

# C O R T E S

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISION DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

Sesión número 1

PRESIDENTE DE LA COMISION: Don Alberto Jarabo Payá

Sesión informativa celebrada el jueves, 1 de diciembre de 1977

---

### S U M A R I O

*Se abre la sesión a las siete y quince minutos de la tarde.*

*Asiste el señor Ministro de Sanidad y Seguridad Social (Sánchez de León y Pérez).*

*El señor Presidente pronuncia unas palabras de cordial bienvenida al señor Ministro al mismo tiempo que le expresa, en nombre propio y de toda la Comisión, su reconocimiento por comparecer ante la misma.— Seguidamente, cede la palabra al señor Ministro.*

*El señor Ministro de Sanidad y Seguridad Social explica extensamente las líneas generales del comportamiento de su Departamento, anterior, actual y futuro, proporcionando a la Comisión una amplia información de las directrices a seguir en materia de Sanidad y de Seguridad Social.*

*El señor Presidente agradece al señor Ministro la detallada exposición que ha hecho de la política de su Departamento, y refiriéndose a las normas que han sido dictadas para el desarrollo de esta sesión, invita a los representantes de los distintos Grupos Parlamentarios a que hagan las manifestaciones que estimen conveniente. — El señor Couceiro Taboada propone una breve interrupción de la sesión para que los Portavoces de los Grupos Parlamentarios decidan el método a seguir en relación con las preguntas a formular al señor Ministro, propuesta que es aceptada por la Presidencia.*

*Se suspende la sesión.*

*Se reanuda la sesión. — El señor Presidente, después de exponer la decisión tomada por los Portavoces de los Grupos Parlamentarios, concede la palabra a los siguientes se-*

ñores Diputados, quienes formulan diversas preguntas al señor Ministro: Couceiro Taboada (U. C. D.); Galeote Jiménez (Grupo Socialista del Congreso); De Vicente Martín (Grupo Socialista del Congreso); Granado Bombín (Grupo Socialista del Congreso); Riestra Paris (Alianza Popular); Cuevas González (U. C. D.); Paredes Hernández (Minoría Catalana); Monforte Arregui (Minoría Vasca), y Fuejo Lago (Grupo Mixto del Congreso). — Seguidamente, el señor Ministro contesta cumplidamente a cuantas observaciones y preguntas le acaban de formular los señores Diputados antes relacionados. — Nuevas intervenciones de los señores Granado Bombín, Cuevas González y Galeote Jiménez para solicitar del señor Ministro algunas puntualizaciones, que les son dadas por éste. — Finalmente, el señor Presidente ensalza la labor desarrollada por el señor Ministro a lo largo de la sesión, y le agradece la atención que ha tenido al acudir a reunirse con los miembros de la Comisión.

*Se levanta la sesión a las once y cincuenta y cinco minutos de la noche.*

*Se abre la sesión a las siete y quince minutos de la tarde.*

El señor PRESIDENTE: Señoras y señores Diputados, me corresponde el honor y la satisfacción personal, y al propio tiempo el compromiso, de dar, en nombre de SS. SS., una cordial bienvenida al señor Ministro de Sanidad y Seguridad Social y expresarle nuestro reconocimiento por su comparecencia ante esta Comisión.

También me siento obligado a presentar mis excusas, no sólo al Ministro, sino a SS. SS., por cuanto, llevado del deseo de dar una nota de eficacia a la función de esta Comisión, recogí las distintas intervenciones que aquí se hicieron por compañeros Diputados miembros de la misma en la sesión del 15 de noviembre, y dándoles un trámite en aplicación del artículo 34 del vigente Reglamento me permití solicitar, en nombre y representación de todos, esta comparecencia.

Como ocurre tantas veces al dar primeros

pasos, en algún sentido, es más que probable que se haya incurrido en error de procedimiento y, de otro lado, hemos forzado, de alguna manera, al Ministro a comparecer aquí, y a todos ustedes a estar presentes en este primer contacto del Ministro de Sanidad y Seguridad Social con esta Comisión.

Sin duda que, por este mismo motivo de que estamos iniciando caminos, seguiré incurriendo, mucho me temo, en fallos y en equivocaciones, y por ello, de antemano pido a todos su comprensión y su generosidad.

Estoy firmemente convencido de que, a pesar de estos posibles fallos procedimentales, este primer contacto va a ser extremadamente útil, puesto que se va a dar la posibilidad de un contraste de opiniones y de criterios, de una aportación constructiva de experiencias, de sugerencias, que en definitiva van a hacer posible dar estos pasos adelante en lo que entiendo es un objetivo extraordinariamente trascendente que compete a este Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

No quiero extenderme más ni abusar de la generosidad de SS. SS. y, por tanto, tengo el honor de ceder la palabra al excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Seguridad Social, don Enrique Sánchez de León y Pérez.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (Sánchez de León y Pérez): Señoras y señores Diputados, si yo estuviese en estos momentos, como corresponde por mi consideración de Diputado, en los bancos que ustedes ocupan, y cualquiera de ustedes estuviese aquí —quizá mejor representado estaría el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social—, lo que se me ocurre en principio que haría sería formular una pregunta en doble vertiente: señor Ministro, ¿qué es lo que usted hace?; señor Ministro, ¿qué es lo que usted quiere hacer?

Parece que éste debiera ser un poco el contorno, el perfil de una reunión que, como muy bien dice nuestro Presidente de Comisión, se inserta en las nuevas experiencias de la andadura democrática de la Cámara.

Yo, por ello, creo que en primer lugar estoy obligado a saludarles muy cordial y muy afectuosamente, como compañero, como amigo, como parlamentario, e intentar dar la respuesta que parece que la Comisión debe exi-

gir en una sesión como ésta. Lo que ocurre es que el planteamiento de una sesión como ésta, por lo menos a mí, me ha tenido dubitativo y hasta desconcertado. Porque pudiéramos suponer que lo ideal sería que el Ministro de Sanidad y Seguridad Social pergeñase unas líneas abstractas de comportamiento, unas líneas generales de actuación donde enmarcar después problemas genéricos no cuantificados o no pormenorizados; nos elevaríamos a la consideración filosófica de los temas que tenemos que tratar y deambularíamos por ese camino.

Por el contrario, podría ofrecer una retahíla de datos, de cifras sin expresión justificadora, sin condicionantes, como cuantificación y como modulación fáctica de lo que en estos momentos es un Ministerio. Yo creo que, a título de experiencia, en realidad la Comisión de Sanidad y Seguridad Social inicia una andadura de interpenetración entre el Ejecutivo y el Legislativo, y que lo que debería de hacerse es algo en el término medio de las cosas, por aquello de la virtud, y entonces yo voy a intentar plantear lo que, desde la concepción del Ministerio, pueden ser las líneas generales de su comportamiento anterior, actual y futuro, y voy a proporcionarles a ustedes una información forzosamente corta, forzosamente pequeña, a trueque de que, por ello, puedan usted formular las precisiones que crean oportunas.

La primera reflexión que se nos ocurre, como demostración de esta andadura inicial que comienza la Comisión de Sanidad y Seguridad Social, por lo menos a mí me atenaza aquel pensamiento de Tocqueville cuando se refería a la democracia americana, en el que decía que las naciones de nuestros días no sabrían impedir en su seno que las condiciones legales sean igualitarias; pero depende de ellas mismas que la igualdad las conduzca a la esclavitud o a la libertad, a la razón o a la barbarie, a la prosperidad o a la miseria.

Creo que nuestra vieja España tiene tantas cosas que hacer, que forzosamente se tiene que sentir joven y renovada ante la experiencia que se le avecina para estrenar un modo de comportamiento social distinto al que ha vivido hasta estas fechas.

Pero es que somos nosotros, señores Diputados, quienes hemos sido elegidos por el pue-

blo en función de lo que les hemos dicho, en función de las inquietudes que les hemos manifestado, y como consecuencia de la confianza que han depositado para que esas inquietudes puedan hacerse realidad. Nos debemos, señores Diputados, a una doble consideración de lealtad: hacia nuestros propios compromisos con nosotros mismos y hacia nuestros propios compromisos con los electores. Es por ello por lo que yo, elegido exactamente igual que ustedes, tengo que comportarme con la sinceridad y con el compromiso respecto a mi electorado con que ustedes tienen que manifestar la justificación de su conducta ante ellos.

Y es porque en realidad todo nuestro propósito se enmarca dentro del género de libertades y derechos que estamos dispuestos a ejercer y que estamos dispuestos a que el pueblo español pueda, de alguna manera, disfrutar. Entonces, la Sanidad y la Seguridad Social se incardinan claramente como esas aspiraciones y esos derechos que se han manifestado claramente como propósitos de futuro en las elecciones.

Por todo ello, Parlamento, Gobierno, partidos y ciudadanos hemos de saber aportar un esfuerzo común para la consecución de esas promesas, de esos propósitos que nosotros hemos esbozado en nuestras campañas electorales y que el pueblo exige de nosotros se concreten.

El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, como todos ustedes saben, es un Ministerio de reciente creación, quizá el más joven de la Administración Civil del Estado, modulado en la última reorganización como consecuencia de las elecciones generales del 15 de junio. Es el Ministerio que tiene que llevar a efecto el derecho a la salud y al bienestar social que toda sociedad moderna exige y comporta en su desarrollo; es, indudablemente, quien tiene que definir, dentro de la Administración Civil del Estado, el cauce, la reglamentación y las opciones de una administración de la salud y del bienestar social.

No todo el mundo lo entiende así, y a trueque de esa sinceridad que he señalado como comportamiento de quien os habla esta tarde, tengo que decir muy claramente que no todo el mundo entiende la necesidad de un Ministerio de Sanidad, y que hay quien du-

da, efectivamente, de la necesidad de ese Ministerio de Sanidad al mismo tiempo que la acción de bienestar social se ejerce a través de la Seguridad Social. No todo el mundo comprende y desea la necesidad de un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

No todo el mundo quiere realizar el esfuerzo de adaptación que supone la unificación de competencias, la supresión de organismos inútiles, la coordinación de actividades, la irrupción del Estado en parcelas que hasta ahora estaban vírgenes de cualquier tipo de control eficaz. Pero con problemas de todo orden, que van desde la formulación del membrete del oficio, a través del cual se pronuncia administrativamente el Ministerio, hasta la composición de la propia mentalidad del mismo, con sus órganos y sus recursos personales y financieros, hoy está en la palestra pública un nuevo Ministerio de la Administración Civil del Estado que se llama de Sanidad y Seguridad Social.

Yo creo que a la primera pregunta que formularía si estuviese en los escaños que ustedes ocupan en estos momentos (señor Ministro, ¿qué es lo que usted hace?), tendría que responder, aunque fuera brevemente, porque se refiere al corto período desde el 4 de julio hasta acá, señalando muy someramente, muy descriptivamente, todo aquello que en este período de tiempo ha ocupado las preocupaciones del equipo ministerial. Y podríamos señalarlo en órdenes de cosas distintos, en el orden puramente organizativo, que quizá sea despreciable en otro momento, pero que tiene una importancia extraordinaria en los primeros pasos del comportamiento de un ente departamental; en el económico financiero, en los contactos con sectores profesionales y con los representantes de la Administración y, por supuesto, en la labor normativa en que quedan plasmadas las decisiones, los criterios y directrices en política de Sanidad y Seguridad Social.

En el aspecto organizativo-funcional, señores Diputados, no es fácil la construcción de un Ministerio que tiene que nacer compuesto de retazos, de parcelas administrativas y funcionales de la más distinta consideración, con sus problemas tradicionales más enquistados, con sus cuerpos de funcionarios en posicio-

nes naturalmente de defensa de tradiciones, de sitios, de conductas.

Es por ello por lo que a partir del Decreto de 26 de junio de 1977, por el cual se estructura administrativamente el Ministerio, tenemos ya una conformación funcional y orgánica, que entiendo se les ha repartido a SS. SS. y deben tener para «vademecum» administrativo en esa jungla tremenda de la Administración Pública que un Ministerio tiene que enjaretar funcionalmente. Ese decreto ha sido naturalmente desarrollado y existen en estos momentos, pues, los correspondientes órganos funcionales.

Vuelvo a repetir que a pesar de que esto pueda parecer una nimiedad, por lo menos en nuestra consideración supone un esfuerzo grande. Se han dictado una serie de medidas en el orden puramente administrativo de creación de los órganos y posibilidades de acción administrativa, que van desde lo que es la atribución de competencias a la Subsecretaría de la Salud hasta la inserción de propias actividades de otros Departamentos, que después examinaremos, al repasar los conceptos de Medicina preventiva, incorporando ya las parcelas existentes en otros Ministerios al de Sanidad y Seguridad Social.

Antes de la incorporación de forma legal como la sanidad escolar, se han incorporado también por normas de rango superior algunos colectivos devinientes de pretensiones anteriores a la creación de nuestro Ministerio en el ámbito de la Seguridad Social, como puede ser el clero de las distintas religiones y las fuerzas del Orden Público. En el campo de la Sanidad, se ha reorganizado la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria; se ha creado la Escuela de Gerencia Hospitalaria y se ha regulado el número sanitario de los productos alimenticios y alimentarios.

Respecto a las entidades gestoras, tres criterios generales han regido la actuación llevada a cabo: conseguir una mayor operatividad, el que ésta se combine con una reducción del gasto y la progresiva clarificación económica y financiera. En este sentido, pueden citarse las disposiciones relativas a la supresión del incremento de plantillas, que ha proporcionado, como ustedes saben perfectamente, algunas alarmas en los entes hospitalarios recientemente; las reducciones de gas-

tos de administración; la remisión al Ministerio y posteriormente a las Cortes de los documentos contables de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social; una nueva estructura de gestión del Mutualismo Laboral, la modificación del estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social y la modificación del Estatuto orgánico del Mutualismo Laboral y del personal del mismo.

Al tema farmacéutico concretamente, tal como ha sido anunciado inicialmente, se le ha dedicado una atención preferente, porque a nadie se le escapa la importancia del mismo.

En torno a él se han tratado aspectos tan importantes como la publicidad médica sanitaria; las sanciones por infracciones de normas sobre registros y distribución de especialidades farmacéuticas; la regulación de las sustancias y preparados medicinales, así como la fiscalización de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación; eso está enviado al «Boletín Oficial del Estado» por haberse aprobado por el Consejo de Ministros.

Otras dos disposiciones de capital importancia son: la nueva regulación del registro de especialidades farmacéuticas, que limita y regula el acceso del producto al registro y determina factores objetivos que deben presidir la actuación del Ministerio en esta materia; y un decreto sobre la información y publicación de los medicamentos y especialidades farmacéuticas que delimitan y definen la publicidad, recogiendo sus intereses.

Hoy precisamente se ha aprobado —mejor dicho, se está aprobando porque el Consejo permanece reunido— en el Consejo de Ministros una disposición referente al tema farmacéutico, que ocupa gran parte de nuestras preocupaciones. Por otra parte, en el orden administrativo y en el orden internacional se han firmado acuerdos administrativos para la aplicación del Convenio hispano-italiano de Seguridad Social y el Convenio complementario hispano-alemán de Seguridad Social, así como nuestro país ha sido sede del Parlamento mundial de la Seguridad Social, al ser convocada en Madrid la Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

En el aspecto económico-financiero, las no-

vedades más importantes que han determinado la actuación del Departamento hasta la fecha son las que determinan la existencia y configuración del Presupuesto de la Seguridad Social para 1978, que ahora se estudia en otra Comisión de esta Cámara.

Es ésta la primera vez que las previsiones presupuestarias de Seguridad Social se adaptan a la normativa de la Ley General Presupuestaria, y la primera vez que esta Cámara examina y puede examinar las cuentas y balances de la Seguridad Social, así como sus Presupuestos. Todo ello ha supuesto una multitud de dificultades, porque puede imaginarse, como después veremos con mayor detalle, que la complejidad funcional y administrativa de la Seguridad Social es de tal entidad como puedan serlo los propios Presupuestos del Estado, aunque se administre por un solo Departamento.

El Ministerio, consciente de la gravedad del momento económico por el que atraviesa el país, prorrogó el pasado mes los tipos de cotización a la Seguridad Social, y, en agosto, estableció las nuevas tarifas de primas de cotización por accidentes de trabajo y enfermedad, adecuándolo a la clasificación nacional de actividades con una reducción general del 10 por ciento.

Dentro de los propósitos del Ministerio está el acercarse al máximo a los beneficiarios y a los representantes de los Cuerpos profesionales, de los intereses corporativos, así como a manifestaciones sindicales donde se inserta el orden de relaciones y reuniones que el Ministerio en sus más distintos niveles, tanto puramente de Administración local como de entidades gestoras, celebra y realiza con centrales sindicales, colegios profesionales, partidos políticos, etc., dentro de un orden de entendimiento que propicia el que el Ministerio esté alejado de todo tipo de hermetismo y de toda tentación dogmática.

Muchos de los aspectos que con anterioridad y un tanto deslavazadamente, aunque ordenadamente, he podido significar, sin referencia concreta a disposiciones en los conceptos que encuadran y establecen la lista de disposiciones que hemos dictado, pueden encontrarse en un Decreto-ley cerca de veinticinco —digo veinticinco porque en estos momentos no sé si contar el que está en el

Consejo de Ministros ya aprobado—; hay concretamente más de ciento setenta órdenes ministeriales además de un amplio número de resoluciones que forzosamente nos colocan como Departamento casi en la punta de lanza de la complejidad administrativa a resolver por resoluciones.

Sin embargo, es evidente, y se ha repetido hasta la saciedad —y yo aprovecho cada ocasión que se me ofrece para manifestarlo públicamente—, que tanto la Seguridad Social como la Sanidad y, por supuesto, las parcelas intermedias entre las mismas, como pueden ser una parte importante de la asistencia sanitaria en el país, necesitan de una remodelación y de una reconsideración conceptual filosófica y operativa de la misma. Este es un tema en el que la sensibilidad nacional se mueve al mismo ritmo prácticamente que señalan las dificultades con que se producen los conceptos que tratamos de indicar esta tarde en la mayoría de los países.

España está en la mayor cota de exigencia y de demanda social que, a nuestro entender, existe en estos momentos en la Europa comunitaria; pero no debemos, en absoluto, creer que es un fenómeno particular nuestro, aunque, naturalmente, tiene sus características peculiares, sino que además del repaso que los órganos de información absolutamente sensibilizados ante los temas de la demanda social de Seguridad Social y Sanidad nos ofrecen cada día en el resto de la Europa comunitaria, las noticias surgen todos los días en todos los periódicos.

Esta mañana he pedido a mis colaboradores que me hiciesen una pequeña síntesis de las últimas noticias que en la Prensa europea pueden aparecer. Y el 5 de octubre de 1977, Francia dice respecto a los gastos públicos de Sanidad, que han aumentado desde el año 1960 a un ritmo superior a un 25 por ciento que el experimentado por el producto nacional bruto. Voy significando estas referencias porque después tendremos que aclarar algunos conceptos sobre si los gastos de la Seguridad Social son congruentes con nuestro sistema económico, lo desbordan, o, por el contrario, quedan por debajo de las exigencias sociales de la sociedad española.

La Sanidad por sí sola, en Francia representa un 20 por ciento del citado aumento;

en Alemania se dice, el 12 de octubre de 1977, que a partir del 1 de enero del 1978 el desarrollo experimentado durante los últimos años en materia de sueldos, salarios y cotizaciones a la Seguridad Social tiene que ser reprimido; en Francia, en 2 ó 3 de octubre, se nos dice en «Le Monde», por ejemplo, que es absolutamente necesario abordar los nuevos porcentajes de reembolsos de medicamentos; en Italia, el 13 de octubre se modifica el petitorio del medicamento de la Seguridad Social, y más de 600 fármacos han sido suprimidos del mismo; en Italia se está produciendo en estos momentos medidas para reducir el déficit de los fondos de las pensiones porque el aumento de 250.000 millones de liras de la aportación estatal al fondo social de pensiones que administra no es suficiente; en Suiza, el 20 de octubre de 1977 se insta en la Prensa nacional a tomar medidas para frenar los costos sanitarios que están en expresión absolutamente desbordados; en Alemania se manifiesta la preocupación del Gobierno por el seguro de pensiones; en Estados Unidos se hace mención del ingente incremento de los gastos de hospitales y se dice que desde 1950 a 1976 los precios de consumo aumentaron en un 125 por ciento y los de tratamiento médico en un 240 por ciento, mientras que los de ámbito hospitalario aumentaron en ese mismo período en más de un 1.000 por ciento; en Italia la suma requerida para pagar las pensiones es muy elevada y se sigue un control más riguroso para evitar las cuotas que deben pagar las empresas.

En el ámbito internacional, Italia y Suiza aumentan constantemente el costo de la salud. El déficit en Alemania en la Seguridad Social complementaria empieza a alarmar en Bonn y se calcula que las necesidades financieras en dicho seguro podrán ser satisfactorias.

Los varios aspectos de la situación sanitaria en Italia están considerados últimamente con referencia a la distribución y costos de las camas por habitantes. En Italia se pide la exigencia del «ticket» moderador en el seguro de enfermedad, un concepto ampliamente debatido, y me imagino que SS. SS. sentirán curiosidad por nuestras preocupaciones sobre el mismo.

El problema de la planificación de los hospitales en Suiza necesita mejor tratamiento. En Gran Bretaña se está proponiendo una reorganización por ineficacia actual del servicio nacional de salud.

Se encomienda a organismos regionales cometidos en materia de Seguridad Social en Italia en estos momentos. En Italia, también, cuya Seguridad Social puede de alguna manera conducirnos a una especie de efecto reflejo para evitar las circunstancias que en ella se han producido y que de alguna manera las tendencias actuales de la Seguridad Social y de la Sanidad nos propician una llegada a sus planteamientos, se está luchando contra la evasión del pago de impuestos fiscales y de cuotas de la Seguridad Social, y me gustaría hacer mayor referencia a ésta porque es una de las grandes preocupaciones que sí quisiera señalar en estos momentos en la Cámara en el ámbito estrictamente nacional.

En Alemania se dice que sólo el freno de los costos preservará la subsistencia del sistema sanitario. En Francia se está estudiando un programa de jubilación anticipada en estos momentos, etc.

Pero no quiero cansarles con referencias internacionales que en estos momentos traigo a colación con el exclusivo objeto de sensibilizar a la Comisión en el sentido de que estamos dentro de la línea de inquietudes que la Administración de la Seguridad Social y de la Sanidad comporta en el ámbito comunitario en que nos movemos y en el que forzosamente deben insertarse nuestras posiciones de futuro. Hay un tema, señores Diputados, en el que yo quisiera, si no recalar demasiado tiempo, sí sensibilizar a la Comisión, porque es un tema de una importancia capital para todos nosotros. Es el de los Presupuestos Generales del Estado, en los que se inserta el Presupuesto-resumen de la Seguridad Social.

Yo entiendo claramente que la diversificación funcional de la Cámara propicia el que el Presupuesto en su conjunto, como expresión del ingreso y del gasto público, sea tratado en una Comisión distinta a ésta, que es específica de Sanidad y de Seguridad Social, y se sitúe dentro de la competencia de la Comisión de Presupuestos. Pero parecería una

incongruencia que los miembros de la Comisión de Sanidad y Seguridad Social que no pertenecen a esa Comisión estuviesen menos dotados de información, más incapacitados para el juicio de cifras y posiciones que los de la propia Comisión de Presupuestos, aunque tengan la misión específica de su estudio inicial.

Por eso yo he creído que entre la documentación que ustedes deberían tener no debería faltar en ningún caso la documentación que se ha ofertado a la Comisión de Presupuestos, y que inicialmente hemos puesto a disposición de ustedes.

El tema que va a condicionar toda la política del Ministerio, en la doble vertiente en que después quiero señalarles a SS. SS. como criterios posibles por donde deambular en el futuro, se encaja naturalmente dentro de las posibilidades presupuestarias para 1978.

Y hemos de saber, porque se nos ha repetido hasta la saciedad, y porque es así a poco que nos preocupemos por el tema (y los partidos políticos de representación parlamentaria han mostrado claramente su sensibilización al efecto), que el problema económico del país trasciende a todos los sectores, y aun el de mayor sensibilidad y de mayor exigencia, como pueda ser el de la Seguridad Social por afectar a colectivos indigentes o colectivos de necesaria racionalización en la distribución de la renta, forzosamente tiene que ser una relación causa-efecto.

Entonces, es evidente que el Presupuesto General del Estado para 1978 es un Presupuesto de saneamiento de la economía nacional y de afrontamiento de los problemas coyunturales con que en estos momentos tiene que enfrentarse.

El problema está en que tanto para el Presupuesto General del Estado como para el Presupuesto de la Seguridad Social, hay que concebir unas líneas de salida, una actuación de futuro en que nosotros enlacemos un Presupuesto forzosamente constreñido, forzosamente limitado en sus posibilidades para aquel Presupuesto que pueda integrar las acciones de futuro positivo que en el ámbito tanto de la Sanidad como de la Seguridad Social forzosamente tenemos que introducir.

El hecho evidente es que es un Presupues-

to de reconstrucción, y no es una frase nueva, porque un Ministro de Hacienda y de Instrucción Pública hace setenta años, García Alis, se planteaba ante esta misma Cámara cómo se sale de un Presupuesto de reconstrucción y de saneamiento hacia un Presupuesto de positivación de las acciones de un Departamento y del Gobierno en general.

Es evidente que nosotros tenemos que plantearnos el análisis y el examen concienzudo de todas las posibilidades de sanear que tiene este Presupuesto para desde él ver cuántas posibilidades de positivación de las ilusiones que sobre Seguridad Social y Sanidad tiene el pueblo español.

Pero la obra política que se presenta al Parlamento tiene, como todas las matizaciones políticas, graves asechanzas, y una de ellas, la más acreditada en la historia política, es que para no alarmar a los contribuyentes ni preocupar a la opinión (cito frases pronunciadas en esta misma Cámara hace setenta años) se pueda ocultar a los españoles el ineludible sacrificio a que la mala situación económica obliga.

Naturalmente que si se quiere ser honesto con el planteamiento actual, cualquier representante del Gobierno en estos instantes (y yo, naturalmente, tengo que solidarizarme con mis compañeros más responsables directamente del orden económico) tiene que resignarse a pronunciar palabras duras, serias, veraces, si quiere ser honesto.

Esta es una circunstancia en la cual forzosamente tenemos que considerar qué pueda ser, cara al futuro, el Presupuesto para la Seguridad Social de 1978. Porque, señores Diputados, si dejamos las cifras en manos de soñadores o utopistas, podemos correr el grave riesgo de la desilusión de nuestro país, que querría palabras de mayor realismo, pero con mayor eficacia, que no pronunciamientos triunfalistas que, a la hora de la rigidez y frialdad de las cifras, no pueden posibilitar.

Hemos entregado al estudio del Parlamento y de los parlamentarios dos tipos de trabajo. En relación con ese libro gordo que trata de las Cuentas y Balances de 1975 (y ahora les explicaré a SS. SS. por qué todavía las Cuentas y Balances de 1975 y no de 1976), en el que están insertos las cuentas y balan-

ces relacionados con la gestión del Régimen General, de los Regímenes Especiales, de los Accidentes de Trabajo y los Servicios Comunes de la Seguridad Social, es evidente que la primera pregunta que se formule sobre estos documentos haya de ser: señor Ministro, ¿por qué nos da usted las cuentas de 1975 y no las cuentas de 1976? Porque si, efectivamente, nosotros tenemos que pronunciamos y enlazar cuentas con presupuestos, difícilmente podríamos hacerlo.

Hay que explicar entonces cómo, en el momento en que se llega al control parlamentario de las cuentas y balances de la Seguridad Social y de los Presupuestos de la misma por el Parlamento, se insertan dos órdenes de legislación distintos y promulgados en diferentes fechas: por una parte, la Ley General de la Seguridad Social, que entiende que las cuentas y balances deben realizarse, pueden realizarse, mejor dicho, a lo largo de todo el año siguiente a aquel en que concluye, y la norma de la Ley General Presupuestaria, que dice que el Ministerio de Hacienda remitirá a las Cortes, antes del 31 de octubre, las cuentas y balances de la Seguridad Social entre los documentos que, como aportación de las cifras de la Seguridad Social, tienen que acompañarse a los Presupuestos Generales del Estado.

El hecho evidente es que este dislate de fechas propiciaba el que no se tuviesen las cuentas de 1976 antes del 31 de octubre de 1977, en virtud de la legislación que constreñía las normas contables de la Seguridad Social. Quiere decirse entonces que las cuentas y balances de 1976, que se terminarán antes del 31 de diciembre de 1977, estarán en posesión del Parlamento en esa fecha, en el momento en que sean elaboradas y aprobadas definitivamente por el Gobierno, en cuyo caso los parlamentarios tendrán la mejor documentación que pueda existir en la tradición de los últimos años de la Seguridad Social.

Quiero decirles a SS. SS. que, naturalmente, este dislate de fechas ha sido corregido por el decreto correspondiente, en virtud del cual ya las cuentas y balances de la Seguridad Social no tendrán de plazo todo el año siguiente a la justificación de las mismas, sino que tendrán que ser elaboradas en la misma fecha que los Presupuestos Generales del

Estado, acomodándose su tramitación administrativa a la de los mismos.

Esa es la razón inicial por la cual los parlamentarios de la Comisión de Presupuestos pueden analizar en estas fechas los avances de 1976, y antes del 31 de diciembre de 1977 podrán tener todos los espectros de cuentas y balances correspondientes a los dos últimos ejercicios contables. Quiere decirse entonces que la cuenta general de gestión del Régimen General, la cuenta general de gestión de los Regímenes Especiales, la cuenta general de Accidentes de Trabajo, la cuenta general de Servicios Comunes y Sociales y la cuenta general acumulada de la Seguridad Social, y, finalmente, el balance de situación integrada en la Seguridad Social podrán ser examinados y analizados por el Parlamento por primera vez, naturalmente, en la historia de la Seguridad Social española, honor que me corresponde y del que en estos momentos me alegro poder exponer a SS. SS.

Simultáneamente a estos documentos, y porque así lo pide la Ley General Presupuestaria, tienen ustedes a la vista el Presupuesto-resumen de la Seguridad Social, el informe económico-financiero que señala las coordenadas del mismo y la memoria explicativa del mencionado Presupuesto. Y yo personalmente, y a título de funcionario, no estoy en absoluto contento de la presentación de las mismas; creo que lo áspero, lo laborioso y lo difícil de su interpretación hubiese requerido un mejor esfuerzo de presentación por nuestra parte, y confío en que las próximas presentaciones sean todo lo lubricadas y todo lo fáciles de simulación que un comportamiento de gráficos, de cifras, de líneas, de tendencias, etc., configuran mejor ante los ojos del que no es excesivamente experto en cuestiones contables.

De todas maneras, señores Diputados, tienen ustedes dos libretos que acompañan también a esa información: el amarillo, que es un resumen de lo que es en estos momentos el sistema español de la Seguridad Social, que puede aclararles algún concepto dentro de la jungla administrativa que supone la dificultad tremenda de un sistema de Seguridad Social, y otro folleto en donde se explica claramente cómo se controla, presupuestaria y contablemente, la Seguridad Social.

La referencia de este folleto amarillo, que es más conceptual que contable y la del otro que es más contable que conceptual, puede darles una referencia exacta de lo que, en definitiva y en primera instancia, puede ser una interpretación enojosa de cifras, que, naturalmente, requieren la práctica de su manejo.

Es evidente entonces que la Seguridad Social viene ya a insertarse dentro de un orden de clarificación del que estaba absolutamente necesitada. Hay varias disposiciones, de las que no es ocioso hacer referencia a SS. SS., intentando localizarlas, y aunque en estos momentos, perdonen ustedes, sea laboriosa la cita y el comportamiento legal que intento plasmar ante ustedes de las primeras acciones del Departamento en los últimos años, del antiguo Departamento de Trabajo, sí creo que en esta primera exposición es necesario porque nos perderíamos en fechas, nos perderíamos en disposiciones, y yo quiero que ustedes tengan la más absoluta firmeza, la más absoluta claridad en la interpretación legal y en los antecedentes de estas normas.

Es en diciembre de 1968 cuando se establece la contabilidad de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social de una manera unificada y de una manera formalmente globalizada; pero es por Orden de 26 de junio de 1977 cuando en las normas de estructura presupuestaria de la Seguridad Social (y la norma la tienen ustedes concretamente en ese libro azul celeste) están insertadas las modalidades de interpretación contable del Presupuesto. Son dos fechas claves: 1968 y 1977.

Los datos que pueden manejarse en el Presupuesto tienen, a mi modo de ver, necesidad absoluta de ser completos e interrelacionados, de fácil interpretación. Es así por lo que la Seguridad Social, mejor dicho, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, ha remitido a la Cámara no solamente lo exigido, es decir, un Presupuesto-resumen de cifras globales, que pudiera hacer que nos perdiéramos dentro de los conceptos generales cuantitativos, demasiado complejos de la Seguridad Social, y hemos preferido darles a ustedes la mayor información global posible, de tal manera que en el folleto apaisado, dentro de esa encuadernación blanca, tienen ustedes no solamente lo que la disposición legal exi-

ge, es decir, el Presupuesto-resumen que está incluido en las tres primeras hojas, sino la exhibición de datos, tanto de ingresos como de gastos, de todas y cada una de las entidades gestoras de la Seguridad Social.

Esa referencia exacta, más la demanda de datos que SS. SS. pueden solicitar en cualquier momento del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social —el cual responderá complacido a cualquier interrogante que se le formule al respecto, con la intención común de clarificar el proceso contable de la misma—, suponen una dotación de datos, de cifras y de tendencias, que creo yo que por primera vez en la Cámara tiene posibilidad de ser examinada y que tranquilizará al pueblo español sobre determinadas reticencias que en este orden de cosas hayan podido suscitarse.

Es por ello por lo que creo que en esta ocasión la Comisión de Sanidad y Seguridad Social debe tener la satisfacción de ensayar algo nuevo, algo distinto en esta España y en ese sistema diferente, nuevo y renovado al que hacíamos referencia al comienzo.

Pero es evidente que no es éste el único mecanismo de control que tiene la Seguridad Social —y hay que aclarar muchos conceptos sobre el tema—, porque existe un triple control. Por una parte, ya en el Consejo de Ministros de hoy se aprueba un decreto conjunto del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y del Ministerio de Hacienda, en virtud del cual la intervención de la Seguridad Social se hará por la Intervención General del Estado. Es éste un tema ampliamente perseguido por el Departamento ministerial que protagonizo, en el sentido de que la propia Intervención General del Estado tenga la decisión sobre las grandes cifras, sobre los grandes comportamientos económicos y patrimoniales de la Seguridad Social, para evitar cotos cerrados ajenos al propio control del Estado.

Es evidente, por otra parte, sin embargo, que la contabilidad y la intervención de la Seguridad Social es distinta de la del Estado y que habría que formular un ensamblaje técnico entre los órganos de intervención del Estado y los propios de la Seguridad Social para hacer que la agilidad de comportamiento y la dinamicidad de ingresos y pagos de la misma no estuviese en ningún caso ralenti-

zada por comportamientos administrativos que por excesivamente, por lógica o por exhaustivamente honestos y meticulosos, podrían llevar a cierto desgaste en el tiempo de prestaciones y de acciones que en la Seguridad Social necesitan un comportamiento dinámico que no se da en las cifras del Estado.

Más, por otra parte, existe además el control financiero de las mismas y el control de eficacia de la Seguridad Social, porque se ha incorporado a la Seguridad Social, a sus presupuestos, la técnica de presupuestos por programas, que puede diferenciar claramente la realidad contable de determinada acción y de determinada funcionalidad de la Seguridad Social.

Hay, además, algo que debe satisfacernos últimamente y es que, por primera vez también en la historia de la Seguridad Social, las cuentas y balances de la misma pueden ser, deben ser, presentados, exactamente igual que los Presupuestos Generales del Estado o las cuentas de éste, al Tribunal de Cuentas del Reino, de tal manera que ésa es la lógica consecuencia del reconocimiento del postulado presupuestario de competencias, que alcanza a todo el sector público, en paralela obligación de rendir cuentas a un único Tribunal, que es el de Cuentas del Reino.

Pero no es solamente eso, sino que los afanes de control y de participación de la sociedad española en la Seguridad Social pueden y van a circular —acordado ya por los partidos de representación parlamentaria en el llamado «Pacto de la Moncloa»— por unos órganos de control y vigilancia en las entidades gestoras, con representación tripartita de centrales sindicales, representación empresarial y Administración pública; órganos que se insertarán y que se propondrán, en primer lugar, naturalmente, a esta Comisión y, en segundo lugar, al Pleno de la Cámara en el momento en que el Departamento, como está obligado, presente la Ley de Gestión de la Seguridad Social.

Hay que decir, pues, sin enfatizar la frase y sin señalar ningún tipo de alegría insana en el tema, que España se inserta dentro de los sistemas de mayor capacidad y control democrático respecto a la Seguridad Social, como veremos, que se formula en los países industriales de la Europa occidental. Porque hay

que decirlo claramente, señoras y señores Diputados, pues también ha podido, de alguna manera, elucubrarse —con alguna presumible tentación— que los Presupuestos de la Seguridad Social no pasasen por las Cortes; hay que decir claramente, como resumen, que en relación con todos los países de la Comunidad Económica Europea es necesario señalar que ningún Parlamento de aquéllos aprueba el presupuesto de la Seguridad Social y que únicamente se recibe en el mismo a efectos informativos. Por eso claramente les señalo a SS. SS. el grado de progresividad en que forzosa y gustosamente nosotros tenemos que insertarlo. Y es así porque la diferenciación de sistemas políticos y de sistemas administrativos respecto a la Sanidad y a la Seguridad Social hace que, por ejemplo, en Bélgica el papel del Parlamento se limite exclusivamente a fijar las grandes líneas de desarrollo de la política social en cuanto afecta a la Seguridad Social, y que solamente los órganos paritarios de control tienen la responsabilidad sobre la misma; que en Dinamarca de ninguna manera se aprueba el presupuesto de la Seguridad Social en el Parlamento por las muy especiales características en el mecanismo de control, que exclusivamente se refieren al control democrático, como nosotros tendremos unas veces en evidencia, unas veces en virtualidad, la ley de gestión de la Seguridad Social.

En Alemania, la diversidad de regímenes distintos y la participación exhaustiva de la sociedad, a través de infinitos órganos de gestión, imposibilita la existencia de un presupuesto global a nivel de Estado Federal y son las representaciones empresariales y obreras quienes efectúan el control del mismo. Lo mismo ocurre un tanto en la situación francesa, que saben SS. SS. que tiene la peculiaridad de subvencionar al régimen especial agrario, que tanta preocupación suscita en estos momentos en nuestro país, y que solamente la Inspección de Finanzas y la Inspección especializada en temas sociales tiene la posibilidad de control y vigilancia del mismo. El presupuesto solamente tiene en Francia carácter informativo y se reduce a discutir las grandes líneas del alto equilibrio financiero de la Seguridad Social mediante los comportamientos, dentro de las magnitudes macro-

económicas, del sistema económico francés.

Lo mismo ocurre en Italia, donde solamente —y aquí es más curiosa la manera de comportamiento de control— son los departamentos ministeriales quienes controlan la gestión, y no órganos ajenos y de representación popular.

En Holanda el presupuesto es prospectivo, es de carácter informativo. En Gran Bretaña, exactamente igual, con la diferencia de que existe un comité parlamentario, que normalmente protagoniza el líder de la oposición, y que, efectivamente, tiene posibilidades de control, tal como pueda ser desarrollado por una comisión, pero no sometido al Pleno ni a las Comisiones correspondientes.

Las características comunes que en estos momentos circulan en el ámbito de la Comunidad Económica Europea respecto a los presupuestos de la Seguridad Social hacen referencia a la importancia económica de los programas de la misma, que se desmesuran, como es lógico, por la demanda social que comporta el sistema administrativo hacia cifras que necesitan la consideración de las grandes magnitudes económicas del sistema.

Hay otra tendencia clara y determinante, que es una oposición a la excesiva autonomía y fragmentación de los mecanismos de creación de los distintos regímenes, que en España todavía padecemos, y la tendencia a que sea sólo el Poder Ejecutivo de un solo departamento quien controle toda la actividad.

Es claramente detectable en el ámbito internacional la tendencia a que gestiones unitarias, con el consiguiente sometimiento de control y fiscalización de la norma general del Derecho público, sean quienes constriñan los presupuestos de la Seguridad Social y, en definitiva, el que se produzca la inserción de las modernas técnicas de presupuestación en la elaboración de programas y técnicas de programas por objetivos.

El hecho evidente es que cuando se habla de los Presupuestos Generales de la Seguridad Social, independientemente de que es novedoso el tema y que en España se pueden cometer errores de planteamiento o de interpretación, hay una falta de rigor absoluto cuando se trata de establecer módulos de comparación entre el Presupuesto General del

Estado y el Presupuesto General de la Seguridad Social, tentación, sin embargo, a la que muy pocas personas, curiosas del tema, se resisten.

Evidentemente, los porcentajes que la Seguridad Social tiene sobre los productos nacionales brutos en los países de la Comunidad Económica Europea son de tal calibre que es necesario situar a España dentro del comportamiento general de los mismos, para irnos dando dimensión de si nuestro presupuesto es tan elevado como sus cifras parecen aparentar o, sin embargo, se inserta dentro de las carencias de nuestra sociedad.

Si incluimos la Seguridad Social con el resto de los ingresos impositivos de los países de la Comunidad Económica Europea, el conjunto en porcentaje sobre el producto nacional bruto oscila entre un 45 en el caso de Noruega y un 24,4 en el caso de Turquía —40 por ciento como máximo, 20 como mínimo—, insertándose España en el penúltimo lugar, con el 22,2, superándonos incluso Portugal, con el 22,4, lo que, evidentemente, motiva que la situación de los ingresos fiscales y parafiscales españoles no se separe extravagantemente de la renta de los países del mundo occidental, determinada en España por la existencia de una Seguridad Social de cierta magnitud, porque si ésta no existiese, la presión fiscal general en nuestro país sería mínima, comparada con estos países.

La estructura financiera de una comunidad progresista y progresiva hace que los comportamientos sociales dediquen la mayor parte de sus gastos a Sanidad, Enseñanza, Vivienda y Defensa. Fundamentalmente, son los grandes capítulos de los grandes presupuestos nacionales.

Evidentemente, el presupuesto de Sanidad y Seguridad Social española es un presupuesto, en cifras absolutas, extraño y desmesurado, que alcanza y sobrepasa la cifra del billón, que hay que comportarlo y contrastarlo con las cifras generales y el marco de la economía general del país. Pero es que, señores Diputados, necesitamos tener las ideas claras (y esta Comisión tiene que tenerlas forzosamente), y no será ocioso perder todo el tiempo que estas pláticas nos lleven para poder informar al pueblo español de cuáles son las posibilidades de satisfacer las deman-

das sociales que tienen respuesta en los presupuestos de la Seguridad Social; y hay que decirle, además, al pueblo español cómo es difícil encajar las técnicas contables y actuariales en un sistema tan fluido de cifras y circunstancias como es el de la Seguridad Social. Fíjense ustedes, nada más que ateniéndonos a la cifra de desempleo, en que el índice de paro en Europa para 1975 y 1976 dobla el promedio de las cifras desde 1960 hasta esa fecha. Y eso necesita su respuesta financiera y su respuesta contable dentro de los Presupuestos Generales. Fíjense ustedes cómo en los presupuestos de la Seguridad Social para 1977 se da una cifra de 75.000 millones de pesetas y solamente en un año se salta a la cifra de 145.000 millones de pesetas.

El presupuesto de la Seguridad Social forzosamente tiene una fluidez y un dinamismo que va en parangón con la fluidez y el dinamismo de las situaciones económicas, que cambian por mor de circunstancias ajenas a la propia Seguridad Social. Los otros riesgos, los de la asistencia sanitaria, los de la invalidez, los de la incapacidad laboral transitoria, nos sitúan en circunstancias de cualificación de los niveles asistenciales para la determinación de si sus cifras generales son exageradas o deficientes en función de esos niveles.

No quiero en estos momentos entretenerles respecto a las cifras de nuestro comportamiento, de nuestra urdimbre demográfica, pero en el tema de la asistencia sanitaria y de las expectativas de vida, que es consecuencia de la misma, les diría que España se sitúa en estos momentos en una expectativa de vida para setenta años, por debajo en dos años de la expectativa de vida en Suecia, pero por encima en dos o tres años de la expectativa de vida, por ejemplo, en Alemania.

Sin embargo, todas estas circunstancias necesitan, forzosamente, contrastarse dentro de las atenciones del marco europeo en que nos insertamos, porque si, efectivamente, hemos visto cómo el porcentaje de la Seguridad Social en el producto interior bruto es inferior a la inmensa mayoría de los países europeos, también para determinar si las cifras absolutas son exageradas en comportamiento comparativo con las cifras relativas, tendríamos

que hacer (y voy a intentar leerlo despacio porque son las cifras siempre odiosas, pero absolutamente significativas para darnos cuenta de la situación de nuestras contingencias), por ejemplo, la evolución de las prestaciones, es decir, del dinero de las prestaciones respecto a la renta nacional de España. Mientras que en la Comunidad Económica Europea varía entre un 10,3 por ciento en Holanda y un mínimo del 6 en Irlanda, en España se sitúa solamente en un 3,5 el volumen de las prestaciones.

Si vamos a prestaciones concretas (y las puedo ofrecer después, o en ocasión distinta a ésta para no agobiar a SS. SS. con estas cifras, que intento demostrar exclusivamente como significativas para enjuiciar nuestro volumen dinerario dentro de los presupuestos de la Seguridad Social), diría que, por ejemplo, en las prestaciones de vejez, de muerte y supervivencia, estamos en el 2,9 de porcentaje respecto a la renta nacional y, sin embargo, las cifras en Europa se sitúan entre un 17,8, como máximo, en Luxemburgo, y un 13,3 en Alemania.

Tengo las cifras aquí de invalidez, cargas familiares, desempleo, accidentes de trabajo, asistencia social, conjunto de prestaciones, etcétera, de las que hago gracia a SS. SS., señalándoles resumidamente que nos indican una distancia todavía muy considerable respecto al volumen de prestaciones en cuantía dineraria que los países de la Europa en la que intentamos insertarnos se dedican a las mismas.

Es evidente, sin embargo, que el papel de la inflación ha actuado en España y está actuando con fuerza desde 1975, y que quizá por ese desfase entre el momento de inflación de España y el de la Comunidad Económica Europea estas cifras tengan que reajustarse, y así lo haremos en el momento oportuno, para que tengamos conciencia exacta de las mismas, pero de todas maneras es evidente que nuestra distancia de la respuesta social a las prestaciones de la Seguridad Social que se da en estos países y la nuestra es muy considerable.

Hay una prestación a la que yo querría, por la significación de la Comisión y de la propia prestación, referirme, aunque sea muy someramente. Es la prestación de la asisten-

cia sanitaria. Vivimos en un momento de eclosión del costo sanitario. Esa referencia de prensa sacada al azar entre las noticias que sobre Seguridad Social y Sanidad se dan en Europa nos demuestra la preocupación sobre el tema. Se ha producido en todo el mundo y en España en estos momentos lo que de alguna manera pudiéramos calificar como la eclosión del coste sanitario. Y es, sin embargo, en esta prestación concreta donde las dimensiones de España con respecto a los otros países se acercan más, lo cual quiere decir o quiere señalar que nosotros estamos en el momento de mayor alza en dicho costo, que se deduce claramente de las comparaciones presupuestarias de los años 76, con respecto al 75, y del 77 con respecto al 76, y que, sin embargo, nos proporcionan situaciones en que de alguna manera hemos llegado a niveles de asistencia sanitaria en algún orden de cosas que han podido ser calificadas como incompatibles por su sofisticación de los niveles de renta y de los niveles económicos en que nos movemos. Sin embargo, como veremos en otro capítulo de la intervención, las deficiencias en la asistencia sanitaria son palpablemente notables.

Hay otro tema importantísimo y es que dentro del volumen global de la prestación sanitaria se inserta el costo farmacéutico, que ha tenido también su eclosión presupuestaria en los últimos años; que cada vez es menor parte en el conjunto total de la asistencia sanitaria, pero que efectivamente lo ha sido en unas cifras realmente importantes.

Cuando el costo de farmacia en España en 1975, y aun en 1976, era del 38 por ciento del total de la prestación sanitaria, en Holanda se estaba en un 18 por ciento y en Italia se estaba en un 32 por ciento.

Es evidente, por otra parte, que la evolución sesgada de las prestaciones sanitarias de alguna manera influye determinantemente en las otras prestaciones económicas, reduciéndolas lógicamente. Por eso, el sistema financiero español tiene que ser claro y determinantemente un sistema de reparto, y no puede ser, de ninguna de las maneras, otro tipo de sistema financiero que se ha podido ensayar en la Seguridad Social en otros momentos. Pero ese sistema de reparto, que posibilita la adecuación de un presupuesto to-

tal a la dinamicidad de las contingencias, tiene que venir forzosamente mediatizado por unos ingresos no derivados del sistema de financiación exclusivo que en estos momentos tiene la Seguridad Social. Es insoportable ya en estos momentos para las empresas, de alguna manera, la carga fiscal que la Seguridad Social comporta. Sin embargo, esa carga fiscal, que es necesaria en función de la demanda y que nos lo demuestran las cifras que os he dado simplemente en el ámbito comparativo (después podremos examinar prestaciones si SS. SS. lo estiman conveniente), nos señala claramente cómo la participación del Estado tiene que ser cada vez más fluida y dinámica en función del sistema económico de la Seguridad Social, porque, de otro modo, no podremos evitar los picos de sierra en el planteamiento financiero de la misma.

Es evidente que la alarma que se ha producido, por ejemplo, en España hace solamente unas semanas, cuando la cifra del presupuesto de la Seguridad Social ha rebasado el billón de pesetas, hay que insertarla dentro del desarrollo económico de la misma, y que los gastos de la Seguridad Social en la mayoría de los países, como hemos visto, han crecido más rápidamente que el producto nacional.

Ya he dicho con anterioridad que me parece artificial la relación entre presupuesto de la Seguridad Social y Presupuesto del Estado. Pero comienza a preocupar muy seriamente el rápido aumento de las cargas sociales, hasta llegarse a un momento en que en la filosofía asistencial y sanitaria se está vislumbrando la posibilidad y la necesidad de poner coto a la demanda social en bienes de Sanidad y de Seguridad Social, porque es ilimitable, como es lógico, en la condición humana la pretensión que sobre ese sistema de acción social se dirige.

Yo diría que la pregunta que en estos momentos circula por Europa, y la pregunta que nos estamos formulando en mi Departamento día a día, pudiera realizarse de la siguiente manera: ¿Puede alcanzarse un grado de crecimiento de la Seguridad Social de tal magnitud que se cuestione el propio crecimiento económico financiero? Y yo les diría a ustedes que mi sensación, en estos

momentos, es que así es. La Seguridad Social condiciona a la economía nacional, exactamente igual que es condicionada por la misma.

Pero también hay otra pregunta que tenemos que formularnos: ¿Es acorde el nivel de la Seguridad Social alcanzado en España con su grado de desarrollo económico? Quizá haya respuestas afirmativas en unos sectores; quizá las negativas sean claras en otros. En definitiva, y aunque ésta es una clasificación que científicamente hay que desechar porque no relaciona o interrelaciona cantidades y conceptos homogéneos entre sí, les diré a ustedes que para tranquilidad del pueblo español, en ese artificio que consiste en comparar las cifras de la Seguridad Social con las del Estado (sin que suponga comparar, vuelvo a repetir, conceptos homogéneos, porque unos sistemas de la Seguridad Social, por ejemplo, integran las pensiones de los funcionarios de la Administración Civil del Estado, y en el nuestro no están, sino que están en los Presupuestos Generales del Estado, lo mismo que en otros sistemas concretos se integra el desempleo y en el nuestro no), pueden ser orientadoras las siguientes cifras:

En Bélgica el Presupuesto de la Seguridad Social en su conjunto está en un 89 por ciento del del Estado; en Dinamarca, en un 95 por ciento; en Alemania Federal, en un 134 por ciento; en Francia, en un 119 por ciento; en Irlanda, en un 81 por ciento; en Italia, en un 136 por ciento; en Luxemburgo, en un 102 por ciento; en Holanda, en un 130 por ciento; en Inglaterra, en un 77 por ciento; en España (las cifras las tienen ustedes lógicamente frescas por la intervención del señor Ministro de Hacienda en estas Cortes y por las cifras que están publicadas ya en la prensa) el Presupuesto de la Seguridad Social va sobre un billón doscientos ochenta y cinco mil millones de pesetas, y los Presupuestos Generales del Estado sobre un billón quinientos cincuenta mil millones de pesetas, aproximadamente.

Yo quisiera, sin embargo, decirles a SS. SS. que no estoy tratando de defender el que el Presupuesto de la Seguridad Social sea de la dimensión que es, sino que estoy tratando de explicar el por qué el Presupuesto General de la Seguridad Social tiene que dar respuesta a las demandas sociales que se formu-

lan sobre el mismo. Sin embargo, hay que decir que el sistema financiero español es insuficiente al no haber permitido un volumen de gastos de la Seguridad Social acorde con el modelo occidental, y esto como consecuencia, por un lado, de la insuficiencia del sistema fiscal estatal y, por otro, el que las cuotas empresariales y las cuotas de los trabajadores han llegado a un límite de presión fiscal insoportable. El sistema financiero es socialmente injusto por otra parte, porque penaliza el sector de renta más desfavorable y dificulta la ampliación de las plantillas, así como la inversión es estructuralmente excesivamente simplista, porque se basa en su totalidad en cotizaciones de empresas y trabajadores de unos escasísimos recursos provenientes del propio sistema; es económicamente inadecuado y, por otra parte, presenta una evidente falta de control en el sistema. No me refiero al control financiero, al que hacía mención con anterioridad, sino a un control mucho más legalista, mucho más veterano, mucho más de organización tradicional, porque en estos momentos están en trance de revisión no solamente las fórmulas administrativas de gestión y políticas, sino, además, las de inserción, de eficacia en el modelo de exacción de cuotas en vía de apremio, en las formulaciones de la propia inspección capacitada funcionalmente para su control y, además, en los organismos adecuados, que en estos momentos, algunos obsoletos y otros rebasados por la mecanización, presentan graves deficiencias y huecos administrativos.

El hecho de que la evolución del sistema económico español haya acentuado la regresividad de la Seguridad Social es palpable y evidente, puesto que las bases teóricas más cerca de la remuneración real se dan en los salarios más bajos y no en los más altos, donde realmente existe la mayor capacidad contributiva; tema que está intentando compensarse de alguna forma con las tarifas complementarias a la Seguridad Social, pero que no ha sido resuelto porque aún no está resuelto el problema de cotización sobre salarios reales que la Seguridad Social tiene que exigir como condición inexcusable de una financiación adecuada.

Naturalmente, hablar de estos temas, señoras y señores Diputados, a finales de 1977,

supone plantearlo dentro de la situación económica que vivimos y del ambiente de crisis económica que nos constriñe, porque pretender otra cosa sería absurdo.

En el Presupuesto de la Seguridad Social para 1978 se han tenido que contemplar y aceptar condicionantes económicos que en otro momento serían absolutamente inaceptables en función de esa tan repetida demanda social a la que vengo haciendo referencia, pero que de alguna forma presenta un presupuesto de unas características muy singulares. Si no hubiese existido el «Pacto de la Moncloa», naturalmente que el Presupuesto de la Seguridad Social hubiese tenido que ser de otra forma, porque el presupuesto que surge, tanto para el Estado como para la Seguridad Social, del «Pacto de la Moncloa», ofrece unos condicionantes muy claros y determinantes en su realidad: por una parte, nos obliga a una limitación y ejemplaridad en los gastos consuntivos de la misma tanto al Estado, como a las Corporaciones, como a la Seguridad Social, y exige una mayor aportación del Estado en los términos que después veremos: la reducción de los costos de trabajo, la adopción de medidas que aseguren unas prestaciones eficaces y rigurosas del seguro de desempleo, la creciente participación de la sociedad en la gestión de la misma, etc.

Sin embargo, ese presupuesto de un billón doscientos ochenta y cinco mil millones de pesetas presenta, dentro de los fines enumerados en el «Pacto de la Moncloa», unas características de las que la Comisión de Sanidad y Seguridad Social tiene que estar absolutamente penetrada. El primer compromiso es la existencia misma del presupuesto. Vuelvo a repetir que es un hecho venturoso que hoy contemplemos por primera vez el presupuesto.

Es, por otra parte, un compromiso de aceptación a la limitación y ejemplaridad de los gastos de la Seguridad Social, que obligará a la misma a indudables remodelaciones de su actual política, y esa limitación de gastos es lo único que justifica que de un presupuesto para 1977 de un billón cuarenta y cuatro mil millones de pesetas, se haya pasado —fíjense la ironía— solamente a un billón doscientos ochenta y cinco mil millones de pesetas, suponiendo un aumento del 23,02 por ciento,

muy inferior a todas luces al porcentaje de inflación de la economía nacional.

Esa operación de acomodarnos y restringir los porcentajes de crecimiento, naturalmente no está exenta de dificultades, que quisiera exponer ante SS. SS., pero los compromisos que se han adquirido devienen de una situación económica que nos constriñe, como nos han constreñido los aumentos de retribuciones dentro de nuestros colectivos humanos.

La asistencia sanitaria, cuyo comportamiento global en los años anteriores venía por el índice y por el orden del 44 por ciento de incremento de un año con respecto a otro, va a tener que verse limitada a un crecimiento de un 15,5 por ciento nada más. El presupuesto de los servicios sociales, cuya sensibilidad social es característica y evidente, tiene que constreñirse a un crecimiento del 18 por ciento. Los gastos de administración tienen que reducirse. La política de austeridad en el gasto nos obligará a operaciones decisivas tanto en el orden de personas como de material.

La reducción de costos hay que conseguirla durante 1978, y todo ello, señoras y señores Diputados, con una aportación global de las cotizaciones de empresarios y trabajadores que se reduce a un incremento de un 18 por ciento; incremento que, naturalmente, las circunstancias económicas del país cada vez hace más difícil, poniendo en evidencia la dificultad de financiar las prestaciones a las que he hecho referencia con anterioridad.

Es evidente que en este año se produce, como había anunciado, el giro del sistema financiero de tal manera que por primera vez una aportación del Estado puede considerarse de alguna forma sustantiva aunque no suficiente, y la aportación que para 1977 era de 28.500 millones de pesetas aproximadamente, se eleva sustantivamente hasta 100.000 millones, pasando de una cifra con decimales del 3 por ciento hasta una cifra sin decimales del 8 por ciento del Presupuesto, cifra que empieza a asemejarse a las de financiación de los distintos Estados, de las naciones del contorno europeo en que nos movemos.

Hay una serie de medidas derivadas del «Pacto de la Moncloa» que en estos momen-

tos se están tramitando, a las que no hago referencia nada más que en el orden genérico, en cuanto al perfeccionamiento de la prestación del subsidio de desempleo que de alguna forma es una de las grandes preocupaciones del país, tanto en su control y financiación como en la participación en el mismo. En él se determinarán los niveles mínimos y máximos de prestaciones.

También quisiera señalar que nuestra preocupación como responsables de la normativa tiene que girar en el ámbito de los Presupuestos, puesto que han de ser equilibrados y responder ingresos y gastos, perfectamente delimitados en su concepción y jerarquía, ya que en ellos habrá de garantizarse la estabilidad económica interna, no siendo un elemento desestabilizador de la economía nacional. Esta es misión del Parlamento, puesto que ya hemos visto que la misión de los Parlamentos europeos gira en ese orden de cosas, en la inserción de los Presupuestos dentro de las magnitudes económicas del sistema.

En definitiva, señoras y señores Diputados, un presupuesto de reconstrucción, utilizando para no ser originales la frase del Ministro de Hacienda de 1907 pronunciada en esta misma Cámara, tiene que prepararse en una Administración mejor, en una garantía mejor de la calidad de sus prestaciones en 1978, donde va a ser muy difícil que el comportamiento económico posibilite esas grandes alegrías que la demanda social está exigiendo de nuestro país.

No quiero, porque creo que las tienen ustedes y sería en estos momentos reiterativo por mi parte incidir en las cifras que están contenidas en los folletos que les hemos ofrecido. Con mucho gusto me ofrezco al Presidente de la Comisión y a la Comisión misma para, en cualquier otra sesión, a título personal o en la relación cordial de los señores Diputados con las autoridades o con cualquiera de las personas de mi Departamento, aclarar unas cifras que entendemos están suficientemente explicitadas en esos documentos que les hemos entregado y que forzosamente requieren un estudio más pormenorizado, pero que pueden encajarse dentro de estas líneas generales que les he significado.

Hay un hecho que no solamente hay que

significar como clarificador, sino como necesario de comprensión, y es que éste es el Presupuesto de la Seguridad Social y no el Presupuesto del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, sobre el que ha girado la impresión de que, de alguna manera, era desmesurado y que se elevaba a la cifra de 128.000 millones de pesetas. Efectivamente, el Presupuesto del Departamento de Sanidad y Seguridad Social es de 128.000 millones de pesetas; lo que ocurre es que hay que deducir 100.000 millones, que es la transferencia del Estado a la Seguridad Social, con lo cual, en vez de ser el tercer Departamento en gastos por arriba, me parece que somos el tercero o cuarto Departamento en gastos por abajo; pero quiero decir que nos sitúa dentro de un Presupuesto estatal por Departamento todavía muy insuficiente y en el que realmente ha habido tal contención del gasto, en función de esas consideraciones restrictivas de la economía general, que yo pudiera decir (y aquí hay personas muy acreditadas en el orden de la actividad, sobre todo en el tema de Medicina preventiva) que sobre partidas que nosotros entendíamos necesariamente de cantidades similares a los 15.000 millones de pesetas, estén reducidas a las que en estos momentos existen, que son de 250 millones. En definitiva, es un Presupuesto que lo tienen ustedes en los Generales del Estado, publicado y explicitado, sobre el cual yo no querría decir más que, efectivamente, es corto, no justificante de que la Sanidad es uno de los sectores más atendibles por parte del Estado, y que nos constriñe —vuelvo a repetirlo— durante 1978. El Presupuesto del Departamento de Sanidad y Seguridad Social es uno de los más inferiores dentro del «ranking» de la Administración Civil del Estado.

Pueden imaginarse, señoras y señores Diputados, la tentación que he tenido estos días de traerles a ustedes todo un panorama de acciones del Departamento y, sobre todo, lo que pudiéramos llamar el primer embadurnamiento de datos, de cifras y de conceptos con los cuales tenemos que manejarnos. Pero ustedes y yo sabemos que estamos ante la acción de un sector de tal magnitud que nos perderíamos en la consideración pormenorizada de cifras y datos que, sin embargo, te-

nemos que tener presentes por lo menos en esa gran formulación como consecuencia de la complejidad de nuestro Departamento.

A trueque de que —vuelvo a repetir— ustedes después, en esta misma sesión, o en la fórmula que la Presidencia de la Comisión entienda conveniente, o en la que cada uno de ustedes entienda mejor, podamos explicitarlas y podamos ampliarlas, yo, sin embargo, querría recalcar, aunque fuese muy brevemente, en tres órdenes de cosas fundamentales de la actividad del Departamento, a mi modo de ver, absolutamente significativas dentro de su entramado funcional: la asistencia sanitaria en cuanto a equipamiento hospitalario, el enorme tema de las pensiones y, finalmente, el tema de los servicios sociales.

Fijense ustedes que cualquiera de estos conceptos justificaría una sola sesión informativa. Solamente el examen de cualquiera de estas formulaciones nos llevaría un tiempo indiscutible. Pero, de todas maneras, no resisto la tentación de formular unas cifras y unos conceptos para poder manejarnos, aunque sea simplemente a efectos orientadores.

Vamos a hablar un poco (porque de ahí va a depender la posibilidad de acción en este orden de cosas concretas durante el año 1978 y posteriores) sobre el equipamiento hospitalario, aunque, como después veremos al señalar las normas genéricas sobre las que debe, a mi modo de ver, basarse el Proyecto de Ley General de Sanidad, el tema no ya de asistencia sanitaria, sino de equipamiento hospitalario, o al revés, es solamente una parte de la acción de sanidad integrada, con el que tiene que enfrentarse una nueva concepción de la Sanidad nacional.

Pero es muy importante (cada uno de nosotros tiene su distrito electoral correspondiente y su clientela que atender, aunque seamos representantes genéricos del pueblo español) para darnos una idea de dónde están las mayores deficiencias hospitalarias en el orden de instalaciones, no en el orden operativo y de funcionamiento de las mismas, que les diga que sobre un volumen total de hospitales que existen en nuestro país de 1.283, el número total de camas está alrededor de 200.000, siendo para enfermos agudos 135.000 de ellas y para crónicos 63.000. Esto nos da

un porcentaje de camas total por 1.000 habitantes (que es el modelo internacional que normalmente se maneja para examinar el equipamiento hospitalario de cada país) de un 5,51 por ciento, que referido a agudos es de un 3,68, y para crónicos de 1,73.

Los datos por debajo de la media en estas instalaciones, hacia las cuales es pretensión de mi Departamento (en la medida que cumpla las orientaciones que emanen de las Cortes) preferenciar la atención, son: Albacete, 4,65; Alicante, 3,39; Almería, 4,27; Badajoz, 4,98; Barcelona, 4,85; Cáceres, 5,11; Cádiz, 4,55; Castellón, 4,98; Ciudad Real, 4,53; Córdoba, 5,52 (creo que cada uno de ustedes estarán esperando oír su provincia, porque soy consciente de que esta relación no la pueden copiar, pero la tienen a su disposición); Cuenca, 1,92; Granada, 4,68; Huelva, 4,09; Huesca, 5,02; Jaén, 4,74; León, 4,98; Lérida, 4,59; Lugo, 4,60; Orense, 3,81; Las Palmas, 4,90; Pontevedra, 3,74; Soria, 3,71; Toledo, 5,08; Valladolid, 4,87; Vizcaya, 5,26, y Zamora, 2,48.

Los valores deseables en esta confrontación se sitúan, en un programa realista de cosas, entre un 7 y un 7,50 por ciento de camas hospitalarias por 1.000 habitantes, y un 4 por ciento de camas de agudos, también por 1.000 habitantes. Ello supone que para una población de 7 millones de habitantes, el déficit con que podemos situarnos en estos momentos está alrededor de 60.000 a 70.000 camas en total. Para enfermos agudos la cifra deseable sería 150.000, y el déficit de camas se sitúa en 15.000.

Tengo aquí que decir —aunque creo que no es el momento, pero es claramente lógico— que no toda la red hospitalaria ofrece un nivel de situación igual. Son entidades de muy distintas fechas, con distinta organización, y se puede examinar cuáles están en un alto nivel de cualificación, cuáles están en estado regular, cuáles están en mal estado; pero en estos momentos no nos interesa.

Sí hay algo que quisiera mencionar por la sensibilidad del tema, que es respecto a las camas psiquiátricas. El número de hospitales psiquiátricos es de 118. El número de camas es del orden de las 42.000, aunque en los hospitales psiquiátricos hay otras camas no referidas exactamente a enfermos de esta en-

tidad, y el índice de camas anda por el 1,33.

Qué es lo que vaya a hacerse con esta situación depende primordialmente del programa de inversiones que establezca la entidad gestora para 1978. Nosotros quisiéramos que no fuese establecido definitivamente hasta que estuviese controlado y definido por las fuerzas democráticas que van a intentar la gestión de la asistencia sanitaria y, por tanto, la explicitación en cada región y en cada provincia de sus instalaciones. Pero, naturalmente, la primera impresión clara y determinante que respecto a este mapa se concluye es que la atención durante 1978, por un proceso de justicia distributiva, tiene que referirse a aquellas provincias que mayor demanda tienen.

En su virtud, cuando muchas de SS. SS. requieran al Ministro de Sanidad y Seguridad Social las atenciones sobre determinados centros o sobre determinadas circunstancias provinciales, es obvio decir que tenemos que enmarcarlas dentro del conjunto de asistencias que nos propongamos, para que después, cada uno de nosotros, cuando estudiemos la fórmula que nuestra provincia requiere, no sintamos la lógica defraudación de no ser atendidos, porque será en función de que, forzosamente, la limitación de recursos tendrá que dirigirse de una manera muy objetiva y muy explícita respecto a la creación de camas hospitalarias en 1978.

El segundo tema sobre el que es necesario, para opinar, establecer algún orden de datos y alguna dimensión de cifras (aunque volvamos a repetir nos insertemos en este baño del que SS. SS. me excusen, pero que me parece indispensable, para, a raíz de esta sesión, poder profundizar en cada uno de los vericuetos que se establecen en estos momentos) es el de las pensiones. Es un tema absolutamente sensible y yo quería decirles, muy someramente, unas cuantas cosas nada más.

El «Pacto de la Moncloa» recoge la necesidad de la revalorización de pensiones en 1978, y en él se ofrecen unas opciones alternativas, muy difíciles de conjugar, porque es muy diverso el espectro de situaciones derivadas de los antecedentes de cotización de los colectivos de nuestros pensionistas, pero que, a nuestro modo de ver, se incluyen como

derivaciones de los siguientes datos que a SS. SS. pueden explicitarles y aclarar algunas cuestiones.

El número total de pensionistas existente en nuestro país es de unos 3 millones y medio. Las clasificaciones que dentro de ellos puede hacerse son muy distintas, y voy a significar simplemente la expresión del concepto en que se encuadran y la pensión mínima que reciben, porque ir más allá en esta sesión podría suponer insertarnos dentro de un orden de cifras y de circunstancias que nos perderían momentáneamente.

Los trabajadores provenientes del régimen general de trabajadores por cuenta ajena con más de sesenta y cinco años tienen a partir del 1 de mayo de este año una pensión mínima de 9.300 pesetas. En esa pensión mínima, del total de 854.000 pensionistas, hay 725.000 de la Seguridad Social. Fijense ustedes qué cerca está la mayoría de los pensionistas del mínimo de la pensión. Los jubilados del régimen general de trabajadores por cuenta ajena de menos de sesenta y cinco años están en 8.100 pesetas y los inválidos totales en 9.300. Los grandes inválidos absolutos en 12.950 y los absolutos en 9.300.

La viudedad, señoras y señores Diputados, está en 7.000 pesetas, cifra más baja claramente que la del régimen general, de 9.300 pesetas. La viudedad procedente del régimen de trabajadores por cuenta ajena, en 6.000 pesetas; la orfandad, en 2.700; en favor de familiares, en 2.700 pesetas. Pero es que el problema no solamente está en la diversificación de mínimos, sino en la cualificación de esos mínimos. Existen sectores provenientes del régimen de trabajadores por cuenta propia, del campo, los autónomos, algunos regímenes especiales, cuyos mínimos también están por debajo de estas cifras.

¿Qué quiere decirse con esto? Que la opción de progresividad a la que nos obliga el «Pacto de la Moncloa» en la revisión del sistema de pensiones nos ofrece la alternativa, a nuestro modo de ver ponderada, de que los mínimos de regímenes especiales tienen que sobrepasar el porcentaje medio, y aquellos mínimos de regímenes generales tendrán que ir a porcentajes inferiores, con lo cual se producirá una contraprestación psicológica, porque el mayor colectivo de pensionistas esta-

rará por debajo del promedio medio —valga la expresión— de revalorización de las pensiones.

Las opciones sobre este tema son distintas, difíciles. Nosotros entendemos que hay que acercar los mínimos, cualquiera que sea el colectivo de los que provienen, y, por lo tanto, es necesario una ponderación en el umbral mínimo que de alguna manera acerque las necesidades mínimas al nivel y al estatus económico de la mayoría de los pensionistas.

El tercer tema, señoras y señores Diputados, sobre el que muy de prisa voy a referirme (cuestión de trascendental importancia, que, a pesar de la pesadez de mi intervención, por lo que de antemano pido disculpas, que me parecía obligado considerar), es el de los servicios sociales, tema de una importancia, de una entidad y, sobre todo, de una sensibilidad extraordinaria a la hora de los comportamientos del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Fundamentalmente, los servicios sociales del Departamento se encargan, por un lado, de las prestaciones de carácter complementario de contenido no estrictamente económico, nacidas del sistema de la Seguridad Social, y, por otro, de las acciones de beneficencia o asistencia pública dirigida a colectivos marginados y mayoritariamente excluidos de sistemas mutualistas de cobertura financiera, con cargo a fondos de origen impositivo y gestionados directamente por la Administración Central o mediante algún Organismo autónomo específicamente destinado a la asistencia social.

¿Cuáles son los ámbitos de acción del Departamento y, por lo tanto, de atención de la Comisión respecto a los servicios sociales? En primer lugar, saben ustedes que es pretensión del actual Ministro de Sanidad y Seguridad Social, compartida unánimemente por las representaciones de partidos políticos en el «Pacto de la Moncloa», que la Seguridad Social se dedique exclusivamente «a sus zapatos», porque la verdad es que ha tenido que financiar, como «zapatero» improvisado, funciones que no son de su competencia, a nuestro modo de ver, y, así, hay un servicio social (que ya está acordado en el seno de los Pactos el acuerdo de pase) que está financia-

do en estos momentos por la Seguridad Social, pero que tiene que recalar en Ministerios de competencia del empleo —léase Trabajo— o de la instrucción —léase Ministerio de Educación y Ciencia—. Me refiero al Servicio Social de Universidades Laborales, que, naturalmente, en estos momentos gestionamos nosotros, pero que tiene que serlo por el Departamento correspondiente.

En esos centros se albergan 18.742 estudiantes, nada menos, con enseñanza reglada; 10.000 mediopensionistas; 3.800 alumnos externos con una cantidad de usos y disciplinas de lo más variado en veintiún centros en funcionamiento que incluyen a 5.000 docentes y que se administran con un presupuesto, en 1977, de 7.500 millones de pesetas aproximadamente.

Otro servicio social de muy clara cualificación es el de asistencia a pensionistas en centros gerontológicos, con un número de centros en funcionamiento muy considerable, cubriendo más de 7.000 plazas, con un costo diario de 575 pesetas, con un régimen de financiación compartida por los propios pensionistas y por la Administración en un número de centros de residencia asistida, de hogares, de clubs, cuyas cifras y costos tengo aquí, pero de los que eximo a SS. SS. Con turnos de vacaciones organizadas, con la ayuda a domicilio, con ayudas de comedor administrados por un personal en número de 2.050 de orden laboral y de 1.544 de orden estatutario; personal funcionario del servicio que ofrece una cifra de 3.600 personas que gestionan un presupuesto de 9.744 millones de pesetas. El servicio social de recuperación y rehabilitación de minusválidos físicos y psíquicos, que gestiona y promueve programas y servicios encaminados a la integración social de los mismos, mediante la información y orientación; la programación de profesores individuales; la atención, etc., que realiza una serie de prestaciones muy complejas que resisto la tentación de exponer a SS. SS., y que creo que merecerán la atención de sesiones monográficas porque es complejísimo y muy lató el mundo en que nos insertaríamos en estos momentos y produciría el cansancio, del que ya voy siendo culpable, en SS. SS.

Las acciones en el ámbito del organismo de Asistencia Social. Algún señor Diputado

con autoridad administrativa sobre estos órdenes estará maldiciendo mi pasada rápida sobre este tema porque le gustaría que recalásemos en él, pero a trueque de que ustedes me lo pidan yo obvio cifras sobre el mismo.

La Comisión de Bienestar Infantil y Social, las fundaciones de beneficencia privada, los órganos tutelados, la Organización Nacional de Ciegos Españoles, la Asociación Nacional de Inválidos Civiles, etc. Colectivos, como ustedes pueden imaginar, de una sensibilidad extraordinaria respecto a las atenciones que requieren, y que necesitan de mejor organización, de mayor atención por parte del Estado, de mejor administración por parte de los organismos estatales y, dicho con toda sinceridad y con toda crudeza, también de mayor alerta por parte de la sociedad, de mayor preocupación de los no marginados respecto a los sanos y a los capaces y que nos inserta dentro de un mundo progresista al que hay que dar respuesta, si no, como hemos dicho, en términos económicos durante el año que viene, sí con la atención preferente respecto a los mismos.

Yo les diría, señoras y señores Diputados, que el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, de cara al futuro, se enfrenta, naturalmente, con dos grandes preguntas: ¿qué es lo que piensa que puede hacerse como responsable ejecutivo en el orden de la Seguridad Social y en el orden estricto de la Sanidad? Y yo les diría a ustedes que en el primer orden de cosas es evidente que se necesita una remodelación de la Seguridad Social, que viene influida en estos momentos por un pronunciamiento muy cualificado de acciones concretas y determinadas del «Pacto de la Moncloa» que nos sitúan en una serie de proyectos perfectamente diseñables y que se refieren a medidas que tratan de conseguir la mayor eficacia y la mayor claridad y progresividad en el sistema administrativo de la Seguridad Social y que se insertan por el orden de la intervención de la misma por el Estado, cuestión a la que ya me he referido, por el perfeccionamiento de la vía de apremio y por el perfeccionamiento de los sistemas de control de la misma.

Estamos abocados a una reglamentación de la cotización a la Seguridad Social por un decreto que tiene que ordenar la misma

en 1978. Sin embargo, dentro de ella hay aspectos parciales muy concretos, como es el de la revisión de la cotización en el Régimen Agrario, que necesita una clara explicación y que yo creo que hay que realizarla no solamente en esta Comisión, sino probablemente a través de todos los medios de difusión.

La reforma de las entidades gestoras. La participación de la gestión en la misma con la clara delimitación tripartita de la responsabilidad del mundo laboral, empresarial y de la Administración misma; con el trasvase de competencias que no son propias de la Seguridad Social a Departamentos que deben tener en su ámbito de competencias funciones que en este momento tenemos atribuidas nosotros; el trasvase progresivo de la prestación de desempleo al órgano comprometido y competente con la política de empleo del país; la regularización, sin embargo, de la prestación de desempleo, que requiere formulaciones distintas para corregir claras y ostensibles deficiencias en su administración; un plan de pensiones para 1978 que, más o menos, se base sobre los datos que he formulado con anterioridad, y al perfeccionamiento de dos prestaciones claras y determinadas en la Seguridad Social, que son la ayuda familiar y la prestación farmacéutica.

Independientemente de ello, y como consecuencia de las motivaciones del «Pacto de la Moncloa», una referencia a la asistencia sanitaria con determinaciones específicas, referidas a catálogo de enfermedades profesionales, actualización de normas de Medicina preventiva, a la creación de un servicio de asistencia familiar y a la inclusión de la psiquiatría en la Seguridad Social.

Este es el orden de cosas por el que tiene que deambular forzosamente la Seguridad Social en su estricto ámbito de gestión, al margen de la prestación sanitaria, que forzosamente tiene que tener unas delimitaciones y un enfoque distinto, porque nos enfrentamos a uno de los grandes problemas que tiene planteado el espectro problemático nacional, que es el de la ordenación de la Sanidad nacional.

Saben ustedes que este tema de la Seguridad Social ha incluido en su ámbito una gran parte de la actividad sanitaria del país, y que por lo tanto mucha gente confunde Sanidad con Seguridad Social, aparte de que los con-

ceptos filosóficos sobre sanidad, salud, asistencia, medicina preventiva, etc., a veces no son lo excesivamente concretos, y sin embargo son frecuentemente manejados desde distintas ópticas como para que se produzcan algunas confusiones al respecto.

Yo no me voy a referir para nada al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que creo haber enfocado en el conjunto de sus competencias, sino a una inquietud clara, característica y determinante de la sociedad española, que es la Sanidad nacional.

No se trata en estos momentos de señalar que es un sector público que afecta claramente a toda la población española, porque toda la población ha nacido, y el nacimiento es un acto sanitario exactamente igual que lo es la muerte que, por lo tanto, tiene que realizarse de una manera vial, por llamarle de alguna forma al caminar a través de su conservación de salud y de bienestar del ciudadano español.

Sin embargo, nosotros no vamos a delimitar conceptos no precisos, exactamente en la terminología y filosofía sanitaria, conceptos que pudieran significar confusión, sino que vamos a intentar manipular y manejar aquellos que son claramente determinantes de grandes concepciones.

Es evidente que el concepto de Sanidad es un concepto vivo, cambiante, dinámico y distinto en cada momento, en cada ámbito y en cada época.

Y es, además, tan claro y tan evidente que el concepto de Sanidad se inserta dentro de la vida social, que la Medicina es considerada genéricamente como una de las grandes ciencias sociales, y algún gran especialista epidemiológico alemán ha venido a significar, en una de las citas más características y más claras de la Medicina, que la política en general no es más que la Medicina en gran escala.

Y yo así lo creo, porque la Medicina en gran escala es una manifestación social de tal entidad que solamente puede ser considerada desde una perspectiva estrictamente política. Y siendo así es evidente que la Sanidad toca claramente uno de los ámbitos de actuación más determinantes y lógicos de la conducta humana, como es el de la salud. Pero es evidente, señoras y señores Diputados, que el concepto de Sanidad en estos mo-

mentos hay que insertarlo en España dentro de algo que está en el ambiente de la calle, que está en la exigencia social, que es lo que viene a determinar eso que vagamente llamamos la reforma sanitaria, que filosóficamente se encuadra dentro de las mayores exigencias que el español tiene respecto a la instrumentación del derecho a la salud que comporta toda sociedad moderna. De tal manera que un mejor derecho a la salud en España deviene forzosamente en una contemplación de una reforma sanitaria, que tiene que examinar y reordenar los supuestos en que se basa la instrumentación del derecho a la salud de los españoles.

Si esto es así, yo les voy a significar qué es (intentando ir lo más despacio en cuanto a conceptos, pero lo más de prisa posible en cuanto a explicación) lo que nosotros entendemos dentro del ámbito de nuestro Departamento por reforma sanitaria y los criterios que hemos creído necesarios y oportunos manejar «ab initio», todavía no contrastados suficientemente para impulsar una reforma sanitaria.

Es evidente que una reforma sanitaria no es la labor de un Departamento ministerial, no es la labor de unos estamentos profesionales, ni siquiera es la labor de unas instituciones tan representativas como puedan ser las Cortes Españolas; no es algo que circule exclusivamente por los partidos políticos o por las representaciones sociales de cualquier entidad, sino que es algo que comporta el pronunciamiento total de la sociedad española.

Siendo así, y siendo consciente de que debe ser así, en el Departamento estamos intentando huir a toda costa de cualquier hermetismo o de cualquier, como decía con anterioridad, tentación dogmática. Porque, además, las alternativas que se producen son de un distanciamiento de posiciones verdaderamente espectacular.

Yo diría, señoras y señores, que la Sanidad española en el último siglo, naturalmente, ha circulado en función de la presencia del Estado en situaciones sanitarias excepcionales, de tal manera que solamente por un proceso de asunción del Estado, de cada vez mayores

competencias sanitarias, se ha llegado a la conclusión de que éste es el responsable de la instrumentación de la Sanidad nacional.

Desde aspectos iniciales de protección preventiva, como pueda ser la lucha contra plagas o epidemias, hasta una instrumentación por parte de los organismos municipales, de los provinciales, de las entidades privadas, etcétera, la Medicina en general, la asistencia en general, ha sufrido un ámbito de circunstancias que en estos momentos nos lleva a la conclusión de la determinación efectiva de la responsabilidad del Gobierno en el tema. Sin embargo, en España, hasta muy entrada la década de los años cuarenta, no se propicia claramente, mediante una asistencia sanitaria programada desde el Estado e instrumentada desde la Seguridad Social, un gran bagaje de asistencia sanitaria ofertante al pueblo español.

En ese orden de cosas, naturalmente, la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social comporta una exigencia muy próxima y urgente de delimitar aquellos conceptos en que la reforma sanitaria ha venido debatiéndose, ubicada en distintos Departamentos ministeriales, propiciada e impulsada desde estamentos y fuerzas sociales de muy distinta heterogeneidad y que en estos momentos tienen que ser coordinados por el organismo gubernamental correspondiente.

Es en ese orden de cosas en lo único que asumimos el protagonismo de la reforma, no más que en el de coordinadores de los criterios sobre la misma, pues, vuelvo a repetir, nunca se puede hacer una oferta sanitaria desde una parcela interesada y, naturalmente, un Departamento puede situarse en este lugar geográfico del interés.

Nosotros diríamos que los motivos por los que la realidad social, económica y política del país exige una decisión de Gobierno respecto a reforma sanitaria se basan en los siguientes criterios: en que uno de los derechos fundamentales de la persona es el derecho a la salud y, además, en la definición que todos los sanitarios exponen de la misma, no como ausencia de enfermedad, sino como estado de bienestar físico, mental y so-

cial, que es en una definición progresista acuñada por la Organización Mundial de la Salud. Además, es un derecho constitucional, de tal manera que las Constituciones más progresistas (y he tenido la satisfacción de poderlo anunciar en público, sin saber cuál sería la determinación de la Ponencia que elabora la Constitución actual por la que hemos de regirnos) deberían incluir insoslayablemente, como derecho fundamental de la persona humana, el derecho a la salud. Pero es evidente también, como criterio departamental que ofertamos, como todos los demás, que es el Estado el que tiene la obligación de establecer los instrumentos necesarios que satisfagan ese derecho a la salud, así como el derecho a la ordenación del sector salud. Y la instrumentación de la salud y las obligaciones y derechos del Estado tienen que adecuarse a las realidades socioeconómicas y políticas del momento en que se intenta su inserción.

El establecimiento de una política sanitaria que contemple la obligación del Estado y de las demás entidades de la comunidad tiene que mantener las diferencias existentes entre planificación y regulación; tiene que recalcar en el ámbito indiscutible de la normación del Estado y el de la ejecución; tiene que hacer acto de presencia en los entes territoriales de responsabilidad regional. En todo momento, el Estado ha de ofrecer, eso sí, elementos de compensación que equilibren las distintas distancias de nivel asistencial que pueden producirse en los diferentes ámbitos geográficos.

Seguimos señalando como criterios que las obligaciones del Estado, en este ámbito de cosas, tienen que ser la promulgación de normas generales de diferente rango jurídico, la preocupación por la sanidad exterior y las relaciones internacionales, la organización de las medidas de control en situaciones excepcionales, tanto epidemiológicas o catastróficas en cualquier orden de cosas. La alta inspección de esta función debe estar situada en la alta responsabilidad del Estado. El establecimiento de las normas técnico-sanitarias tiene que estar al servicio del interés comunitario y no a ningún otro servicio parcial o particular. La formación del personal sanitario de la salud también es competen-

cia del Estado, que tiene que garantizar la existencia de estructuras sanitarias que satisfagan relaciones asistenciales de prevención, de promoción y de control del medio ambiente, en concordancia, naturalmente, con otros Departamentos de competencias similares.

En otro orden de cosas, el Estado tiene que fomentar la docencia e investigación en el terreno de la Sanidad nacional, desde un concepto de Sanidad nacional integrada, como vamos a explicar posteriormente. La planificación, ordenación y vigilancia tienen que ejercerse tanto respecto a las entidades públicas que ejecutoriamente las llevan a efecto como de las asistencias privadas que, en el orden de la iniciativa privada, se inserten como consecuencia del derecho a la iniciativa privada, que se tiene en una economía social de mercado como la que propugna nuestro sistema político.

Igualmente, el control de la ordenación farmacéutica y del material técnico-sanitario, así como de la ordenación alimentaria, también es responsabilidad sanitaria que el Estado no puede delegar.

Sin embargo, siendo claras determinaciones estatales las que he señalado con anterioridad, son obligaciones de los entes territoriales, tanto referidas a Ayuntamientos, Diputaciones u organismos de gobierno autónomo, como a otra serie de entidades que, como mínimo, se preocupen de la gestión de aquellas acciones sanitarias que tienen que desarrollarse en su ámbito concreto: el control del medio ambiente y los alimentos; el control de locales y viviendas; la colaboración y lucha sanitaria y el control de la educación sanitaria o promoción de la salud, así como la asistencia sanitaria médico-farmacéutica. Y todo ello bajo la planificación del Estado, nada más que indicativa, pero bajo la ejecución y responsabilidad de los órganos descentralizados y competentes que se establezcan en este orden de cosas.

Las funciones de los organismos públicos o privados y de las entidades privadas tienen que estar forzosamente sometidas a la reglamentación y a la ordenación de la planificación sanitaria del país. Asimismo, en las funciones de las profesiones liberales y libres dentro del ámbito sanitario tienen que estar

obligadas tanto a la acreditación de su titulación como de su especialización, a la colaboración de las funciones generales del Estado interesadas, coordinadamente, como es natural, con la defensa de sus intereses profesionales o estamentales. En los criterios generales para la ordenación del sector salud hay que ir a una delimitación clara y determinada del concepto integrado de salud, al que haremos referencia con posterioridad, determinando claramente la responsabilidad en los colectivos profesionales de la vigilancia deontológica de los comportamientos sanitarios en orden a que las líneas de planificación general del Estado sean absolutamente respetables.

Bajo esos supuestos, señoras y señores Diputados, nosotros nos encontramos de cara a una Ley General de Sanidad; tenemos que afrontar clarísimamente una floresta impresionante de disposiciones de las más diversas entidades, derivadas del más distinto tiempo, en lo que pudiéramos calificar (que me perdonen los que no son juristas en esta ocasión, pero aquellos que lo son entenderán la expresión) la jungla legislativa más increíble que pueda darse en un ordenamiento sectorial, por lo menos de aquellos con los que mi modesta persona se ha enfrentado. Porque hay, diferenciada entre sí, una legislación de beneficencia que incluye normas sobre asistencia sanitaria a pobres en hospitales públicos; una Ley de Sanidad Pública generalmente integrada por normas de organización administrativa, políticas sanitarias y defensa de las profesiones sanitarias contra el intrusismo; una legislación especial distinta sobre determinadas actividades sanitarias privadas (desinfección, desinsectación voluntaria, aguas mineromedicinales), en la más confusa indeterminación y falta de coordinación existente entre sí; la legislación especial sobre asistencia sanitaria referida a enfermedades infecciosas del tórax, asistencia psiquiátrica, materno-infantil, rehabilitación, cáncer, sanidad militar, sanidad civil, etc.; una legislación distinta sobre accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, seguros sociales, entidades privadas, seguros libres, etcétera, que muestran una absoluta falta de coordinación; una legislación especial en el orden laboral, en el orden de la higiene y la

seguridad, en el orden de la vivienda, en el orden de los locales, etc.; una normativa distinta sobre enseñanza, formación, docencia, perfeccionamiento, etc.; una normativa sobre organización y ejercicio de las profesiones liberales y una legislación de reforma, ordenación y planificación sanitaria en el orden territorial, que verdaderamente nos sitúa ante un enjambre de disposiciones que necesitan un profundo y meditado análisis para después ver de qué manera se pueden afrontar, simplificando las acciones sanitarias que en este momento este país comporta.

Es evidente que sería injusto por mi parte en estos momentos si no dijese, muy honrada y muy sinceramente, que merecen un homenaje de consideración por parte del pueblo español todos aquellos profesionales que, con una dedicación clara y con una vocación perfectamente delimitada en el orden social, han sido capaces de ordenar sanitariamente una actividad y de insacular modos de acción que la preocupación general de la sociedad y el comportamiento de nuestro Estado en tiempos pasados no han propiciado. Solamente por razones de vocación, de dedicación, de sensibilidad, de cuerpos profesionales claramente vocacionados a lo social se ha podido navegar por la floresta impresionante de disposiciones que el ámbito de la Sanidad nacional comporta en estos momentos. Por lo tanto, situándonos ante este hecho irreversible, ¿cuáles pueden ser los criterios positivos para afrontar lo que es inevitable, una Ley General de Sanidad?

A nuestro modo de ver, son claros y determinados. La Ley General de Sanidad debe clarificar y refundir esa confusa, anárquica, complicada y, generalmente, difícil legislación actual y, diría, de alguna forma inservible para tiempos próximos. Debe delimitar competencias y estructurar órganos y ordenar medios, servicios y actividades; debe ser una legislación sanitaria que no confunda lo sanitario con el concepto genérico de bienestar y de beneficencia, que son conceptos superados, en estos momentos insertos en unos conceptos de servicios públicos que son extrasanitarios; debe racionalizar la estructura administrativa y el sistema sanitario que hoy rige; debe ordenar materias fundamentales, como son el personal, el análisis de los costes, la

supresión o refundición de organismos y servicios y, por último, debe ser netamente descentralizadora y democrática, porque es absolutamente imposible una centralización sanitaria a nivel central como en estos momentos existe y, por lo tanto, todo ello debe quedar constreñido a que por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se formulen por un reducido grupo los caracteres políticos, administrativos, técnicos y consultivos que debe adoptar la planificación, que ha de ser absolutamente democrática y participada.

Evidentemente, la suma de criterios positivos deberíamos de afrontarla con criterios negativos, en cuyo ámbito nos encontramos; que la Ley General de Sanidad —y fíjense que no es ocioso señalar las características negativas que les señalo— no puede ser la suma de los intereses establecidos o consolidados de profesiones sanitarias respetables.

La continuidad de una Sanidad obsoleta que vincula la higiene, la pobreza, la caridad, la asistencia, la Medicina preventiva en un marasmo de situaciones verdaderamente dignas de ser corregidas y que necesita, naturalmente, una situación prioritaria, costosa y excesiva para la población, actualmente existe. En estos momentos la simplificación de toda la problemática; la evitación del desorden y el despilfarro en el sector público; la utilización de éste para la explotación privada; la injustificada acumulación de retribuciones con cargo a fondos públicos por un sistema mantenido antideontológicamente de compatibilidades; la existencia de actividades sanitarias privadas que se superponen y subsisten con la administración pública, ponen de manifiesto lo que realmente significan los criterios negativos que hay que tener en cuenta para esa formulación. Esos criterios positivos y negativos no tienen que ver en absoluto con una política a corto plazo que hay que llevar a efecto y asegurar que se inserte dentro de un orden de actuaciones inmediatas que tengo a disposición de SS. SS., pero que, dada la hora en que nos encontramos, obvio es para que SS. SS. puedan pormenorizar sobre ellas.

¿De qué manera este orden de cosas inserta unos criterios lógicos que posibiliten una racional, sencilla y eficaz Ley General de Sanidad? Yo diría que, a pesar de que mantenemos un esfuerzo permanente por obviar la pernicioso

clasificación que se ha hecho en la Sanidad nacional de Medicina preventiva y Medicina asistencial (intentando conseguir una integración de factores de ambas concepciones, de tal manera que no pueda diversificarse acciones administrativas en una u otra dirección, sino que confluyen en una acción, en una función exclusiva), nosotros tenemos, naturalmente, que recalar en aquellos aspectos diferenciables de lo que pudiera ser estrictamente preventivo de lo que es estrictamente asistencial, que deben ser exclusivamente los bordes de ese concepto asistencial integrador que debe manejar toda conceptualización de factores.

Yo diría que para concebir una Sanidad pública que defienda la salud colectiva deben de instrumentarse —y nosotros los tenemos elaborados ya para insertarlos en el ámbito estricto de la Ley General de Sanidad— unos conceptos que giran sobre las siguientes expresiones: la conceptualización moderna de lo que es la epidemiología, que de ninguna manera en estos momentos cuenta ni con sustos estadísticos, ni con formulaciones canalizadas, ni con aportaciones de datos suficientes para hacer un programa de información absolutamente necesario, y que entonces requiere un programa de actualización de la normativa vigente en este orden de cosas para que el sujeto de la declaración se sienta constreñido y comprometido con la Sanidad sobre la cual van a aportarse y examinarse los datos que propicien la lucha contra las epidemias; propiciar la investigación, la formación de epidemiólogos, con unos equipos de investigación y operación sobre cuya composición el Ministerio tiene criterios y formulaciones. El tema de la estadística, que es una fórmula y una expresión permanente de los sanitarios absolutamente insuficiente, requiere la elaboración de un plan general de información sanitaria en que se centre el interés práctico de todo el personal sanitario por ofertar a la Sanidad nacional todos aquellos instrumentos de juicio que en estos momentos no tiene.

Las luchas y campañas sanitarias que se realizan en estos instantes están, en nuestro criterio, determinadas por una serie de objetivos claramente dirigidos a los grupos de población e individuos que se insertan dentro de factores ambientales y sociales más vulne-

rables y que de alguna manera tienen necesidad de ser sujetos pasivos de esas acciones: la vigilancia y defensa sanitaria del medio ambiente, que no es exclusiva competencia nuestra, sino en lo que afecta al orden sanitario; la vigilancia sanitaria en establecimientos, actividades, locales y servicios, que requieren una estructura única de inspección y actividad sanitaria, formada por profesionales interdisciplinarios de salud pública, que en estos momentos no existe; la defensa de la salud pública en casos de emergencia, que comparte distintas competencias derivadas de distintos Departamentos, y que Dios quiera no tenga que hacer verdad lo que decimos en estos momentos de que será muy difícil ordenar la asistencia sanitaria en situaciones catastróficas; la creación de servicios especializados de salud pública, tanto en el orden nacional como en el orden regional, en el orden comarcal y en el orden subcomarcal, con el establecimiento de centros de salud, que también están configurados claramente en el orden de la acción del Departamento.

Evidentemente, entre las acciones tituladas específicas de Medicina preventiva hay un capítulo importante, que después pudiéramos ver en el ámbito de la asistencia general, que es el de la Sanidad moderna infantil, con unas características claras y determinadas, en que se viene a señalar cómo es imprescindible coordinar en este ámbito concreto subjetivo de la madre y el hijo las acciones de Medicina preventiva suficientes para garantizar la salud de los niños. Integrar como objetivos inmediatos los servicios preventivos y asistenciales maternos e infantiles en el conjunto asistencial sanitario del país es absolutamente necesario para evitar las posibles duplicidades del mal aprovechamiento de los recursos. La investigación científica en pediatría es imprescindible y, naturalmente, tenemos criterios de cómo establecer los sistemas preventivos dentro del orden asistencial hospitalario y extrahospitalario.

En el tema de Sanidad escolar, función claramente de Medicina preventiva, en el que hemos avanzado de alguna forma ya antes del establecimiento en ley de estos criterios (no olviden SS. SS. que estoy intentando establecer criterios que tiene que asumir la ley en la medida en que ustedes los asuman y en-

tiendan convenientes, pero que a nosotros nos parece que es absolutamente imprescindible la contemplación de un sistema integrador de salud); hemos avanzado, repito, en lo que pudiéramos llamar funcionalidad, integrando el Cuerpo de Sanidad Escolar, inserto anteriormente en el Ministerio de Educación y Ciencia, en nuestra competencia. Los programas de reconocimiento de personal discente y personal docente, de higiene de edificios escolares, de dietética, de comedores escolares, de colonias escolares, de campañas sanitarias de todo tipo, del absentismo escolar y de la educación sanitaria, son programas que están a punto de formularse, si queremos ser eficaces en este orden de cosas.

El otro ámbito, a mi modo de ver fundamental, en el orden de la Medicina preventiva, es el del sanitario-laboral, y también en este orden de cosas, en el orden funcional, se ha avanzado extraordinariamente, suponiendo que debe ser un único órgano de salud el que se comprometa a la vigilancia de la seguridad e higiene en el trabajo, y, para eso, el servicio especial que con anterioridad existía en la Seguridad Social está inserto ya en el ámbito de competencia del Departamento.

La vigilancia y promoción de la salud del adulto, con los aspectos más importantes de su especial patología, tienen la necesidad de una configuración especial en el tema de la Medicina preventiva en campañas de diabetes, reumatismo, accidentes, salud mental, alcoholismo y tabaquismo, que se insertan forzosamente dentro de un concepto integrado de salud pública. Los objetivos son conocer la magnitud del problema dentro del plan general de información sanitaria que tiene que establecerse en la Subsecretaría de la Salud y con un control eficaz sobre la propaganda comercial y la programación y exámenes de salud, formación profesional de facultativos. Un tema muy debatido es el de la implantación del Documento Nacional de la Salud, del que personalmente es partidario el Ministro que les habla, pero que realmente encuentra dificultades de orden deontológico para su implantación.

El control de alimentos y todo el desarrollo del Código Alimentario, la inserción en el mismo de las competencias alimentarias de orden animal, sobre las que tiene competencia

la Veterinaria Nacional, comportan el orden general de criterios de elaboración de la Ley General de Sanidad en lo que pudiéramos llamar perfil claro y determinante de una Medicina preventiva borde, de la Medicina integrada, que, por otra parte, tiene el borde sanitario correspondiente. Pero es en el programa de acción sanitario-asistencial donde realmente se pueden encontrar dificultades de criterio. Sin embargo, es evidente que no sería difícil por nuestra parte señalar cuáles son los criterios con que nos enfrentamos para juzgar la estructura y la dinámica asistencial de la organización sanitaria del país.

Pudiéramos señalar unos cuantos conceptos sobre los que nos pronunciaremos, cuales son: una red hospitalaria heterogénea; una red hospitalaria insuficiente; una red hospitalaria de instalación de ambulatorios de especialidades que albergan especialistas no relacionados entre sí y con falta de clara interrelación entre las distintas instituciones; una organización asistencial en la Medicina general ya obsoleta, a nuestro modo de ver; un servicio de urgencias más aislado e inconexo que el resto de los servicios de otras especialidades; la duplicidad de costos asistenciales; costos suplementarios para la población que intenta la visita particular, el seguro libre o el concepto más vergonzante de la iguala; una inadecuada utilización de los recursos personales y técnicos, que puede significar un despilfarrero en la ordenación de la Sanidad; Sanidad que, por otra parte, en el concepto filosófico tiene que enfrentarse, clara y delimitadamente, a dos situaciones: por una parte, el concepto de liberalización y, por otra, el de socialización. La liberalización y la socialización son conceptos políticos de muy difícil entendimiento en términos generales, pero que, aplicados al sector concreto de la Sanidad, pueden tener mayores dificultades de interpretación. Estos conceptos tienen que llevar a un proyecto de Plan de Ordenación Sanitaria Territorial.

Estoy violento, señores Diputados, y voy a intentar resumir, muy sintéticamente, lo que pudiera significar la última parte de mi intervención, para evitar que se prolongue excesivamente por pesadez.

Realmente, en el concepto, en la determinación y en el espectro funcional de la Ley

General de Sanidad tienen que incluirse en el borde de asistencia unas bases claras y determinadas de cómo ha de ser la asistencia primaria como Medicina de familia, unas bases claras y determinantes de cómo ha de ser la asistencia especializada; de cómo vaya a formularse la asistencia a los ancianos y producirse la rehabilitación.

Por otra parte, una consideración específica de dos temas insolubles, y a todos los niveles, como son el de la asistencia de urgencia y el de la asistencia psiquiátrica. Todo ello tiene que formularse en un programa de ordenación sanitaria territorial y en un programa de ordenación sanitaria asistencial cuyas líneas generales en estos momentos están formuladas por el Departamento de mi competencia y que ya han sido contrastadas con los estamentos profesionales, y que de aquí en adelante van a ser contrastadas con partidos políticos, centrales sindicales y aportaciones de todo género, al objeto de que los criterios que vayan a elaborarse tengan una formulación comunitaria.

Quería recalcar en el tema de la Medicina familiar, sobre cuyos conceptos hay las más diversas contraposiciones y fórmulas. Para ello, quiero señalar que es imprescindible que el Programa de Ordenación Sanitaria Asistencial formule una planificación racional a corto plazo; una estructura territorial autosuficiente en la gestión de medios asistenciales y desarrollo de programas asistenciales; una estructura de las áreas geográficas de las grandes ciudades, en distritos asistenciales, que permitan una mayor eficacia; un establecimiento de comarcas, de subcomarcas sanitarias en el medio rural; potenciar las acciones de la Medicina de familia; normalizar la Medicina de urgencia; interrelacionar los centros de hospitales con la Medicina extrahospitalaria y fundamentalmente con los centros de especialidades; establecer los cauces de vinculación de la atención sanitaria con la Medicina de familia; la coordinación y homologación de centros hospitalarios; un control permanente de la calidad asistencial, y el establecimiento de niveles de acreditación del personal titulado, con señalamiento de jornadas definidas, incompatibles y reguladas con otras acciones complementarias. Y todo ello bajo una legislación moderna y dinámica, en que la

redacción de los programas sea tarea comunitaria.

Efectivamente, el problema más fundamental que se encuentra en un enfoque de la reforma sanitaria es la asistencia en el primer escalón, pues puede diversificarse, y yo oigo a diario las opiniones de los técnicos sanitarios en muy distintas clases operativas sobre cómo debe hacerse la rehabilitación o cómo deben organizarse los servicios de urgencia, o cómo puede formularse una asistencia psiquiátrica conforme con la integración que ésta misma requiere de la asistencia general. Pero en lo que verdaderamente es difícil programar y sacar distintos conceptos claros y evidentes es en la instrumentación de la asistencia familiar.

Yo querría significar, señoras y señores Diputados, que en el enfoque sociológico y filosófico del problema es evidente que nos encontramos a diario —yo, que no soy sanitario, me encuentro con ello— con que la añoranza del médico de familia subsiste impertérrita.

En cuanto a los ataques que la especialización ha formulado sobre el médico de Medicina general, o el titulado médico de cabecera, hace muy pocas semanas me decía el Director General de la Organización Mundial de la Salud que en estos momentos la lucha de la especialización contra el humanismo se produce en unos términos de humanismo tan necesario de atención en los distintos países y las distintas sociedades que si la especialización prevalece sobre la Medicina general se tendrá una sociedad sanitaria deshumanizada, que es contrapuesta a la prevalencia de la Medicina general sobre las especialidades, y que en el mundo operativo de la Medicina se está produciendo una reconducción de las grandes instalaciones, de los grandes costos de la sofisticación de los medios de asistencia médico-quirúrgica, a los procedimientos clínicos y a los procedimientos permanentes de atención en la relación médico-enfermo.

El problema se inserta claramente en la concepción política de la sociedad en que queremos movernos, pero si queremos ir a una sociedad libre es evidente que la sociedad liberada tiene que tener la posibilidad libre de elección de aquel contorno con el que se responsabiliza tanto a nivel de enfermo como a

nivel médico. Sin embargo, eso tiene un costo tan extraordinario, en términos económicos, que se ambivaliza en sociedades que no llegan a determinado nivel de renta. En la mayoría de las sociedades donde determinados niveles de renta no alcanzan cotas espectaculares, la socialización se impone, pero las sociedades modernas están requiriendo un ámbito de liberalización en la primera asistencia, derivada de la necesidad impertérrita —la calificábamos así— de que el hombre necesita la atención permanente de otro hombre en quien fiarse y no la frialdad conceptual del equipo comunitario que le atiende en la especialización.

Esa es la gran incógnita, y ése es el gran problema con que se enfrenta cualquier ordenación de la asistencia primaria. ¿Y cómo pudiéramos ordenarla en España? Es evidente que la asistencia primaria en España en estos instantes goza de una clara impopularidad y de graves defectos. Yo diría que ese médico hay que insertarlo en la proximidad humana del enfermo español dentro de las posibilidades económicas de la sociedad en que nos movemos. Y esto es así, y esto nos obliga a que quizá tengamos que desecharnos en principio, en el trance de la actual situación económica, una sociedad que liberalice toda la asistencia, porque costaría y se integraría en unos niveles de sostenimiento económico difícilmente soportables por nuestro país, pero que, al mismo tiempo, rehúye y huye claramente de una asistencia socializada, donde se pierde en el ámbito frío de la asistencia en común.

Es así como conceptos de liberalización y socialización que se propugnan en la filosofía sanitaria tienen un difícil enraizamiento dentro de una organización con la que tenemos que enfrentarnos. La figura del médico general no puede concebirse de forma descarnada de la realidad y de los cambios en ella producidos porque los atentados que ha sufrido el médico de Medicina general desde la especialización, desde la tendencia centrífuga del enfermo hacia la sofisticación del especialista, desde el progreso de la propia terapéutica farmacéutica, desde casi la socialización, no ya de la Medicina general, sino desde el diagnóstico, desde tendencias y fórmulas comunitarias, ha hecho que, además, la urbanización progresiva del enfermo, los distancia-

mientos, la configuración del ordenamiento familiar laboral en que se inserta, propicie un claro alejamiento que imposibilita esa relación que en todo caso subyace dentro del humanismo con que la medicina tiene que pronunciarse siempre.

Es evidente entonces que tendría que establecerse una organización distinta en los grandes núcleos urbanos, que, además, puede ser distinta en el centro de distritos urbanos y en las conurbanizaciones y en los suburbios, que tiene que ser distinta en el medio rural y configurar un servicio especial de urgencia diferente para las exigencias urbanas y rurales y que tiene que surgir de unos procesos de modalidad y reforma que son claramente delimitados.

Hay muy distintas fórmulas: Las que hemos examinado, y que se configuran en el examen de la liberalización de la primera asistencia, van desde la libre elección de médico general, con la posibilidad de que éstos devenguen el 50 por ciento, o una cifra similar, no toda, de la asistencia general del Estado, y una parte complementaria del enfermo, hasta aquellos sistemas de abono directo por parte del Estado sin intervención ninguna del enfermo, o los de la aportación del enfermo, con la consiguiente devolución por parte del Estado.

Es indudable que con cualquier fórmula nos perderíamos. Los sanitarios que hay en esta sala pudieran señalarnos los tremendos inconvenientes y las grandes ventajas de cada uno de los sistemas, pero lo que es evidente es que se trata de conseguir un sistema y una fórmula, que es la que nosotros más o menos propiciamos, en la que haya una verdadera libertad de elección de médico por parte del asegurado y una consecuente liberalización del ejercicio profesional. Sin embargo, hay una mayor posibilidad de honorarios profesionales de cada médico o de cada sanitario en función de la libertad de elección del enfermo, que la atención directa y dedicada se posibilite y que la vinculación sea real.

Es evidente que hay ventajas e inconvenientes de todo tipo, pero, en definitiva, se trata, señoras y señores Diputados, de que el médico de Medicina general no sea un ente absolutamente abstracto e inconexo, que se inserte dentro del contorno humano del en-

fermo, y eso puede lograrse, clara y determinadamente, si el cambio sociológico de la sociedad se produce en el orden que nosotros pretendemos.

Lo que es evidente es que la Medicina de familia se parecería mucho al concepto que en estos momentos se tiene de la Medicina de comunidad, porque está claramente determinado que las grandes comunidades sanitarias son las que ofrecen garantía de asistencia, y que el médico, en estos instantes de especialización y de profesionalización técnica de la Medicina, no puede actuar solo.

Médicos generales dentro de Medicinas de comunidad en centros de salud regidos y participados por asociaciones de vecinos, de consumidores, de asegurados, etc., donde se participe y donde de alguna manera pueda existir toda la asistencia sanitaria integrada que debe formularse a pie de obra, de relación médico-enfermo, y que consiste en una asistencia sanitaria de urgencia para la población; en una educación sanitaria realizada según los programas establecidos; en una fórmula de Medicina preventiva; en un sistema de investigación epidemiológica y en la asistencia social referida especialmente a colectivos determinados, como puedan ser los marginados de la tercera edad a los niños, sólo eso se logra dentro de un orden genérico de formulaciones cuyos criterios he intentado exponer ante SS. SS.

Pueden imaginarse que todo esto, que comporta un orden general de propósitos que no son más que criterios y cifras, es una síntesis muy apresurada por mi parte en que he intentado tocar la mayoría de los problemas con los que SS. SS. se enfrentan como legisladores, y que en ese orden de cosas el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social solamente oferta —vuelvo a repetir— criterios; solamente señala canales para que de alguna manera esas grandes líneas de actuación que hemos expuesto sean la elaboración de una sociedad preocupada por ejercitar y tener respuesta a su derecho a la salud y al bienestar social.

Pido excusas, señoras y señores Diputados, si he sido excesivamente largo. Creo haber sido también excesivamente sintético en muchas cosas. La complejidad del tema y la tarea que SS. SS. tienen es enorme. Somos prácticamente el 50 por ciento de la gestión del sec-

tor público y, a pesar de que cada maestrillo dice que su librito es el más importante y que cada asignatura que explica es la más difícil, a mí, por modestia, se me ocurre que SS. SS. están ante la tarea quizá más difícil, más compleja, pero también más hermosa que unos Diputados pueden realizar en el Congreso. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Señoras y señores Diputados, creo que debo y puedo en nombre de todos dar las gracias al señor Ministro por su exposición extraordinariamente amplia, profunda y detallada, que pone de manifiesto la tremenda complejidad de la tarea de su Departamento y que, por supuesto, resulta, pienso yo, enormemente difícil de sintetizar.

Quería decirles que con esta sesión extraordinaria, que, evidentemente, lo es por muchas razones, se ha hecho realidad ese bellissimo concepto de que «se hace camino al andar», porque ha sido absolutamente necesario que se dictaran unas normas de procedimiento que regularan la actuación de la Comisión. De estas normas, que han aparecido precisamente hoy, y que se han repartido, y supongo que obrarán en poder de las señoras y señores Diputados, voy a hacer una lectura somerísima de los puntos que determinan esa actuación.

En el punto segundo se dice que una vez que se lleve a cabo la comunicación por parte del Ministro que interviene se concede la palabra a los representantes de los Grupos Parlamentarios que deseen solicitar aclaraciones, plantear preguntas o manifestar cualquier otro tipo de consideraciones. Cada Grupo Parlamentario dispondrá de veinte minutos, pudiendo hacer uso de la palabra durante ese espacio de tiempo uno o varios Diputados miembros del mismo.

En los puntos siguientes se señala que el Ministro podrá contestar a las cuestiones formuladas, aislada, conjuntamente, o agrupadas por razón de la materia.

Los Grupos Parlamentarios podrán replicar para hacer las manifestaciones que consideren convenientes. A estos efectos, cada Grupo Parlamentario dispondrá de diez minutos.

Y, por último, terminado el debate a que se refieren los párrafos anteriores, y a los efectos de lo dispuesto en el artículo 143 del

vigente Reglamento, se abrirá un plazo de treinta minutos, durante el cual los miembros de la Comisión, en relación con el tema en que se haya producido el debate, podrán presentar ante la Mesa correspondiente propuestas de resolución sobre la materia objeto de discusión.

A mí me hubiera gustado —y así lo haré, si SS. SS. lo consideran oportuno, a pesar de lo avanzado de la hora— dar un brevísimo intervalo de diez minutos con objeto de que se pudieran presentar las materias propias de estas preguntas, manifestaciones o consideraciones. Lo someto a la consideración de Sus Señorías.

El señor COUCEIRO TABOADA: El señor Presidente ha leído las normas de desarrollo de la actuación de la Comisión desde el apartado segundo, pero el apartado primero parece que refiere todo esto a que, recibida la comunicación que el Gobierno envíe para su debate en la Comisión, se publicará en el «Boletín Oficial de las Cortes» y se incluirá en el orden del día. Esta es una sesión extraordinaria en la que hemos obligado al señor Ministro, y nos sentimos un poco culpables los portavoces de U. C. D., a hacer un tremendo gasto energético en un espacio de tiempo muy largo, y entiendo que a esta sesión no se pueden aplicar estas normas. Por consiguiente, si no se ha habilitado otro medio, creo que debería darse un descanso y que los portavoces de los Grupos, de acuerdo con la Mesa, decidan el método a seguir.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Couceiro. ¿Alguna otra observación? (Pausa.)

Ruego a los portavoces de los Grupos Parlamentarios que se acerquen a la Mesa y cambien impresiones sobre el tema. (Pausa.)

El señor PRESIDENTE: Señoras y señores Diputados, después de un cambio de impresiones respecto a la conveniencia de seguir con el debate, haciendo todos los portavoces gala de un espíritu realmente esforzado y numantino, vamos a continuar con la sesión, rogándoles a todos muy encarecidamente que,

por favor, dado lo avanzado de la hora, sean lo más breve posible.

Se va a proceder a las distintas intervenciones y parece lógico que como sistema de orden establezcamos una vez más, puesto que viene siendo un criterio utilizado en esta Cámara, el número de la representación. Concedo la palabra al representante del Grupo Parlamentario de U. C. D.

El señor COUCEIRO TABOADA: Antes de nada, quisiera decir que entiendo que, a pesar de todo y una vez que se han hecho unas normas de desarrollo, no se cumple el Reglamento, dado que una vez hecha la comunicación, en este caso verbal, y aceptando los tipos de normas que ha habido anteriormente, señor Presidente, se publicará en el «Boletín Oficial de las Cortes» y se incluirá en el orden del día de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 54 del Reglamento.

Entiendo, pues, que en este momento no se trata, de ningún modo, de debate de lo expuesto, sino simplemente, como tal sesión informativa, de la formulación de determinadas preguntas sobre cuestiones que hayan quedado más o menos claras en toda la exposición del señor Ministro, por falta de tiempo, quizá por la excesiva amplitud del tema, etc. En este sentido U. C. D. no quería intervenir nada más que para decir que el programa expuesto por el señor Ministro se corresponde en principio naturalmente con las ideas de U. C. D., que en este momento no formula pregunta alguna y sólo espera el momento oportuno para intervenir en los debates.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Socialista del Congreso.

El señor GALEOTE JIMENEZ: Yo me uno al agradecimiento del señor Presidente al señor Ministro por su comparecencia de hoy y por el informe extenso, exhaustivo, que nos ha dado.

Como he dicho antes, cuando hemos estado debatiendo el método a seguir, no creo que sea el momento de entrar en detalles sobre cuestiones presupuestarias o sobre la futura Ley General de Sanidad, sino más bien de hacer una valoración general, de constatar algu-

nos hechos que quizá sin esa constatación pudieran producir algunas dudas por parte de nuestro Grupo que sería necesario que el señor Ministro esclareciera, y algunas consideraciones que deberían quedar claras. De todos modos, a lo largo de la intervención del señor Ministro ha habido una serie de facetas que se han imbricado, que responden a filosofías muy diferentes, por lo que es tremendamente difícil hacer un desarrollo sistemático de la exposición que nos ha hecho. Me centraría en tres aspectos fundamentales, por el orden cronológico con que él los ha tratado en su intervención, para hacer algunas consideraciones sobre ellos.

Entre los sanitarios hay una frase que es tradicional, que dice que la función crea el órgano. Aquí nos encontramos, y el señor Ministro lo ha dicho, con un Ministerio de reciente creación, pero que se ha desarrollado rápidamente y ha crecido de una manera bastante importante. Ha sido una criatura muy bien alimentada, de tal manera que yo, en el organigrama del Ministerio, me pierdo; soy incapaz de tener una visión de conjunto y de moverme con cierta fluidez dentro de él. Pero lo peligroso de la cuestión es que un organigrama de esa naturaleza, es decir, la confección de un órgano de tal índole, ¿hasta qué punto condiciona el enfoque futuro de la Sanidad? Es decir, hemos hecho el órgano antes que el diseño de la función. Para nosotros, un órgano administrativo es aquel que realiza una función preestablecida que ya está de alguna manera debatida, puesta a punto, y que se materializa a través de la Administración. Aquí asistimos a un fenómeno que es totalmente contrario.

El señor Ministro se ha visto obligado, por medio de un Decreto-ley de Reforma Administrativa, a aunar departamentos de diferentes Ministerios, a engarzarlos de una manera más o menos homogénea y, con ello, a crear un organismo que yo creo que en este momento no tiene función, y lo que me asusta más es condicionar de tal manera la función futura y que esa función que en la última parte de su intervención nos ha descrito sea prácticamente irrealizable.

También tenía pensamiento de decir que el Ministerio debía de cambiar el orden de su denominación y llamarse Ministerio de Segu-

ridad Social y de Sanidad, por la carga mucho mayor que tiene de Seguridad Social que de Sanidad. Sin embargo, en la última parte de su intervención el señor Ministro ha abundado en temas sanitarios, aunque con una serie de criterios que posteriormente pasaré a valorar como de cierta contradicción entre diferentes aspectos filosóficos que se plantean en su desarrollo.

Sobre el tema de orden organizativo, que no quiero tratar en detalle, ha apuntado una serie de cuestiones, como la transformación y creación de la nueva Escuela de Gerencia Hospitalaria. ¿Qué significado tiene esto?

Ha entrado también en el problema de la Farmacia y en esto está todavía pendiente el tema del famoso «Acuerdo de la Moncloa», con toda la polémica que levantó, y cuál sería por fin la conducta del Ministerio ante aquel Acuerdo. Nos gustaría tener claro cuál fue el resultado de los contactos con los farmacéuticos respecto a él.

Por otra parte, ha abordado el tema de las cuentas de la Seguridad Social, en el que no entro. Únicamente hacer una consideración importante, ya que el señor Ministro ha intentado demostrarnos que en España se van a controlar estas cuentas con una mayor democracia que en otros países europeos. Evidentemente todavía no funcionan en nuestro país estos mecanismos democráticos como en Europa, pero eso no elude que las cuentas de la Seguridad Social sean un gran enigma y una de las cuestiones quizá más borrascosas de los últimos cuarenta años. Ello es lo que hace necesario que sean vistas por este Parlamento, aunque en otros países no vayan precisamente al Parlamento.

Entrando ya más de lleno en el tema de la Sanidad, creo que el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social sufre una enfermedad grave, de la que se puede morir, que le ha contagiado el anterior Ministerio de Trabajo, que es la enfermedad que se llama «hospitalitis». Lo digo porque hay una evidente contradicción entre la primera parte del desarrollo en cuanto a asistencia sanitaria que ha hecho el señor Ministro, y cuya paternidad creo que conozco, sobre el tema de los hospitales y el de los porcentajes de camas y de los techos de camas, y la segunda parte de su intervención, que es una parte mucho más sanitaria y

más acorde con lo que pueden ser las ideas de un sanitario, pero que son absolutamente contrapuestas.

Los criterios que ha expuesto en la segunda parte, es decir, los de abordar la Sanidad con un criterio de salud pública totalizadora, son absolutamente contrarios a los criterios del desarrollo hospitalario a ultranza. Las cifras que se han manejado son cifras que están bien para un buen ejercicio de porcentajes, para calcular por provincias el número de camas por habitante con relación a otros países y el déficit que tenemos en este momento, pero realmente el fin de una política sanitaria es reducir la cifra de camas, no aumentarla; es que no haya necesidad de que existan tantas camas.

Hay una evidente contradicción en el desarrollo de esa política hospitalaria, que el señor Ministro ha señalado además como uno de los tres órdenes fundamentales de actuación en el futuro: equipamiento hospitalario, pensiones y servicios sociales. Sin embargo, posteriormente nos ha hecho una exposición sobre lo que significa la Medicina en la Sanidad, etc., que está mucho más acorde con lo que es realmente la salud pública. Pero creo que hay también una carencia en esto importante.

La Ley de Sanidad tiene que contemplar evidentemente las funciones que asume el Estado en el ámbito de la Sanidad, pero no tiene que inventar la concepción de salud pública, que eso es algo que está ya inventado. Simplemente, hay que tener un enfoque político, una posición política ante el fenómeno de la salud, que se aplica a través de una ley que contempla las competencias del Estado con arreglo a ese ámbito concreto de la Sanidad. En esto es en lo que creo que el señor Ministro se ha extendido muchísimo, en descubrir posibles criterios alternativos que esa ley contemplará, pero en definitiva seguimos estando sin función. No tenemos idea de la política que se va a seguir. ¿Qué política sanitaria? ¿Es efectivamente una política de salud pública, entendido en un sentido amplio, lo que entra en contradicción con la política de equipamiento hospitalario que parece ser que se está dando en el nuevo Ministerio?

Creo que podrían ser dos políticas diferentes que se están dando y que no ha llegado

el señor Ministro a darse cuenta de que son contradictorias, pero que están respaldadas por dos Departamentos del mismo Ministerio.

En definitiva, quería resaltar que la función del Departamento sería la de coordinar, la de planificar. Pero, ¿coordinar qué? Eso es lo que a nosotros nos preocupa y creo que es lo que ha quedado sin esclarecer, siendo todavía para los sanitarios españoles la gran incógnita que tenemos que dilucidar.

Quiero agradecerle al señor Ministro que nos pueda esclarecer algo sobre este tema.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: No sé si acertaré a expresar lo que el Grupo Parlamentario Socialista piensa a la vista de la exposición del señor Ministro, fundamentalmente en los temas de Seguridad Social, puesto que a los de Sanidad ya ha hecho referencia mi compañero Guillermo Galeote, después de esta intervención del señor Ministro, en la que nos ha producido una auténtica enfermedad, yo diría un auténtico «surmenage», que dada la hora vespertina ha contribuido a hacer más difícil el planteamiento del tema, e incluso la exposición de los criterios por nuestra parte.

Queremos, antes de entrar en el tema, agradecer al personal de la Cámara, que está haciendo horas extraordinarias, lo que supone su presencia aquí. Pero no queremos demorar el entrar a fondo en algunos temas, fundamentalmente en línea de preguntas.

No vamos a hacer una exposición filosófica en materia de Seguridad Social, ni de los principios inspiradores, sino simplemente decir que (creo que todos lo sabemos) el pueblo español tiene una desconfianza genérica en cuanto a esa jungla de la Seguridad Social, utilizando en alguna medida la propia expresión del señor Ministro para referirse a otro concepto que constituye la Seguridad Social. Valga recordar los ambulatorios, que no funcionan, y la corrupción que hay, por ejemplo, en materia del Seguro de Desempleo. Pero nuestra intervención no va a ser en orden filosófico de principios inspiradores, sino de preguntas sencillitas, como las que podría hacer un afiliado, pensionista, parado o funcio-

nario de las propias instituciones de la Seguridad Social.

Para facilitar la intervención y hacerla breve, voy a sistematizarla hablando en primer lugar de los temas de organización y gestión.

Nos gustaría conocer cuándo en el tiempo y cómo va a ser la organización territorial anunciada en el Departamento, y todavía no llevada a cabo, que evite la para nosotros hoy existente duplicidad de costes de funcionamiento en el área en que el Ministerio tiene extendida su competencia.

Coherentemente con ello, nos gustaría saber cuál es la situación de los trabajos de la Comisión mixta Trabajo-Seguridad Social para la delimitación de las competencias que le estaban atribuidas al anterior Departamento y que pudieran en el futuro estar atribuidas al Departamento que rige el señor Ministro. En especial nos gustaría conocer, dada la inquietud de los trabajadores, cuál va a ser (si es que hay un acuerdo o preacuerdo) el futuro del Plan Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, así como también conocer la opinión del señor Ministro sobre el papel que la Administración Local, la Seguridad Social y la propia Administración estatal pueda tener de manera compartida o tal vez excluyente (ésta es la pregunta) en materia de asistencia a los ancianos.

Evidentemente, cuando se habla desde la perspectiva de un Grupo Parlamentario como el nuestro, es obvio preguntar por algunas cuestiones que tienen conexión con lo sindical. Existe un decreto de asociación de funcionarios del Estado que no tiene parangón concreto aplicable a los funcionarios de la Seguridad Social, que se encuentran en ocasiones con dificultades para llevar a cabo lo que entendemos son derechos sindicales elementales y que, por cierto —todo hay que decirlo—, de momento se está resolviendo con facilidad por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Pero a nosotros nos gustaría no tener que realizar gestiones una y otra vez —que, por supuesto, han sido positivas hasta el momento—, sino simplemente ejercer un derecho.

¿Qué tiene pensado el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en orden al ejercicio de los derechos sindicales del personal que trabaja en este Ministerio, tanto en las instalaciones

sanitarias como en las entidades gestoras, servicios comunes y sociales?

Nos gustaría, en este terreno, conocer también cuál es el estado concreto del proyecto aprobado en el «Pacto de la Moncloa», y, si es posible, que en ese proyecto se contemple la incidencia, en alguna medida (el Ministro ha aludido a ello en la última parte de su intervención, si no recuerdo mal), que en esas entidades gestoras y en su ordenación pueda tener la transferencia futura de funciones de la Administración estatal en los entes autonómicos (y no me estoy refiriendo al área de la Sanidad, sino de la Seguridad Social), y conocer cuál sería ésta en el caso de que existiera.

Querríamos conocer, en el campo concreto de la gestión (y perdonen que cabalgue de unas a otras preguntas para no hacer larga la sesión), cuál es la posición completa del Ministerio en orden a una eventual democratización —entendemos que deben ser democratizadas— de las Mutuas patronales y gestoras colaboradoras de Accidentes de Trabajo.

En el campo asimismo de la gestión, y por utilizar un área temática del personal vinculado orgánicamente a la misma Dirección General, nos gustaría conocer de manera concreta cuál es la posición del Ministerio en orden a las negociaciones con el personal que en él trabaja y no tiene condición de funcionario. Dicho con palabras directas: con quién piensa negociar el Ministerio, ¿con las centrales sindicales o con los movimientos asamblearios?

Nos agradaría saber (y en este caso concreto lo hago con especial interés, por mi condición de funcionario público, aunque el tema no es exclusivo del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, sino que afecta a otros Ministerios y Presidencia de Gobierno) si existe alguna previsión por parte de este Departamento en orden a una mejora de los beneficios del actual régimen especial de funcionarios públicos, aunque repito que la responsabilidad no es completa del área del Departamento; pero como a cualquiera no le está prohibido pensar y, por otra parte, el Ministro forma parte de un órgano que adopta decisiones solidarias, como es el Consejo de Ministros, si nos puede anticipar algo a la es-

pera de que el señor Otero se sienta en esa mesa, se lo agradeceríamos.

En otro orden, dentro del control de la Seguridad Social, querríamos saber qué piensa el Ministerio del control de costes de la Seguridad Social y de la eficacia de sus servicios. Voy a poner un ejemplo que no es mío, sino de un alto responsable del propio Departamento, a quienes con ocasión de alguna reunión, no sé si respecto del debate del «Pacto de la Moncloa» o en otro momento, le he oído que en algunas instituciones sanitarias una toalla cuesta cien pesetas más que en otras. No sé si fue el propio Ministro o el Subsecretario quien lo dijo en una reunión, pero a mí, por anecdótico que sea, el tema me preocupa como ciudadano que contribuye a la financiación de la Seguridad Social.

Es evidente que un análisis de eficacia y costes de la Seguridad Social permitiría adoptar medidas importantes en orden a la mejor organización de la misma. Tal vez sería interesante que el señor Ministro nos pudiera decir si cabría pensar que se pueden mejorar los costes de la Seguridad Social, si todavía hay margen para mejorarlos —la pregunta la hago en tono cordial, entiéndase, señor Ministro— a base de reducir las nóminas de aquellas personas que se dice que no acuden a sus puestos de trabajo en las entidades gestoras de la Seguridad Social. Es un tema que al pueblo le preocupa y por eso un partido obrero tiene que preguntar.

En el campo concreto de los Presupuestos, y aunque el tema es objeto específico de otra Comisión, la de Presupuestos, en mi doble condición de miembro de ambas Comisiones (no es que vaya a invadir las competencias de aquélla, ni tampoco quiero entretener a Sus Señorías), simplemente decir que para nosotros, y ésta no es una pregunta, sino una manifestación de opinión, el Presupuesto-resumen no es suficientemente explicativo. Evidentemente me uno a las palabras de Guillermo Galeote en orden a que la situación en este país respecto al control presupuestario en el marco político no es asimilable a las de Europa occidental. En este sentido nosotros hemos presentado una enmienda, y aunque el tema, repito, no es de aquí, conviene decir que esa enmienda va dirigida a la modificación de la Ley Presupuestaria en sus artículos 51, 147

y siguientes, para intentar que vengan a esta Cámara no sólo los Presupuestos-resumen, la Memoria y todos los demás estados enviados, sino los Presupuestos concretos de todas las entidades gestoras, tarea que sin duda comprendemos es ardua en estos momentos, pero que entendemos que si se reorganiza la Seguridad Social en el sentido de simplificación de organización de entidades, será más fácil a corto plazo.

Diría, y en esto disiento del señor Ministro, que no es exactamente igual la información que se da en materia de Presupuestos del Estado que la que se da en materia de Presupuestos de la Seguridad Social. Utilizando y parafraseando su propia intervención, yo diría que no estamos igualmente capacitados para entender lo que es la Seguridad Social como sistema económico que lo estamos para entender el Presupuesto del Estado. Añadiría que estamos incapacitados, al menos en buena medida, para entender lo que supone los flujos y el sistema económico de la Seguridad Social española, y permítaseme decir que no es por incapacidad personal de los miembros de mi Grupo, sino por falta de suficientes datos para poder hacerlo.

Entendemos que existe un desequilibrio informativo. A nosotros con carácter complementario (y ésta es una pregunta que por eso se hace aquí) nos gustaría saber qué cartera de valores tienen actualmente las entidades que integran el sistema de la Seguridad Social y de manera específica si el titular del Departamento podría darnos algún detalle sobre valores de las empresas del Instituto Nacional de Industria y sobre el papel que la venta de valores ha tenido en los últimos años en el logro del equilibrio financiero de la Seguridad Social, si es que ha tenido algún papel, porque en el supuesto de que no la hubiera tenido, ésta sería, evidentemente, la contestación.

En el orden de las prestaciones nos gustaría conocer en qué situación se pueden encontrar los trabajos del Departamento en orden a una ampliación del espectro de las mismas y, fundamentalmente, a algo que nos parece muy importante, que es si el Ministro tiene previsto (y lo digo con algo que decía inicialmente, que es que todos sabemos que en este país hay una gran corrupción montada

en torno al Seguro de Desempleo, corrupción en la que participan muchos españoles, cualquiera que sea su condición de trabajadores o de empresarios), si el Ministro tiene previsto, digo, el montaje de algún control más frecuente de desempleados que el actualmente existente, que es cada dos meses (quiero entender que éste es el que hay; si estoy equivocado, ruego se me corrija); si el Gobierno quiere evitar las colas de parados o no es posible realizar otro sistema. Nos gustaría conocer cómo se puede mejorar en el orden de la moralización pública desde la perspectiva de la Administración el control del Seguro de Desempleo, porque es evidente que la otra faceta le corresponde a los sindicatos obreros.

En el orden de la farmacia, muy sucintamente, puesto que se ha hecho referencia a ello, saber si el Ministerio (finalmente en el «Pacto de la Moncloa» no figuró el control de precios sobre los productos farmacéuticos y algo más importante, por ser más frecuente, la modificación de precios a través de la modificación de los volúmenes en los envases) tiene previsto algo para evitar no sólo el aumento de costes de la Seguridad Social, sino, como Ministerio de Sanidad, en su faceta sanitaria (por supuesto, compartido este trabajo con otros Departamentos, como Industria, o alguna otra idea, que supongo sí la tendrá) para evitar lo que ha sido la línea frecuente en los últimos años y también para evitar cierta figura conocida en cuyo detalle creo innecesario entrar. Simplemente quiero decir que en la circunscripción por la que soy Diputado, la circunscripción murciana, es evidente que conozco casos y estoy perfilando, con los medios de que tengo posibilidad, concretamente situaciones que pondremos en conocimiento no sólo del Departamento, sino de los órganos judiciales, de laboratorios que tienen importantes ventas (lo cual no es grave evidentemente, sino importante para ellos), pero vinculados a situaciones no claras, enlazados con profesionales de la Medicina, por cierto escasos, que utilizan en este caso concreto ampicilina como medicina polivalente para cualquiera que sea la enfermedad y con notoria generalización.

Trataría de generalizar esta pequeña anécdota si quieren ustedes al límite de mi circunscripción y preguntar si el Departamento

tiene previsto controlar la utilización de recetas por los médicos que obedecen sistemáticamente a presumibles actitudes que no tienen relación con la lógica relación que debe existir entre la enfermedad y la terapéutica farmacéutica, sino que deriva de relaciones ajenas a la necesaria relación entre la enfermedad y la terapéutica aplicable.

Como punto final, señor Ministro, termino refiriéndome al tema de la amnistía laboral, que tiene repercusiones en el área de la Seguridad Social. Nosotros, señor Ministro, Diputados socialistas, agradeceríamos que, si puede, nos informase de si ya existe algún dato sobre personas que hayan solicitado la amnistía laboral y de los efectos que tendría sobre la Seguridad Social, si es que va a tener alguno, y en qué medida; si tiene alguna norma, de desarrollo del artículo 8.º, creo recordar, de la Ley de Amnistía, alguna idea sobre previsibles costos y criterios para facilitar rápidamente la tramitación de estos casos cuando se planteen ante el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Estas eran las preguntas, señoras y señores Diputados, en nombre del Grupo Socialista.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Diputado. Tiene la palabra el señor Granada, del Grupo Socialista del Congreso.

El señor GRANADO BOMBIN: Muy brevemente voy a enjuiciar la política del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Necesitamos conocer, y no nos explicamos cómo no se nos ha facilitado, el programa de inversiones. Se nos dan las cifras globales de inversiones, pero no (y hay que suponer que el Ministerio lo tiene ya calculado) a qué determinadas obras se refiere.

El segundo punto que nos gustaría conocer, como Grupo Socialista, es el convenio firmado por el I. N. P. con los Colegios de Farmacéuticos.

Necesitaríamos saber también el coste estimativo de los servicios, con detalle claro sobre pensiones, sobre paro, señalando el abanico tanto de los dos aspectos, pensiones y paro de los perceptores, como el costo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

Otro dato que nos parece fundamental para poder enjuiciar la política del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social es el costo estimado, el importe estimado hoy, de la deuda de las empresas por morosidad, y si el Ministerio tiene planeada la anulación de la Orden de 30 de abril de 1977, por la que se da una finalidad específica al recargo por mora, que entendemos debe integrarse plenamente en los ingresos de la Seguridad Social.

Tenemos también deseos de conocer si el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social piensa proponer al Gobierno el reintegro a los órganos gestores del costo de los funcionarios de estos organismos que prestan servicio a la Administración pública. No nos oponemos, en absoluto, a que si hay exceso de plantilla en los órganos de la Seguridad Social presten servicio en funciones del Estado, pero que se reintegre el costo a la Seguridad Social.

Y, como punto final, las pensiones. El artículo 92 de la Ley General de Seguridad Social no impone una fecha al Gobierno, pero sí señala que periódicamente se elevarán las pensiones y, además, señala unos criterios, que después el Gobierno ha aplicado el año 1975, el 76 y el 1 de mayo de 1977. El señor Ministro, el día 29 de septiembre, anunció una subida del 13,50 por ciento a las pensiones. No voy a interpretar —no es mi función— el «Pactor de la Moncloa». Ahora, me preocupa la interpretación que ha dado el señor Ministro, porque implicaría una transferencia adicional del Régimen General a los Regímenes especiales, que entiendo debe hacerla el Estado, no los trabajadores del Régimen General, que ya tienen específicamente señalada una parte de las cuotas para atender a estos servicios.

Pero yo quisiera llamar la atención del señor Ministro y de los señores Diputados sobre el problema que se presenta. He hecho los cálculos sobre una pensión que estimo media —y media tristísima—, que es hoy, tal vez por exceso, de 10.000 pesetas. Un pensionista que hoy tiene 10.000 pesetas, tendría 9.000, aproximadamente, de enero a abril inclusive de este año 1977. Si el «Pacto de la Moncloa» se hubiera olvidado totalmente de los pensionistas, el Gobierno hubiese aumentado el 13,50 por ciento; en 1 de mayo, siguiendo la práctica de los últimos años, hu-

biera aumentado, aproximadamente, el 13, y en noviembre de 1978 calculo que el 12, aceptando como logrado el 22 por ciento de aumento del coste de la vida.

En el «Pacto de la Moncloa», para mí, sin entrar en interpretaciones más profundas, se quería garantizar a los pensionistas un 5 por ciento, aproximadamente, de aumento en su nivel real de poder adquisitivo, ya que si el coste de la vida estimado era del 22 por ciento y el aumento del colectivo de pensionistas se puede estimar en un 3 por ciento, tendríamos que el 30 menos el 3 de aumento medios del núcleo de pensionistas nos daría un 27 por ciento. Creo que ése es el espíritu claro del «Pacto de la Moncloa». De esta manera, al pensionista de 10.000 pesetas le supone, no un incremento del poder adquisitivo del 5 por ciento, sino una disminución del 5 por ciento.

Esta es una situación tremendamente grave, puesto que siendo hoy, aproximadamente, el ingreso medio de los aproximadamente nueve millones de españoles trabajadores por cuenta ajena de unas 550.000 pesetas, el coste medio de una pensión es de unas 110.000. La quinta parte, creo, de la colectividad, estaría dispuesta a cualquier sacrificio para, si no mejorar, al menos mantener el poder adquisitivo de los pensionistas. Nada más.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Diputado. Ruego a los portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios que deseen tomar la palabra que la pidan. También les ruego que digan el nombre y la representación que ostentan. Gracias.

El señor RUESTRA PARIS: Con la venia, señor Presidente. Señor Ministro, señoras y señores Diputados, mucho más breve que mis compañeros. En nombre de Alianza Popular, soy el Diputado por Orense Miguel Riestra Paris. Voy a formular una sola pregunta, señor Ministro.

El señor Ministro ha realizado una amplia exposición, pero creo que ha dejado una laguna; laguna importante que creemos es involuntaria. Me estoy refiriendo, señor Ministro, a ese Cuerpo extraordinariamente importante dentro de la Sanidad española que son los Veterinarios españoles. El Consejo General de Veterinarios de España ha celebrado una serie

de reuniones y ha formulado una petición, petición que se concreta en la creación de una Dirección General de Veterinaria y Salud Pública en el nuevo Departamento de Sanidad y Seguridad Social para que la reforma de las estructuras de la Sanidad española en que deben de colaborar de forma eficiente los profesionales se mejoren. Nada más.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Cuevas González.

El señor CUEVAS GONZALEZ: En nombre de U. C. D. La verdad es que mi Grupo no pensaba participar en estas intervenciones, pero a la vista de las que se han producido, entendemos que, puesto que ni en la exposición del propio señor Ministro ni en las intervenciones del resto de los compañeros parlamentarios se ha tocado un tema tan importante como es el del Régimen de la Seguridad Social Agraria, no está de más —creo que es justo— que en este momento defendamos este tema.

Desde hace muchos años los agricultores y ganaderos autónomos de toda España vienen reivindicando su derecho a que en materia de atención sanitaria y Seguridad Social el Estado, en nombre de la sociedad, les dé un trato justo y que se lleguen a igualar las prestaciones que perciben a las que se les dan a los beneficiarios del Régimen General de la Seguridad Social.

Piden también que el costo vaya a cargo de la sociedad, porque, en definitiva, la sociedad se favorece de estos precios agrarios políticos en los que en ningún momento los productores campesinos pueden repercutir el costo de esa seguridad social.

Su argumento y su razón, por tanto, son claros, puesto que si bien la industria y los servicios en sus escandallos pueden repercutir este costo, en el campo no es posible.

La verdad es que han venido clamando en el desierto, pero últimamente los partidos políticos y el propio Gobierno, a través del «Pacto de la Moncloa», han sido consecuentes, y de alguna manera han sido escuchados.

En el «Pacto de la Moncloa» se contempla esta situación de injusticia y se prevé un tratamiento al tema. Concretamente se dice: «El Régimen de la Seguridad Social Agraria será

equiparado al Régimen General antes de diciembre de 1979, de acuerdo con el ritmo que permita la política económica, revisándose los criterios de prestaciones y los de fijación de la cuantía de las cuotas, tanto de empresarios como de trabajadores, y suprimiendo el actual régimen de jornada».

Como sabrá el señor Ministro, y creo que sabemos todos, son muchos los agricultores que se están negando en este momento al pago de la cuota de la Seguridad Social Agraria en la cuantía que corresponde a las llamadas «jornadas teóricas», por considerarla injusta y entender que obedece a una doble tributación.

Por otra parte, la atención sanitaria en las áreas rurales es francamente mala, y no hablemos del problema de las pensiones de los hombres del campo, que están a más bajo nivel.

El señor Ministro nos ha dicho claramente que hay que remodelar el sistema de la Seguridad Social Agraria. Yo quisiera pedirle que, si es posible, nos aclarara cómo entiende el señor Ministro esta remodelación, si nos puede decir qué se está haciendo o qué se va a hacer para que se cumpla lo acordado en el «Pacto de la Moncloa», para que, efectivamente, antes de diciembre de 1979 el Régimen Especial de la Seguridad Social Agraria esté igualado al Régimen General; si nos puede decir también qué sistema transitorio se va a utilizar al desaparecer las jornadas teóricas y cuál va a ser la fórmula de cotización del agricultor autónomo, qué se va a hacer por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social para mejorar la asistencia sanitaria en las áreas rurales y qué tratamiento se va a dar a las pensiones del campo.

A mí me preocupa la intervención de un compañero del Grupo Socialista dando una interpretación suya al «Pacto de la Moncloa», en la que claramente nos ha dicho que entiende que el incremento en las pensiones para los regímenes especiales va a suponer una transferencia de los fondos de los trabajadores a otros sectores. Yo quisiera que quedara claro en este momento que en cuanto a lo que se refiere al Régimen Especial de la Seguridad Social Agraria esa transferencia no existe o no debería existir, puesto que anteriormente los trabajadores y la sociedad en su totalidad

han recibido el beneficio de unos alimentos y unos productos agrarios a precios políticos, donde los hombres del campo no han podido repercutir sus costos y, por tanto, no pueden pagar esa Seguridad Social cara.

El señor PRESIDENTE: Ruego a todos los que intervengan que se esfuercen, en razón a lo avanzado de la hora, en ser lo más breves posible.

Tiene la palabra el señor Paredes.

El señor PAREDES HERNANDEZ: Soy Juan Paredes, de la Minoría Catalana. También muy brevemente, dado lo avanzado de la hora. Aparte de que abundan otros argumentos que se han dado para facilitar el desarrollo de esta sesión, me centraré en un solo aspecto.

El señor Ministro ha hablado de la planificación por el Estado de la Sanidad nacional, y ha hablado también de la descentralización de esta Sanidad, de la democratización de la Sanidad; ello es muy evidente; pero yo entiendo que se ha dejado o se puede dejar muy aparte, o muy poca faena, a los territorios autónomos si se les da ya una planificación completa. Una planificación, según como se entienda, puede suponer ya un modelo sanitario. Aquí ha quedado claro también que en la exposición del señor Ministro no se ha marcado una política clara, lo cual quiere decir que quizá esta planificación comprende, evidentemente, esta política, con unos porcentajes de asistencia primaria, unos porcentajes de asistencia hospitalaria y de especialización, y entiendo que los territorios autónomos poseen, evidentemente, diferencias demográficas, geográficas y socioeconómicas que pueden hacer interesante variar estos modelos sanitarios en cada territorio. Entonces, lo que yo preferiría y lo que diría al señor Ministro es si estaría dispuesto, en lugar de hablar de planificación, a dejar esta planificación a los territorios autónomos y hablar de criterios generales del Estado y, en todo caso, de una coordinación de los diferentes servicios de los territorios autónomos.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Monforte.

El señor MONFORTE ARREGUI: Pertenezco a la Minoría Vasca y quisiera formular dos preguntas.

Evidentemente se han deslindado dos planos: el de la planificación y el de la gestión; pero no quisiera incursionar en cuestiones constitucionales que pueden ser discutibles en estos momentos.

Lo que es indudable es que la ejecución de la gestión va a atribuirse a los entes de los territorios autónomos y estamos en el umbral de regímenes preautonómicos. Naturalmente si vamos a gestionar o a ejecutar una serie de funciones, ello requiere unos recursos financieros. De hecho está en proceso de constitución determinadas Comisiones que pueden ser de transferencia de funciones, pero quisiera preguntar, sencillamente, si existen estudios a nivel del Ministerio sobre la territorialización del coste y de los ingresos. Esta es la pregunta en síntesis.

En segundo lugar, se ha obviado el tema, que creo que es importante, de la política de conciertos con la Seguridad Social. Existen numerosos conciertos establecidos con centros hospitalarios que no están dentro del ámbito de la iniciativa privada, que pertenecen a entidades provinciales o locales y que en muchos casos han cubierto insuficiencias de inversión hospitalaria a costa de descapitalización progresiva por el bajo precio que conlleva un equipamiento material y de dotación humana insuficiente precisamente por el precio de estos conciertos cuando el asegurado, el enfermo, era el mismo, el asegurado de la Seguridad Social.

Yo quisiera saber si existe algún criterio de fijación de estos precios que no obedezca a una discrecionalidad amplia, sino que represente un análisis, porque evidentemente estos conciertos tienen que ser diferentes. Tampoco apelamos al mismo coste de la Seguridad Social. ¿Hay previsto algún criterio de homologación, de fijación que de alguna forma evite esta discrecionalidad? Esa es la segunda pregunta.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Fuejo.

El señor FUEJO LAGO: Hablo en nombre del Grupo Mixto, en donde está incluido el Partido Socialista Popular.

Yo quiero agradecer al señor Ministro el esfuerzo físico que ha hecho en esta sesión. Nosotros vamos a puntualizar unas preguntas que queremos que el señor Ministro nos aclare. Primero queremos fundamentar que en relación con lo que se ha referido en cuanto a la salud pública o la Sanidad pública, en cuanto al fárrago de legislación, a la cantidad de material legislativo que hay, creo que ese fárrago es equiparable a la complejidad de la legislación que hay en la Seguridad Social.

Pienso que de alguna forma esa legislación es un paso previo para la simplificación o la concreción de todo este tipo de legislación.

Segundo. En todo el transcurso de la intervención del Ministro me he ido alarmando, porque he ido contabilizando el tiempo, y he comprobado que ha empleado cinco minutos en el preámbulo, una hora y treinta minutos en el tratamiento de la cuestión de la gestión económica de la Seguridad Social (que comprendo que sea una responsabilidad grave y profunda por parte de ese Departamento el empleo de la masa de dinero que tiene que manejar: un billón doscientos ochenta y cinco mil millones), y después ha empleado cinco minutos para política hospitalaria, diez minutos para pensiones, cinco para seguros sociales y treinta minutos para Sanidad (prefiero llamarlo «salud pública», porque me parece que es el término internacional que se emplea).

De esto, para mí, se ha desprendido una preocupación. Y la preocupación se ha subsanado en parte con el final de la intervención del señor Ministro, en la cual dio los objetivos y un poco de la filosofía que va a presidir en parte la política de su Departamento. Y digo que en parte me quitó la preocupación que en principio tenía porque la opinión pública, el país, los ciudadanos, están realmente deseando conocer los objetivos últimos que pretendemos alcanzar con la política de salud pública y con la política de Seguridad Social.

Estos objetivos son los que inquietan al ciudadano, fácil de comprender al movernos por la geografía de nuestro país. No hay más que ver cómo son los ríos, cómo es el aire que res-

piramos, cómo son las viviendas, cómo son las zonas verdes y cómo se trata la política de la salud de las madres, de los niños, de los ancianos, de la tercera edad, etc. Eso es lo que realmente preocupa al ciudadano, y en parte estos objetivos no están, en mi opinión, perfectamente clarificados.

Otra pregunta que a nosotros se nos plantea inmediatamente es qué competencias va a asumir el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y qué competencias se van a desprender de este Departamento en favor de otros Departamentos. Que quede muy claro, que se especifique de alguna manera —ya el señor Ministro ha adelantado algunas, aunque creo que habría que complementarlas— en cuanto a qué sectores que hoy son competencia y responsabilidad de la Seguridad Social podrían pasar a otros Departamentos.

A nosotros nos preocupa también cómo se va a tratar, de qué forma se van a planificar y estructurar los distintos aspectos y las distintas responsabilidades que hoy tienen los múltiples organismos de asistencia social, beneficencia, competencia municipal, competencia provincial, hospitales que dependen de determinados organismos, etc. Esto creo que es urgente: de alguna forma, dar a los partidos, a los Grupos Parlamentarios y a la opinión pública alguna orientación en este sentido.

Y por último —y coincido con alguna intervención de otros parlamentarios que se han expresado anteriormente—, en qué sentido va a tratar el Departamento los entes autónomos, hasta dónde va a llevar sus niveles de responsabilidad y en qué medida y hasta qué aspectos se va a llegar, o el Ministerio piensa, o tiene algún juicio hecho respecto a la descentralización y desconcentración de las funciones y responsabilidades en cuanto a salud pública y Seguridad Social.

Y una última pregunta. Ruego al señor Ministro (por supuesto, él, como todos, tiene esa misma inquietud) nos informe sobre qué sectores van a ser los que sufran las mermas, las restricciones presupuestarias, en el ánimo del ahorro o del plan de saneamiento económico que se firmó en el «Pacto de la Moncloa»; qué sectores de las prestaciones, qué sectores y proyectos de mejora y de tratamiento de la salud pública son los que el Departamento

piensa que podrían ser afectados en sus recursos económicos o en la restricción de estos recursos, y qué incidencia podría tener en la política general del Departamento; porque, si no se especifican claramente las vertientes de salud pública, las vertientes de Seguridad Social, la vertiente de prevención, de asistencia, etc., sospecho que, tal como se ha expresado, pueda toda esa filosofía o esos deseos de planificación sanitaria o de salud pública quedar prácticamente en enunciados, y no desarrollarse porque no se aporten o no se acerquen los recursos a esos objetivos. Nada más.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señores Diputados. Si no hay ningún otro representante de Grupo Parlamentario pendiente de hacer uso de la palabra, la tiene el señor Ministro para dar contestación a esta serie de consideraciones y preguntas que se le han hecho.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (Sánchez de León y Pérez): Conste que mi pretensión de ser concreto en las respuestas no es el intento de evadirme de las mismas, sino un afán de compensar el ladrillo que ustedes han tenido la amabilidad de soportar; pero que yo entendía que, de alguna manera, debería someter a la consideración global de la Comisión.

Si he interpretado mal alguna pregunta o si dejo en el tintero cualquiera de ellas, por favor, me llaman la atención y me lo dicen, para intentar corregir y ser concreto.

Dice el señor Galeote que hasta qué punto el organigrama del Ministerio condiciona el futuro de la reforma sanitaria, si no he interpretado mal la pregunta. Yo diría que ninguno. No creo que tenga ningún condicionamiento el organigrama del actual Ministerio, que, efectivamente, es ambicioso porque no se puede arrancar con precariedades por lo menos en las ilusiones. Es un organigrama que es poco singular con respecto a otros organigramas de otros Ministerios de otros países donde la Seguridad Social y la salud se administran conjuntamente. Sin embargo, tiene claras predeterminaciones de futuro, tiene una clara predeterminación en el sentido de que la salud debe tener un tratamiento específico y

funcional al margen de la Administración del Estado y de la propia Seguridad Social.

Se crea por primera vez en la administración sanitaria española un ámbito de funciones a nivel de Subsecretaría diversificada en tres Direcciones Generales de ámbito estrictamente funcional, y que la preocupación de los rectores del Ministerio en estos momentos debería desprenderse de preocupaciones puramente administrativas, tanto de gestión de personal como financiera, etc., para dedicarse a la elaboración de un único órgano eficaz y efectivo de administración de salud.

Ocurre, evidentemente, que el Ministerio de alguna manera hace premoción sobre lo que efectivamente entendemos que pudiera ser una función sanitaria completa, y, efectivamente, hay un ámbito de asistencia sanitaria que se refiere a una tradición existente en estos momentos por parte de la Seguridad Social de preferencia de atención al ámbito de la asistencia sanitaria y de marginación de otros ámbitos concretos como los de la salud pública, Medicina preventiva, etc., y volvemos a la indeterminación de nombre a la que Fuego acaba de hacer referencia en estos instantes; pero para diferenciar señalaremos lo que es asistencia sanitaria estricta y lo que es Medicina preventiva en otras facetas, y yo diría que de ninguna manera el organigrama actual puede condicionar el futuro de la reforma sanitaria. De tal manera que si en la reforma sanitaria se entendiese que la función tiene que modificar el órgano, efectivamente tendría que ser modificado. Lo que es evidente es que el órgano que necesita de alguna manera la reforma sanitaria venía aplazándose «sine die» por falta de protagonismo y de iniciativa concreta de un órgano de responsabilidad a nivel de Departamento; porque por mucho esfuerzo que se hiciese en una Dirección General inserta en un Ministerio con otras funciones más amplias o en determinadas inquietudes corporativas o en otras instituciones, etc., difícilmente se podría compaginar y hacer coherente una reforma.

Yo, con todos los respetos para las personas que han regido la Escuela de Gerencia Hospitalaria, creo que en este país es claramente detectable una necesidad de administradores de salud; que quienes no somos sanitarios lo detectamos inmediatamente. Este

país yo creo que necesita cualificaciones profesionales en el ámbito de la administración hospitalaria, en el ámbito de la gerencia general de la salud pública; necesita economistas sanitarios; necesita juristas de la salud y de la Sanidad, y hay, a mi modo de ver, una vocación clara y determinante por factores exógenos al puro ejercicio de la Medicina que no tienen ninguna cualificación clara ni una tradición de gerencia y de administración y de jefatura sensibles, y personas, por ejemplo, en instituciones sanitarias que compongan un Cuerpo eficaz de elementos capaces de ser responsables de toda la complejidad que en todo momento tiene el ámbito de la salud en España. Entonces, lo que nosotros pretendemos es potenciar y de alguna manera crear unos vínculos que dependan directamente de la propia Subsecretaría de la Salud, de tal forma que una gerencia de hospital no se maneje con un presupuesto de tres millones y medio (que creo es el que tiene en estos momentos la Escuela de Gerencia Hospitalaria), absolutamente insuficiente, para que por él pase el reciclaje necesario de todas las direcciones hospitalarias y de todas las gerencias de salud que el país necesita de los administradores, etc., y que posibilite a los directores, gerentes, administradores, jefes y personal en general en instituciones sanitarias la posibilidad de creación de una conciencia de economía de la salud, del derecho de la salud, etc., que a mi entender no existe actualmente. Se necesita incidir en este orden de cosas.

Como el tema de farmacia que ha planteado el señor Galeote es común a varios de los señores Diputados que han intervenido, yo diría que se explica muy claramente. En el «Pacto de la Moncloa» existen unas determinaciones a corto plazo y unas tendencias de futuro. En esta última se inserta una pretensión de tal manera que algunos medicamentos de carácter básico puedan ser despachados en las instituciones de la Seguridad Social.

Esa tendencia de futuro que se inserta, coincide en el tiempo con una renovación del contrato que tradicionalmente viene celebrando el Instituto Nacional de Previsión con el Colegio de Farmacéuticos, contrato que se delimita en sus líneas generales en mayo de 1977; que se otorga asimismo un plazo que

termina el 31 de octubre para formular unas conclusiones de ponencias entre las dos corporaciones: el Instituto Nacional de Previsión y el Colegio de Farmacéuticos, y que debía de ser firmado inmediatamente.

El hecho de que haya coincidido la firma del «Pacto de la Moncloa» con la terminación del concierto entre el Instituto Nacional de Previsión y el Colegio de Farmacéuticos ha sido mal interpretado en el sentido de que la Seguridad Social o este Colegio se habían apresurado a desvirtuar los «Pactos de la Moncloa», cuando nada hay más lejos de la realidad. Lo único que ha ocurrido es que el Instituto Nacional de Previsión y el Colegio de Farmacéuticos han firmado un acuerdo que en el tema de la dispensación de productos farmacéuticos se adhieren exactamente al concierto anterior, de tal manera que ni la Administración ni el Departamento ni el Gobierno han instruido suficientemente al Instituto Nacional de Previsión o al Colegio de Farmacéuticos de cuál es el tiempo y la circunstancia en que ese pacto pueda llevarse a efecto.

Lo que es evidente es que el Instituto, el Colegio de Farmacéuticos y, por tanto, la Seguridad Social, tenían que pronunciarse sobre una sistemática de acción que venía con un plazo determinado: el 31 de octubre, y se ha firmado el acuerdo sin que a nuestro entender prejuzgase en absoluto los acuerdos de la Moncloa, ni mucho menos tenga el más mínimo perfil desvirtuador del mismo.

Se dice que las cuentas son un enigma. Seguramente que sí. El hecho es que las cuentas y el balance de la Seguridad Social han estado en el «Boletín Oficial del Estado» sistemáticamente presentadas y con una dificultad tremenda en su interpretación, porque hasta 1976, en 24 de junio, no se delimita clara y precisamente la modalidad en virtud de la cual las cuentas y balances de la Seguridad Social tienen que ajustarse a patrones perfectamente determinados. Es la Ley General Presupuestaria vigente desde enero de este año la que establece las delimitaciones, clarificaciones y posibilidad de examen de las cuentas, que entiendo, con todos los respetos, que están insertas en estos momentos en un proceso democrático y que puede echarse un pulso completo con cualquier sistema europeo, y que, en mi pretensión, en el futuro, este año

mismo, está capacitada para presentar mejores y mayores controles que cualquier otro país y que por supuesto ningún Parlamento, ya que precisamente por esas razones de democratización interna del sistema nos hemos visto obligados a traer a justificación ante el Parlamento las cuentas de un sector tan importante como la Seguridad Social.

Creo que el señor Galeote me ha interpretado mal, probablemente por mi torpeza de expresión, o quizá un poco por su obsesión, en algún momento manifestada o registrada por mí, respecto a su expresión «hospitalitis». No hay nada de eso.

Nosotros estamos absolutamente convencidos en el Departamento de que el tema de los grandes hospitales, de los grandes monumentos a la restitución de la salud ha pasado. Lo único que ocurre es que he pretendido significar a ustedes que esas camas son necesarias todavía para situarnos en el orden europeo que nos marcan las organizaciones internacionales, y tienen que ser incluidas en grandes hospitales, en centros comarcales, centros de salud, pero la verdad es que es absolutamente imposible constreñir todo en una exposición como la mía.

De todas formas no hay política contradictoria ni contrapuesta entre lo que he señalado sobre política de sanidad y desarrollo hospitalario. Tal desarrollo tiene que estar influido en estos momentos por la necesidad de camas hospitalarias; pero no quiere decir, en absoluto, que nosotros permanezcamos en la táctica de los grandes edificios deshumanizadores y con un control muy difícil de todos los órganos. Lo único que pasa es que hay grandes extensiones del país sin hospitales de ninguna clase, donde hay que instalar camas hospitalarias en el orden funcional que se determina: quizá en las grandes ciudades sanitarias, quizá en los hospitales clínicos, quizá en los hospitales comarcales, quizá en las camas de urgencia de los centros comarcales de urgencia. Pero, evidentemente, no pretendemos que exista una tradición de construcciones hospitalarias masificadas como las que se han seguido en España últimamente.

Yo, con todos los respetos a la tesis del señor Galeote, quiero decir que sí tenemos pretensión de política sanitaria, que sí tenemos muy claros los criterios. Puede haber ocurri-

do que debido a la premura de tiempo —y por eso creo que tengo la coartada— no ha sido posible, en absoluto, significar detalladamente algo tan complejo como es una política sanitaria. Sí tenemos en nuestro Ministerio criterios, lo que no quiere decir que tengamos decisiones, porque esos criterios tenemos que contrastarlos, los estamos contrastando a diario; pero quiero señalar algo que parece evidente. La nueva creación de un Ministerio supone el cambio de una mentalidad, de unos factores comunes de interpretación, de una identidad de pensamientos, y el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social está conformando, en estos momentos, criterios, formaciones, opiniones provenientes de los más distintos signos. Aun dentro del propio Ministerio es laborioso conformar unos criterios, que ya hemos aceptado, y estamos en trance de dialogar y exponer a todas las fuerzas políticas y sociales del país.

Efectivamente, nosotros sabemos qué es lo que queremos en asistencia de urgencia, en asistencia rehabilitadora, en medicina de familia, en programas sanitarios de edad escolar, en organización territorial, y contesto en estos instantes que tenemos la reflexión suficiente para ofrecerlo.

En estos momentos quiero señalar algo que no he significado con anterioridad: que puede estar ya en estos instantes perfilado el primer borrador de un texto, que tiene que ser muy madurado, muy magnificado hasta que realmente estén insertas las posibilidades de opción sanitaria que ofrece una reforma. Hay un hecho evidente. Lo que pretendemos es evitar a toda costa esa concepción de asistencia sanitaria hospitalaria, que ha prevalecido en el concepto de la Sanidad general. Muchas veces algún sanitario se enfada conmigo cuando digo que se ha hecho muy poco en Medicina preventiva, no intentando minimizar lo que se ha hecho o cómo se ha hecho, sino intentado demostrar la carencia absoluta que en este orden de la Sanidad se ha dado en contraposición a un criterio mastodóntico, por llamarle de alguna manera. Pero somos conscientes de que es un ámbito que hay que ordenar, que probablemente haya que expandir todavía en algún ámbito concreto geográfico, pero que, desde luego, no tiene, no

puede tener, la virtualidad y la presencia que en épocas anteriores.

Me parece que entro en la larga lista de preguntas de mi buen amigo y compañero Ciriaco de Vicente, y creo que su primera pregunta es el cuándo y el cómo de la organización territorial, esto es, el círculo de las fronteras.

Nosotros hemos creído —y yo estoy convencido de ello— que las delegaciones territoriales de la Seguridad Social y de la Sanidad deberían instalarse bajo un principio de ahorro y bajo un principio de austeridad y eficacia. Porque así como en otras delegaciones es clara su necesidad de inserción en el ámbito provincial, no me parece tan claro que la acción sanitaria se termine en la frontera de determinada provincia, ni siquiera en el confín territorial de una región, y mucho menos la Seguridad Social, que tiene criterios de solidaridad y planificación nacional y no tiene por qué llevarse al ámbito provincial. Pero ocurre, y es evidente y claro, que en el Departamento hemos estado esperando, igual que en otro orden de cosas (y contesto a los autonomistas vasco y catalán), a que la Constitución nos aclare de qué manera se configuran las regiones, si va a existir un pronunciamiento de mapas regionales en la misma, para que no tengamos nosotros que abordar el problema de delimitación regional, que tiene unos condicionamientos políticos con los cuales no nos podemos enfrentar.

Qué pensarían S. S. si dijese que Navarra es una región y que no tiene que estar enlazada con Euzkadi, o al revés, que Euzkadi está en Navarra, o que las Canarias es una región sola y que no tienen que estar allí Tenerife y Las Palmas, o el problema de cualquier otra región.

En ese orden de cosas estamos revisando nuestra concepción, y, probablemente, no tengamos que ser la excepción en el ordenamiento periférico de la Administración española, y consideramos nuestra necesidad de inserción en el orden provincial. ¿Cuándo? Lo más rápidamente posible, porque la presupuestación del año que viene es escasísima, creo que se sitúa en 250 millones de pesetas, y hay que crear la sede del Ministerio de Sanidad, puesto que todavía vivimos de prestado, como S. S. es testigo a diario del tema. Es un

problema de austeridad y de no inversión en inmuebles, cuando son tantas las necesidades en otro orden de cosas, y, además, son muchas las delegaciones territoriales que tienen que crearse.

La Comisión Mixta que creó el decreto de configuración de la Administración Central llegó a un acuerdo antes de la fecha prevista, que creo era el día 4 y se prolongó en algunas fechas porque precisamente el servicio sobre el que S. S. pregunta nos produjo dubitaciones y falta de decisión hasta última hora, y tiene determinado el orden de competencias entre el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. En definitiva, ha prevalecido la tesis que manteníamos en los acuerdos del «Pacto de la Moncloa»: que Sanidad y Seguridad Social se desprenda de aquellos organismos que no se relacionen con su competencia, para insertar la financiación de estos organismos en otros ámbitos de competencia departamental.

El Plan Nacional y el Servicio Social de Seguridad e Higiene tienen una doble vertiente, que es la Medicina preventiva y la seguridad en el trabajo. Es un problema casi doctrinal en el mundo de la Seguridad Social, y en todos los convenios y organismos internacionales se tocó la tremenda dificultad de diferenciar la seguridad en el trabajo de la higiene industrial y la Medicina preventiva en el mismo. El plan nacional tiene connotaciones de Medicina preventiva que había que separar de la seguridad en el trabajo. Lo que hemos determinado es que el Ministerio de Trabajo, a través de los Comités provinciales, tenga el instrumento de apoyo necesario a la Inspección de Trabajo para la determinación de la normalidad y de la vigilancia respecto a la seguridad en el trabajo; determinaremos las competencias de Medicina preventiva e higiene en el trabajo, que se insertarán en la Subsecretaría de la Salud y, más concretamente, en la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria.

En el tema de la asistencia a los ancianos, igual que el tema de otras instituciones de Asistencia Social, ya sean servicios sociales, organismos autónomos o algún otro tipo de instituciones, las competencias territoriales que entendemos deban configurarse vendrán en función de aquellas que se delimitan en

los órganos gestores de las entidades de la Seguridad Social o de la Sanidad.

Pretendemos que estos colectivos, tanto el de ancianos como el de minusválidos, como cualquier otro, se rijan y decidan por un organismo paritario titulado Consejo Asesor de los Servicios, que sea el que determine un poco la ejecución de la planificación del sistema.

El tema de la sindicación en la Seguridad Social es un tema debatido, confuso en los términos jurídicos. Por una parte, nosotros, como Ministerio, somos funcionarios públicos; por otra parte, en las instituciones sanitarias, que es personal estatutario, es un complejo entre el personal laboral y el funcionario, y, por otro lado, existe el personal laboral. Creemos que la realidad sindical se impone. Nosotros, como S. S. es testigo de mayor excepción, no solamente no tenemos prejuicios políticos, sino que hemos eliminado los jurídicos que pudieran existir en las relaciones entre el propio Ministerio y las entidades gestoras con centrales sindicales y grupos políticos, al objeto de que podamos determinar la representación sindical y de intereses dentro de las instituciones de la Seguridad Social. En ese orden de cosas, si hoy el Consejo de Ministros aprueba alguna disposición referida a la acción sindical, tenemos la pretensión de hacerla eficaz lo más rápidamente posible.

Antes de la celebración de negociaciones, estamos oyendo a todas las personas que se acercan a nosotros sin un ánimo de negociación definitiva en el estricto marco jurídico de los convenios o de las relaciones, porque son instrumentos jurídicos que no nos condicionan, especialmente por la singularidad jurídica del régimen estatutario que rige el personal, y no hemos tenido prejuicios en el diálogo con ningún tipo de coordinadora o central.

Entendemos, y yo lo he dicho a las coordinadoras y centrales, que en nuestro Departamento es clara la idea e intención de que las fuerzas sociales tienen su orden, su representación y su capacidad negociadora, y, si no, no hay posibilidad de diálogo y entendimiento. Pero para determinados órganos de la Administración y para algunas instituciones sanitarias es muy difícil determinar en

estos momentos quién tiene la representación antes de celebrarse elecciones sindicales. El tema de la democratización de las Mutuas Patronales es difícil por cuanto éstas son entidades privadas y empresas.

Quiere decirse que desde nuestro punto de vista, aunque sean entidades gestoras de la Seguridad Social, tienen una especial conformación jurídica y, evidentemente, como empresas, a nuestro entender pueden tener la representación social y sindical que como tales les corresponde, pero difícilmente vemos una posibilidad de representación de otro orden distinto de aquella que se ve en la pura acción social de la empresa. Nosotros estamos intentando avanzar en el control de costes y eficacia de los servicios, y probablemente S. S. me haya observado a mí personalmente, como en alguna ocasión, para señalar la falta de coordinación que existe en el ámbito de la intendencia de las instituciones hospitalarias. He podido hablar del precio de las toallas, como puedo hablar de los uniformes o de la periodicidad de las dotaciones en los hospitales, porque me preocupa mucho el tema y lo estudiamos a fondo, y tenemos que llegar a un control de costos y eficacia de servicios, que no será fácil hasta que no se lleve a cabo la ley de gestión, a la que me referiré como respuesta a otra pregunta que se me ha formulado.

En la Seguridad Social en estos momentos no conozco ninguna nómina de gentes que no acudan al trabajo, y yo puedo señalar que quizá sea uno de los sectores más criticados en este orden de cosas, pero donde menos precisiones se pueden formular. Le agradecería muy sinceramente a S. S. que me dijese dónde están esas situaciones, porque durante meses estamos llevando a efecto una política de fiscalización de estas situaciones que han derivado en medidas que no por espectaculares hemos tenido que señalar a la opinión pública, porque en el fondo de estas cuestiones siempre hay problemas personales, situaciones individuales, y para mí el respeto a la persona es una consideración que siempre me condiciona. Pero estoy dispuesto a recabar esas precisiones, porque las necesito por un afán de clarificación y de moralización de la Seguridad Social. Invito a SS. SS. a que indaguen lo más posible para se-

ñalar las deficiencias en la Seguridad Social, que serán afrontadas con garantías. Pero quiero indicar, en honor a los funcionarios y personas, que puede que las haya, pero son muy escasas y no son evidencia ante mí, por lo que quisiera que fuese en boca de S. S.

El Presupuesto-resumen no es suficiente, y lo señalé anteriormente. Creo que no se puede señalar un Presupuesto de la Seguridad Social trayendo tres folios, sino que necesita algunos datos más. Estos Presupuestos han sido realizados por un equipo de técnicos, a caballo del propio verano, teniendo que formularlos por primera vez con una técnica contable no experimentada, y probablemente no hayamos llegado a unas memorias suficientemente explicativas, que deben realizarse en el futuro con más datos. No creo que exista falta de datos. Probablemente existe falta de presentación o clarificación de los mismos, en esa complejidad contable que tiene un inmenso montaje como el de la Seguridad Social. Si existiese, naturalmente (vuelvo a repetir la oferta, no ya a la Comisión de Presupuestos y a las Cortes, sino a la Comisión de Sanidad), se podrían aclarar los datos al respecto. Creo que de alguna manera conozco los temas de la Seguridad Social y Sanidad, no por improvisación, sino por los muchos años que llevo trabajando en el tema.

Diría que en estos momentos la cartera de valores existente es escasa. Está compuesta de unos valores prácticamente irrealizables que devienen de una situación en que se exigía a la Seguridad Social determinados tipos de obligaciones y de inversiones. En estos instantes el tema más importante, que puede ser la cartera de valores del Mutualismo Laboral, no sé si rebasa los 11.000 millones de pesetas en cuya cuantía liquidable y hechos exigibles rápidamente no creo que se llegue a un 40 por ciento de los mismos, porque es un papel muy difícil proveniente de Obligaciones del Estado, de organismos autónomos, que tuvo que suscribir la Seguridad Social en los momentos que tenía que invertir en función de otras actividades del Estado. Es un dato a la mano que se puede facilitar claramente porque no tienen ninguna dificultad de exposición.

Con relación al tema de prestaciones, va a ser un año que no va a vivir grandes ale-

grías, como he significado, pero va a dar la posibilidad de lograr una mejor administración.

El Subsidio de Desempleo y las corruptelas existentes a nuestro alrededor es un tema que nos preocupa. Entendemos que hasta tanto no sea gestionado el Subsidio de Desempleo participadamente, es muy difícil su control. Probablemente el control de los Oficinas de Colocación por órganos ajenos a los administrativos pueda llevarnos a la delimitación de las corruptelas existentes, porque da la impresión de que el volumen de parados no se compagina con el volumen de Subsidio de Desempleo.

Las corruptelas que existen no son características de nuestro país; es la gran lucha que tienen los sistemas de Seguridad Social frente a estas situaciones de degeneración que en otros países son catastróficas y no ha sido posible llevar a efecto. Probablemente la administración de un mejor Subsidio de Desempleo nos haya cogido, como tantas cosas, en una situación de improvisación con respecto a las actitudes, puesto que el Subsidio de Desempleo se produce en estos momentos en términos globales en una dimensión que nunca se había conseguido en la Seguridad Social, y su control era más eficaz.

No existe un control bianual; existe un control rígido porque el problema se suscita no en la administración del Subsidio de Desempleo, sino en la infraestructura administrativa que tiene el empleo en España, que es muy deficiente, como SS. SS. conocen. Lo que ocurre es que las Oficinas de Colocación existentes son escasas; no sé si existen en estos momentos en total más de quinientas cincuenta en todo el país. Es competencia de otro Departamento y le tengo perdida la pista al número, pero tengo idea de que en Madrid existen cinco o seis, no bien dotadas; con personal capacitado, pero no suficiente. El problema está en una infraestructura del empleo por parte de los organismos administrativos, del control del empleo que en el criterio del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social debe controlar no ya el empleo, sino la emigración, la Formación Profesional y el Subsidio de Desempleo, con lo cual estaremos describiendo unos órganos de administración de personal al estilo germano.

Creo que el tema de Farmacia lo he contestado al hacerlo al señor Galeote. Hay una referencia a los laboratorios. Habrán podido observar SS. SS. que una de las características fundamentales de nuestra insistencia, la pregunta de qué han hecho ustedes hasta ahora, se refiere al tema de Farmacia. Creemos que es el sector más tratado. Las disposiciones todavía no han sido estudiadas y conocidas suficientemente, pero nuestra atención e incisión en este sector ha sido de una manera clara y determinante.

Los resultados en el consumo hipertrófico de medicamentos se están notando con una clara regresión del consumo en porcentaje con respecto a situaciones del año anterior.

El tema de las recetas, tema fundamental, se inserta dentro de la identificación del farmacéutico, del dispensador y del consumidor; ese trípode de cosas no está informatizado y existen situaciones en virtud de las cuales la receta es un instrumento de intercambio de productos que no en todos los casos son farmacéuticos y el fraude es notorio y SS. SS. pueden conocerlo.

El tema de la amnistía laboral desborda mi competencia. Es un tema que nos viene dado. Nosotros no conocemos las cifras a las que vayan a referirse los sujetos pasivos —activos en esta ocasión— de la amnistía laboral; por lo tanto, es imposible que tengamos un cálculo a realizar sobre su repercusión en las prestaciones de la Seguridad Social.

Me imagino que en el momento en que se tengan estos cálculos podremos dar respuesta, afirmativa o negativa, respecto a la posibilidad de financiación de los derechos que, como consecuencia de esa amnistía, pueden ser exigidos a través de la Seguridad Social.

Paso a otro campo tratado por el señor Granado en el sentido de que existe un programa de inversión inicial, un programa de inversión en el ámbito que les he descrito, en el global, porque lo que no queríamos era confeccionar un programa de inversiones, sobre todo en instalaciones sanitarias, que no estuviese participado. Nosotros, si no hubiese sido por el «Pacto de la Moncloa», hubiésemos puesto en marcha el sistema de gestión de las entidades que ha posibilitado el propio «Pacto», porque ha sido absolutamente coincidente la acción de mi Departamento con

las pretensiones de los partidos políticos. Si tenemos un volumen general de inversión derivado de la necesidad global de camas hospitalarias y de asistencia en instituciones, en centros comarcales y subcomarcales, pero sin determinación exacta; porque lo que pretendíamos, y lo que queremos (si llegamos a tiempo para la inversión del año que viene, que, desgraciadamente, vamos a llegar a tiempo porque no vamos a poder invertir por falta de recaudación en los primeros meses del año que viene) es que lleguemos a que los órganos de gestión puedan delimitar el dónde, cuándo y cómo. Nosotros, como es lógico, tenemos la cifra global de las necesidades que creemos deben satisfacerse a lo largo de 1978, pero la pormenorización de las mismas debería estar en función de la participación de la gestión de las fuerzas sociales y políticas que la integran.

El tema de Farmacia creo haberlo contestado anteriormente.

Sobre el tema de pensiones, el señor Granado señala un criterio que es contrapuesto a otros muchos criterios que yo oigo a diario, en el sentido de que la solidaridad de la Seguridad Social debe aportar financiación desde los sectores más posibilitados a los menos favorecidos. Después hablaré y me referiré al ámbito de la Seguridad Social Agraria. En ese orden de cosas es tan respetable y tan lógica su pretensión como la que yo había manifestado, en el sentido de que me parece que de alguna manera los mínimos tienen que homogeneizarse y que por muchas explicaciones que le demos al agricultor respecto a que no es capaz de financiarse su régimen especial, hay muy pocas posibilidades de que entienda que sus mínimos tengan que estar diferenciados de los de otros trabajadores que han tenido otras posibilidades de empleo mejores y están en otros sectores. El tema es discutible. Sucede siempre en el estudio de la revalorización, pero se plantea evidentemente con esta estructura de datos.

Existe el estudio de costos de las instituciones sanitarias, institución por institución, y parece evidente que en una sesión como la de esta tarde no sería posible extendernos más sobre el tema. Tenemos claramente clasificadas cuáles son las instituciones sanitarias donde el porcentaje de sanitarios res-

pecto al número de camas es mayor o menor, y el coste deseado y conseguido. En este orden de cosas, el señor Granado tiene a su disposición los datos que quiera solicitar, porque referirnos ahora a las mil y pico instituciones sanitarias que tiene la Seguridad Social sería entrar en un detalle que parece que no pueda ser en estos momentos la razón de esta reunión.

A nosotros nos tiene muy preocupados la deuda por morosidad en cuanto a que es la mayor espada de Damocles que tiene sobre sí la Seguridad Social. La Seguridad Social, naturalmente, es un sector dependiente de la economía general del país, como hemos significado en la exposición. Yo no creía que había estado hora y pico hablando sobre temas de la Seguridad Social, y me arrepiento de ello, pero me congratulo de todas maneras porque este dato no lo había señalado, y es importante.

La Seguridad Social tiene en estos momentos, como toda la imposición del Estado, un problema de recaudación derivado de las dificultades empresariales que pueden cortapisar las capacidades financieras de sus propios compromisos. No es posible la determinación de la cantidad por morosidad que se le debe a la Seguridad Social. En todo caso, porque intervienen muy diversos factores de distintas entidades, como distintas tarifas y distintos períodos (pasando porque existe en los ámbitos de la recaudación en vía de apremio y ejecutiva cantidades muy difíciles de situar) el componente económico de estas cifras es alto y puede poner en peligro la financiación de las prestaciones.

El recargo por mora en la Seguridad Social, que es una forma de atención de ésta, desde el ámbito concreto de su control y de la inspección, desde que existe el Ministerio de Sanidad, no financia ningún tipo de sueldo ni personas, y está claramente delimitado en los Presupuestos y S. S. puede determinarlo.

Lo que pongo en duda es que si el Estado deja de pagar a determinados funcionarios en consideración a su capacidad, a la necesidad de su probidad y a su funcionalidad, no sea el órgano específico encargado de la recaudación, como pasa en algún impuesto del

Estado, quien tenga que suplir esas deficiencias del Estado.

Naturalmente, ese recargo por mora que satisface las atenciones generales de la Seguridad Social, de alguna manera tiene que afrontarlo claramente el Presupuesto General del Estado, ya que lo que no puede ser es que funcionarios de una capacidad y responsabilidad clara y determinada estén desasistidos porque el Estado no llega en sus retribuciones al nivel mínimo de posibilidades que su capacitación y responsabilidad exigen.

El tema de la Administración Pública y los funcionarios, también está perfectamente determinado. Existía con anterioridad y encajada una simbiosis de funcionarios entre el departamento competente que gestionaba la Seguridad Social, que era el de Trabajo y la Seguridad Social.

Cada vez son menos, y ya casi mínimamente reducidas, las situaciones en que funcionarios de entidades gestoras están en la Administración Pública, y desde luego no existe ningún caso en que estando en un solo sitio cobren por los dos.

Ese es un tema, y quiero que quede bien claro (porque muchas veces esa simbiosis de funcionarios y esa proximidad pudiera haber sido mal interpretada), sobre el que en estos instantes tengo la tremenda satisfacción de comparecer ante SS. SS., diciendo que en ese orden de moralización la Seguridad Social, y el Departamento que en estos momentos protagoniza modestamente mi persona, se aleja de situaciones que pudieran haber existido en otros momentos y con otras justificaciones diferentes.

El señor Riestra dice que hay una laguna: los Veterinarios. Pues, sí, efectivamente. Lo que ocurre es que yo quisiera tratar con todo cariño y delicadeza este tema, sin dejarme llevar de ningún tipo de consideración personal. Pero es que, señor Riestra, la vida es tan compleja y la condición humana es tan social que quien no entienda —y yo el primero— que el mundo se hace a base de relaciones y de intentos de compenetración, de diálogo y de entendimiento, y no a base de exabruptos, insultos o situaciones maximalistas, puede llevar a la consideración y a la

creencia en un colectivo de que hay disposiciones en contra, fantasmas.

En mi Ministerio existe un tremendo respeto y una gran ansiedad por que los problemas de los Veterinarios sean afrontados con todo énfasis e insistencia, y los tiene muy grandes. Pero quiero decir (y vuelvo a pedirle a mi hado salvador de malos momentos que me ilumine en mi expresión), que cuando los temas se plantean mal y no se corrige el planteamiento, los temas siguen mal planteados, y entonces si la clase veterinaria —que no es la clase veterinaria, sino alguna representación de la misma— expone ante el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social una única reivindicación, que es la única que la racionalidad no puede propiciar, estamos en una situación falsa y artificiosa.

Naturalmente que si la clase veterinaria entiende que su mejor y más positiva reivindicación es la de una entidad orgánica, que yo en algún momento he titulado de gremialista, debería de aportar algún orden de razones, siquiera de carácter internacional o interno, que posibilite esa acción. Porque si hubiese departamentos ministeriales en el ámbito de la Comunidad Europea donde existiesen Direcciones Generales Veterinarias (que solamente se dan a un tercer nivel en Italia, en un organigrama hipertrofiado del Ministerio de Salud, y en Austria, concretamente, pero no en los Departamentos de Salud, porque la función veterinaria está a caballo de distintos departamentos ministeriales diferenciados por Comisiones interministeriales), lo que no se puede exigir como única reivindicación, casi de vida o muerte, es una organicidad reñida con el concepto funcional que tiene que tener cualquier Departamento.

El esfuerzo y las ofertas que mi Ministerio y yo personalmente hacemos a diario a la clase veterinaria son delimitadas clara y perfectamente en razón de los problemas que tiene que afrontar, pero que me da la impresión de que la canalización de ellos se obtura de tal manera que impide que nuestras buenas disposiciones puedan llevarse a eficacias inmediatas. ¿Me explico, señor Riestra? ¿El hado protector de mi dialéctica me ha protegido?

El señor RUESTRA PARIS: Le ha protegido, señor Ministro. Lo que ignoraba es que esos contactos, por llamarlos de alguna manera, hayan tenido ese matiz que no ha sido precisamente el de la sensibilidad. Ese matiz grato, que es natural y elogiado, lo ignoraba totalmente.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (Sánchez Pérez de León y Pérez): Mi Departamento es consciente del tema, de que la clase veterinaria ejerce un orden de funciones muy exigente, y yo aquí, ante ustedes, quiero señalar mi admiración por el sacrificio de los Veterinarios que a pie de obra en cada pueblo realizan una función insospechada en el ámbito sanitario. Tienen razón en la mayoría de las quejas que formulan; ha sido una clase sanitaria de perfiles angustiosos casi siempre, que no han tenido, creo yo, el sitio y la consideración debida, y que tienen que exigirla. Estamos dispuestos, en la medida de nuestra responsabilidad, a propiciar ese sitio y a encajarlo, y estamos luchando a diario por esa lubricación y ese consenso de diálogo que, de alguna manera, se ha imposibilitado por razones absolutamente extrañas.

El señor De las Cuevas plantea uno de los problemas más importantes en el ámbito de la Seguridad Social, que es la Seguridad Social Agraria. Le diría al señor De las Cuevas que, efectivamente, hay unos problemas técnicos y unos problemas globales que imposibilitan que en estos momentos la Seguridad Social Agraria tenga una presentación aceptable en el contexto general de la demanda social que circula. Que la Seguridad Social en el tema de las jornadas teóricas es inocente; que nosotros entendemos que ese sistema, que no defendemos, está efectivamente rebasado por la realidad de las cosas; que es muy difícil buscar otro sistema en que la cotización empresarial se lleve a efecto; que, en algún caso, es posible que se den duplicidades de cotización; que, efectivamente, la asistencia sanitaria que hasta muy recientemente se ha concedido a los trabajadores por cuenta ajena era carente en su existencia, y en estos momentos tiene una consideración cualitativa inferior a la de los núcleos urbanos clara y ostensiblemente, que intentamos corregir con un pro-

grama de potenciación de la Medicina rural y de establecimiento de centros comarcales y subcomarcales que posibilitarán el acceso inmediato a centros relacionados con las grandes instituciones hospitalarias. Pero, además de todo eso, tengo que decirle a S. S. que la posibilidad financiera de la Seguridad Social Agraria es mínima, y que de los recursos del campo provienen unas cantidades que no sé si en estos momentos se aproximan al 18 por ciento de la totalidad de la financiación del sistema de la Seguridad Social Agraria, y que siendo así, si no es por un principio de solidaridad, que yo defiendo en el orden de las pensiones, va a ser muy difícil que la Seguridad Social siga de alguna manera sosteniendo y manteniendo precios agrícolas.

En estos instantes en Francia se vive la gran lucha, que nos señalaba en su intervención el señor Granado, de que la financiación de los regímenes agrarios tiene que hacerse por los regímenes generales. Al financiarse de esta manera la Seguridad Social Agraria francesa, se han creado grandes problemas y grandes controversias. Y no me extiendo en la consideración porque, efectivamente, el que la Seguridad Social Agraria se financie de fuentes provenientes del propio campo permite que los precios agrarios sean de determinada consideración.

La Seguridad Social tiene en estos instantes, respecto a este sector, unas reivindicaciones financieras realmente extraordinarias, que si no se corrigen desde el orden de las motivaciones económicas del Estado muy difícilmente podrán corregirse desde el ámbito interior nuestro.

Nosotros entendemos la remodelación de la Seguridad Social Agraria con una participación del Estado en el sostenimiento del déficit de la misma de muy considerable dimensión.

Si el Estado en estos momentos subvenciona a la Seguridad Social con cien mil millones de pesetas, es bien cierto que las destina a un fin preferente, que es la cobertura del desempleo; es evidente que en años posteriores, cuando la financiación del Estado a la Seguridad Social sea mayor en el orden internacional u homogénea con el mismo, o cuando estos cien mil millones de pesetas, por una revitalización de la economía nacional, no sea

necesario destinarlos al desempleo, podrán ir a financiar un sistema de Seguridad Social en un sector absolutamente deprimido, en el que la Seguridad Social está haciendo un esfuerzo financiero de unas dimensiones realmente extraordinarias. Y esto tiene que saberlo el campo porque es así; sus problemas no derivan de la estructura de la Seguridad Social, sino de la estructura de precios y costes de la producción agraria que, de alguna manera, también está financiando la Seguridad Social.

A nosotros nos es igual la fórmula de jornadas teóricas que otra cualquiera. Vuelvo a repetir que es un sistema italiano importado hace unos años, que tuvo su vigencia y virtualidad, pero que es revisable.

El cómo de la asistencia sanitaria en función de la ruralización de la Medicina y en función de la inserción de centros comarcales y subcomarcales en zonas geográficas rurales y el cómo de las pensiones serán en la forma que he explicitado con anterioridad, porque me parece que ese principio de solidaridad debe de extenderse por lo menos a los mínimos, aunque, vuelvo a repetir, los mínimos de las pensiones sean la mayor parte de los que se dan en el Régimen de la Seguridad Social.

El señor Paredes, de la Minoría Catalana, y el señor Monforte, de la Minoría Vasca, nos plantean unos problemas similares en cuanto a la planificación. Yo les diría que no he precisado exactamente lo que entiendo por planificación porque me sería muy difícil, ya que ese tema se inserta dentro del contexto de la Constitución, dentro de los conciertos del Estado con los organismos autonómicos, y es un tema de futuro sobre el que nos podremos pronunciar técnicamente en cuanto a su funcionalidad, pero que serán la Constitución y los regímenes autonómicos los que lo señalen. Dice lo mismo el señor Paredes cuando significa «criterios generales» que yo cuando digo «planificación».

En ese orden de cosas es evidente que la responsabilidad sanitaria del Estado, que asumen todos los Estados modernos, tiene que ir por el orden de la exigencia de unas determinadas condiciones, cuya virtualidad en las zonas regionales y cuya significación en áreas geográficas determinadas tiene que venir en función de la presencia condicionante de los mismos, lo cual, por supuesto, posibilita la

existencia de varios modelos sanitarios en virtud de las características esenciales de cada zona geográfica donde hayan de instalarse.

El señor Monforte puede suponer que nosotros tenemos datos sobre territorialización del costo y de los gastos, pero no en función de las autonomías que vayan a establecerse, sino en función de las características esenciales que en estos momentos comporta la administración sanitaria.

Sobre el tema de los conciertos me pregunta si hay homogeneidad en el tratamiento de las consideraciones de las entidades privadas que conciertan con la Seguridad Social. Yo le diría que difícilmente podría responderle de forma afirmativa; y eso no supone más que una crítica respecto a la formulación de los conciertos de la asistencia sanitaria en alguna forma, porque esos conciertos se han producido, como en alguna ocasión he explicado a S. S., de manera distinta en el tiempo, con niveles de asistencia totalmente dispares y con formulaciones de precios diferentes, de tal manera que ahora sí, ahora ya se están formulando homogeneidades y criterios para la contratación de servicios y para el concierto de entidades con la Seguridad Social.

El señor Fuejo puede estar absolutamente seguro de que nuestro concepto de la Sanidad a nivel departamental es un concepto de Sanidad integrada, donde intentamos huir de cualquiera de sus perfiles. Evidentemente, como he señalado en ocasión de reuniones de los estudiosos —como mi modesta persona—, aunque no de los profesionales —como también mi modesta persona—, vemos que hay una fórmula de Medicina integrada, indiscutible, con unos perfiles claros asistenciales y con otros perfiles claros de Medicina preventiva. Lo que es evidente es que no puede tener mayor peso en la compensación general del sistema ninguna de las dos fórmulas, pero por muchas explicaciones —y las oigo a diario— que los técnicos sanitarios me dais, realmente es muy difícil diferenciar a veces dónde está la fórmula asistencial y dónde la preventiva, de tal manera que es difícilísimo señalar cuándo está uno previniendo y cuándo está uno asistiendo. Sin embargo, hay momentos en que eso es claramente detectable: el tratamiento epidemiológico de la Sanidad es una fórmula preventiva clara y determinada; la

asistencia psiquiátrica es una fórmula asistencial clara y determinada en el momento asistencial, no en el preventivo, que también lo tiene; igual que la epidemiológica, que si efectivamente no se coarta, también tiene su período asistencial.

De tal manera que el tema está claramente determinado en una compensación general del sistema, en una fórmula de actuación funcional coordinada. Y no existe, por supuesto, ningún fallo en la apreciación de que el sistema tiene que estar ya compensado en sus distintas modalidades.

Yo creo que los objetivos, en nuestro criterio, los tenemos bastante clarificados y bastante concretos (vuelvo a repetir, los criterios, no las decisiones) en cada uno de los aspectos que les he señalado: en el de la Sanidad escolar; en el de la Medicina laboral; en el de la atención a la promoción de los adultos; en el de la asistencia sanitaria; en el de urgencia; en el de Medicina de familia. Podremos estar equivocados, pero criterios y objetivos señalados los tenemos escritos y perfectamente delimitados. Y tenemos perfilado el concepto de la ordenación territorial y el programa asistencial sanitario, lo cual no quiere decir que este criterio nuestro sea el bueno, si no es al final de los contrastes que tenemos que determinar, y sabemos cómo tiene que ser una Ley de Sanidad española, que probablemente no tenga que ser igual que la francesa. Conozco el código; es bastante grueso, pero ahí está todo.

Probablemente tengamos que ir a una ley muy simple, en la cual hay que desgranar una serie de acciones y realizaciones que vayan estructuralmente incardinadas entre sí, y después componer un texto articulado donde no se produzca esa dispersión legislativa con que nos encontramos en este momento, de una heterogeneidad tal que para los juristas es verdaderamente mareante —me imagino— y que para los sanitarios es desesperante. Tenemos que ir a una configuración mucho más simple, más sencilla, con unos pronunciamientos muy claros de obligaciones del Estado y de las corporaciones, de distribución de competencias territoriales, de ámbito funcional de actuación, muy perfiladas y muy claras, donde podamos desgranar una auténtica política sanitaria.

Las competencias del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en este orden de cosas tienen que recabarse, además de la función del Estado, en la exigencia del deber de preservar el derecho a la salud y el bienestar de los españoles, de tal manera que, efectivamente (y contesto a otra de las preguntas que ha formulado el señor Fuejo), nosotros no intentamos en estos instantes, a pesar de las incitaciones que desde algunos órdenes de cosas nos vienen, sobre todo de consideraciones económicas, una absorción totalitaria del sistema hospitalario español. La mayoría de los hospitales españoles viven en una indigencia tal que está posibilitando el que a diario nos encontremos con la fórmula de: «Ahí tiene usted ese hospital; haga con él lo que quiera», desde los ayuntamientos, diputaciones, entidades benéficas, etc.

Nosotros no queremos suplantar la personalidad patrimonial de las entidades, porque, además, si estandarizásemos la asistencia sanitaria desde una fórmula de concepción del hospital, similar y generalizada para todos, habríamos roto lo que de tradición hospitalaria hay en los centros, lo que de análisis, investigación, docencia, etc., tiene de peculiar cada centro con respecto a otro, y habríamos posibilitado un magma homogéneo de situaciones indiferenciadas, incompatible al menos con el humanismo a que en alguna ocasión he hecho referencia.

Por tanto, la planificación de las distintas competencias la haremos desde nuestra responsabilidad. No podrán instalarse hospitales militares, clínicas o instituciones que dupliquen servicios, porque nuestra planificación tratará de impedirlo. Las acciones funcionales internas de los departamentos no duplicarán servicios; un hospital clínico en que la Sanidad se financie por la Seguridad Social no podrá superponer sus servicios con la residencia sanitaria que está a su lado, como está sucediendo en estos momentos. Esa es, pues, la responsabilidad de coordinación que debemos asumir, no la de absorción patrimonial de personas, funciones, etc., que, lógicamente, sería la labor que en estos momentos posibilitase una acción de desprendimiento de la angustia hospitalaria.

En cuanto a los entes autónomos, yo diría que la respuesta, más o menos, he creído for-

mularla con anterioridad, y respecto a la última pregunta que el señor Fuejo formula de qué sectores van a cifrar las normas presupuestarias, yo le diría que, en el ámbito de la Seguridad Social, todos a la vez, porque realmente la compensación de funciones y de carencias está muy meditada. Los mayores esfuerzos, probablemente, tengan que hacerse en asistencia sanitaria, donde, de golpe, vamos a pasar de un crecimiento del 44 por ciento, de un año con respecto a otro, a un 15 como máximo, y eso nos obligará a medidas respecto a personal y respecto a utillaje y dotación que forzosamente tienen que ser impopulares, pero que no hay más remedio que afrontar por consideraciones de tiempo, ahorro y de administración, a lo que necesariamente estamos obligados y abocados.

Creo, si ustedes lo consideran así, haber respondido a sus preguntas, pero si he dejado alguna en el aire o quieren alguna aclaración, por favor, indíquenmelo.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Granada.

El señor GRANADO BOMBIN: Quería hacer una observación sobre el problema de las pensiones de Régimen Agrario.

Soy de una provincia agraria y defendiendo apasionadamente la equiparación de los trabajadores por cuenta ajena o autónomos. Mi criterio, en el que difiero del señor Ministro y del señor De las Cuevas, es que haya una transferencia adicional en estos momentos en que el fondo de pensiones del Régimen General atiende tan deficientemente a los pensionistas para el Régimen Agrario, entendiendo que la parte de cuota que percibe el Régimen General es suficiente aportación de los trabajadores. Y creo que el Estado es el que debe garantizar el mínimo a los trabajadores agrarios. Nada más.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor De las Cuevas.

El señor DE LAS CUEVAS GONZALEZ: Para aclararle al compañero del Grupo Socialista que he creído interpretar bien su manifestación sobre la transferencia de los fondos, pero yo me refería exclusivamente a los

fondos que se destinan a las pensiones de los trabajadores autónomos del campo, porque, además, ya no es una cuestión de sinceridad, como nos decía bien el señor Ministro, sino que es una cuestión de justicia, ya que se puede calcular un porcentaje muy elevado —quizá pase del 50 por ciento— de las pensiones que se están pagando a través del Régimen Especial de la Seguridad Social Agraria, que va a parar a pensionistas que no han, siquiera, trabajado en el campo. O sea, que el Régimen Especial ha sido un poco como la gran bolsa de la caridad que el Estado ha utilizado en estos años para recoger en ella a una serie de personas que no tenía dónde recoger.

Repito que si eso desapareciera, posiblemente, sin ninguna transferencia de fondos, los pensionistas del campo podrían tener hoy unas pensiones, si no iguales, muy parecidas a las del resto de los trabajadores agrarios.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Galeote.

El señor GALEOTE JIMENEZ: Una rectificación muy breve, solamente para indicar que se hablan dos lenguajes diferentes en el debate de hoy. Es una pena que no haya tiempo para poder extenderse y constatar que, efectivamente, hablamos de una cosa que es la Seguridad Social, fenómeno económico, y de otra, que es la salud pública, que no tienen nada que ver.

En el debate de hoy estamos tratando temas absolutamente diferenciados. Creo que hay que poner los medios para en el futuro remediar la cuestión.

Por otro lado, quería puntualizar, también como rectificación, por supuesto, por si acaso no se interpretó bien cuando yo lo dije. Esta mañana he estado en Talavera de la Reina en una reunión de médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional que estaban debatiendo la posible realización de un Congreso para la salud pública. El señor Ministro y el señor Subsecretario de la Salud, creo que debieran de tener interés en conocer las conclusiones y los debates que se han desarrollado allí. Yo creo que cuando se habla de la Seguridad Social, el señor Ministro se entiende muy bien con los diferentes componentes de la Comi-

sión, pero cuando se habla de la salud, yo creo que no hablamos el mismo lenguaje y, por lo tanto, es difícil acabar de entenderse.

Creo que el Cuerpo Médico Nacional de Sanidad tiene ya garantizada su capacidad y experiencia en el tema de salud pública. Ayer se hablaba ese lenguaje y se podía ver perfectamente cómo una medicina hospitalaria es consecuencia de un plan de salud general, no algo aparte, y cómo todo está encuadrado en unas funciones muy determinadas.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (Sánchez de León y Pérez): Muy brevemente, para decir a S. S. que estoy de acuerdo con su planteamiento. El cuerpo de Sanidad Nacional es parte muy importante, yo diría decisiva, en la elaboración de los criterios que he señalado, los cuales comparto.

Voy a estar mañana, si el tiempo político lo permite, con estos compañeros sanitarios. Efectivamente, allí hay un caudal de interpretación y concepto integral de la salud verdaderamente extraordinario, porque ellos, a diferencia de lo que sucede con otros sanitarios, han tocado el tema de Medicina preventiva de manera clara y determinada. Lo que pasa, señor Galeote, es que la confusión terminológica no la provoco yo, sino la dificultad de los conceptos para poder señalarlos clara y determinadamente, cuando, a mi modo de ver, muchas veces se está hablando de cosas similares en conceptos y palabras distintas, y hay cosas denominadas de distinta manera siendo lo mismo. Los conceptos de

Sanidad y salud pública, Medicina, Medicina social, etc, no están perfilados en una terminología clara y exacta. Por eso he pretendido de alguna manera simplificar la terminología que hubiese podido producir confusión; pero sólo es una cuestión terminológica, en que celebro estar de acuerdo con el señor Galeote.

El señor PRESIDENTE: Pienso que hemos llegado al final de esta sesión y creo que debo finalizar con una expresión sincera de gratitud al señor Ministro, por esta exposición realmente extraordinaria, realmente enjundiosa, a las señoras y a los señores Diputados, que pienso que ha dado una lección, un ejemplo de entrega, de servicio, de sacrificio; a los señores Taquígrafos, que nos han acompañado en esta larguísima sesión, que ha sido, realmente, una prueba de resistencia; y al personal de las Cortes, que también, con su presencia imprescindible, ha hecho posible el desarrollo de esta reunión. Yo creo que, con el esfuerzo de todos, hemos hecho algo realmente positivo, realmente importante, y que se han sentado bases firmes para poder seguir este entendimiento de impresiones, de experiencias, de sugerencias, este contraste de sentimientos que, en definitiva, debe llevarnos a dar un mejor servicio a este colectivo nacional nuestro que tanto necesita de nuestra atención, de nuestra dedicación, de nuestro esfuerzo.

Con mi sincera gratitud para todos, levanto la sesión. Muchas gracias.

*Eran las once y cincuenta y cinco minutos de la noche.*

**Precio del ejemplar ..... 50 ptas.**

**Venta de ejemplares:**

**SUCESORES DE RIVADENEYRA, S. A.**

**Paseo de Onésimo Redondo, 36**

**Teléfono 247-23-00. Madrid (8)**

**Depósito legal: M. 12.590 - 1961**

---

**RIVADENEYRA, S. A.—MADRID**