos acabar con un concepto que se ha manejado durante tiempo, que se sigue manejando en la actualidad, que es lo que se llama las camas de reserva. Todas SS.SS. saben que estas camas de reserva se dice que son aquellas que están permanentemente desocupadas a la espera de una evacuación por catástrofe o por conflicto. Esto ha servido, hay que ser sinceros, para disimular la sobredimensión del número de camas que existen en la actualidad. En las visitas que hemos hecho nos encontramos el 40 por ciento de las camas, varias plantas de los hospitales cerradas, y siempre la justificación

era: Es que esto son camas de reserva. Son camas que estaban inutilizadas sin más. Se ha pasado de unas cifras de camas de reserva del 30 por ciento a unas previsiones que hace ahora el ministerio de un 15 por ciento. Sería mejor decir algo así como que en los casos de evacuación masiva, ya sea por crisis, ya sea por catástrofe, las camas de reserva son todas las que hay en el Sistema Nacional de Salud. Y dejémonos de mantener camas cerradas, ociosas, dejemos de disimular esa ociosidad.

Y acabo, señor presidente, reiterando algo que a mí me parece, señor subsecretario, fundamental. Para considerar todo el sistema de reorganización del sistema sanitario militar y sobre todo para la modernización de este sistema hace falta, creo, un plan con un horizonte temporal y además con un plan financiero que no le vemos por ningún sitio.

El señor **PRESIDENTE**: El portavoz del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, don Luis Mardones, tiene la palabra.

El señor **MARDONES SEVILLA**: Quiero dar un saludo cordial y de cortesía parlamentaria obligada, y grata también, al señor subsecretario de Defensa por su comparecencia en la mañana de hoy y por la información que nos trae. Dicho esto, por parte de mi grupo y de este diputado, como creo que es postura común de todos los diputados, en esta Comisión y en cualquiera, vaya por delante la colaboración, la colaboración digamos de los que no estamos ni en el partido del Gobierno ni dentro del Gobierno, la colaboración crítica y desde la discrepancia, que es una colaboración tan democrática como cualquier otra.

Yo tendría que empezar diciendo que suscribo prácticamente en su totalidad lo que acaba de decir el señor Blanco, el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, una serie de palabras y de juicios, y uno fundamentalmente de sentido común, porque hay cuestiones fundamentales que están fallando en todo este proceso de lo que se llama la racionalización de la red sanitaria militar. Como usted bien ha recordado, señor subsecretario, desde su comparecencia a finales del año 2000 no habíamos tenido ocasión de encontrarnos para hacer una evaluación de lo ocurrido desde entonces con la planificación. Como sabe usted, y está en el «Diario de Sesiones», la posición de mi grupo y de este diputado ha sido de una crítica constructiva, posiblemente cruda y dura, pero que en estas cuestiones no cabe el camuflaje habitual de los uniformes de campaña que se tiene que operar en estas circunstancias. Que no se ve una componente económica me hace reafirmar que, si no hay una dotación de soporte económico de todo lo que se quiere hacer con la racionalización y la modernización, ésta no podrá llevarse a cabo. Eso me hace pensar lo que le decía hace año y medio, que este plan de la supuesta llamada racionalización está basada en crite-

rios economicistas, en criterios de restricción de ahorro de gasto. Y esto en el segmento de la Defensa es verdaderamente preocupante y es grave.

Señor subsecretario, en estos últimos días se han celebrado unas maniobras OTAN de gran envergadura en zonas próximas y en el área estratégica del archipiélago canario. He tenido ocasión de hablar, en los buques de las distintas armadas que han participado y con agregados militares extranjeros, del diseño de los apoyos logísticos a este tipo de maniobras de gran envergadura OTAN, y todos han pensado que en el área de Canarias tenían el soporte de apoyo logístico del Hospital Militar de Las Palmas, en una verdadera situación de desaparición o de crisis en este momento. Se ha endosado a la Comunidad Autónoma de Canarias un problema añadido a estas estructuras, y como usted sabe —ya lo ha dicho el señor Blanco también— hay una serie de dificultades que están ocurriendo en la adscripción de este centro. No son dificultades puramente burocráticas o administrativas. Es que la Comunidad Autónoma de Canarias, por ejemplo, de querer recibir una nueva asistencia complementaria sanitaria, la prefiere hacerla por convenio. ¿Pero cómo se puede convenir con un hospital de las dimensiones, características e infraestructuras que tiene el Hospital General de Canarias, ubicado en la isla de Gran Canaria, si fallan los servicios profesionales internos?

Yo tengo que recordar, lo tenía anotado, lo ha hecho también el señor Blanco, que tomamos un acuerdo todos los grupos parlamentarios, en la Comisión de Sanidad, de que para reforzar todo el servicio de la red sanitaria estatal civil era necesaria una formación muy especializada en áreas sensibles de la medicina y fundamentalmente en el área de los anestesiólogos o de la anestesiología. Señor subsecretario, en la sanidad militar profesionalmente hay unas especialidades indeclinables que vienen generadas por el propio comportamiento profesional de las Fuerzas Armadas, el índice de siniestralidad y de especialidad que tiene esa siniestralidad. Y entonces toman un papel preponderante no unas cuestiones puramente asistenciales sanitarias que tiene la población civil, como las pueden tener los militares en su concepto de una familia en que la esposa o la militar femenina tiene que ir a ginecología, etcétera. No. Hay unas especialidades que salen del propio riesgo de lo que se llamarían accidentes laborales o profesionales, y ahí ocupa un lugar destacado la traumatología y la cirugía. Pero no hay traumatólogo ni cirujano sin anestesista al lado, el anestesista lleva consigo al cirujano y al traumatólogo y el traumatólogo y el cirujano llevan consigo al anestesista, esa pareja es indisoluble. Y ya se puede decir que se tienen cirujanos y traumatólogos, que si no se tienen anestesistas, cierra el quirófano. Este es un problema que hay que solucionar. El Ministerio de Defensa no puede tratar de llegar a un convenio con una comunidad autónoma y decirle: Voy a llegar a una vía de convenio y el uso de quirófa-

nos y de camas, si allí prácticamente la actividad de quirófano está reducida o prácticamente no se usa, en el sentido profesional, porque no existen anestelistas. Habría que tomar una decisión y unas determinaciones de tipo profesional para esto.

En segundo lugar, yo creo que estamos hablando de un problema de asistencia sanitaria sin haber resuelto, y cada vez con mayor gravedad, el problema de fondo que existe. La sanidad está al servicio de unas Fuerzas Armadas y de sus problemas, de sus necesidades y de sus proyecciones de futuro. Y el problema con que nos encontramos es que hemos sido incapaces de definir qué modelo de Fuerzas Armadas, de Ejército, queremos y tenemos. Porque, al estar fallando todo un sistema donde está el contingente mayor de militares, que es en la clase de tropa y marinería, con los efectivos que tenga que tener, 80.000, 90.000 ó 100.000, frente a los 48.000 de mandos, garantizar la asistencia sanitaria a un modelo de Fuerzas Armadas requiere una planificación y un diseño que, a mi alcance, señor subsecretario, no hemos podido ver todavía ni materializado económicamente, como soporte presupuestario indeclinable, ni profesionalmente en estos aspectos. Por ejemplo, ¿cómo se puede concebir un modelo de sanidad en el que la red sanitaria no guarda concordancia con la estructura militar del país, con las zonas militares?

En un principio de apoyos logísticos, tendría que haber un hospital militar por cada zona militar que existe en este momento en España, fusionando, por supuesto, las de Tierra, Mar y Aire. Pero es inconcebible que el jefe de una zona militar española, como puede ocurrir en el caso de Canarias, se encuentre una zona estratégica en que le falta uno de los apoyos logísticos para cualquier tipo de operaciones, las que generen los acontecimientos o las que nos genere la política del señor Bush en zonas de tensión. ¿Cómo se puede concebir una estructura militar de zonas militares, en España, de tierra, mar y aire en que hay zonas que se van a quedar sin la asistencia de un hospital militar como centro de apoyo logístico para guardar siquiera una concordancia con las normas OTAN de las camas estratégicas que tienen que estar en disposición de cualquier eventualidad que hubiera? Es una observación crítica que yo le hago, señor subsecretario, con el mejor ánimo de diagnóstico de problemas, porque a veces veo que se toman juicios que no están en la objetividad de quien los está diciendo. Es una colaboración crítica de decir: Señores, resolvamos este tema porque a todos nos interesa tener una armonía en los fundamentos asistenciales que hay.

No quiero ser muy prolijo porque, como digo, suscribo en gran parte o en su mayoría lo que ha dicho el señor Blanco, está dentro del sentido común. Los problemas que se están acumulando en este momento son de un tipo que no es que estén llevando al sacrificio personal, como usted bien ha dicho, y todos somos sensibles y entiendo perfectamente la sensibilidad tanto

del ministro, señor Trillo, como de usted, señor subsecretario, en atender los problemas profesionales, pero es que no se puede pedir sacrificios personales continuamente a unos profesionales que son una necesidad de las Fuerzas Armadas. Esto no es pedirles un sacrificio para que se vaya a un hospital de campaña a Bosnia o a Afganistán. No, no, no, eso entra dentro de las exigencias puramente profesionales. Lo que está ocurriendo en este momento no es que haya un problema en los estamentos profesionales, es que hay un malestar, señor subsecretario, hay un malestar. Y no hay cosa peor para unas Fuerzas Armadas que tener un malestar que desincentiva, crea una falta de motivación de un servicio con todas las garantías. Se busca a veces la solución del problema en las comunidades autónomas, que no la pueden dar por la propia deficiencia del bien que se pretende transferir.

Nuestra colaboración sería tratar entre todos de encontrar una solución verdaderamente racional al problema que existe de fondo y que se armonice. Ya tuvimos ocasión de discutir, y yo intervine, tal vez de una manera crítica también, sobre una iniciativa que tuvo en esta Comisión el Grupo Socialista y que defendió el señor Blanco, con respecto al hospital central de la Defensa en Madrid. No acabamos de ver la racionalización para transformar el Hospital Central del Aire en el hospital central de la Defensa en la zona donde está ubicada, cuando se estudian los criterios economicistas que están rigiendo toda la desaparición del Hospital del Generalísimo y toda la cuestión que se le requiere ahora, sin un proceso claro de entendimiento y por tanto de racionalización, al Hospital Gómez Ulla. No acabamos de ver cuál es el proceso de racionalización que tiene que tener esa sanidad en Madrid, salvo que alguien esté diseñando a título personal el hospital central de la Defensa basado en el módulo del Hospital Central del Aire actualmente existente dentro del casco urbano de Madrid. Ya tuvimos ocasión, y al «Diario de Sesiones» me remito, y quiero volver a agradecer el grado de entendimiento, por lo menos de respeto, a aquellas teorías, que no coincidían en aquel momento con la que estaba exponiendo el grupo de la oposición que hacía la iniciativa, pero que a nosotros nos pareció que la racionalidad tiene que empezar por el sentido común de la prestación del servicio, no solamente para las puras operaciones de quirófano en cuestiones de enfermedades profesionales o accidentes profesionales de los miembros de las Fuerzas Armadas, sino todo su contexto familiar también, que asiste en la medicina asistencial, porque se vuelve a olvidar el proceso de racionalización. Que un hospital concebido desde su infraestructura, desde su estructura y desde su funcionamiento, como un hospital de agudos, se quiera transformar, por ejemplo, en un hospital asistencial puramente para gerontología, para la tercera edad. Eso es verdaderamente inviable, técnica y profesionalmente, y lo que quisiéramos es que este tema estuviera adecuado

a lo que he dicho, adecuado a presupuestos, adecuado a estructura militar y adecuado fundamentalmente a un proceso de formación y de profesionalización de la red sanitaria de nuestras Fuerzas Armadas, que, si tienen que tener un modelo profesional, tienen que tener todas las garantías asistenciales.

Y aquí estaría el ofrecimiento, desde una discrepancia normal del tema, porque son temas opinables y que creemos que deben objetivarse en los dos grandes segmentos o vectores que he dicho: el económico y el profesional estructural, y, dentro de ellos, en la logística de las Fuerzas Armadas de disponer de los medios de apoyo y de solvencia para las eventualidades presentes y futuras que podamos tener. En esta línea está nuestra leal aportación de unos criterios de opinión para que se pongan encima de la mesa y lo entienda el ministerio. Este diputado votaría favorablemente cualquier medida presupuestaria o de tipo profesional que traiga estas garantías de seguridad a la red sanitaria militar de nuestras Fuerzas Armadas, que bien se lo merecen.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Mardones, por su breve intervención.

A continuación el portavoz del Grupo Popular, señor Gutiérrez Molina, también miembro de esa ponencia de encuesta, tiene la palabra.

El señor **GUTIÉRREZ MOLINA**: Bienvenido de nuevo, señor subsecretario, a esta Comisión y nuestro deseo en nombre del Grupo Popular de seguir colaborando con el ministerio en el complejo y ambicioso problema de la reforma de la sanidad militar y del proceso de racionalización de la misma.

Señor presidente, como bien ha dicho, he formado parte del grupo de diputados que hemos viajado y visitado los distintos hospitales militares de las distintas zonas militares, tanto los que eran susceptibles de estar integrados en la red única de la sanidad militar como aquellos que no estaba en el ámbito del ministerio contar con ellos para dicha red. Mi intervención, señor presidente, después de escuchar a los portavoces y a la propia exposición que el señor subsecretario ha hecho, me gustaría centrarla, en nombre de mi grupo, en el aspecto general de la cuestión. Primero, para no caer en debates particulares, porque para eso están las iniciativas parlamentarias que ya se han producido, porque la historia parlamentaria de este proceso ha sido compleja, intensa, desde el punto de vista parlamentario, en cuestiones de intervenciones, de interpelaciones, de proposiciones no de ley, de preguntas orales y escritas al Gobierno. Hay un arsenal, si se me permite la expresión, documental importante en el «Diario de Sesiones», donde los diputados de las distintas circunscripciones electorales tienen su preocupación recogida y las respuestas dadas a las mismas.

Digo, señor presidente, que me gustaría enmarcar mi intervención en un ámbito general porque el tema así lo

requiere. El tema que hoy nos trae a una nueva comparencia del señor subsecretario, que mi grupo de nuevo agradece, se enmarca dentro de la filosofía general de lo que el ministerio desde el principio ofertó, por decirlo de alguna manera, puso encima de la mesa a manera de discusión, no solamente porque la racionalización de la red sanitaria militar se encuadraba en el proceso de racionalización de las estructuras anunciadas por el presidente del Gobierno en el discurso de investidura, no solamente porque los primeros pasos se iniciaron en la legislatura anterior, con el ministerio del señor Serra y del subsecretario señor Menéndez, no solamente porque la razón de ser de la sanidad militar, como el señor subsecretario ha dicho reiteradamente en la Cámara y hoy aquí, es proporcionar a las Fuerzas Armadas el apoyo sanitario que precisan en el cumplimiento de sus misiones, no solamente porque la asistencia sanitaria del personal militar no ligada a las operaciones y a las de sus familiares corresponde a la entidad gestora, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que garantiza mediante conciertos con organizaciones sanitarias públicas o privadas, una de ellas la sanidad militar, y muchas otras razones que podría decir pero en las que, por economía procesal, no quiero incidir, son razones más que suficientes para enmarcar la intervención dentro de un ámbito general.

Voy a señalar las ideas base que, a lo largo de todas las comparencias e intervenciones, en las que en la inmensa mayoría de las veces he estado presente, así como de mi visión como diputado que he visitado hospitales militares, me parece que se deben poner de manifiesto. En primer lugar, el hecho de que, a juicio de mi grupo, aunque aparentemente pudiera alabarse, el criterio de la racionalización de la red hospitalaria militar no está basado en un tinte economicista. No lo está, señor presidente, porque, en el caso de las enajenaciones, caso de que las administraciones públicas no estuvieran interesadas en la transferencia de los hospitales militares, lo resultante de la enajenación a otras entidades no públicas sería para mejorar la infraestructura, para mejorar los medios. En resumidas cuentas, se destinarían las mismas a la mejora de la red sanitaria asistencial de Defensa. Aunque solamente fuera por eso, y ya sé que se podría derivar un debate colateral, a mí me parece que el criterio economicista quedaba, desde este punto de vista, relegado a un segundo término.

Otra idea base que quería decir, señor presidente, es principalmente algo que preocupa a aquellas poblaciones o zonas militares cuyos hospitales militares no se integran dentro de la red sanitaria general de la sanidad militar. Convendría hacer dos matizaciones, señor presidente. Respecto a los centros hospitalarios que configurarían la red hospitalaria militar, la especificidad de los cometidos asignados a la misma obligan a que tengan en el plano asistencial unas características que les diferencien, si no totalmente, sí parcialmente, de los del Sistema Nacional de Salud. Ello no implica, señor

presidente, que, como el señor subsecretario ha dicho, se busque una colaboración cada vez más estrecha y más eficaz entre el Sistema Nacional de Salud y la sanidad militar. Se ha puesto de manifiesto, y es difícil no coincidir con ello, la plétora asistencial que en distintas ciudades, por ejemplo la Ciudad Autónoma de Ceuta, existe en el hospital de momento no del Insalud, de la Cruz Roja, pero que hace las veces de hospital de la red pública. Ahí se basa, y lo que ocurre en Ceuta es extrapolable a otras poblaciones, en aquellas poblaciones que, por un motivo o por otro, por la universalización de la asistencia sanitaria, por el aumento de la población que tiene derecho a la asistencia sanitaria, hospitales del Sistema Nacional de Salud, están sometidas a una presión asistencial, no solamente en el área de urgencia o en otras especialidades punta de un hospital, sino en la generalidad de la asistencia sanitaria.

Por eso decía que, aunque los centros hospitalarios que configuraran la red hospitalaria militar tuvieran una especificidad propia o distinta, ya lo ha dicho el señor subsecretario, del modelo de hospital, de pasar de una estructura piramidal a una estructura por objetivo, de pasar de una estructura vertical a una estructura donde la horizontalidad de la gestión facilitara la optimización de la misma y la optimización de los recursos, en cualquier caso, la diferencia de asistencia, aunque sea parcialmente, tiene que ser, por lo menos bajo mi punto de vista, distinta de la del Sistema Nacional de Salud. Y por ello era necesario la colaboración cada vez más estrecha y eficaz entre el Sistema Nacional de Salud y la sanidad militar. Digo Sistema Nacional de Salud porque, como todos sabemos, el Insalud, salvo en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, ha sido transferido a aquellas comunidades autónomas, a muchas de las cuales se ha hecho referencia y a muchas de las cuales el señor subsecretario ha anunciado que se han alcanzado ya acuerdos tanto en Castilla y León, y se mantienen abiertas, eso me ha parecido escuchar, las negociaciones con la Comunidad Autónoma andaluza, con la Comunidad Autónoma Canaria, con la Comunidad de las Islas Baleares, para la, digámoslo de alguna forma, eventual transferencia de los hospitales militares de Sevilla, de Las Palmas y de Palma de Mallorca. También el acuerdo alcanzado con el Gobierno de la Generalidad de Cataluña para que el organismo en cuestión ejerza el derecho preferente de la adquisición del Hospital Militar de Barcelona. Este acuerdo, este derecho, se contemplaba ya en el acuerdo de la concesión administrativa suscrito entre el Ministerio de Defensa y la Generalidad hace cerca de tres años.

Esta era una primera idea que yo quería avanzar desde el punto de vista de mi intervención necesariamente general del problema, señor presidente. En segundo lugar, hablaré ya de ideas más concretas, ideas más concretas sobre lo que el señor subsecretario coherentemente ha manifestado a lo largo de todas sus intervenciones en la Cámara. Se podrá o no discutir la meto-

dología, eso es cuestión de cada grupo, se podrá o no discutir la fluidez de la información que los intermediarios sociales han podido tener, se podrá o no discutir el hecho de determinados casos puntuales que han apuntado distintos portavoces, pero lo que no se puede discutir en modo alguno es el discurso mantenido siempre, desde la comparecencia del señor subsecretario allá en diciembre del año 2000. Ciertamente, hay unas ideas base que destaca todo el mundo, por lo menos el Grupo Popular en sucesivas intervenciones, la última mía el 13 de marzo del año 2002, a raíz de una proposición no de ley presentada por el Grupo de Izquierda Unida, sobre lo que es el meollo, y perdón por la petulancia, filosófico de la cuestión. Primera de ellas, el compromiso del Ministerio de Defensa de garantizar todos los puestos de trabajo del personal civil afectado por el proceso de racionalización de la red hospitalaria militar en la misma localidad de su residencia y, de manera general, en su entorno más próximo. Señor presidente, el señor subsecretario ha citado hoy aquí un ejemplo de Madrid, y lo mismo podría ser extrapolado a otras zonas o regiones militares españolas.

También me interesa recalcar, y sería un poco, cómo diría yo, frívolo no indicarlo, la preocupación que existe en determinadas guarniciones o ciudades, como puede ser mi circunscripción electoral, Melilla, en cuanto a que el personal civil sin titulación sanitaria que presta sus servicios en los hospitales militares declarados transferibles podrá optar por un puesto de trabajo en el ámbito del Ministerio de Defensa en su misma localidad —aquí no cabe entorno inmediato, señor presidente, por las lógicas connotaciones de la ciudad—, de manera que puedan permanecer al servicio de la Administración militar sin abandonar su localidad de residencia.

Esto es así, y no es cuestión de dar ningún tinte pueblerino a la intervención por las especiales circunstancias de Melilla, especiales circunstancias por decirlo de alguna manera, porque el interés de los melillenses y de los ceutíes es parecernos cada vez más al resto de los territorios españoles, tanto desde el punto de vista administrativo como desde cualquier otro. Sin embargo no cabe duda que el concepto de insularidad de Melilla exige ese esfuerzo supletorio con objeto de disipar cualquier nube que enturbie el celaje del mantenimiento de los puestos de trabajo de este personal en el ámbito de su zona de actuación.

Ciertamente había también una afirmación general del señor subsecretario desde diciembre del año 2000 hasta hoy, con la que están de acuerdo el Grupo Popular por la propia dinámica de la situación, respecto a que el Ministerio de Defensa no tiene capacidad para ofertar a todo el personal civil laboral afectado con cualificación sanitaria, un puesto de trabajo adecuado a su perfil en la misma localidad en el ámbito del departamento. Por ello decía el señor subsecretario en muchas de sus intervenciones, opinión que compartimos, que si

el hospital se transfiera a una Administración pública o a una entidad privada, el personal civil laboral con titulación sanitaria que prestara servicio en dichos hospitales militares declarados transferibles, podrá, si lo desea, permanecer prestando sus servicios en el mismo centro. Además había una caución, que el señor subsecretario aquí ha puesto de manifiesto hoy y que a nosotros nos agrada, por la que la garantía de mantenimiento de puestos de trabajo de dichas personas va más allá de la propia contemplada en el propio Estatuto de los Trabajadores; había una precaución más o una caución más añadida a la garantía que contempla el Estatuto de los Trabajadores, respecto al puesto de trabajo. A mí me interesa, señor presidente, poner énfasis en esta cuestión porque como el señor subsecretario ha dicho que no se adoptará ninguna acción sobre los hospitales militares de Ceuta y Melilla hasta tener garantizada una asistencia sanitaria para el personal militar y para sus familiares de calidad no inferior a la que recibe ahora, y se han hecho convenios francamente positivos con el Insalud en ambas ciudades para determinadas especialidades donde la población pueda acudir a ser atendida, ciertamente, si la Administración pública no está interesada en principio, digamos por utilizar un lenguaje vulgar, en quedarse con el hospital militar de la ciudad de Melilla, y perdón por esta reiterada alusión que no quería hacer en el ámbito general que me propuse de mi intervención pero que era ineludible el sacarla aunque sea colateralmente, cabría que en el pliego de licitación, que el señor subsecretario ha dicho que será un pliego de licitación exigente y un pliego de licitación riguroso, se abriera también la licitación. Estoy convencido de que si se profundiza en el diálogo con las administraciones públicas, las administraciones públicas interesadas, léase Gobierno de la Ciudad Autónoma de Melilla o inclusive el propio Insalud, podrían ser licitadores o podrían concurrir a la oferta que se contemplara en el pliego de licitación, porque no hay nada fijo en una determinada política sanitaria. La propia experiencia, y perdón por la deformación profesional, de la gestión del Sistema Nacional de Salud así me lo demuestra, y ciertamente con la garantía de un pliego de licitación, como S.S. ha dicho, riguroso, escrupuloso y exigente, se podrían cumplir los objetivos de la optimización de los recursos y de la optimización de la gestión, cualquiera que sea el régimen administrativo y burocrático que concertara el hospital de Melilla.

Estas eran las ideas base de las intervenciones sucesivas del señor subsecretario, y también insistiré, lo dije antes y lo vuelvo a repetir ahora, en que el criterio economicista, a criterio de mi grupo, no se ve, o sea que en cualquier caso no acertamos a verlo como motor de la reforma. Nosotros lo que sí vemos es que es interesante que las compensaciones que obtenga el Ministerio de Defensa por las enajenaciones de los centros declarados transferibles se inviertan íntegramente en modernizar la futura red sanitaria militar dotándola de los

medios tecnológicos que requiere. Coincidió con lo manifestado por los otros portavoces en la necesaria mejora, la imprescindible mejora, porque el marco sanitario de la red militar no es independiente de la modernización del conjunto de las Fuerzas Armadas, forma parte importante de dicho proceso y, por lo tanto, no puede quedar ese pilar cojo en cuanto a medios, en cuanto a tecnología y en cuanto a la inversión de los medios y de los métodos capaces de optimizar fuertemente la red hospitalaria militar.

Señor presidente, concluyo desde esta visión general que nuestro grupo tiene del proceso de racionalización de la red hospitalaria militar. Para terminar diré que no es un proceso cerrado, creemos que seguirán surgiendo nuevas perspectivas, nuevas comparencias, nuevos pareceres de los grupos, porque se hará el seguimiento de este proceso de racionalización tanto de los hospitales que queden en la red sanitaria militar como tal como de aquellos que sean declarados transferibles. Desde esta óptica de colaboración, desde esta óptica de seguimiento y desde esta óptica de apoyo a los planes de modernización imprescindibles de la red hospitalaria militar, contará, señor subsecretario, con el apoyo del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Llegados a este punto, vamos a suspender por cinco minutos y a continuación el subsecretario dará respuesta a los intervinientes, a los portavoces. Se suspende por cinco minutos. **(Pausa.)**

El señor **PRESIDENTE**: Se reanuda la sesión con la contestación del señor subsecretario, señor Torre de Silva, a los distintos portavoces. Tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE DEFENSA** (Torre de Silva y López de Letona): Trataré de responder a algunas de las principales cuestiones que se han suscitado.

En cuanto al diputado socialista, don Jaime Blanco, manifestarle mi aprecio por la posición global del Grupo Parlamentario Socialista y por las reflexiones que ha hecho de carácter general sobre el proceso. Se ha referido a que el proceso no queda cerrado, que sigue sobredimensionada la red. Simplemente le puedo decir que respetamos, como no podía ser de otra manera, sus consideraciones pero que no está en los planes del Ministerio de Defensa una ulterior reducción de la red hospitalaria militar; así se lo debo hacer constar.

Me cuestionaba sobre el acuerdo con la Junta de Castilla y León. Confío que en las próximas semanas se puedan hacer públicas las bases concretas del acuerdo, que efectivamente hasta ahora sólo ha habido una información muy genérica. Sí le puedo decir que efectivamente parte de las instalaciones del recinto hospitalario en el sentido lato se mantiene en el Ministerio de Defensa, y señalaré una residencia de viudas del Ejér-

cito de Tierra que existe allí y que con sus terrenos circundantes desde luego se mantendrá en el Ministerio de Defensa.

En cuanto a las conversaciones con la Junta de Andalucía, el Gobierno canario y el Gobierno de las Islas Baleares, le diré simplemente que no hay condicionantes políticos de las conversaciones. El Ministerio de Defensa tiene una posición única, no atiende al color político en absoluto del gobierno autonómico que esté sentado al otro lado de la mesa, los planteamientos y hasta las bases son exactamente las mismas en todos los casos, de manera que el color político del gobierno de turno no condiciona en absoluto el llegar o no a un acuerdo.

En Ceuta efectivamente hay una situación peculiar de la sanidad civil. Es al Ministerio de Sanidad al que le corresponde acometer, a través del Insalud, las medidas necesarias para garantizar la mejor asistencia en Ceuta, no es al Ministerio de Defensa. Al Ministerio de Defensa lo que le toca es colaborar, con la sanidad civil. Esta colaboración ya existe, porque, como recordará S.S., hay un convenio entre el Insalud y el Ministerio de Defensa que se refiere específicamente, entre otros hospitales, al de Ceuta. Es decir, que ya con el convenio en marcha podría la sanidad civil hacer un uso más intenso del Hospital Militar de Ceuta. Por tanto, para la colaboración en el uso actual del hospital y en el uso futuro, el Ministerio de Defensa ha ofrecido al Insalud la transferencia del Hospital Militar de Ceuta. Los técnicos del Insalud visitaron el centro y la respuesta final del Insalud después de sus estudios fue que no estaban interesados en el hospital militar sino que seguían con sus proyectos de futuro. Desde el punto de vista del Ministerio de Defensa, la colaboración del Hospital Militar de Ceuta para mejorar la situación sanitaria de la ciudad no puede ser más abierta.

En cuanto a Madrid, efectivamente siempre puede pedirse mayor flexibilidad, siempre puede pedirse mayor diálogo, pero lo que es innegable es que se ha llegado a un acuerdo con muchas centrales sindicales, yo diría que con las principales centrales sindicales, y que por este acuerdo se ha procedido a la reordenación de más de 1.000 personas en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Efectivamente el Ayuntamiento de Los Molinos ha planteado una pretensión sobre la titularidad de los terrenos. Esta inquietud y esta pretensión del Ayuntamiento de Los Molinos ha sido estudiada con todo detalle por el Cuerpo Jurídico Militar y por especialistas en temas patrimoniales e inmobiliarios del Ministerio de Defensa y se ha concluido que el Ayuntamiento de Los Molinos no tiene ningún derecho sobre la titularidad de estos terrenos y, por tanto, no tiene derecho a una reversión. Este tipo de reclamaciones son muy habituales en el ámbito de las enajenaciones del Ministerio de Defensa, suele ocurrir que antiguos expropia-

dos, ayuntamientos, etcétera, reclaman una serie de derechos que luego se verifica que no poseen o que no son titulares de ellos, y así ha ocurrido con el sanatorio de Los Molinos.

En cuanto al Hospital Militar Gómez Ulla, desde luego el Ministerio de Defensa es sensible para atender a las peticiones de grupos vecinales, grupos políticos, etcétera, que están pidiendo, efectivamente, que el Hospital Militar Gómez Ulla se transfiera también a la sanidad civil, a la sanidad autonómica. Desde luego el Ministerio de Defensa tiene la mejor disposición para hacer esta transferencia y para que el Hospital Militar Gómez Ulla atienda al colectivo que determine la Comunidad de Madrid, que probablemente será el colectivo circundante.

De todas maneras, es indudable que de momento no podemos proceder a la transferencia, pero cuando las obras del Hospital Central de Defensa en el actual Hospital del Aire estén terminadas, tendremos nuestra mejor disposición para que la comunidad adquiera y gestione el Hospital Militar Gómez Ulla.

En cuanto a la modernización, el señor Blanco ha hecho bastantes reflexiones, una, reiterada además después por el señor Mardones, era la relativa a los recursos económicos, al dinero que hace falta para gestionar esta red. Efectivamente, las transferencias generan unos recursos, como he dicho, que se aplican a una mayor inversión, se aplican íntegramente a inversiones en el ámbito del Ministerio de Defensa, pero por lo que hace al gasto corriente, o sea, no a las inversiones, que, como digo, van de ser notablemente potenciadas con el plan de racionalización, sino por lo que hace al gasto corriente, S.S. convendrá conmigo en que cuando una red hospitalaria de 16 centros se convierte en una red hospitalaria de seis centros, si se mantiene el presupuesto, el gasto corriente por centro aumenta muchísimo. Esta es precisamente la operación que el Ministerio de Defensa está ejecutando, es decir, mantener el presupuesto, sobre todo capítulo 2, de la sanidad militar y aplicarlo con mucha mayor intensidad a los centros que quedan, de manera que eso capitaliza, por así decir, la sanidad militar en los centros que quedan.

Tomo buena nota de la reflexión sobre los anestesiólogos y en general sobre las especialidades críticas, que son motivo de especial preocupación y empeño por parte del Ministerio de Defensa manifestado en numerosos hechos y en numerosas resoluciones, desde el pase a la reserva voluntaria de este personal médico hasta la formación de especialistas en el ámbito de la sanidad militar. Siempre tenemos muy presentes y estudiaremos con mucho detenimiento las observaciones del señor Blanco en la línea de potenciar anestesiología y las demás especialidades críticas, que lo son, evidentemente, para el Ministerio de Defensa.

Por lo que hace a las observaciones del señor Mardones, con absoluto respeto y agradecimiento, noto dos cuestiones que no son fáciles de conjugar en sus

palabras; por una parte, entiende el señor Mardones que está basado en criterios economicistas y, por otra, entiende que falta la dotación económica. Que esté basado en criterios economicistas supone que se han hecho unos estudios muy detallados de ingresos y de gastos y que se atiende exclusivamente a esto. Esta realidad sería incompatible con la falta de un soporte económico, por lo que hay un cierto contraste entre las dos afirmaciones. Desde luego debo negar rotundamente que esté basado en criterios economicistas. Como dije en mi primera comparecencia, son los criterios de un mayor apoyo logístico-sanitario a las Fuerzas Armadas los que han primado absolutamente y los criterios economicistas no se pueden erigir ni mucho menos en los diseñadores del futuro de la red hospitalaria.

En cuanto a las maniobras de la OTAN, no le quepa duda a S.S. de que el Servicio Canario de Salud siempre estará en condiciones de prestar apoyo a las posibles emergencias puntuales que haya en cualquier maniobra de la OTAN, o de otra naturaleza. Estamos dispuestos y con mucho gusto haremos constar esta salvaguarda en el convenio que podamos firmar con el Gobierno canario.

Manifiesta S.S. que hay dificultades con el Gobierno canario en el hospital de Las Palmas. Yo diría que no hay dificultades, que las cosas van según su cauce y según lo previsto y que desde luego las dificultades no son el personal médico especialista. No hay ésta ni ninguna otra, pero ésa desde luego no es ninguna dificultad.

En cuanto al modelo organizativo de las Fuerzas Armadas ha dicho S.S. que de alguna manera se debe plantear la sanidad militar en de acuerdo con el modelo organizativo. Eso nadie lo duda, pero permítame S.S. que discrepe sobre las zonas o regiones militares. Hace ya mucho tiempo se han abandonado las regiones militares o zonas militares como criterio determinante de la dotación hospitalaria, hace ya muchos años que se ha abandonado ya ese criterio. Además sabe S.S. perfectamente que el Ejército de Tierra entre regiones militares y zonas militares, las comandancias generales tienen 7, la Armada 5 y el Ejército del Aire 4; es decir, estamos hablando de 16 demarcaciones territoriales de los Ejércitos. Entiendo que S.S. no tendría voluntad de incorporar una instalación hospitalaria en cada una de ellas. En cualquier caso, sí le digo que hace ya mucho tiempo que se abandonó el criterio de las zonas o regiones militares como determinante de las dotaciones hospitalarias o sanitarias y el Ministerio de Defensa entiende que la decisión fue absolutamente acertada en su momento.

Por último, también haré una referencia a una transformación del hospital de agudos el hospital central de Defensa, en Madrid, en hospital gerontológico o en hospital sociosanitario. Esto no se ha producido, es decir, ningún hospital de agudos en el ámbito del

Ministerio de Defensa se ha transformado hasta ahora en hospital gerontológico, simplemente lo que ha ocurrido es que el edificio de maternidad, que estaba sin uso dentro del Gómez Ulla pero con la debida separación, ha acogido a todo el personal, a todos los enfermos de carácter sociosanitario que estaban antes albergados en Los Molinos y en el Hospital del Generalísimo, pero el Hospital Militar Gómez Ulla sigue siendo hospital de agudos. Esto es capital tenerlo presente.

Por último, me gustaría agradecer también sus palabras al señor Gutiérrez Molina, especialmente su apoyo y de alguna manera el respaldo que el Grupo Parlamentario Popular proporciona al Ministerio de Defensa en éste y en los demás puntos.

Indudablemente, la colaboración cada vez más estrecha entre el Sistema Nacional de Salud y la sanidad militar es uno de los criterios fundamentales del Ministerio de Defensa, lo ha sido siempre y lo sigue siendo, y además entendemos que ambas instituciones, Sistema Nacional de Salud y sanidad militar, se benefician, por así decir, de esta colaboración. Le agradezco sus palabras sobre la línea de coherencia un poco que sigue el Ministerio de Defensa en este punto y sobre el compromiso de garantía de puestos de trabajo que se hizo en su primer momento, que reitero ahora, como es la garantía absoluta de todos los puestos de trabajo.

Por lo que hace a Melilla, tenga la seguridad de que el personal civil laboral no sanitario se queda en Melilla, dentro del Ministerio de Defensa, cuando el hospital se transfiera, si se transfiere, se quedará en Melilla. Efectivamente al personal civil laboral sanitario, con titulación sanitaria, de la ciudad de Melilla se le va a dar la posibilidad, si quiere seguir en el Ministerio de Defensa tendrá que salir de Melilla, eso es lógico porque el Ministerio de Defensa perderá el único hospital militar que tiene allí, pero se le dará la posibilidad de continuar trabajando en el futuro hospital, ya no militar, de Melilla mediante una serie de cláusulas de salvaguardia más allá de la sucesión de empresas que está en el Estatuto de los Trabajadores. En el caso de que la licitación tenga éxito y realmente una empresa dé todas las garantías de la asistencia que requerimos, se le impondrá a esta empresa la necesidad de acoger a este personal y garantizar un tiempo razonable de continuidad en los contratos laborales mucho más allá de lo que establece el Estatuto de los Trabajadores. Tenga la certeza de que será un elemento clave a la hora de proceder a cualquier transferencia del Hospital Militar de Melilla como de cualquier otro hospital, el de Ceuta o de otro hospital de la red.

Agradezco a la Comisión su atención y, por último, reitero mi disponibilidad para comparecer cuantas veces sean necesarias para estudiar con más profundidad éste u otros aspectos con mayor detalle de la sanidad militar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor subsecretario, se han cumplido los objetivos de la comparecencia, una comparecencia informativa que da remate, evidentemente, a la encuesta que realizó esta Comisión y a los planes que sin pausa ha venido acometiendo el ministerio. En este sentido sólo puedo expresar mi satisfacción.

Evidentemente, agradezco también su disposición para venir en otras ocasiones, porque el proceso todavía no ha terminado, está *in fieri*, pero en cualquier caso yo me doy por satisfecho por el desarrollo de la sesión de la Comisión.

Muchas gracias y se levanta la sesión.

Eran las doce y cinco minutos del mediodía.

Nota.—El presente «Diario de Sesiones», de la Comisión de Defensa, del martes 18 de junio de 2002, no guarda relación cronológica habitual, con el fin de no retrasar la publicación de los «Diarios de Sesiones» ya elaborados.

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**

