

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JOSE FEDERICO DE CARVAJAL PEREZ

Sesión Plenaria núm. 149

celebrada el miércoles, 26 de febrero de 1986

ORDEN DEL DIA

Dictámenes de Comisiones sobre proyectos y proposiciones de Ley remitidos por el Congreso de los Diputados (continuación):

- De la Comisión de Sanidad y Seguridad Social en relación con el proyecto de Ley General de Sanidad («Boletín Oficial de las Cortes Generales», Senado, Serie II, número 319, 25 de febrero de 1986).

SUMARIO

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

	Página
Dictámenes de Comisiones sobre proyectos y proposiciones de Ley remitidos por el Congreso de los Diputados (continuación)	6989
	Página
De la Comisión de Sanidad y Seguridad Social en relación con el proyecto de Ley General de Sanidad	6989

El señor Vallejo Rodríguez presenta el dictamen. El señor Mateos Otero defiende la enmienda de veto del Grupo Popular. Para turno en contra interviene el señor Luna González. El señor Mateos Otero interviene por el artículo 87. Le contesta el señor Luna González. El señor Fernández-Piñar y Afán de Ribera defiende la enmienda de veto del Grupo Mixto. Para turno en contra hace uso de la palabra el señor Luna González. El señor Fernández-Fuente y Afán de Ribera interviene por el artículo 87. Le contesta el señor Luna González. El señor López Hueso defiende su enmienda de veto. Para turno en contra interviene el señor Luna González. El señor López Hueso hace uso de la palabra por el artículo 87. Le contesta el señor Luna González. En turno de portavoces intervienen los señores Bajo Fanlo, Bernárdez Alvarez, Alvarez Ruiz de Viñaspre, Andreu i Abelló (don Carlos) y Luna González.

Se rechaza el veto del señor López Hueso.

Se rechaza el veto del Grupo Mixto.

Se rechaza el veto del Grupo Popular.

El señor Andreu i Abelló (don Carlos) da por defendidas sus enmiendas a la exposición de motivos. El señor Agudo Calleja defiende una enmienda del Grupo Popular. Para turno en contra hace uso de la palabra el señor Luna González. En turno de portavoces interviene el señor Agudo Calleja.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se rechaza la enmienda del Grupo Popular.

Se aprueba el texto del dictamen de la exposición de motivos.

Se da por defendida una enmienda del señor Aguilera Bermúdez.

El señor Fernández-Piñar y Afán de Ribera defiende todas sus enmiendas al Título preliminar. Para turno en contra interviene el señor Luna González.

Se rechaza la enmienda asumida por el señor Mateos Otero.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Mixto.

Se aprueba el texto del dictamen.

El señor Agudo Calleja defiende tres enmiendas al Título I.

El señor López Hueso defiende las enmiendas 315 a 325.

El señor Marqués López defiende sus enmiendas. El señor Mateos Otero defiende dos enmiendas.

Se suspende la sesión.

Se reanuda la sesión.

El señor Andreu i Abelló (don Carlos), defiende tres enmiendas al Título I. Seguidamente interviene el señor Bajo Fanlo. El señor Bernárdez Álvarez defiende un voto particular. Interviene a continuación el señor Pardo Gómez. Para turno en contra hace uso de la palabra el señor Trapero García. En turno de portavoces intervienen los señores Bajo Fanlo, Marqués López y Trapero García. El señor Bajo Fanlo habla por el artículo 87. Seguidamente intervienen los señores Laborda Martín, Fernández Fernández-Madrid y Marqués López. El señor Agudo Calleja defiende una enmienda. El señor Mateos Otero da por defendida una enmienda. El señor Pardo Gómez defiende una enmienda. El señor Andreu i Abelló (don Carlos) defiende las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado. El señor Pardo Gómez da por defendidas las suyas. Para turno en contra interviene el señor Trapero García. En turno de portavoces hacen uso de la palabra los señores Bernárdez Álvarez, Pardo Gómez y Trapero García.

Se rechazan las enmiendas del señor Agudo Calleja al Título I.

Se rechazan las enmiendas del señor López Hueso.

Se rechazan las enmiendas del señor Marqués López, salvo la 304.

Se aprueba la enmienda 304, al Título I.

Se rechazan las enmiendas del señor Mateos Otero, incluida la del señor Aguilera Bermúdez.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se rechazan las enmiendas del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos.

Se rechaza la enmienda del señor Pardo Gómez.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Mixto.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Popular.

El señor Secretario (Rodríguez Pardo) da lectura de una enmienda transaccional.

Se aprueba.

Se aprueba el texto del dictamen, con las modificaciones efectuadas.

El señor Andreu i Abelló (don Carlos) da por defendidas sus enmiendas al Título II. El Grupo Mixto las da por defendidas. El señor Mateos Otero defiende varias enmiendas del Grupo Popular. Para turno en contra interviene el señor Luna González. En turno de portavoces hacen uso de la palabra los señores Alarcón Molina y Luna González.

Se aprueba la enmienda 442, del Grupo Cataluña al Senado.

Se rechaza el resto de las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se rechaza una enmienda del Grupo Mixto.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Popular.

El señor Secretario (Rodríguez Pardo) da lectura de una enmienda transaccional.

Se aprueba.

Se aprueban los artículos 38 a 42.

Se aprueban los apartados 1 y parte del 2, que corresponde a los epígrafes a) y b) del artículo 43.

Se aprueba el resto del artículo 43.

El señor López Hueso defiende dos enmiendas al Título III.

El señor Marqués López defiende dos enmiendas.

El señor Andreu i Abelló (don Carlos) defiende parte de las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

El señor Bajo Fanlo defiende tres enmiendas del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos.

Se dan por decaídas dos enmiendas del Grupo Mixto.

El señor Mactas Santana defiende varias enmiendas. Para turno en contra hace uso de la palabra el señor Trapero García. En turno de portavoces hacen uso de la palabra los señores López Hueso y Trapero García. El señor Agudo Calleja defiende una enmienda. El señor Ferrer i Gironés retira una enmienda, por haber promovido una transaccional. El señor Mateos Otero defiende una enmienda. El señor Andreu i Abelló da por defendidas las enmiendas 498 a 517, del Grupo Cataluña al Senado. El señor Mateos Otero defiende varias enmiendas del Grupo Popular. Para turno en contra hace uso de la palabra el señor Vi-

llalonga Riudavets. En turno de portavoces intervienen los señores Alvarez Ruiz de Viñaspre y Villalonga Riudavets.

Se rechazan las enmiendas del señor López Hueso al Título III.

Se rechazan las enmiendas del señor Marqués López.

Se rechazan las enmiendas del señor Agudo Calleja.

Se rechaza la enmienda del señor Mateos Otero.

Se rechazan las enmiendas del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos.

El señor Secretario (Rodríguez Pardo) da lectura de dos enmiendas transaccionales.

Se aprueba la primera enmienda transaccional.

Se aprueba la segunda enmienda transaccional.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se suprime la letra c) del artículo 46.

Se aprueba el número 1 del artículo 66.

Se aprueba el dictamen, salvo el párrafo 6.º del artículo 82 y la letra c) del artículo 46.

El señor Agudo Calleja defiende una enmienda al Título IV.

El señor Trapero García interviene para una cuestión de orden. Seguidamente habla el señor Laborda Martín. Les contesta el señor Presidente. El señor Andreu i Abelló (don Carlos) defiende sus enmiendas. Interviene el señor Presidente, y, a continuación, el señor Aguiriano Forniés. El señor Alvarez Ruiz de Viñaspre defiende sus enmiendas. Para turno en contra interviene el señor Luna González. En turno de portavoces hacen uso de la palabra los señores Alarcón Molina y Luna González.

Se rechaza la enmienda del señor Agudo Calleja.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Popular.

Se aprueba el dictamen.

El señor Secretario (Rodríguez Pardo) da lectura de una enmienda transaccional al artículo 91.

Se aprueba.

El señor Andreu i Abelló (don Carlos) defiende unas enmiendas al Título V. El señor Bajo Fanlo defiende dos enmiendas. El señor Bernárdez Alvarez defiende una enmienda. El señor Bautista de la Torre defiende sus enmiendas. Para turno en contra interviene el señor Villalonga Riudavets. En turno de portavoces hacen uso de la palabra los señores Andreu i Abelló (don Carlos), Bajo Fanlo, Bautista de la Torre y Villalonga Riudavets.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se rechazan las enmiendas del Grupo de Senadores Vascos.

Se retira la enmienda del Grupo Mixto.

Se rechazan las enmiendas del Grupo Popular.

El señor Secretario (Rodríguez Pardo) da lectura de una enmienda transaccional.

Se aprueba.

Se aprueba el apartado 1 del artículo 95.

Se aprueba el resto del artículo 95, hasta el 103.

El señor López Hueso defiende sus enmiendas al Título VI.

El señor Andreu i Abelló (don Carlos) da por defendidas las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado. El señor Bajo Fanlo defiende una enmienda del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos. El señor Gurriarán Canalejas defiende las enmiendas del Grupo Popular. Para turno en contra interviene el señor Trapero García. En turno de portavoces hacen uso de la palabra los señores Renobales Vivanco, Gurriarán Canalejas y Trapero García. El señor Secretario (Rodríguez Pardo) da lectura de una enmienda transaccional. Seguidamente interviene el señor Mateos Otero. Le contesta el señor Vicepresidente (Guerra Zunzunegui).

Se suspende la sesión.

Eran las nueve y treinta de la noche.

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

DICTAMENES DE COMISIONES SOBRE PROYECTOS Y PROPOSICIONES DE LEY REMITIDOS POR EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (continuación)

— DE LA COMISION DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL EN RELACION CON EL PROYECTO DE LEY GENERAL DE SANIDAD

El señor PRESIDENTE: Se abre la sesión.

Entramos en la discusión del dictamen de la Comisión de Sanidad y Seguridad Social en relación con el proyecto de Ley General de Sanidad.

El Presidente de la Comisión tiene la palabra.

El señor VALLEJO RODRIGUEZ: Sí, señor Presidente, he sido designado yo mismo.

El señor PRESIDENTE: Su señoría ocupa la tribuna de oradores.

El señor VALLEJO RODRIGUEZ: Desde que la Ley General de Sanidad entró en el Senado, ha pasado por distintas vicisitudes. El período que se señaló para presentar enmiendas tuvo que ser ampliado por el gran interés que la ley había despertado en el Senado entre los distintos Grupos Parlamentarios. Tanto en Ponencia como en Comisión, cuando empezó el trabajo, hubo de ampliarse también el período de días en que tenían que trabajar los ponentes, y después la Comisión se fue sucesivamente retrasando debido a las peticiones que los Grupos Parla-

mentarios hacían de ampliar los períodos de negociación para ver la posibilidad de que sus enmiendas fuesen incorporadas al texto del dictamen.

Han sido presentadas 674 enmiendas al texto de la ley. Sin embargo, a lo largo del proceso que el proyecto de ley ha tenido, tanto en Ponencia como en Comisión, han sido retiradas o aceptadas, a través de transaccionales, alrededor de 200 enmiendas de las que entonces se presentaron, con lo cual quedan algo menos de 500 enmiendas vivas para el debate en el Pleno, aunque parece que incluso este número se puede rebajar a lo largo de esta sesión.

Algunos títulos tienen escaso número de enmiendas; es decir, no todas las enmiendas están repartidas de igual manera entre todos los artículos de la ley o todos los capítulos, por lo que incluso quizá el debate se haga por materias, más que por capítulos o títulos.

Creo que es necesario resaltar la importancia que la Ley General de Sanidad tiene en este período de la legislatura. Por sí misma regula una materia, y hay que remontarse decenas de años en la legislación española para encontrar algo no igual sino parecido y, desde luego, de un contenido absolutamente diferente. Pero es que, además, no sólo es importante por lo que regula en sí misma, por lo que supone de legislación en materia de sanidad, sino también por lo que puede incluir en cuanto que va a sentar las bases de la sanidad española en el futuro y, si todo lo que se legisla es importante, sin embargo, en materia de sanidad además tiene una enorme repercusión en el pueblo español, puesto que la atención de los ciudadanos se presta fundamentalmente a tender a conservar y mantener la salud pública.

Yo creo que es innecesario ahondar en ello, porque a lo largo también de estos tres años largos de legislatura, en la opinión pública, en los sectores de trabajadores de la sanidad, en los sectores de colegios profesionales, en los medios políticos y en los medios de organizaciones sindicales y ciudadanas se ha hablado suficientemente de la Ley General de Sanidad.

Solamente quiero decir que ya por fin está aquí, en el Pleno del Senado, y desear que acertemos en nuestra labor legislativa por el bien del pueblo español.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Vamos a entrar en la discusión de las enmiendas de veto. Tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular para defender la enmienda de veto del referido Grupo.

El señor MATEOS OTERO: Señor Presidente, señorías, tengo el honor de dirigirme a ustedes en nombre de mi Grupo para oponernos al proyecto de Ley General de Sanidad que hoy se va a tramitar ante el Pleno de esta Cámara.

Señor Ministro, señorías, es necesario reformar la sanidad, de esto no existe la menor duda. Todos los grupos políticos, profesionales y sociales, coinciden en la necesidad de esta reforma. Cuando todo el mundo está de acuerdo en esta necesidad es porque la que tenemos va mal, porque la que tenemos no sirve, porque la asistencia sanita-

ria en España lleva años degrandándose de una manera alarmante. Esta degradación, que nadie discute, tiene su origen en una sanidad estatalizada y burocratizada, nacida, como les gusta decir a ustedes, a los del banco de la izquierda, en un Gobierno no precisamente democrático, y ustedes, viendo el fracaso de este sistema, presentan una ley que no solamente no corrige estos defectos, sino que los agrava. Presentan una ley con la cual aumentan la estatilización y la burocracia, y esto lo hacen, como suelen hacerlo casi todo, de manera solapada, sin decirlo claramente en la ley, como han hecho con tantas otras, como, por ejemplo, con la Ley de Educación. Si nos fijamos bien en esta ley, no nos puede pasar desapercibido que solamente establece los derechos del enfermo respecto de las Administraciones públicas y sanitarias —en el artículo 10 se puede ver esto perfectamente—, como si el enfermo, cuando utiliza los servicios de la medicina privada o cualquier otro sistema careciera de todo tipo de derechos.

A lo largo de la ley y de las actuaciones del Ministerio de Sanidad durante estos tres últimos años, vamos viendo cómo se está pensando en un sistema totalmente público, entre otras cosas por la asfixia económica a la que se está sometiendo a otro tipo de sistemas. Claro es que se nos podría decir que esto no es cierto, que el sistema privado se contempla en la ley, pero ¿de qué manera se contempla? Es una ley de 112 artículos, en los cuales sólo en cinco se habla de este tipo de medicina. De estos cinco artículos, dos son una reproducción exacta de la Constitución y los otros tres se ocupan únicamente de los conciertos con las Administraciones públicas. Además, ¿cuál ha sido la actuación del Ministerio de Sanidad en estos últimos dos años a este respecto? Pues es muy fácil, el practicar una política de asfixia económica a hospitales y clínicas privadas. Muchos de ellos se han visto abocados al cierre, a otros se les adeudan millones y más millones durante meses e incluso años y se les ponen cuantas trabas administrativas pueden evitar su normal funcionamiento.

No creo que se nos pueda decir que el Gobierno socialista no piensa en una estatalización masiva y progresiva de la sanidad. Por otro lado, señorías, a pesar de los esfuerzos que ustedes hacen cada vez que salen en televisión para explicar esto, no tienen ustedes verdadera libertad de elección de médico y, por supuesto, en esta ley ni se plantea el poder elegir el centro hospitalario. Porque para nosotros, señorías, la libertad de elección para el paciente de su médico y de su centro hospitalario, y la libertad de instalación y de prescripción para los médicos es una de las libertades fundamentales en un país democrático, tanto como puede ser la de elegir su forma de vestir, su abogado o su tienda de comestibles; tanto como pueda ser su libertad de desplazamiento. Y, además, es significativo subrayar que en los países donde no existen libertades se adjudican autoritariamente enfermos a un solo médico. Gustavo Bom, médico del siglo XIX, decía: «Los hombres de todos los tiempos sólo han adorado, bajo nombres diferentes, una sola divinidad: la esperanza». Pues bien, señorías, esta esperanza en medicina la encarna el médico libremente elegido.

Hoy, que tantos esfuerzos mentales, físicos y económi-

cos está gastando el Partido Socialista en convencer a los españoles de su clara y diáfana voluntad occidentalista, nos traen a esta Cámara una ley de Sanidad monopolista y estatalizadora, más propia de estados totalitarios que de aquellos que de verdad buscan consagrar las libertades. Pero es que, además, esta ley elimina totalmente la competitividad, y cuando la competitividad desaparece, aparece el monopolio y el monopolio nos conduce a la mediocridad, a la medianía, a la falta de lucha y a la falta de ilusión. Esto precisamente en medicina es grave. En los momentos actuales de grandes avances tecnológicos, tanto en el terreno de la prevención, del diagnóstico como del tratamiento, eliminar la competencia nos llevará inevitablemente a un encorsetamiento de nuestra medicina, que quedará anclada en viejos moldes y se convertirá rápidamente en una mala medicina tercermundista.

¿Saben ustedes, señorías, que las publicaciones científicas de carácter sanitario han descendido en estos tres últimos años en un 50 por ciento? ¿Que la asistencia a congresos y reuniones es el 60 por ciento más baja y que la venta de libros y revistas médicas ha descendido entre nuestros profesionales en un 90 por ciento? (*Rumores.*) Ustedes con esta política sanitaria han hecho que nuestros profesionales pierdan la ilusión y las ganas de aprender. Ustedes pretenden profesionales mediocres y funcionalizados, que cumplan estrictamente horarios, todos iguales, sin jerarquías, sin élites. Quieren convertir al médico en un mecánico del cuerpo y se olvidan de algo importante: se olvidan de que el miedo al dolor y el miedo a la enfermedad o la angustia de morir no podrán nunca ser apaciguados por una medicina mecanizada y funcionalizada.

Ustedes hablan a menudo de progreso y de modernidad: mejor dicho, anuncian a quien quiere oírles que el Partido Socialista es el progreso y la modernidad. Pues bien, sus hechos no refrendan estas palabras. Ustedes en esta ley no son progresistas ni modernos, y no se ría, Senador Moreno, porque esto que estoy diciendo es auténticamente cierto y real. No es una ley progresista porque está basada en una concepción de la sanidad trasnochada, antigua, anclada en planteamientos y en ideas de hace más de cuarenta años. Consagra el mismo sistema financiero que ideó el señor Girón cuando puso en marcha el seguro obligatorio de enfermedad. Han sido incapaces de la menor originalidad y del menor avance. No es una ley moderna, es una ley que nace sin futuro porque se apoya en un sistema ya fracasado, en un sistema que todo el mundo coincide en la necesidad de cambiar, excepto ustedes, que naturalmente se empeñan en perpetuarlo y en ampliarlo. No es una ley moderna porque en ella no se contempla la verdadera realidad social española ni la verdadera realidad sanitaria, porque no aborda temas tan imprescindibles en materia sanitaria como la educación, la docencia, la investigación, la realidad de nuestra tercera edad o la sanidad escolar.

El modelo sanitario que se adivina a lo largo de la ley y que luego ustedes, naturalmente, contemplarán con la redacción de decretos y reglamentos, es totalmente impre-

sentable ante una sociedad de un país que busca ansiosamente mejorar y salir hacia delante.

Con todos mis respetos, esta ley es una verdadera y auténtica chapuza. Por un lado mantienen un modelo de financiación fracasado, en ruina e impropio, totalmente insuficiente y regresivo para los objetivos que en la ley dicen que quieren alcanzar. Por otro lado, se copia de sistemas fracasados y en franca regresión, como el sistema nacional sanitario único, no teniendo en cuenta que en los países donde esto ha funcionado lo están demostrando porque se han dado cuenta del fracaso que este sistema ha supuesto. Se invoca por primera vez la palabra salud como prioridad absoluta, por encima de la asistencial, y se olvida lo que quiere decir salud como completo bienestar físico, social y material, imposible de alcanzar con la financiación y los planteamientos de ustedes. Se ignoran importantes recursos médicos-sanitarios por el mero hecho de no ser públicos, olvidándose que el Estado, con sus únicos medios, no tienen actualmente capacidad ni siquiera para cubrir decorosamente el 50 por ciento de sus necesidades. Se olvida total y absolutamente de los profesionales, con claro desprecio hacia las organizaciones colegiales, las cuales eliminan de cuantos órganos y consejos contempla esta ley.

Nosotros decimos y seguiremos diciendo que los que más deben entender de sanidad son los profesionales sanitarios, los médicos, los farmacéuticos, los veterinarios, los ATS, pues bien, se elimina a todos ellos, verdaderos técnicos en la materia en aras de una politización abusiva de la sanidad.

Si hay algo en donde verdaderamente deberíamos olvidarnos de nuestros planteamientos políticos, es precisamente en la sanidad, pero con esta ley ustedes la estén politizando. Politizan la sanidad rural, enfrentando a pueblos, ayuntamientos, vecinos, profesionales, etcétera. Politizan hospitales y ambulatorios, con nombramientos políticos en puestos verdaderamente técnicos, cambiando a verdaderos profesionales eficientes y experimentados por hombres inexpertos, pero, eso sí, con carnet de partido, y finalmente politizan a la sociedad enfrentándola con los profesionales.

El resultado de todo esto es la ley que ustedes presentan, una ley politizada y partidista y, señorías, en sanidad habría que huir de estas premisas políticas o ideológicas. Los enfermos, señorías, no tienen la culpa.

Y con todo esto, con la aprobación de esta ley, ¿qué medicina es la que nos espera? Es muy fácil: hospitales desorganizados a beneficio de la luchas sindicales, médicos sin ilusión y sin competitividad, la medicina liberal asfixiada económicamente y blanco de los ataques incesantes del Gobierno, y para que los profesionales no podamos decir nada, la desaparición de hecho de los Colegios Profesionales, quedándose entonces el Gobierno como único juez y garante de la deontología médica.

En resumen, señorías, la ley está dominada por la ideología partidista de un único partido político que impone su política por encima de consideraciones sanitarias. La ley es incompleta, inconcreta, estatalizadora y politizada, sin que a los profesionales sanitarios, a través de sus or-

ganizaciones colegiales, a los partidos políticos con otra visión del problema, y a la sociedad se les haya dado la más mínima oportunidad de intervenir en la concepción de la misma.

Por todo ello, señorías, en la seguridad de que sería un gran bien para la sociedad española, como les gusta a ustedes decir, por el bien de España, el Grupo que en este momento represento pide la devolución de este proyecto de ley al Gobierno.

Muchas gracias, señor Presidente, señorías. *(Aplausos en los bancos de la derecha.)*

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. ¿Turno en contra? *(Pausa.)*

Tiene la palabra el señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muchas gracias, señor Presidente. Señoras y señores Senadores, por paradójico que parezca en una Cámara política (porque todos somos políticos), se nos acusa de venir a hacer política. Por paradójico que parezca, digo, por un político que se supone que es un político profesional, y que parece que no debería tener ningún problema con esto de hacer política. Y se pretende, o se quiere hacer entender a la Cámara, que esto de la Sanidad es un problema exclusivamente científico; que los políticos poco tenemos que decir aquí; que la hacen los médicos y los demás a mirar y a callar.

Voy a tratar de demostrar a SS. SS. que, efectivamente, nosotros tenemos una visión política de lo que es el problema sanitario, pero que existe otra que se deduce de este texto que tengo en mis manos de la Ley General de Sanidad, texto alternativo del Grupo Parlamentario Popular presentado en el Congreso y profusamente distribuido a la sociedad española. Y además de esto, lógicamente, las enmiendas que se han presentado al proyecto de ley que estamos discutiendo en estos momentos, porque, en definitiva, si un modelo es un modelo político, el otro también lo es. Por tanto, vamos a ver cuáles son las diferencias.

En primer lugar, había que ver dónde están los principios sobre los que se enmarca la política sanitaria de este país, y tenemos principios que son enormemente elocuentes sobre lo que uno quiera o no quiera entender por política sanitaria. Por ejemplo, en el artículo 2.º del texto del Grupo Popular se dice: igualdad para todos. Pero, ¡jojo!, igualdad respecto de la edad, del sexo o del estado de salud. Naturalmente, la igualdad respecto de las condiciones económicas de cada uno es otro tema. Cada uno tendrá más o menos «igualdad» en función de que tenga más o menos dinero para defenderse de las agresiones del medio ambiente o para defenderse de los problemas de salud. Libertad, claro, pero libertad de elección, libertad de ejercicio y libertad de formación, y ya veremos posteriormente a qué conduce la libertad de elección, la libertad de ejercicio y la libertad de formación.

Reconocimiento de la acción privada y complementariedad de esto con la pública. Aquí está la clave del sistema. Esta es la diferencia entre un sistema y otro: que nosotros entendemos el sistema sanitario como un mode-

lo público, como un modelo de servicio público, fundamentalmente, mediante el cual el Estado, a partir de la obligación que tiene en el artículo 43 de la Constitución, ofrece unos servicios de salud a todos los ciudadanos y, lógicamente, hay otro modelo que es liberalizado, privatizado, y ya veremos posteriormente también qué problemas nos plantea esto.

Finalmente, gestión pública y gestión privada de los aspectos sanitarios. Estos son los principios en los cuales el Grupo Popular enmarca su proyecto alternativo.

Pero vamos a profundizar un poco más en este tema. ¿Cuál es el modelo que se nos ofrece? Es, ni más ni menos, un modelo asistencialista, un modelo absolutamente medicalizado; es decir, un modelo que pugna abiertamente con lo que son las concepciones epidemiológicas vigentes hoy en día en la Organización Mundial de la Salud. Ustedes están anclados en la epidemiología del siglo XIX, que establecía clarísimamente que había sólo un agente provocador de las enfermedades. Entonces, el problema era la asistencia. Había un modelo de control público de las enfermedades transmisibles y el resto era asistencia sanitaria. Ustedes, coherentemente con este modelo, eliminan la prioridad que nosotros establecemos en el proyecto de ley en la promoción, prevención y en los estudios epidemiológicos. No les preocupa nada más que la asistencia. Lógicamente, el negocio en la sanidad está con los enfermos, no con los sanos y, por lo tanto, si hay que primar el negocio, el negocio es curar a los enfermos; que se elimine de la ley la prioridad para la promoción de la salud, para la prevención de la enfermedad y para los estudios epidemiológicos. No me estoy inventando nada: enmiendas 145 y 147 de SS. SS. a los artículos 3.º y 8.º

¿Qué planificación proponen? Una planificación sin objetivos, sin preocuparse de los objetivos de salud que tiene que tener una comunidad, enmienda 212 y siguientes. Su planificación queda reducida exclusivamente a los mapas sanitarios, a la ordenación de los recursos sanitarios, pero no hay ningún objetivo de salud que defender en la comunidad, porque no hay que defender la salud de la comunidad. Este es el principal problema de su modelo, asistencialista y medicalizado.

¿Cómo entienden ustedes la participación en el sistema? No sé cómo decirlo, porque a veces da congoja leer en el artículo 18 de su texto que la participación de los españoles, que contempla la Constitución, se va a establecer de la siguiente manera: consejos territoriales de salud, consejos de Comunidades Autónomas y consejos a nivel de todo el Estado. Pero, ¿quién participa en esos consejos? Ustedes lo dicen literalmente: sólo los representantes técnicos sanitarios y los Colegios, es decir, los ciudadanos no participan. El problema de la salud es exclusivamente de organización médica. Participan los médicos en esos consejos y de esta manera ya tenemos garantizada la participación de todos los ciudadanos. Pues no es así, porque los médicos con frecuencia —y no lo digo yo, lo dice el doctor Mahler que ha sido Director General de la Organización Mundial de la Salud— están más interesados y preocupados por su propio trabajo, con los adelantos científicos, que por el interés que para la pobla-

ción tienen esos adelantos científicos. Ustedes, los médicos, muchas veces están sujetos a las presiones de grupos tecnológicos y ahí tiene que estar la población participando para decidir si un sistema, si un nuevo procedimiento, que puede ser y que normalmente es costoso, tiene beneficios para la población o no los tiene, o es exclusivamente el capricho de un señor que quiere investigar en una determinada línea, que quiere colocarse en vanguardia y que hace gastar a la población recursos que son más necesarios en otro tipo de atención, como es la atención primaria.

Ustedes niegan la participación de la población en el sistema sanitario. ¿Cómo tratan ustedes a los profesionales? Es clarísimo. Léanse el artículo 55. Todo el sistema sanitario está organizado en función de los profesionales, y lo único que hay que hacer es respetar los cuerpos y los derechos de los profesionales. Incluso ustedes —y parece irónico—, como hay una Ley de Incompatibilidades en este momento, hablan de Ley de Compatibilidades. No deja de tener gracia.

Pero la clave de todo este tema está en el artículo 52, que dice muy clarísimamente qué es lo que piensan ustedes de cómo se organiza un sistema sanitario. Dice el artículo 52 de su texto que para alcanzar estos fines y mejorar sus funciones, la sanidad veterinaria, o veterinaria salud pública (que ha sido siempre la pariente pobre entre los profesionales), tendrá un nivel administrativo y funcional equiparable al de las otras profesiones sanitarias, «con el objetivo de acceder en igualdad de condiciones a las decisiones políticas de planificación y de presupuestos en el desarrollo y realización de programas».

Es evidentemente claro. Quien toma las decisiones políticas de planificación y de presupuestos son los profesionales sanitarios, los médicos, los veterinarios y los farmacéuticos. Es decir, que una decisión política escapa a los órganos políticos de un país. Son sus profesionales quienes tienen que tomar estas decisiones. Esto, de verdad, está muy cerca de la democracia corporativa. Algunos prefieren llamarla democracia orgánica, porque los médicos van a tomar las decisiones en materia de planificación sanitaria y de asignación de recursos, los ingenieros de caminos tomarán decisiones en materia de planificación de carreteras y asignación de recursos, los militares en materia de defensa, ¿y los ciudadanos de a pie, qué hacen? ¿Qué pintan las elecciones generales en un país, si son los médicos, los veterinarios y los farmacéuticos los que toman las decisiones, y lo dicen en su texto? Este es el tratamiento que dan ustedes a la reforma sanitaria, una reforma en función exclusivamente de los intereses de los profesionales, como ha sido siempre, naturalmente, faltaría más.

Vamos al tema de la financiación, que no deja de ser un tema interesante también en su proyecto alternativo. Ustedes dicen en su proyecto de ley que hay un modelo de financiación que es heredero de la tradición anterior, que es un modelo de financiación de la época de Girón. Como si nosotros tuviéramos que renegar absolutamente de todo lo que ha pasado a lo largo de la historia de España. También han pasado cosas buenas, y las asumimos.

Y frente a una participación de la Seguridad Social que nosotros planteamos y no es un tema cerrado, ni muchísimo menos, sino que se reconoce una realidad, que es decir que la Seguridad Social aporta hoy en día al sistema sanitario público 800.000 millones de pesetas aproximadamente, que no pueden desaparecer, obviamente, de la noche a la mañana, a partir de ahí se puede trazar un camino que puede llegar hasta la situación, por ejemplo, de Suecia o Inglaterra, países con Servicio Nacional de Salud, donde la participación de la Seguridad Social no llega al 10 por ciento de la financiación del sistema sanitario, pero ustedes dicen que eso es regresivo y que no sirve.

Vamos a ver el modelo que ustedes proponen, un modelo que dice que la financiación sea vía Presupuestos Generales del Estado, punto uno; y, punto dos, el pago por los usuarios. Ya hemos llegado donde teníamos que llegar. O sea, la financiación por cotizaciones a la Seguridad Social es regresiva, pero que el ciudadano pague los servicios, eso no es regresivo. De manera que aquel que pueda pagarse determinados servicios, tendrá acceso al sistema sanitario, y el que no pueda pagarlos no tendrá acceso al sistema sanitario o tendrá acceso a un sistema sanitario de segunda.

Ese es un modelo de financiación. Y a continuación viene como corolario de todo ello, de lo que son los profesionales y el papel que juegan, cómo cobran los profesionales en ese sistema, y eso es lo importante. Los profesionales van a cobrar por servicio. Es decir, pago por acto médico. Ese es, en definitiva, el objetivo de su modelo alternativo y el objetivo para ustedes de una Ley General de Sanidad.

El pago por acto médico ustedes no ignoran, a pesar de que lo nieguen, que supone, primero, no garantizar un mejor modelo de asistencia y, segundo, encarecer de manera increíble los gastos de la sanidad. Repasen y comparen lo que suponen en porcentaje del producto interior bruto los gastos sanitarios en países con modelo liberalizado, Estados Unidos, Francia y Alemania, y en países con modelo de Servicio Nacional de Salud, Inglaterra, Suecia, Italia, etcétera. Hay una diferencia abismal. ¿Por qué? Porque cuando el pago es por acto médico no hay manera de controlar los gastos sanitarios, y está muy estudiado, desde Abel Smith hasta un montón de tratadistas de la economía de la salud. Porque, ¿quién controla la demanda en el pago por acto médico? El mismo que presenta la oferta en el mercado, es decir, que el médico es quien decide cuántos actos médicos hacen falta para curar el proceso, y por eso en Estados Unidos hay un porcentaje de operaciones de cualquier índole muy superior al de Inglaterra, porque en cuanto uno entra en un hospital si se descuida lo operan, le haga falta o no. (*Aplausos en los bancos de izquierda.*)

Naturalmente, viven de eso y tienen que cobrar de eso. Y esto no lo digo yo, me remito a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud y a estudios serios de tratadistas internacionales en materia de economía de la salud.

No hay que extrañarse, es lógico, aparte de ser verdad, porque si yo soy médico y tengo poca clientela, la que ten-

go tendré que utilizarla bien, y como, además, al final lo que ustedes quieren es que paguen los Presupuestos públicos, en parte, salvo a los de elite, que a esos ya les pagan los privados, lógicamente al usuario le da igual ir una o catorce veces al médico, porque lo pagan los Presupuestos públicos, pero al médico no le da igual que vaya una o catorce veces, porque si va catorce veces cobra catorce actos médicos, y si va una vez, cobra uno sólo. Esta es la diferencia con su sistema.

Ustedes fíjense lo que supone eso no sólo de gastos para el Presupuesto público, fíjense lo que supone qué vamos a hacer con los profesionales sanitarios que son asalariados de la Seguridad Social o de las otras Administraciones sanitarias. Porque si se convierte el sistema en un sistema de pago por acto médico, esos profesionales que tienen un sueldo fijo, ¿qué pasa? ¿Ustedes los dejan en la calle? Plántense la inseguridad en el empleo para miles y miles de profesionales sanitarios que quieren establecer con este sistema. Pero eso les preocupa menos porque, en definitiva, los «buenos médicos», los médicos con pedigríe, con una buena consulta, van a tener garantizada su asistencia.

Su modelo es un modelo privatizador y liberalizador, y esto se deduce también de una mirada por encima nada más de lo que es el artículo 90 y siguientes, donde se establece la política de conciertos. Sus señorías establecen que para realizar conciertos con las instituciones públicas no hace falta ningún tipo de cautela, no hace falta ningún tipo de límite, no hay que controlar nada, incluso lleguen a mantener en una enmienda que se pueden hacer conciertos sin respetar los objetivos sociales o económicos sanitarios. Hasta eso llegan ustedes. No les preocupa nada más que el concierto por el concierto, la asistencia privada por la asistencia privada. Y al final de todo esto, uno se pregunta: ¿y cómo va a funcionar el sistema? Porque si ahora desmantelamos un sistema público y hacemos un sistema donde desaparece, en parte, la promoción y prevención, pero quedan hospitales públicos y privados y centros de atención primaria, públicos y privados, habrá alguna manera de coordinar este sistema para que funcione como tal sistema. Porque ustedes se han tenido que plantear este tema, y vamos al descubrimiento del Mediterráneo. ¿Cómo va a funcionar el sistema? Ustedes dicen en su artículo 10, que de verdad es una auténtica pieza jurídica de altura, lo siguiente: El sistema sanitario contará con la organización adecuada, integrando todos los recursos sanitarios de una manera coordinada, de acuerdo con los procedimientos y requisitos que reglamentariamente lo desarrollen. Está todo claro. (*Risas en los bancos de la izquierda.*) Como la ley dice que el sistema va a funcionar de una manera adecuada y contará con la organización adecuada, ¿por qué poner en duda que el sistema va a funcionar mal?

A continuación, uno investiga más y se pregunta: ¿cómo va a funcionar el sistema público? Dice el artículo 14 que la participación del sector público en la acción sanitaria se realizará por personas físicas o jurídicas en la forma que reglamentariamente se determine (*Risas.*), y ya está.

Se han dejado fuera a las personas químicas. (*Aplausos en los bancos de la izquierda.*)

El sistema público sólo por personas físicas o jurídicas y, al final, lo arreglan todo.

El señor PRESIDENTE: Señor Luna, ha transcurrido el tiempo, y hay dos vetos más. Ruego a S. S. que procure abreviar en lo posible.

El señor LUNA GONZALEZ: Un minuto y termino, señor Presidente. Al final presentan una enmienda a la disposición final decimoquinta en la que dicen que se autoriza al Gobierno a reformar los mecanismos de protección sanitaria de los regímenes públicos, pero con dos cautelas. Primera, el respeto a los derechos adquiridos. ¿Qué preocupación tienen por los derechos adquiridos! ¿Por qué será que hay unos que tienen más preocupación que otros por preservar unos derechos adquiridos? Por alguna razón será. Y la segunda cautela: sin aumento de gasto público. Han llegado a la cuadratura del círculo; hay que reformarlo todo, no tiene que perder nadie sus derechos y no hay que gastar más. Lo que esto evidencia es que se ha querido hacer un texto por parte de un partido que es muy consciente de que no va a llegar a gobernar, porque si no esto sería inaplicable, y han querido dar satisfacción a una serie de sectores sanitarios.

El proyecto de ley general de sanidad es de un partido que está gobernando, que va a seguir gobernando, que lo tiene que aplicar y que quiere dar satisfacción a la mayoría de la población. Esta es la diferencia.

Muchas gracias, señor Presidente. (*Aplausos.*)

El señor MATEOS OTERO: Señor Presidente, un «minutillo» por el artículo 87.

El señor PRESIDENTE: Un «minutillo», señor Mateos.

El señor MATEOS OTERO: Señor Luna, usted ha dicho muchas cosas, y muchas cosas que, además, no son verdaderas. Entre otras razones porque usted, señor Luna, de medicina no entiende absolutamente nada. (*Risas.*) Primera cuestión.

Usted habla de la epidemiología. Usted, de epidemiología, sabe lo mismo que de medicina: nada. Hoy han desaparecido enfermedades en este país, precisamente porque en este país no se ha hecho ninguna epidemiología anterior. Por ejemplo, han desaparecido prácticamente todas las enfermedades infecciosas. Como no se ha hecho absolutamente nada, estas enfermedades infecciosas han llegado a desparecer de nuestro país.

Existía una red de sanidad con muy pocos medios y gracias precisamente a estos profesionales consiguió desterrar numerosísimas enfermedades infecciosas —que no se las voy a enumerar— precisamente porque hicieron epidemiología. Esta red es la que ustedes ahora han desarticulado total y absolutamente, y además la han desarticulado por vía de decreto antes de hacer la ley. Han desarticulado ustedes totalmente la red sanitaria que existía en este país entre los médicos, farmacéuticos o ve-

terinarios, sobre todo a nivel rural, que con muy pocos medios y muchos esfuerzos hicieron esto que usted ha negado antes.

La financiación. Sobre la financiación usted dice: Algo tenemos que coger del régimen anterior. Pero es que ustedes se han pasado tres años hablando de la herencia, y además hablando mal, y resulta que ahora empiezan a fijarse en que todo lo de la herencia no era malo. El señor Girón hizo el seguro obligatorio de enfermedad y lo que ustedes están haciendo es añadirse una «p». El seguro obligatorio se llamaba SOE, pero ustedes le añaden una «p»: peor seguro obligatorio de enfermedad. (*Risas. Rumores.*) El que el usuario participe en la financiación no es nada nuevo. Está participando. ¿O qué se creen ustedes que hace el usuario cuando va con una receta a la farmacia y paga un tanto por ciento? Precisamente participar en la financiación, y ustedes esto no lo suprimen. Ahora sí, lo que ponen en la ley es un petitorio, algo que la lucha de los profesionales consiguió hacer desaparecer tras largos esfuerzos. Ustedes vuelven a quitar esa libertad de prescripción médica y ponen aquellos medicamentos, aquellos laboratorios o aquella industria farmacéutica que a ustedes les convenga y eliminan el resto de los medicamentos. Eso es un petitorio.

Para acabar, naturalmente, señor Luna, que defendemos los derechos adquiridos porque precisamente tenemos algo que defender. Naturalmente, y los hemos adquirido con grandes esfuerzos y no a dedo ni por enchufe, sino por oposición y con esfuerzo (*Risas.*) y bajo una legalidad. (*Rumores.*)

El señor PRESIDENTE: ¡Silencio, por favor!

El señor MATEOS OTERO: Y bajo un sistema legal que existía en aquel entonces. Ustedes lo que pretenden es que esto, naturalmente, desaparezca. Muy bien, que desaparezca todo. Tendremos que volver a empezar a hacer nuestras carreras, nuestras oposiciones, etcétera. Naturalmente esto es lo que quieren. Los defendemos y los seguiremos defendiendo y, además, puede tener la completa y absoluta seguridad de que creo que estamos en la razón.

Muchas gracias, señor Presidente. (*Aplausos en los bancos de la derecha.*)

El señor PRESIDENTE: Otro «minutillo» de cuatro minutos para el señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muchas gracias, señor Presidente. Intentaré ser lo más breve posible.

Su señoría me habla de epidemiología y dice que como no soy médico no sé nada de ella. No me preocuparía no haberla estudiado, pero entre otras cosas hice un curso con el doctor Hernán Sanmartín, catedrático de La Sorbona. Nada más. Le podría hablar, además, de la epidemiología que ustedes practican. Se han olvidado, por ejemplo, del modelo ecológico-social o del holístico; es decir, conozco los términos epidemiológicos y sé lo que es una epidemiología. Le puedo decir lo que le decía en una ocasión a otro compañero suyo: Esto es un problema de

política sanitaria, no es un problema de médicos, no venimos a que nos operen del corazón.

En segundo lugar, le diré que precisamente para que el modelo funcione ustedes le quitan una serie de cosas y se olvidan de que, efectivamente, ha habido una serie de enfermedades infecciosas pero que hoy día hay que trabajar en epidemiología porque hay unas enfermedades nuevas que son crónicas, producto de la vida moderna y que son mucho más complicadas que las antiguas.

Se olvidan de lo que ha pasado con la red de salud pública en este país, que no nos la hemos cargado nosotros, que los que han estado antes son los que no le han dado importancia y le voy a dar un dato. Cuando en este país un Gobierno de la derecha no creía en absoluto en el sistema autonómico lo primero que hizo fue transferir los temas de salud pública, transferir los temas de vigilancia epidemiológica. ¿Por qué? Porque era la pariente pobre del sistema. No se dedicó a transferir el INSALUD, ni la Seguridad Social, ni las redes sanitarias. Transfirieron las redes de salud pública. Ese era el concepto que tenían de la importancia de la salud pública. El nuestro es muy otro y ustedes se lo cargan porque en la ley quieren quitarle esa prioridad.

En tercer lugar, en el tema del Erario Público y del sistema sanitario español algo habrá tenido que ver don Fernando Suárez que se sienta en sus escaños en el Congreso; algo habrá tenido que ver. No sean tan alegres descalificando todo lo anterior cuando, además, en el fondo ustedes no piensan así. Están tratando de utilizar un recurso dialéctico como queriéndonos decir: estáis contaminados de lo anterior. Como decía desde la tribuna, nosotros asumimos racionalmente lo que nos parece correcto, venga de donde venga. Esa es la diferencia. Ustedes últimamente nos están acostumbrando a actuar en política en función de dónde están los socialistas. Si los socialistas se encuentran aquí se van al punto opuesto porque ese lógicamente será el criterio correcto —dicen ustedes—. El nuestro no es ése.

No me compare las tasas por la utilización de una serie de medicamentos o productos sanitarios con lo que quieren hacer, que es cobrar por los actos de asistencia. No me lo compare porque hoy en día la gente sabe lo que tiene que pagar. Sabe que cuando va a la farmacia paga un determinado porcentaje. Con su modelo tendrá que pagar no sólo cuando vaya a la farmacia sino al médico, al hospital, etcétera.

Me habla del tema del petitorio. Este es otro de los temas en el que a uno le encanta entrar. No es el petitorio, porque no es una lista positiva, que en teoría es lo que es el petitorio. Lo que hemos introducido en la ley en esta Cámara es el modelo que está vigente en todos los países de la Europa comunitaria, en todos, que quiere decir ni más ni menos lo siguiente: Si hay un producto que tiene un determinado principio activo que vale 100 pesetas y hay otro producto que tiene el mismo principio activo y, por tanto, la misma eficacia terapéutica y vale 500 pesetas, el Erario público no tiene por qué financiar el de 500 pudiendo pagar el de 100 pesetas. Ese es el tema, quíeralo o no lo quiera usted. Los que no están de acuerdo con

este tema ¿sabe quiénes son? Lógicamente los laboratorios farmacéuticos, aquellos que directa o indirectamente están viviendo a costa de las ganancias de los laboratorios farmacéuticos, que en definitiva están viviendo fundamentalmente a costa del Erario público. No tienen por qué pagar los españoles medicamentos que son mucho más caros que otros que teniendo el mismo efecto son más baratos. Eso es lo que queremos introducir. Lógicamente ustedes, coherentes con su posición de defender siempre a los que más tienen, a los que más ganan, a los más poderosos, tienen que defender a los que más tienen, a los que más ganan, a los más poderosos, en este caso a Farma-industria y a los laboratorios farmacéuticos.

Finalmente, sobre la historia que contaba de las oposiciones que hemos hecho, sobre los derechos adquiridos en legalidad, etcétera, tiene usted la osadía —de verdad— de compararlo con la situación actual. Ahora vivimos en un Estado de Derecho. Antes vivíamos en un Estado de Derecho exclusivamente en opinión del señor Carrero Blanco, que decía que estábamos en un Estado de Derecho porque había leyes. Ahora estamos en un Estado de Derecho porque las leyes las votan estas Cámaras que están elegidas por el pueblo. Antes nadie elegía a nadie; nadie tenía que dar cuentas a nadie y entonces sí que se producían contrataciones «a dedo». No me compare situaciones que son absolutamente incomparables.

Nada más, señor Presidente. (*Aplausos en los bancos de la izquierda.*)

El señor PRESIDENTE: Por el Grupo Mixto y para defender su veto tiene la palabra el señor Fernández-Piñar.

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: Señor Presidente, señor Ministro, señorías, la discusión que acaba de producirse creo que ha sido, aparte de divertida, muy explicativa de lo que está ocurriendo en este como en otros temas. La verdad es que les ha caído una breva con esta oposición y ustedes se aprovechan de eso. (*Risas.*) Yo observaba a los compañeros socialistas allá al fondo, tan satisfechos de oír los argumentos que el Senador socialista exponía —que yo compartía plenamente— que encontraba una tranquilidad y pensaban: Por fin somos la izquierda porque ahí está la derecha.

El señor PRESIDENTE: Señor Fernández-Piñar, ¿por qué no se ciñe a la cuestión? (*Risas.*)

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: Señor Presidente, estoy haciendo una introducción.

El señor PRESIDENTE: Ya, ya, pero que no tiene que ver con la cuestión.

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: Tiene que ver con la crítica que voy a formular al proyecto, para decir al final que esos argumentos, esas explicaciones aquí expresadas por el portavoz socialista son la mejor crítica a este proyecto de ley, puesto que este pro-

yecto de ley no responde a esa posición que se ha explicado desde esta tribuna.

Cuando decía el portavoz socialista que el Grupo Popular, esta oposición de la derecha, en realidad hace política en función de dónde estén los socialistas, yo creo que lleva toda la razón. El problema es que ustedes les han quitado la política exterior, les han quitado la política interior, les han quitado la política económica y no les han dejado nada. Les han robado la política y ellos están buscando un sitio como sea. (*Algunos señores Senadores de los bancos de la derecha: ¡Muy bien, muy bien!*)

Nosotros, los comunistas de la Mesa para la Unidad y también los demás, pensamos que hace falta, evidentemente, una ley de sanidad, que es urgente por la necesidad de desarrollar el artículo 43, para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud, por la situación de crisis mundial de la salud que en España es particularmente grave (eso se ha puesto de manifiesto por la detención que han sufrido los indicadores de salud en su tendencia a mejorar), por la alta prevalencia de la morbilidad general, morbilidad censo rápido y de tipo epidémico (como se ha dicho aquí, hay nuevas enfermedades que hoy afectan de una forma muy grave a la población); porque en las últimas décadas la desigualdad social ante la enfermedad y la muerte ha aumentado (desigualdad social entre distintos países y, dentro de nuestro país, entre distintas comunidades, pero también, evidentemente entre distintas clases sociales), y porque hoy está claro que, incluso habiendo aumentado el gasto sanitario, habiéndose introducido avances tecnológicos en la sanidad muy importantes, no se ha conseguido superar estas desigualdades y no se ha conseguido dar un salto cualitativo que nos acerque a ese objetivo de la Organización Mundial de la Salud de «Salud para todos en el año 2000».

Por estas razones y también por la obsolescencia de nuestro sistema de cuidados de salud, que es muy antiguo y que está basado sólo en medidas sanitarias y dentro de éstas en medidas curativas y hospitalarias, es evidente para nosotros la necesidad, la urgencia de una nueva ley general de sanidad. Ahora bien, nosotros mantenemos que esta no es la ley que necesitamos y no lo es por varias razones.

En primer lugar, esta ley no garantiza el derecho a la protección de la salud. Por eso decía antes que los argumentos expresados anteriormente por el portavoz socialista no casan con lo que realmente el proyecto de ley que debatimos contiene. El proyecto de ley identifica en la práctica el derecho a la salud con el derecho a la asistencia sanitaria. Aunque en la exposición de motivos y en los primeros apartados se hace un llamamiento, se proclama el principal objetivo de la promoción de la salud, sin embargo luego, en la práctica, a lo largo del contenido eso se va reduciendo hasta quedar exclusivamente en el derecho a la asistencia sanitaria, cuando evidentemente ni jurídica ni política ni técnicamente son coincidentes. El derecho a la protección eficaz de la salud contiene sin duda el derecho a la asistencia sanitaria, pero es mucho más comprensivo y exige toda otra serie de medidas y acciones extrasanitarias que hagan posible la salud y no me-

ramente la asistencia sanitaria; medidas que tienen que enmarcarse en el ámbito de la economía, de la educación de la vivienda, de la cultura, etcétera. Sin esa serie de medidas extrasanitarias, intersectoriales, realmente no podremos hablar de un proyecto de ley para la promoción del derecho a la salud en su conjunto, sino únicamente de un proyecto que contiene el derecho a la asistencia sanitaria mucho más limitado.

En consecuencia, en nuestra opinión, respecto a esta ley (que por cierto hay que decir que desde los primeros borradores, y no digamos antes con las promesas electorales del Partido Socialista, los comunistas estábamos de acuerdo y, además, hemos compartido juntos un largo trayecto los profesionales de una y otra posición, un largo trayecto en defensa casi prácticamente de las mismas posiciones en este tema) de un tiempo a esta parte el Ministerio, el Ministro y en general el Partido Socialista han ido retrocediendo en puntos de su planteamiento de la salud y de la sanidad, y hoy estamos completamente separados, hasta el punto de no estar de acuerdo prácticamente en muchas cosas de las que contienen en este proyecto y además no estarlo desde los argumentos que juntos compartimos no hace tanto.

Para nosotros esta ley viene a interpretar de una forma regresiva la Constitución, sumándose a otro conjunto de leyes que han ido en el mismo sentido: los derechos al trabajo, a la protección social de las familias, a un régimen público de la Seguridad Social, al acceso a la cultura, a una vivienda digna y adecuada, etcétera, todos ellos derechos constitucionales que han venido siendo regulados —y hoy el derecho a la protección de la salud— de una forma insuficiente en nuestra opinión.

Me referiré de nuevo a unas expresiones anteriores del portavoz socialista cuando alababa el servicio nacional de salud. Precisamente una de las principales críticas que hacemos a este proyecto es que no se crea el servicio nacional de salud, cuando desde esta tribuna hace un momento se decía que ése era un sistema progresista, idóneo y adecuado. Sin embargo, el proyecto de ley no crea el servicio nacional de salud, defraudando todas las expectativas socialistas y comunistas, y no sólo éstas sino también las de gente progresista que pueda haber en la derecha, porque hay muchos profesionales que con una forma de pensar de derechas sin embargo entienden y reconocen que el servicio nacional de salud es un sistema de organización de la salud más eficaz, más útil, más progresista y más deseable, hasta el punto de que hay países (Inglaterra), como se ha dicho aquí, que con un Gobierno claramente conservador en el poder tiene su sanidad organizada con el servicio nacional de salud. Esto demuestra que el servicio nacional de salud no es ya una reivindicación exclusivamente de la izquierda sino que incluso sectores de la derecha civilizada, por decirlo de alguna manera, ya asumen esta cuestión.

Pues bien, en este proyecto de ley no se contiene, no se crea, el servicio nacional de salud y, por tanto, también se olvidan algunas de las cuestiones más principales que este servicio nacional de salud podría aportar, fundamentalmente la gratuidad de la sanidad y la participación

más eficaz o más real de los afectados de la población en la sanidad.

El partido en el Gobierno, en resumen, desde su programa electoral y desde el primer borrador del proyecto, ha desnaturalizado su propuesta de servicio nacional de salud hasta llegar al proyecto que ahora presenta, en el que se propone en el fondo un sistema mixto de salud, en el que se renuncia —digo— a la gratuidad de la asistencia y se perpetúa la existencia de ciudadanos en diferentes situaciones respecto a la asistencia sanitaria y se mantiene la vía principal de financiación a cargo de la Seguridad Social.

Otro argumento que nos lleva a no estar de acuerdo con el proyecto es que el modelo de salud resultante no va a ser homogéneo en todas las Comunidades Autónomas por diferentes motivos. Tanto del contenido de la ley como de la actitud hoy existente en cuanto a las transferencias del INSALUD, el modelo final del mapa de salud en España puede no ser homogéneo, y eso, sin duda, irá en detrimento de su eficacia y de su utilidad.

Otro gran argumento es que no se incorpora una participación efectiva de la población, de la ciudadanía. La Organización Mundial de la Salud ha venido definiendo la participación ciudadana como uno de los ejes principales de la atención de salud, valorándola como indicador de eficacia del sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud ha aconsejado contemplar la participación en las varias fases del proceso de atención de salud, desde la formulación de objetivos, la identificación de los problemas, la ejecución de planes y programas y la evaluación del proceso. Pues bien, ante estas recomendaciones y ante esta importancia que la OMS otorga a la participación ciudadana en la atención a la salud, el proyecto, por el contrario, contempla sólo competencias consultivas para la participación, de tal manera que esto incluso supone un criterio más restrictivo y menos participativo que los actualmente en aplicación en el INSALUD. Por ejemplo, en el INSALUD se elaboran los criterios de actuación. El anteproyecto del presupuesto y la aprobación de la memoria se elaboran con la participación de las organizaciones empresariales y sindicales. Sin embargo, estas funciones en el proyecto quedan excluidas de la competencia de esas organizaciones y sólo serán consultadas; es decir, ahí se rebaja un escalón en el grado de participación muy importante. Luego hay otro problema en el modelo de participación que se presenta. Además de ser sólo consultivo es dispar a los distintos niveles administrativos, de tal manera que a nivel estatal son unos los que participan, a nivel de Comunidad Autónoma provincial o de corporaciones locales o de área de salud van siendo distintos los participantes en representación de la ciudadanía, con lo cual esto puede que conforme o que contente a muchos o que intente hacerlo, pero en definitiva no va a haber una verdadera articulación a los distintos niveles de esa participación que es lo que podría hacerla efectiva y real. Por tanto, el escaso nivel sólo consultivo de la participación, su disparidad y su falta de homogeneidad a los distintos niveles configuran una participación claramente insuficiente e ineficaz.

Finalmente, por todas estas cuestiones entendemos que esta ley no va a mejorar la salud, no va realmente a responder al derecho a la protección de la salud en su sentido completo e integral que la Constitución establece. Se queda en una serie de derechos a la asistencia sanitaria, con los que podemos estar más o menos de acuerdo, pero que son insuficientes. Esta no es una ley para la salud; es una ley sólo para la asistencia sanitaria. En consecuencia, van a mantenerse las desigualdades sociales ante la salud. Las clases desfavorecidas de la población española, las zonas de nuestro país, las comunidades de nuestro país más atrasadas van a permanecer en esa situación de desigualdad y, en consecuencia, esta ley es una ocasión perdida, una ocasión gravemente desaprovechada para haber dado un salto cualitativo hacia un modelo que pudiera hacer realidad lo propugnado por la OMS para el año 2000: «Salud para todos». Creemos que éste ha sido un intento fallido.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: ¿Turno en contra? (Pausa.) El señor Luna tiene la palabra.

El señor LUNA GONZALEZ: Gracias, señor Presidente.

Creo, señor Fernández-Piñar, que parte de las críticas que ha hecho al inicio de su intervención, en el sentido de que nosotros habíamos quitado la política a no sé quién y por eso se tenían que encontrar en otro sitio o buscar otro sitio, podría aplicárselas S. S. tranquilamente.

Le voy a matizar a S. S. una cosa muy clara desde el principio. No es cierto que los comunistas hayan estado alguna vez de acuerdo con ningún proyecto, anteproyecto o borrador de esta ley. Me remito a una mesa redonda hace dos años, en concreto en mi circunscripción de Alicante, en la que participaba el doctor Marcet, catedrático de Murcia y portavoz entonces del Partido Comunista de España. No sé si el doctor Marcet estará hoy representado por S. S., pero en todo caso hace dos años —estamos hablando de la fase de borrador— estaban ustedes radicalmente en contra de lo que se establecía en el borrador de proyecto de ley general de sanidad. Luego el argumento que usted coloca al principio de su intervención de que esta ley era muy buena en su fase de borrador y por eso nosotros la apoyábamos, y ahora es muy mala y por eso tenemos que presentarle un veto, es un argumento que se cae por su propio peso —como le digo—, con una evidencia histórica. Basta con ir a las hemerotecas y repasar los datos de los organismos de salud del Partido Comunista de España para comprobar que nunca ha sido así y que ustedes han estado siempre en contra del proyecto de ley general de sanidad, posiblemente por venir de parte de un Gobierno socialista.

A lo mejor, para comprender un poco por qué el proyecto está como está, hay que ver en qué situación se encuentra el sistema sanitario español y ver de dónde viene. Antes hablábamos de un concepto epidemiológico del siglo XIX, que dio origen en España, a partir de la Ley de 1855, a un modelo dual, una red pública que trataba de evitar la transmisión de las enfermedades, que derivó en

los servicios de salud pública. Y en cuanto a la asistencia sanitaria individualizada había un modelo de beneficencia que dio lugar posteriormente a las redes de las diputaciones, ayuntamientos, etcétera. Y había también un modelo de asistencia privada. Eso es lo que hubo a principios de siglo, estas tres redes paralelas funcionando al mismo tiempo. Posteriormente, en 1942, se crea el Instituto Nacional de la Salud o el antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad, que da lugar a otra red sanitaria.

Actualmente nos encontramos con una red de atención comunitaria totalmente desmantelada, transferida a las Comunidades Autónomas; una red de asistencia individualizada de beneficencia en manos de diputaciones y ayuntamientos; una red privada, aunque sólo el 17 por ciento sea exclusivamente privada ya que el resto está concertada; y una red, que es la mayoritaria en todo el Estado, que son los servicios sanitarios de la Seguridad Social, es decir, el INSALUD.

Pues bien, en estas circunstancias, nosotros pretendemos —insisto— poner en pie un modelo de servicio nacional de salud. Pero el modelo de servicio nacional de salud, señor Fernández-Piñar, no es un modelo que esté sobre el papel y que como está sobre el papel se aplique a cualquier realidad política, independientemente de sus circunstancias. El modelo de servicio nacional de salud no es igual, por ejemplo, en Gran Bretaña que en Suecia, y no puede ser igual aquí, donde partimos de una historia de las instituciones sanitarias muy distinta a la de Gran Bretaña o Suecia. Por tanto, el modelo de reforma sanitaria tiene que ser estrictamente nacional, adaptado al terreno de nuestro propio país, a nuestra realidad sanitaria. Con eso hemos estado nosotros jugando. Pero le voy a decir que este modelo no desmerece en absoluto de ninguna de las características del servicio nacional de salud.

Usted se olvida en su crítica de algunas de estas realidades sanitarias y voy a tratar de poner de manifiesto, punto por punto y en el mejor tono de moderación con que también lo ha hecho S. S., el porqué se olvida usted de estas realidades sanitarias. Dice S. S. que el modelo no garantiza la protección a la salud, que falta una acción intersectorial y que simplemente garantiza la asistencia sanitaria. Yo creo que S. S. se ha leído la ley, pero se la debe haber leído muy deprisa, pasando muy por alto una serie de artículos importantes.

La protección de la salud está continuamente presente desde el artículo 1.º del proyecto de ley. Pero le voy a decir más. No sólo está presente la protección de la salud, que es un concepto importante; está también presente un concepto mucho más progresivo: el de la promoción de la salud que S. S. no ha manejado ni en el texto de la exposición de motivos de su veto ni en su intervención aquí. Incluso, como le digo, vamos más allá de lo que usted pide, vamos a la promoción de la salud, que está presente en todos los aspectos de la organización sanitaria. Repásese usted, por ejemplo, los artículos que hacen referencia a las áreas de salud, a la atención primaria, y verá cómo están presentes todas las atenciones al individuo, a la familia y a la comunidad, abarcando obviamente a las

tres la protección de la salud y la promoción de la salud, como le digo.

Usted habla de que en la ley no se contemplan acciones intersectoriales. Yo remito simplemente a S. S. a que se lea el artículo 18 donde clarísimamente se dice que las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los otros organismos competentes, no solamente los Servicios de Salud, naturalmente también el Ministerio de Educación y el Ministerio de Obras Públicas cuando se trate de obras de infraestructura sanitaria, etcétera; ahí está la acción intersectorial. Lo que ocurre es que no debemos profundizar más. ¿Por qué razón? Porque corremos el riesgo de sanitizar absolutamente la vida del resto de las Administraciones públicas o del resto de los aparatos de la Administración. Ahí están contempladas todas las acciones que contribuyen a la defensa de la salud, pero luego, cada Ministerio, cada Departamento de administración tendrá que desarrollar lo que le compete. No vamos a sanitizar el Ministerio de Educación o el de Obras Públicas porque tienen cometidos muy estrictos que cumplir y que pueden referirse a la salud en un momento determinado, pero que no necesariamente tienen que referirse a la salud en otros aspectos de su funcionamiento. Luego las acciones intersectoriales están, y la preocupación por la promoción y protección también está en el conjunto de la ley.

Dice S. S. que no se crea un servicio nacional de salud, que se crea un sistema nacional de salud. No puede ser de otra manera, señor Fernández-Piñar. No sé si a usted le gusta la Constitución pero es la que hay y la Constitución establece que las Comunidades Autónomas de este país tienen competencias importantes en materia de sanidad, que además están recogidas por el Tribunal Constitucional y precisadas y matizadas en sentencias tan importantes como la 32/83 ó 42/83, que hacían referencia a los decretos de 1981. No se pueden hurtar desde una ley del Estado —y S. S. lo ha reclamado muchas veces en esta Cámara— las competencias de las Comunidades Autónomas y, por tanto, no puede haber un único servicio de salud. Hay un sistema de salud que es el que agrupa los distintos servicios de las Comunidades Autónomas que tienen competencias para ello y los servicios centrales del Estado.

Se dice que no hay servicio nacional de salud porque no hay gratuidad de la asistencia, y no es verdad. En la ley se prevén, como decía anteriormente, unas tasas que son las que funcionan en la actualidad para pagar una parte de los productos farmacéuticos y para pagar una parte de los productos terapéuticos y de otro tipo, como pueden ser los ortopédicos. Pero no se está hablando de una financiación sustancial del sistema sanitario. Este tipo de tasas en la mayoría de los países, señor Fernández-Piñar, como en Cuba, por ejemplo, se utiliza para disuadir al usuario de la utilización indiscriminada de determinados productos, como pueden ser los medicamentos. Admitirá usted conmigo que en muchos casos el mayor uso de medicamentos no garantiza una mejor salud de la población, y a veces hay que utilizar procedimientos de este tipo. Pero, como digo, no se trata de que los

usuarios paguen la asistencia sanitaria. Se ha extendido a todos la asistencia sanitaria en virtud de esta ley; a todos. Es gratis para todos menos la posibilidad que está contemplada en el artículo 80 de que aquellos que tengan recursos suficientes paguen la asistencia del sistema público sanitario. Pero me imagino que la preocupación de S. S. no está en que aquellos que tienen recursos más que suficientes paguen la asistencia del sistema sanitario público, porque esos señores que no llegan al 3 por ciento de la población van a pagar la asistencia sanitaria estén en el sistema público o recurran, como suele ser habitual, al sistema privado. Luego se ha extendido y garantizado la asistencia sanitaria por igual a todos aquellos que la necesitan, como digo, con la salvedad de que se puedan establecer reglamentariamente aportaciones de ese 3 por ciento de la población que tiene recursos más que suficientes para pagar no sólo la asistencia sanitaria sino cualquier otro tipo de servicio público que reciba.

Y me habla usted de la participación de la Seguridad Social en la financiación. Eso no se puede ignorar; y no se puede ignorar por dos razones. En primer lugar, porque actualmente, como decía antes, partimos de una aportación de la Seguridad Social de 800.000 millones de pesetas aproximadamente al sistema sanitario público. No podemos dar pasos en el vacío, señor Fernández-Piñar. Usted desde su posición a lo mejor se puede permitir un brindis al sol y decir: «Como esto no va a salir, lo digo y quedo muy bien», pero nosotros estamos gobernando todos los días y no podemos proponer a la población ningún salto en el vacío.

La participación de la Seguridad Social en el sistema sanitario, por otra parte, seguirá siendo necesaria, a lo mejor en menor proporción, y le significo que en la ley no se establece cuál es la proporción con la cual tiene que participar la Seguridad Social en la financiación del sistema sanitario público. Digo que seguirá teniendo que participar la Seguridad Social como participa en otros países, porque, por ejemplo, del funcionamiento de las empresas se derivan agresiones a la salud de los ciudadanos, agresiones bien sea vía contaminación ambiental, de cualquier tipo, deterioro del medio ambiente, etcétera, o bien a través de las enfermedades profesionales que se causan en el funcionamiento de las empresas. Y este es el razonamiento que utilizan países como Suecia —como decía anteriormente— o Gran Bretaña para que la Seguridad Social participe en la financiación de su sistema sanitario, aunque con un tope del 10 por ciento.

Dice usted que el modelo no va a ser uniforme. Usted quiere un modelo centralizado y, como le digo, esto choca con la Constitución. La Constitución reconoce lo que reconoce, y si le gusta o no, proponga usted una enmienda constitucional y vamos a ver si consigue llevar a la práctica esa enmienda y defender aquí que hace falta un modelo jacobinista de la sanidad española, donde todo esté centralizado para que el sistema funcione de una manera uniforme, que es lo que pretende S. S.

Por otra parte, desde esta ley, señor Fernández-Piñar, no se establece ningún tipo de transferencias en materia sanitaria, ni a favor ni en contra, no se ataca el tema de

las transferencias. ¿Por qué razón? Porque no es un tema que dependa de esta ley. Las transferencias, sanitarias o no, del INSALUD o de cualquier otra red no dependen de esta ley, que no debe entrar en ello; dependen de los Estatutos de Autonomía de las propias Comunidades Autónomas con los que forzosamente tenemos que ser respetuosos. Y creo que no hace falta que insista más a S. S. en este tema.

Por otro lado, dice usted que no hay una participación ciudadana efectiva y me remite a los textos de la OMS. Naturalmente, desde el informe conjunto del Director General de la OMS y el Director General de la UNESCO hasta el texto definitivo de Alma Ata y otros muchos textos, está la participación de la población, pero es que en nuestro proyecto de ley también está la participación de la población, señor Fernández-Piñar, y no solamente con carácter consultivo. Está en los consejos de dirección del área, está en los consejos de salud a nivel de Comunidad Autónoma, está en el consejo interterritorial del sistema nacional de salud y, naturalmente, está como mandato de la ley, que tiene que respetar la auto-organización de las propias Comunidades Autónomas para que se lleve a efecto la participación en los ámbitos territoriales distintos del área de la Comunidad Autónoma o a nivel de todo el Estado.

Como digo, no es una participación exclusivamente como de convidado de piedra, que quiere decir S. S. Participa en la determinación de objetivos, participa en el control de cómo esos objetivos se llevan a efecto y participa en la evaluación de cómo se han realizado los planes y proyectos sanitarios. No son en absoluto convidados de piedra.

Me va a permitir que ponga un poco en correlación lo que nosotros planteamos en el proyecto con lo que usted dice en su enmienda, porque usted dice que la participación, tal como está en el proyecto, no le gusta porque se habla de corporaciones locales o se habla de organizaciones sindicales o patronales, y a usted no le gusta este sistema de participación porque además, dice, es sólo consultivo. Usted en su enmienda número 6 dice una cosa muy clara: Los servicios públicos articularán la participación comunitaria. ¿Cómo, señor Fernández-Piñar? Porque es muy sencillo decir: No me gusta cómo ustedes lo establecen y ya se articulará. ¿Lo remitimos al desarrollo reglamentario? Sí a S. S. le parece mejor solución, desde luego a mí no.

Finalmente dice S. S. (y voy a ir terminando, señor Presidente) que este proyecto de ley no mejorará los indicadores de salud ni va a reducir las desigualdades. Yo le voy a decir que este proyecto de ley, que permite un modelo de servicio nacional de salud adaptado a la realidad española, que va a permitir un modelo integral con todo lo que eso supone de promoción, de prevención de salud, de asistencia sanitaria, de rehabilitación, de reinserción social, va a mejorar necesariamente los indicadores de salud de nuestra población. Es un modelo que permite una organización sanitaria eficaz en un país como el nuestro, que va a poder atacar y prevenir los problemas sanitarios que se presenten diariamente. Además, señor Fernández-

Piñar, es un modelo de salud que expresamente en sus artículos 12 y 81 tiene establecido el mandato de acabar con las desigualdades sanitarias, como por otra parte creo que se pone de manifiesto en la lectura atenta, como digo, del articulado del proyecto.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. (*El señor Fernández-Piñar y Afán de Ribera pide la palabra.*) También tiene un minuto el señor Fernández-Piñar.

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: Gracias, señor Presidente.

Un minuto efectivamente para decir con brevedad, primero, que si hemos estado de acuerdo socialistas y comunistas en los temas de Sanidad, hasta el punto de que muchos de los que hoy hacen política sanitaria en la Administración socialista son ex-comunistas, o sea que es un secreto a voces. Sí que hemos estado de acuerdo, lo que pasa es que efectivamente desde hace unos dos años a esta parte ustedes han ido cambiando vetiginosamente.

Sobre la gratuidad en el uso de la Sanidad, me parece que usted no ha conseguido convencernos de que realmente exista. El argumento de que hay unas tasas que tienen la función de desestimular el consumo de medicamentos, me parece muy bien, pero no evita la realidad de que la Sanidad no va a ser gratuita en nuestro país después de esta ley, no va a serlo. En todo caso, hablando del tema del medicamento, a ver cuándo mandan ustedes la ley del medicamento, que la tenían prometida para el año pasado y no se sabe qué ha pasado con ella, como con tantas otras.

Sobre el tema de la promoción y la protección de la salud, yo he dicho que efectivamente en los enunciados del proyecto, desde la exposición de motivos hasta el final, en las ideas, se habla de protección de la salud, pero que luego en la práctica ese derecho a la protección de la salud se va contrayendo hasta quedar reducido a un derecho a la asistencia sanitaria. Ese ha sido el argumento que yo he dado y no que ustedes no reclamen la promoción y la protección de la salud, que es cierto que a nivel de abstracción lo hacen.

En cuanto al modelo de Servicio Nacional de Salud, claro que no será el mismo que en Inglaterra, al igual que no es el mismo en Inglaterra que en Suecia, al igual que no es el mismo en Italia. Los modelos de Servicio Nacional de Salud se han adaptado en distintos casos a los modelos de Estado de esos países donde se ha aplicado, donde se ha puesto en práctica ese modelo, y en España podía perfectamente ser así sin necesidad de alterar los mandatos constitucionales ni las competencias estatutarias y autonómicas.

Finalmente está el tema de la participación. Yo le he dicho que ustedes contemplan la participación con dos grandes problemas. Primero, que es sólo a nivel consultivo, y eso no me lo puede desmentir, porque precisamente en el Consejo Interterritorial se crea un consejo consultivo, donde están las organizaciones empresariales y sindicales, que no participan más que consultivamente en ese

Consejo Interterritorial. De tal manera que, aparte de la enmienda que usted me ha recordado, una de las enmiendas que tengo presentadas va precisamente en la dirección de que ese Consejo Interterritorial sea sustituido por un Consejo General del Servicio Nacional de la Salud, donde sí estén participando, no consultivamente sino realmente, organizaciones empresariales y sindicales. De modo que ese aspecto, ese nivel sólo consultivo de la participación, es evidente que rebaja, que deja reducida la realidad de la participación. Y otro aspecto es lo dispar de esa participación en los distintos niveles. De tal manera que, a nivel de áreas de salud o de corporaciones locales, son unos los que van a participar, profesionales sanitarios, etcétera, y a nivel estatal van a participar las organizaciones empresariales y sindicales. Entonces, esa disparidad de sujetos participantes va a hacer que esa participación no pueda articularse desde el máximo hasta el mínimo nivel y, por tanto, ser más eficaz y más real. De tal manera que bajo nivel y disparidad, o no homogeneidad, en la participación son defectos que la hacen ineficaz, casi inexistente en este proyecto de ley.

Gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Fernández-Piñar.

Tiene la palabra el señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Gracias, señor Presidente. Muy brevemente.

Por un lado, he pensado, señor Fernández-Piñar, que nos iba a pasar factura de los ex-comunistas que están trabajando en la Administración socialista en el área sanitaria; afortunadamente, no ha sido así.

Ustedes no han estado nunca de acuerdo con esta ley, usted ahora se remite a los dos años, que es el dato que yo he dado, porque lo viví personalmente, pero le remito a los escritos de su Partido. Nunca han estado de acuerdo con este proyecto de ley, ni en la fase de borrador. No me diga ahora, por pacto, que es desde dos años a esta parte o, como ha dicho antes, que se ha venido desvirtuando desde la tramitación de este proyecto de ley. No es así.

Señor Fernández-Piñar, la gratuidad está garantizada en la ley, así de claro y no hay lugar a dudas. Las tasas son las tasas y tienen la función que tienen y están como están en la actualidad y no me puede usted decir, por consiguiente, que la asistencia sanitaria para los españoles hoy en el INSALUD no es gratuita, porque lo es, y usted lo sabe igual que yo. Otra cosa es el tema de la utilización de los medicamentos, que es una cuestión muy distinta.

Su Señoría habla de la ley del medicamento. Le tengo que recordar exclusivamente que está en fase de exposición pública en este momento y que hay un borrador que ha sido remitido a los colegios profesionales para que redacten el informe que crean oportuno.

Sigue insistiendo S. S. en el tema de la promoción, creo que va a seguir insistiendo porque va a seguir, naturalmente sin enterarse Su Señoría, no se ha leído la ley, ahora sí que lo puedo decir tranquilamente, y le invito —por

que no me obligará a leérsela al conjunto de la Cámara— a que se lea el artículo 56.2, a), donde se establece claramente lo que debe ser la atención sanitaria en el área de la Salud, y está la promoción y está la protección, señor Fernández-Piñar. Incluso le voy a remitir al artículo 68 que habla de los hospitales, y hasta en los hospitales, señor Fernández-Piñar, está contemplada la promoción y está contemplada la protección; luego no nos diga que es un principio que desaparece, porque está omnipresente en el conjunto de la ley. Y si S. S. sigue diciendo que no está es que, insisto, voy a tener que llegar a la conclusión de que no se ha leído la ley.

Respecto a la participación, no hay ni una falta de articulación ni un sistema de participación distinto en los diferentes ámbitos de la ley. Corporaciones territoriales en todos los ámbitos, señor Fernández-Piñar, porque no encontramos otro sistema, ni usted tampoco nos lo sugiere, porque no se pueden hacer elecciones en los pueblos para representantes al sistema sanitario, y algún representante públicamente investido de un cierto carácter de soberanía por haber salido elegido en algunas elecciones —aunque ustedes no le den importancia a esto—, tendrá que participar representando a la ciudadanía, y esos son los representantes de las corporaciones territoriales. Y, por otra parte, los de las organizaciones empresariales y sindicales que están presentes en todo el ámbito de la ley.

Como S. S. sigue diciendo que la participación está exclusivamente a nivel consultivo, no voy a tener más remedio que leerle, ahora sí, lo que son las funciones del Consejo de Dirección del Área, por ejemplo, donde están representados al 40 por ciento los ayuntamientos. Y dice: «La propuesta de nombramiento y cese del Gerente del Área de Salud. La aprobación del proyecto del Plan de Salud del Área, dentro de las normas, directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma. La aprobación de la Memoria Anual del Área de Salud. El establecimiento de los criterios generales de coordinación en el Área de Salud. La aprobación de las prioridades específicas del Área de Salud. Aprobación del anteproyecto y de los ajustes anuales del Plan de Salud del Área. La elaboración del reglamento del Consejo de Dirección y del Consejo de Salud del Área...», etcétera. ¿Es para S. S. una participación exclusivamente consultiva cuando se están definiendo objetivos, cuando se está controlando hasta el nombramiento del gerente del Área?

Yo creo que hay que ser un poco riguroso cuando se quiere hacer una crítica a un modelo que, en teoría y adaptado a nuestra realidad, es un modelo de servicio nacional de salud, como le digo, y que tiene todas y cada una de las características de ese modelo.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tercer veto, del señor López Hueso. El señor López Hueso tiene la palabra. (*Rumores. El señor Presidente agita la campanilla.*)

El señor LOPEZ HUESO: Señor Presidente, señorías, quiero mostrar mi profunda preocupación por no ver al

Ministro de Sanidad en la discusión de una ley tan importante, y digo profunda preocupación por si el Ministro de Sanidad no goza de buena salud, ya que hemos oído aquí esta mañana que se nos acusa a los médicos de creer que un sólo agente es el que produce todas las enfermedades. Espero que el señor Ministro no haya sido invadido por la bacteria, por ese agente, porque estos días están de moda las enfermedades ministeriales, ya que cuando un Ministro tiene que hablar de la OTAN llega la bacteria y le ataca y se pone enfermo, no me extrañaría...

El señor PRESIDENTE: Repito a S. S. lo que he dicho al señor Fernández-Piñar, ciñase S. S. a la cuestión.

El señor LOPEZ HUESO: Muchas gracias, señor Presidente. Me ciño inmediatamente.

Por fin, como se ha dicho aquí por parte del Grupo Socialista, estamos discutiendo la Ley de Sanidad.

Esta ha sido una ley muy esperada, que llega con retraso y que ha sido la culminación de numerosas promesas y de anteproyectos que el Partido del Gobierno ha lanzado como globos Sonda. Pero hay una serie de dudas que se plantea cualquier ciudadano.

La primera de ellas: ¿es esta ley realmente la que España necesita? ¿Es esta una ley consensuada, por su importancia, entre todas las opciones políticas? ¿Supone esta ley una innovación importante o, por el contrario perpetúa un sistema obsoleto, masificado, inoperante caro, y que a nadie satisface? ¿Le gusta esta Ley al propio Ministro de Sanidad? Ahí dejo las interrogantes.

Mucho me temo que después de tanto esperar, todos nos veamos sumidos en la desilusión colectiva, cuya muestra son los vetos a la totalidad con que el proyecto de ley inició su discusión en la Comisión. *(El señor Vicepresidente, Guerra Zunzunegui ocupa la Presidencia.)*

Y es claro que este proyecto de ley, llamado General de Sanidad, no satisface a nadie. Esta ley no satisface ni a los enfermos, ni a los médicos, ni a la clase sanitaria en general, y me atrevería a decir que ni siquiera a la propia Administración.

Este proyecto de ley se limita a recoger unos principios, una reforma sanitaria que, plasmada en una exposición de motivos confusa y mal elaborada, ya estaba hecha mediante decretos y órdenes ministeriales al estilo de la antigua usanza, al estilo de los mejores tiempos, como se ha dicho aquí, de don José Antonio Girón de Velasco, al que ustedes citan con tanto cariño y afecto fraternal e ideológico. *(Rumores.)*

Este es un proyecto que mantiene una postura intervencionista, en función de una concreta ideología política y al servicio de su dogmatismo. Es un proyecto de ley en el que se pone de manifiesto la obsesión —y digo la obsesión porque es así— de ampliar el monopolio de la Administración cuando lo que ha fracasado han sido las parcelas que tenía encomendadas desde siempre la Administración.

Es un proyecto de ley que bajo el pretexto de perseguir el mejor servicio a los ciudadanos, limita o impide la iniciativa privada, para terminar supeditando los deseos de

los enfermos, de los usuarios, a los criterios económicos del Partido Socialista Obrero Español. Pero si este proyecto pretende exceder, como ha dicho aquí el señor Luna, de la pura asistencia sanitaria —y así lo es— y acomodarse mejor a los preceptos constitucionales plasmados en el artículo 43, debería de haber visto la luz —ya lo dijimos en Comisión— con otro nombre, como por ejemplo Ley de Bases de la Salud o Ley General de la Salud, porque es evidente, señor Luna, que salud, bienestar físico, psíquico y social, engloba un concepto más amplio que el de sanidad o salubridad, por eso la ley habla de salud y no habla de salubridad.

Y así esta ley debería haber sido una ley de bases, una ley que hubiese determinado los principios generales básicos de acción de los poderes públicos, y no una ley articulada que encorseta y limita la aplicación de la misma.

Una ley con las pretensiones de la que hoy estamos discutiendo, debe tener en cuenta la situación cambiante de las necesidades sociales y la situación cambiante de los avances tecnológicos. Y un proyecto de ley como el presente, que comienza hablando de protección de la salud y de que proteger a la salud es evitar la enfermedad mediante la puesta en práctica de una medicina preventiva, a pesar de las ya creadas unidades básicas de salud, no deja de ser una utopía que brilla por su ausencia.

Señor Luna, no existe medicina preventiva, ni va a existir con esta ley, ni ha existido en los tres años que el Gobierno socialista lleva gerenciando la Sanidad, porque sólo parece que se habla de epidemiología, de las enfermedades transmisibles. Pero la epidemiología, de la que algunos de nosotros sabemos algo, también engloba, por ejemplo, a la cardiopatía isquémica, a los reumatismos, a las broncopatías, a los diabéticos, etcétera, y de eso no hay absolutamente nada. Promocionar salud es evitar la enfermedad, no sólo evitar la gripe, sino evitar también el SIDA, evitar, por ejemplo, que los enfermos se mueran de infarto de miocardio, hacer posible que disminuya la incidencia del cáncer de pulmón, etcétera. Eso es medicina preventiva y eso es promocionar salud. Ustedes son incapaces de hacer eso, como han demostrado en los tres años que llevan de Gobierno y cuando ya no pueden hablar de la herencia que, por otra parte, me he enterado hoy de que la herencia les gusta.

Por otra parte, los objetivos de este proyecto son difíciles de captar en su articulado. Cuando todos creíamos que se referían a garantizar ese derecho a la protección de la salud, resulta que el artículo 3.3 la orienta a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Esto es asombroso.

El proyecto utiliza conceptos carentes de toda definición y de todo significado, tal es el caso de la expresión «sistema sanitario», artículos 8.º, 11, 26 y 56, o la expresión «sistema sanitario público», que es diferente de la anterior.

Una ley que permite, fíjense ustedes bien, la intervención quirúrgica de pacientes sin su consentimiento, por imperativo legal —artículo 10.6—, es una ley propia de un Estado feudal y totalitario. No ha habido más que un país que haya tenido una ley que haya obligado por im-

perativo legal a intervenir quirúrgicamente a los ciudadanos: la Alemania de la década de los treinta.

Una ley que habla de los derechos sanitarios de los ciudadanos usuarios del sistema nacional de salud y no dice cuáles son esos derechos, no es una buena ley. Una ley que no regula los derechos sanitarios de los españoles residentes en España desplazados temporalmente al extranjero ni prevé el derecho de asistencia de los ciudadanos desplazados de una Comunidad Autónoma a otra, no es una buena ley. Una ley que prescinde de los profesionales sanitarios en lo que respecta a las funciones de asistencia a la dirección y control del sistema de salud, no es una buena ley. Una ley que prescinde de los profesionales en las funciones inherentes al control de calidad y niega a los centros el principio de autonomía hospitalaria, no es una buena ley.

Se introduce en el proyecto una carta de derechos y deberes del enfermo, ya puesta en práctica y ya fracasada, porque sólo ha sido un papel que tiene, además, excesivos defectos. Sólo ha sido un papel, porque no se ha llevado a la práctica. Tiene excesivos defectos como, por ejemplo, que en el artículo 10.1 se diga que nadie podrá ser discriminado —y el señor Luna ha hablado de discriminación— por razones de moral, económicas, sociales, sindicales, pero no habla de la raza; es decir, que se podrá discriminar a los enfermos por razones de raza. Por ejemplo, se podrá discriminar a los negros y a los gitanos, según esta ley. Me estoy refiriendo estrictamente a lo que pone la ley.

En el artículo 10 se dice que el usuario puede negarse al tratamiento. ¿Es así o no, señor Luna? Y en el artículo 11 se dice que tendrá obligación de seguir las prescripciones de los servicios sanitarios. ¿En qué quedamos? ¿O se niega o tiene obligación de seguir las prescripciones?

Una ley redactada en estos términos es contradictoria, ambigua, chapucera y, en suma, una mala ley. Pero hay más. En el punto 7 del artículo 10 se dice que al usuario se le asignará un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, y en el punto 13 del mismo artículo se dice que el usuario tiene derecho a elegir al médico y al personal sanitario. Otra contradicción que nadie entiende.

Por otra parte, el artículo 10 está en contradicción con el 14 y con el 15. Una ley que establece en caso de no aceptación del tratamiento la obligación —porque dice obligación— de firmar el alta voluntaria, es una ley propia de países caribeños bajo gobiernos dictatoriales. Una ley que ignora a los Colegios profesionales, a pesar de su reconocimiento en el artículo 36 de la Constitución, no es una buena ley. Una ley que crea la figura de unos inspectores con funciones que rayan en la ilegalidad, no es una buena ley. Una ley que ignora los sistemas prácticos y económicos, como la hospitalización a domicilio, que reduce los costes hasta un 75 por ciento y aumenta la eficacia, que fue aprobada por unanimidad de todos los Grupos en una moción que defendí yo en esta Cámara, una ley que ignora esto no es una buena ley. Una ley que no establece las bases para que se desarrolle una medicina geriátrica, una ley que no establece las bases para atender a ese importante colectivo, por el que, si Dios quiere y tenemos sa-

lud, todos vamos a pasar, que es la tercera edad, no es una buena ley ni una ley coherente. Una ley que carece de bases para organizar una acción protectora de los poderes públicos sobre el alcoholismo, la drogadicción, los minusválidos, e incluso la política mortuoria —aunque parece ser que el Partido Socialista de política mortuoria sabe mucho, sobre todo de carrozas—, no es una buena ley. Una ley que pone trabas a la medicación necesaria para recuperar la salud (artículo 10.14) y que puede volver al petitorio, señor Luna, obsoleto y tercermundista, es una ley insólita en un país moderno. Una ley que no cita en todo el proyecto a la profesión de enfermería, que es la más numerosa del país, no es una buena ley. Y porque esta ley no es una ley de todos, sino una ley del PSOE, porque esta ley es una ley obsoleta, anticuada, de dudosa financiación, por ignorar los principios básicos de la salud, por discriminatoria, por incompleta, por exceso de burocratización, por centralista, por continuista, por primar el concepto económico sobre la salud, debe ser devuelta al Gobierno para su elaboración más sosegada, más científica, sin politizar y con la participación de todos y cada uno de loss representantes del pueblo español. Muchas gracias. (*¡Muy bien!*)

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Turno en contra. Tiene la palabra el Senador Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muchas gracias, señor Presidente.

Señoras y señores Senadores, yo creo que el señor López Hueso no ha percibido con claridad lo que está pasando en este Pleno. No lo ha percibido o no lo ha querido percibir, pero me da la sensación de que no se ha enterado.

Señor López Hueso, no nos hemos quedado solos, se han quedado ustedes solos con la Mesa para la Unidad de los Comunistas, fíjese si el tema tiene gracia. (*Risas. Aplausos.*) No se ha dado cuenta S. S. de que el Grupo Parlamentario Senadores Nacionalistas Vascos y de que el Grupo Parlamentario Cataluña al Senado han retirado sus votos. Luego, ¿quién está sólo en la Cámara? Como digo, ustedes con la Mesa para la Unidad de los Comunistas, que no es poco. (*Risas.*)

El problema de no consensuar esta ley es debido a lo que pasa siempre en estos casos. La minoría dice: «No consensúan conmigo». ¿Y qué entienden por no consensuar con ustedes? ¿Qué no aceptamos su modelo sanitario? Obviamente. Hemos consensuado esta ley con todo aquel que ha querido introducir mejoras en un modelo sanitario determinado, que está establecido, como compete a un partido que ha ganado las elecciones con un programa sanitario determinado, y con este modelo y partiendo de este modelo, con todos aquellos que han querido mejorar nuestro proyecto, se ha llegado a un acuerdo, y, como digo, no han sido pocos los acuerdos.

El problema suyo es muy distinto. Ustedes tienen un modelo que no voy a entrar a atacar, porque se ha hablado suficientemente de él en el debate anterior, pero tampoco se atreven muy claramente a decir por qué no están

de acuerdo con este modelo y cuál es el que ustedes plantean.

Yo recuerdo haber oído al máximo exponente de su Grupo Parlamentario en materia de política sanitaria, doctor Carlos Ruiz Soto, en una intervención en el Club Siglo XXI, que ustedes no tenían claro si era mejor la medicina pública o la privada. Así de literal. Y como no tenían claro eso, se trataba de dejar que compitieran la medicina pública y la medicina privada, a ver cuál de las dos era mejor, y una vez que se determinara cuál era mejor, optar por ésa.

Lo que pasa en realidad es lo siguiente: ustedes tienen muy claro que quieren la medicina privada, la medicina liberalizada, pero no saben qué hacer con el 75 por ciento de las instituciones o de los centros o de las instalaciones sanitarias o del personal, etcétera, que están en la medicina pública. Y como no pueden decir abiertamente «nosotros queremos liquidar por derribo el sistema de salud pública» —cosa que ni se ha atrevido a hacer en Inglaterra la señora Thatcher con el Servicio Nacional de Salud—, plantean la siguiente operación: Dejemos competir a la medicina pública con la privada y a ver cuál de las dos es mejor. A continuación la política es la siguiente. No invertimos en la medicina pública —porque en su proyecto alternativo no aparece la palabra inversión— y, sin embargo, hacemos conciertos de cualquier clase con la medicina privada. ¿Qué significa esto a medio plazo? Que las instituciones sanitarias públicas se van cayendo, se van deteriorando y, naturalmente, las que pasan a ganar la batalla, las que van a ser mejores, en definitiva, van a ser las instituciones sanitarias privadas que son las que reciben el dinero de los conciertos sin ningún tipo de control, sin ningún tipo de garantía, como he visto que quieren hacer con las enmiendas que han presentado a los artículos 90 y 91 de esta ley. Este es el fondo de su situación, que no pueden decir lo que quieren hacer, que es dinamitar el sistema público y convertirlo todo en privado y, como yo les decía en Comisión, si fuera posible, vender el sistema público a una multinacional. Esto, luego, se disfraza con una serie de cuestiones y de ataques.

Ahora me centro ya en su intervención. Dice usted que la reforma está ya hecha. ¿Por qué? ¿Qué órdenes ministeriales han supuesto una reforma como la que se pretende en la ley? ¿La de Areas de Salud? ¿La de Unidades Básicas de Salud, que es la misma? ¿Esa es la base de la reforma? Ustedes piensan poco, porque la reforma que nosotros pensamos hacer del sistema sanitario va mucho más allá que la de las Unidades Básicas de Salud, porque el resto no es una reforma del sistema; el resto es un sistema de gestión hospitalaria mejor, un sistema de acceso a los puestos directivos mejor, etcétera. Lo que no se puede decir es que la ley es innecesaria porque la reforma la estamos haciendo por decreto-ley.

Su señoría hace a continuación una alusión cariñosa a don José Antonio Girón de Velasco; dice que nosotros tenemos cariños particulares, que tenemos concomitancias ideológicas con el señor Girón de Velasco, etcétera. Ustedes no han comprendido todavía que en la izquierda lo que prima es la racionalidad. Nosotros no seguimos cie-

gamente a ninguna persona. Nosotros vemos y analizamos lo que dice una persona o lo que hace, y decimos: esto es razonable o esto no es razonable.

Señor López Hueso, lo de las adhesiones inquebrantables no es un problema nuestro, es un problema de la derecha. Nosotros no nos adherimos inquebrantablemente...

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Le ruego que se ciña a la cuestión, por favor.

El señor LUNA GONZALEZ: Me ceñiré, señor Presidente.

Por tanto, no tenemos ningún prejuicio en recoger aquello que fuera razonable, viniere de quien viniere. De eso a hablar de aspectos ideológicos y decir que esta es una ley ideológica del PSOE, que si hay concomitancias ideológicas con el señor Girón, etcétera, hay un abismo.

Ustedes hablan de que quieren cambiar el nombre de la ley. Salud por Sanidad. Se lo dije en Comisión, curiosamente no ha presentado usted ninguna enmienda. Si no les gusta que se llame Ley General de Sanidad, ¿por qué no han presentado una enmienda pidiendo que se llame Ley General de Salud? Confunden conceptos, señor López Hueso. El concepto de salud, como está establecido en la Organización Mundial de la Salud, hace referencia al estado de una persona en concreto, al estado de bienestar físico, psíquico, social, etcétera. El concepto de sanidad es otra cosa. El concepto de sanidad hace referencia a las acciones que se pueden realizar desde los poderes públicos, la Administración, etcétera, hasta los centros privados, las asociaciones privadas para un determinado fin, en este caso, proteger o defender la salud. Luego no puede hablarse de una ley de Salud, ley del estado de las personas. Es una ley de Sanidad, porque es una ley que organiza un sistema que tiene que realizar una serie de acciones. Pero no merece la pena perder el tiempo, porque no han presentado ni siquiera una enmienda a ese tema.

Dicen ustedes que no se hace medicina preventiva desde que está el Gobierno socialista. ¡Qué curioso! Cuando nosotros llegamos al Gobierno central, todos los temas de salud pública, como no ignora S. S. —o parece que sí ignora—, estaban transferidos a las Comunidades Autónomas, todos, señor López Hueso. Lo cual quiere decir que, en todo caso, la crítica de que no existe una medicina preventiva, como usted dice, o de que no existen programas de protección o promoción de la salud, de vacunación, etcétera, deberían hacerla en cada uno de los Parlamentos autónomos, incluso en el suyo, en el que ustedes dominan, en el de Galicia, porque ahí está la competencia.

Entonces, no se puede hablar de que no hemos hecho medicina preventiva desde el Gobierno, que, además, se ha hecho, porque la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad ha servido de soporte permanente para las actuaciones en defensa de la salud que se han hecho en todas y cada una de las Comunidades Autónomas. Usted lo sabe, porque ha debatido conmigo los Presupuestos en esta Cámara y todos los años en esos Presupuestos hay una serie de programas concretísimos para

una serie de acciones de medicina preventiva, como usted dice.

Fíjese en lo que es salir, como usted ha salido a defender, desde esta tribuna, una cosa que viene a ser: ¡Qué barbaridad quieren ustedes decir en la ley! Ustedes dicen en la ley que hay que superar los desequilibrios territoriales y sociales. ¿Y a usted eso le parece una barbaridad? Porque es enormemente sintomático que esto le parezca una barbaridad. ¿Qué quiere decir con esto? ¿Que de la actuación del sistema sanitario no se puede derivar una mejora de los desequilibrios territoriales o sociales? ¿Quiere decir con esto que si un hospital se instala en un sitio o en otro no afecta a la economía de la zona, que no afecta a las condiciones sanitarias y, por tanto, sociales de las personas que viven en esa zona?

Yo no sé si realmente lo que a usted le parece una barbaridad es lo primero —acabar con los desequilibrios— o lo segundo. En cualquier caso, está usted equivocado, en el primero y en el segundo caso.

Se extraña de las intervenciones por imperativo legal. Las que digan las leyes, señor López Hueso. No me compare situaciones que no son comparables. ¡La Alemania de no sé cuándo! ¿Quién hacía las leyes en la Alemania de no sé cuándo? ¿Quién elegía a los que hacían las leyes en la Alemania de no sé cuándo? No se puede cerrar ninguna vía a la intervención de la ley. No se puede cerrar ninguna vía, salvo en aquellas cuestiones que están expresamente determinadas —y digo expresamente— en la Constitución y, por tanto, puede haber una ley que en un momento determinado, por peligro para la colectividad o por cualquier otra razón, obligue a que a una persona se le haga una determinada intervención. Esto lo tienen que entender, y si no lo quieren entender es su problema, pero, en definitiva, se trata de la ley, de la que hay ahora y de la futura. Porque ustedes piensan que esta ley va a durar dos meses, y esta ley no va a durar dos meses y hay que dejar puertas abiertas.

Usted, señor López Hueso, para preparar su intervención no se ha leído la ley o no ha seguido los debates de la ley para hacer su intervención. Voy a dar dos pinceladas. Dice usted: La participación de los médicos en la evaluación —es decir, una participación efectivamente técnica, y yo eso lo admito— del funcionamiento de los servicios sanitarios no se recoge en la ley. No se ha leído usted la ley o no se ha leído el dictamen de la Comisión, porque se recoge en el dictamen de la Comisión como lo están afirmando, con la cabeza, sus compañeros.

Dice a continuación: No se recoge en la ley —y hace una intervención enfática— la no discriminación por razón de raza, luego a los gitanos se les puede discriminar. No se ha leído el dictamen de la Comisión, señor López Hueso; está recogido en la ley. Léase el artículo 10, número 1. Léaselo, señor López Hueso, le conviene.

Se escandaliza S. S. de que los inspectores tengan una serie de funciones que rayan en la ilegalidad. ¿Qué quiere decir con esto? ¿Que un inspector no pueda tener el derecho a entrar en cualquier momento y sin previo aviso en un centro o establecimiento? ¿Eso es lo que ustedes quieren? ¿Que los inspectores antes de ir a un centro lla-

men por teléfono y digan: voy a ir pasado mañana; pónganlo todo en orden a ver si no encuentro muchas cosas que inspeccionar? ¿Eso es lo que quieren? Obviamente, un inspector, para que funcione —y es el «a, b, c» de cualquier inspección que tenga que funcionar—, puede intervenir cuando quiera en un establecimiento; naturalmente, dentro de lo que es razonable, porque ni puede poner S. S. el caso de que se va a ir a inspeccionar una farmacia a las tres de la madrugada, cuando no esté de guardia, y se va a sacar de la cama al farmacéutico. Esto es absurdo, y por reducción al absurdo se puede llegar a muchos argumentos. En el fondo, lo que a ustedes no les gusta es una inspección que pueda entrar y salir cuando quiera y que pueda realizar las intervenciones que quiera en garantía de los ciudadanos.

Al final, le parece que no hemos incluido aquí la geriatría, los hospitales de día, la drogodependencia, etcétera. De verdad, sigo insistiendo en que no se han enterado de que ésta es una ley que supone la organización del sistema sanitario, de que no es una ley como la suya. Les decía anteriormente que ustedes habían hecho una ley para los profesionales y se lo vuelvo a decir ahora. Aquí se organizan los servicios de atención primaria y, luego, los servicios de atención especializada y los servicios de atención hospitalaria; luego, en cada caso, se verá lo que en cada sitio se tiene que hacer, porque eso ya es un problema de programa sanitario concreto. Si aquí se hace o no geriatría, o se hace en otro sitio es otro problema. Lo que no puede ser es lo que ustedes hacen en su texto alternativo, con rango de ley, cuando dicen: «En las localidades en que existan centros hospitalarios, la asistencia especializada podrá estar desarrollada al máximo nivel y configurada inicialmente en clínica médica y clínica quirúrgica. Clínica médica: medicina interna, pediatría, neumología, cardiología, aparato digestivo, reumatología, endocrinología, psiquiatría, neurología, odontoestomatología. Clínica quirúrgica: tal, tal y tal...» ¿Qué pasa, señor López Hueso? ¿Cuándo aparezca una nueva especialidad o un nuevo avance, hay que volver a modificar la ley? No es serio. En esta ley se organiza el sistema y luego en cada hospital, dependiendo del nivel del hospital, se verá qué es lo que se hace y cuáles especialidades se atienden, pero no me critique esta ley porque no aparece la geriatría o la hospitalización de día —que por cierto ya se está haciendo—, porque no es una materia que tenga que estar en la Ley. Hay muchas maneras de hospitalización y todas están contempladas en la atención hospitalaria que se cita en la Ley.

Le parece insólito lo del petitorio —que, insisto, no es el petitorio, petitorio es otra cosa— y ustedes no conocen la legislación europea, o no la quieren conocer. El petitorio es, por ejemplo, lo que hay en Francia, con una lista positiva, pero no es petitorio lo que hay en Gran Bretaña ni lo que hay en otro sitio, porque son listas negativas, excluyen. Está en todos los países comunitarios, señor López Hueso, en todos. Hay posibilidad de excluir de la financiación pública ¡ojo!, no de la prescripción del médico. El médico puede prescribir lo que quiera y si es capaz de convencer al paciente de que una penicilina que vale

500 pesetas es mejor que otra que vale 50, allá el médico y el paciente, pero el Erario Público, los demás, no tenemos por qué pagar los lujos que determinados señores se quieren atribuir, sin necesidad de ninguna clase. Esto que digo es una cosa razonable, señor López Hueso, y está en contradicción con lo que ustedes mantienen. Ustedes quien que se financie todo, en cualquier forma, y al final, como veíamos anteriormente, aparece una disposición adicional que dice ¡eso sí!: que no aumente el gasto público. Hay que hacer todo lo que hay que hacer y más; hay que dar más ganancias a los laboratorios farmacéuticos, más ganancias a los profesionales sanitarios, pero que no aumente el gasto público, porque eso es una cosa sagrada. Pues ya me explicarán ustedes cómo se hace.

Finalmente, es también un poco insólito que SS. SS. hablen de que es una ley antiautonomista. Sólo le voy a decir tres cosas.

Ustedes no han enmendado el artículo 2.º, donde se establece qué artículos tienen el carácter de básico; ustedes no han enmendado el artículo 40 donde se establecen las competencias del Estado; ustedes no han enmendado el artículo 41 donde se establecen las competencias de las Comunidades Autónomas. Si consideran que es una ley antiautonomista, ¿qué han hecho para que deje de serlo? Le voy a decir el qué. Enmendar el artículo 43. Ustedes piden la supresión de la alta inspección, porque dicen que es contraria al principio de autonomía. Mire, señor López Hueso, la alta inspección, primero, está en la Constitución, por tanto no puede ser contraria a la autonomía.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Le ruego que vaya concluyendo.

El señor LUNA GONZALEZ: Termino, señor Presidente. Y, en segundo lugar, la alta inspección está recogida como expresamente constitucional y con una serie de funciones concretas por las sentencias 32/1983 —se lo he dicho antes— y 42/1983 del Tribunal Constitucional de este país. Eso es lo que han hecho ustedes para evitar que la ley sea antiautonomista.

No nos acusen de que prima el concepto económico en la ley, porque la única enmienda que hace referencia a que los servicios sanitarios tienen que funcionar con arreglo al principio de economía es una enmienda que se ha metido en la ley porque la han presentado ustedes, porque ese principio no existía en la ley. Ustedes han presentado lo del principio de economía, como han presentado el tema de los conciertos, el de coste-eficacia y de economicidad. Por tanto, no vengan ahora a acusarnos de que prima el concepto de economía. El concepto de economía prima en sus intervenciones y en su texto alternativo, pero no de la economía pública, sino de la economía de una serie de sujetos privados.

El señor LOPEZ HUESO: Pido la palabra por el artículo 87.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Tie-

ne la palabra, señor López Hueso, durante tres minutos, por el artículo 87.

El señor LOPEZ HUESO: Señor Luna, sus afirmaciones quedan fuera de la verdad y le ruego a S. S. que pida una transcripción a los taquígrafos donde podrá ver que yo he hablado de los vetos en la Comisión, y si realmente los partidos políticos reciben la ley, se la estudian, la vetan y se publica, es que hay algo que no les gusta o no les gusta la totalidad de la ley; que después se consensúe este o aquel artículo, esta u otra cosa, y retiran su veto, eso es otra cosa. Me refería a la Comisión, y así está recogido por los taquígrafos.

Señor Ministro, he empezado mi intervención preocupándome por su salud, porque...

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Señor López Hueso, el turno es respecto a las opiniones del señor Luna.

El señor LOPEZ HUESO: Tiene razón, señor Presidente.

Respecto a la medicina privada, quiero decirle lo siguiente. Por contestaciones del propio Gobierno, en los centros concertados es mucho más barata la hospitalización que en los centros públicos. Por ejemplo, en mi Autonomía, el centro que más cobra no llega a 10.000 pesetas, hay otros de 5.600 pesetas día; y hay uno, la clínica reumatológica del Mar Menor a la que le pagan ustedes 2.600 pesetas diarias. En la ciudad sanitaria Virgen de la Arrixaca se excede; está por encima de las 20, 21 ó 22 000 pesetas, e igual en Yecla.

Respecto a las multinacionales, señor Luna, ustedes, en este campo, lo hacen mucho mejor que nosotros, son mucho más amigos de ellas que nosotros.

No he presentado enmiendas al Título ni otras muchísimas enmiendas porque tenía conciencia de lo que ha ocurrido. Y es que, en Ponencia, las enmiendas del Grupo Popular no es que no se hayan estudiado, es que ni siquiera se han visto.

Le quiero hacer un ruego, señor Luna, sólo es un ruego. Se lo formulo sin cólera alguna, de corazón: por favor, señor Luna, no insista en explicarme lo que significa la palabra salud ni la palabra sanidad. Se lo ruego, por favor.

Con relación a que nosotros no hacemos leyes para la medicina preventiva o no decimos que se hagan, mientras no se transfiera todo el sistema, señor Luna, no se pueden hacer leyes para realizar un buen estudio epidemiológico y una medicina preventiva buena y verdadera.

Equilibrio territorial. Aquí también se equivoca S. S. Yo no estoy en contra de los desequilibrios territoriales. Al contrario, creo que se deben corregir. Pero el desequilibrio territorial no tiene que ver absolutamente nada con la promoción ni con la protección de la salud.

Una determinada intervención por imperativo legal. Señor Luna, diga cuál. ¿Qué intervención se le puede hacer a un ser humano por imperativo legal? ¿Cuál? ¿Por ejemplo, esterilizarle?

No enmiendo, señor Luna —y aquí también está equivocado su señoría—, el dictamen de la Comisión, que me

he leído. Cuando he presentado todas mis enmiendas, como todos los Grupos Parlamentarios de esta Cámara, estaba enmendando el proyecto de ley. No estamos enmendando el dictamen de la Comisión. Por tanto, apréndase, señor Luna, el Reglamento, que me parece que S. S. no ha leído.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Concluya, por favor. Ya han pasado los tres minutos.

El señor LOPEZ HUESO: Termino, señor Presidente.

Tampoco ha entendido la cuestión de los inspectores, señor Luna. Simplemente hablamos de la identificación, cuando sea preciso —y ya sabe usted a lo que me refiero—. Con el tema de los inspectores queremos evitar que se invadan domicilios particulares de médicos, como ha ocurrido recientemente en un pueblo de Salamanca.

Respecto a que la Ley no tiene por qué nombrar a la geriatría, naturalmente que no. Tampoco tiene por qué nombrar la planificación familiar, y la nombra.

Para terminar, señor Luna, le diré que estoy plenamente convencido, y se lo digo también de corazón, de que ustedes no están operando por el bien del enfermo ni por el bien común. Operan sólo en interés de las personas que les puedan votar a ustedes. Y lo van a tener muy difícil. (*Rumores. Risas.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Silencio, por favor.

Señor Luna, tiene la palabra por el artículo 87.

El señor LUNA GONZALEZ: Es obvio que nosotros estamos operando en interés de la mayoría de la población, que, lógicamente, es la que nos ha votado. Pero no sólo esto. Esta Ley favorece a los que nos han votado y a los que no lo han hecho. Favorece a la mayoría de la población.

La salud del señor Ministro está garantizada.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Por favor, ciñase a la cuestión. (*Risas.*) Por alusiones, sin duda, señor Ministro, cuando desee tomar la palabra, nos explicará que goza de buena salud.

El señor LUNA GONZALEZ: Con la habilidad dialéctica que le caracteriza, como parlamentario, que lo es, sale del apuro de determinadas cuestiones y dice que, cuando usted hablaba de que estábamos solos, estaba hablando de los vetos que había en Comisión.

En Comisión, no estábamos solos, tampoco señor López Hueso. En Comisión, el Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos ya había retirado su veto. En cualquier caso, no estamos en Comisión sino en el Pleno, usted nos está acusando de estar solos ahora y no en la Comisión. Insisto, en que no estamos solos nosotros. Están solos ustedes.

Sigue diciendo que es más barato en los centros concertados que en los públicos. Naturalmente, lo que pasa es que hay que medir la calidad asistencial de los centros

públicos y privados. Solamente le voy a decir una cosa: en Alicante, en mi ciudad, cuando algún compañero o algún amigo tiene, a su vez, un compañero o un amigo médico, y su mujer va a dar a luz, no le aconseja que se vaya a un centro privado. Le aconseja que se vaya al Hospital del INSALUD. ¿Y por qué? Se lo dice muy claro: Porque si se plantean complicaciones, en el único sitio donde van a poder atender a su mujer será en el Hospital del INSALUD. ¿Por qué? Porque está mejor dotado de personal, de instrumentos, etcétera. ¿Y eso qué quiere decir? Que lógicamente la cama, en el Hospital del INSALUD de Alicante tiene que ser mucho más cara que en el centro privado, cualquiera de los centros privados de Alicante. Por eso, son más caras las camas en los centros públicos. Porque están mejor dotadas.

Parece que a ustedes les molesta el hecho de que las multinacionales tengan confianza en la marcha económica, social y política de este país; no sé por qué razón. Es evidente que tienen confianza y por eso vienen a invertir a este país. Lo que nosotros no queremos es que sectores de servicios públicos claves se vendan a las multinacionales. A las multinacionales se les puede vender Loewe, que fabrica colonias y pañuelos (*Rumores.*), y que no es fundamental para la vida de este país; ahora, no me venda usted a las multinacionales el servicio de salud público porque eso sí que es fundamental para la vida de los ciudadanos de este país.

Dice S. S. que mientras no se transfiera no se pueden hacer estudios epidemiológicos. ¿Por qué razón? ¿Es que los sistemas de información sanitaria no pueden funcionar? ¿Es que los servicios del INSALUD no pueden pasar los datos que tienen sobre enfermedades de declaración obligatoria e intervenciones, etcétera, a los centros de salud pública de las Comunidades Autónomas? Dígame S. S. por qué razón no se pueden hacer estudios epidemiológicos. La prueba evidente de que se pueden hacer es que se están haciendo, y usted lo sabe, lo cual quiere decir que ese argumento no me sirve. Por imperativo legal está en la propia Ley, señor López Hueso. No se complique más la vida, no vea usted fantasmas donde no están. Usted tiene una auténtica obsesión con las esterilizaciones, con la planificación familiar, etcétera. Mire usted, no. Para nosotros, el tema sexual es un tema más en la vida, no lo tenemos grabado en la frente, como parece que lo tienen otras personas. (*Rumores.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Por favor, ciñase a la cuestión.

El señor LUNA GONZALEZ: Perdón, señor Presidente.

Como tal tema más está, como uno de los aspectos de la Ley, no para que usted diga, como dijo en Comisión, que está por todas partes. El tema de la planificación familiar está en un apartado de un artículo. Este es el tema; hay cosas que obsesionan y otras que no.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias.

¿Señores portavoces que deseen intervenir? (*Pausa.*)

Por el Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos, tiene la palabra su portavoz el Senador Bajo Fanlo.

El señor BAJO FANLO: Señor Presidente, señorías, señor Ministro. Voy a intervenir muy brevemente para fijar la intención de voto de nuestro Grupo en relación con los vetos a esta Ley General de Sanidad.

En primer lugar, queremos dejar claro que esta Ley no es nuestra Ley en su origen, pero, sin embargo, hemos de hacer constar nuestra participación de manera importante en lo que, a nuestro juicio, ha supuesto una considerable mejora. De hecho, desde el campo autonómico, es nuestro criterio que tal y como ha quedado después de su paso por Comisión, la Ley es más respetuosa con las distribuciones competenciales ya establecidas por la Constitución y los Estatutos que la que nos fue remitida por el Congreso de los Diputados. Por otra parte, es evidente que la Sanidad está necesitada de una ley, no olvidemos que la anterior data de 1944 y ésta, con todas sus limitaciones, si se desarrolla con recursos suficientes y se aplica prudentemente, creemos que puede ser un instrumento verdaderamente útil para elevar los niveles de salud de nuestra sociedad.

La Ley, en los diferentes trámites que ha pasado hasta ahora en esta Cámara, ha mejorado, además de en el carácter autonomista ya señalado, en aspectos tales como extender las actuaciones coordinadoras de la Administración central frente a las planificaciones. Ahora se habla de coordinación en vez de planificación. Asimismo, se elevan los niveles de calidad asistencial a través de la exigencia de unos controles mejor establecidos y se tienen más en cuenta los derechos de las personas que tienen la necesidad de acceder a los servicios asistenciales.

Bien es verdad que siguen subsistiendo aspectos negativos. Así, por ejemplo, escasa motivación para los profesionales; eliminación de la posibilidad de elección de médico a nivel hospitalario, tal y como la sociedad desea; no cobertura del cien por cien de la población; y no mención de importantes colectivos, como pueden ser los de la tercera edad y los drogodependientes.

Es por estas deficiencias por lo que nosotros mantenemos algunos votos particulares, ya que, a nuestro criterio, con ellos pretendemos subsanar esos aspectos negativos. Sin embargo, hemos de reconocer que la diferencia entre la suma del haber y el debe nos da un saldo positivo, y esto, unido a que en estas materias nuestros criterios y los del Grupo Socialista son muy parecidos, nos hace confiar en que, poco a poco, todos los ciudadanos vayan teniendo una mejor asistencia sanitaria; que llegará un día en que no haya una medicina para pobres y otra para ricos; que, en definitiva, ese deseo solidario de todos sea una auténtica realidad.

Por eso nosotros vamos a dar un margen de confianza a las posibilidades de esta Ley, y para ello vamos a votar en contra en la propuesta de veto.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el Senador Bernárdez Alvarez.

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Señor Presidente, señorías, señor Ministro, me alegro de que haya llegado el señor Ministro, aunque estaba muy bien representado por el Senador Hernández Gil. Me alegro de que haya llegado porque quiero felicitarle, ya que, al menos, ha sabido asumir un reto ya viejo, un reto que estaba ahí desde hace tiempo, y, sobre todo, desde que nuestra Constitución estableció, en el artículo 43, el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y en su Título VIII concedió a las Comunidades Autónomas amplias competencias en materia de sanidad.

Llevábamos mucho tiempo con una sanidad parcheada y la situación se iba complicando a medida que atenciones asistenciales iban siendo asumidas por distintas Administraciones, al tiempo que el seguro de enfermedad iba creando también la red sanitaria más importante.

La creación del Ministerio de Sanidad pretendió ser la solución, pero no acertó (tal vez por lo efímero del mandato de todos los Ministros que han pasado por él) a adaptar a las necesidades actuales la pluralidad de sistemas sanitarios. Creo, por tanto, señor Ministro, que ha acometido una labor importante. Otra cosa es que estemos de acuerdo en lo que ha hecho.

Yo tenía grandes reparos a esta Ley; los tenía como profesional y los tenía, sobre todo, como nacionalista. A mí me parecía que con esta Ley nacía una sanidad discriminatoria para los ciudadanos; que con esta Ley nacían unas inspecciones abusivas y hasta ilegales; que esta Ley traía consigo la desilusión del personal sanitario y que se olvidaba permanentemente de las organizaciones profesionales. A mí me parecía que esta Ley rebasaba su carácter básico para entrar en materias exclusivas de los Estatutos de Autonomía. A pesar de todo, no presenté un veto porque confiaba en el talante de diálogo del Ministerio, y, efectivamente, he tenido razón, porque a través del Grupo vasco y del Grupo catalán, se ha progresado. Lo único que lamento es que no haya un Grupo gallego porque, a lo mejor, hasta hacíamos una buena ley.

En el Senado, en ciertos aspectos, la Ley ha empeorado, y eso ha provocado mis reservas a esta Ley. No se trata de simples mejoras técnicas, como califica el Grupo Socialista sus enmiendas introducidas ya en Ponencia. Se trata de un cambio sustancial en la financiación pública de los productos farmacéuticos, introducido casi subrepticamente. Y digo casi subrepticamente no porque haya sido introducido con un método ilegal, sino porque un tema tan importante figura en una disposición adicional y, además, en una Ley que, a mi juicio, no es específica de las prestaciones de la Seguridad Social, lo que me da la impresión de que fue puesta forzosamente.

La nueva filosofía introducida acaba, lisa y llanamente, con el derecho que el enfermo tiene —tenía ya casi— a disfrutar de toda la medicación disponible, conquista social consagrada en el artículo 106 de la vigente Ley de

Seguridad Social, anulando además la libertad de prescripción del médico, que en adelante verá dirigida su facultad de prescripción por un acto administrativo. Los perjudicados serán los económicamente débiles, con lo que estaremos ante dos clases de pacientes: los que pagarán los medicamentos que necesiten y los que no podrán pagarlos. Señorías, aquí de lo que se trata —digámoslo con toda claridad— es de volver veinte años atrás, con una visión puramente económica de la sanidad; de desandar el camino andado y de restablecer el tan regresivo y tan famoso petitorio o las litas positivas, negativas o negras, como quiera el Senador Luna que las llamemos.

No admitir un medicamento en la Seguridad Social, en un sistema de salud como el español (estoy hablando de España, porque aquí se está tratando de generalizar a toda la población) es no admitirlo en el mercado con todo lo que ello conlleva. Nadie —y éste, Senador Luna, es el criterio del Mercado Común— desde una precisión administrativa puede decir «a priori» que un medicamento no representa ventajas sobre los existentes. Eso sí se consagra en este proyecto de ley. Son innumerables los medicamentos cuyo uso por el médico en la práctica han evidenciado ventajas, incluso actividad, sobre procesos patológicos nuevos que teóricamente no tenían.

Las directrices de la Comunidad Económica Europea, a las que tanto recurre el Senador Luna, especialmente la 6565, dicen que para la presencia de un medicamento en el mercado sólo debe tenerse presente la eficacia y la seguridad del mismo. ¿Cómo se puede hablar de excluir de la financiación medicamentos que tengan indicaciones sintomatológicas, y empleo el término del texto? Esto es un absurdo. Los médicos saben —y aquí hay muchos médicos— que hay un determinado grupo de patologías que no tienen más tratamiento que el sintomático, y podíamos hablar de innumerables enfermedades psiquiátricas y reumáticas. ¿Quiere esto decir que en estos casos la indicación no es eficaz o no es necesaria?

En su caso, señor Ministro, yo trataría de convencer al Grupo Socialista de que retirase sus enmiendas. La filosofía de aproximarse a los llamados medicamentos esenciales, en la que tan inspiradas están estas enmiendas, sólo se justifica en una sanidad tercermundista.

A mí no me da vergüenza, Senador Luna, defender a los laboratorios, porque creo que también merecen ser defendidos. Por eso les digo que van ustedes a alterar las reglas de libre competencia, discriminando unos laboratorios con relación a otros. Van ustedes a introducir un nuevo factor de desánimo en la investigación cuando más calor necesita; van ustedes a propiciar el monopolio a aquellos cuyos medicamentos permanecen en el petitorio; van ustedes a acabar con un derecho de primer orden y con una gran conquista social, como es la posibilidad de acceso a toda la medicación disponible; van ustedes a dar pie a muchas discrecionalidades y a muchos errores; y van ustedes a causar graves perjuicios a la industria española, trayendo con eso peores consecuencias incluso que las económicas.

Y todo esto, ¿por qué? Hay países del Mercado Común —muy pocos, no todos, Senador Luna— en los que hay li-

mitaciones de medicamentos indicados en ciertos procesos, pero no se condiciona, como aquí se pretende, la admisión de nuevos medicamentos a una mayor eficacia ni al precio, a no ser que sean equivalentes terapéuticamente. Usted ha hablado aquí de equivalencias, pero para que haya equivalencia terapéutica no basta con que lleve los mismos principios activos, como usted ha dicho, Senador Luna, sino que tiene que ser en la misma cantidad y con un resultado terapéutico equivalente; y el resultado terapéutico equivalente no se sabe hasta que están en el mercado. Por tanto, no se puede aplicar a los medicamentos nuevos.

Además, experiencias como la de Gran Bretaña nos dicen que ese ahorro económico tan buscado no se ha logrado porque mientras los medicamentos excluidos representan el 3 por ciento, el importe del mercado global aumentó el 10 por ciento. Lo que no se va en lágrimas se va en suspiros.

No quiero terminar sin dejar constancia de algo muy importante, señor Ministro, que usted conoce muy bien: que el intervencionismo español en materia de precios de medicamentos es grande; no es de ahora, es de hace tiempo. Es público y notorio —y usted lo sabe— que, en muchos casos, se autorizan precios altos en compensación de otras cosas, como pueden ser de otros precios excesivamente bajos. Esto está ocurriendo, señor Ministro, y la convulsión del mercado que va a suponer esta ley puede representar un peligrosísimo juego de azar.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Por el Grupo Popular tiene la palabra el señor Alvarez Ruiz de Viñaspre.

El señor ALVAREZ RUIZ DE VIÑASPRES: Señor Presidente, señorías, señor Ministro, muchas gracias por acudir; más vale tarde que nunca.

Antes de comenzar quiero rechazar frontalmente la distorsión que, de un modo generalizado, se ha hecho desde esta tribuna sobre el ejercicio profesional. Quien opine de un modo generalizado de los profesionales de la medicina antes de pronunciarse debería incapacitarse para realizar esas expresiones. No se puede de ninguna forma aniquilar desde una tribuna pública, y más desde un Parlamento, a toda una profesión con esa generalización que se ha hecho.

Para más abundancia diré que el Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Económica Europea, en su última asamblea plenaria, aprobó la Carta de los Médicos de los Hospitales que dice: Libre elección del médico por el enfermo y la independencia material, técnica y moral de los médicos, e insta a su adopción en todos los países miembros. Nosotros ya somos país miembro de esa Comunidad Económica Europea.

La Ley que hoy estamos debatiendo creo que es una Ley a la que no se le puede llamar progresista; y no se le puede llamar pogresista porque tiene su futuro hipotecado, además de que coarta libertades.

El futuro de una ley, señorías, viene condicionado por

la permanencia en el tiempo más allá del poder político que la gestó. La Ley General de Sanidad es una Ley de ustedes, ley socialista, si bien han compartido algunos mendrugos u hogazas legislativas con Grupos catalanes y vascos. Han sacado su tajada, me parece estupendo, y si es positivo, mejor, porque a todos nos ayudará. Pero esto al mismo tiempo nos viene a decir que tenemos que reconocer dos clases de autonomía: las autonomías emancipadas y las autonomías domesticadas, que no piden nada.

Digo que no es una Ley progresista porque está falta de futuro y de libertad. Tampoco en esta Ley podemos acudir a la modernidad precisamente porque la modernidad se basa en una especial imbricación, estrecha, de futuro y de libertad. Mejor aún: la aguda toma de conciencia de que el futuro puede y debe configurarlo el hombre de un modo cada vez más humano y más perfecto. Esta es la verdadera idea de progreso, pero faltando la libertad, no hay progreso; y con falta de libertad se le quita al futuro la capacidad de proyectos creativos.

Esta es la realidad, aunque sea filosofar. Esta Ley tampoco humaniza. Se han hecho muchas campañas de humanización: humanizar hospitales, como si aquello fuera algo parecido a la selva. No, señor Ministro, los hospitales no se humanizan por decreto, por reuniones, con prensa o cartelitos más o menos espectaculares. Creo que es el hombre el que con su recto proceder y obrar a diario humaniza el ejercicio profesional, y no hemos de pretender relegarlo única y exclusivamente a disposiciones oficiales.

¿Qué no universaliza? ¡Claro que queda un 3 por ciento!, señor Luna; un 3 por ciento por el que se puede pagar lo que se quiera, yo le diría una cosa: se habla precisamente de que se puede utilizar ese 3 por ciento, pero es que una ley que se promulga para toda la nación ha de cubrir el cien por cien. Decía Schiller que una injusticia cometida contra uno es una injusticia cometida contra todos. Hoy soy yo y mañana serás tú. Por lo tanto, no se trata del problema de que sólo sea un 3 por ciento, no es problema de cantidad o de porcentaje, es problema de que no se universaliza la asistencia.

Además, habrá que decir que, aunque con ese 3 por ciento verdaderamente puedan costearse los gastos sanitarios, no es menos cierto que en 1984 se gastaron 88.000 millones de pesetas para pagar a entidades de seguros libres de asistencia sanitaria y mutuas de previsión, y un 88 por ciento de ese colectivo sigue costando la Seguridad Social, lo que quiere decir que el gasto sanitario se duplica para cubrir el mismo riesgo. Luego algo está mal que naturalmente habrá que corregir, y no creo que estemos en el camino de lograrlo.

¿Qué no se utilizan todos los recursos sanitarios? Siempre que se hace una ley se aboga porque hay que tener un conocimiento exacto del terreno, saben con qué contamos y de qué disponemos, para poder afrontar la nueva situación.

Aquí sabemos con qué contamos: los recursos sanitarios públicos y privados. Efectivamente. Yo no digo que quizá pueda haber algunos recursos que no estén en línea para aceptarlos. Habrá unos criterios de homologación a

los que se tienen que someter, pero creo que se debe contar con todos los recursos de la nación. No estamos en condiciones de tirar nada por la ventana.

Coordinación necesaria con los Estatutos de Autonomía. Hemos visto que efectivamente a las autonomías a que he hecho mención, quizá por su peso específico y por el aporte que han hecho en los trabajos de la Ley, se les han reconocido una serie de ventajas que quizá puedan redundar en beneficio de todos.

Esta Ley, aunque les parezca que no, señorías, intranquiliza. Si algo ha de ser la ley, es el lugar donde los ciudadanos se han de encontrar seguros y amparados, derivándose de ello la serenidad y sosiego que se necesitan, naturalmente, para llevar a cabo la actividad que uno desarrolla en la sociedad. Pero, cuando por algún motivo esa libertad se cercena, lo que se provoca con esa falta de libertad y esas vigilancias humillantes a que muchas veces se somete a los profesionales de la sanidad (eso quizá no llegue a los altos estamentos, pero pasa en el terreno diario y en muchos niveles) es un «stress», un estado de alarma, una alerta generalizada, y ése es el ambiente que hoy inunda todas las instituciones sanitarias del país: un estado de alarma y de alerta ante esta Ley de Sanidad.

Esta Ley de Sanidad estataliza, naturalmente; se potencia el sector público; es la filosofía del Partido que naturalmente dicta la ley, como ha dicho el Senador Luna. Pero esto no quiere decir que nosotros seamos enemigos de todo lo que se refiere al Estado.

La filosofía nuestra está en la siguiente línea. El Estado debe tender a ser subsidiario cuando en la sociedad hay iniciativas privadas que naturalmente puedan sustituirlo; y establecer un equilibrio entre lo público y lo privado. Si en la Constitución nosotros defendemos también la libre empresa (hay un artículo que se refiere a esta materia), lo que no podemos hacer es, en el ámbito sanitario, prácticamente suprimirla, subordinarla, o dejarla relegada o de un modo residual. Esta es la filosofía de nuestro Partido.

Que la Ley monopoliza se ve solamente dándola un repaso. Monopoliza medios y recursos sanitarios; monopoliza prácticamente la totalidad de los recursos financieros que se generan con finalidad sanitaria; monopoliza la gestión de los servicios y de la asistencia en órganos y centros de carácter y dependencia pública; monopoliza al enfermo prácticamente por parte del Estado. Todo esto lleva aparejada una burocratización con los efectos negativos que la burocratización imprime a todas las actividades de la sociedad.

¿Qué colectiviza? Pues sí, colectiviza. La colectivización puede ser de muchas formas, pero prácticamente colectiviza porque, consecuencia de la estatalización de la asistencia, y además tratando de intensificarse, la atención a ambos planos del derecho sanitario, el individual y el comunitario, se instrumenta bajo criterio de este tipo de colectivización.

¿Qué politiza el sistema? También lo politiza. ¿Qué a lo mejor si estuviera otro Gobierno en el poder se le criticaría? La realidad es que esto se politiza. Atribuye el peso específico de las decisiones de contenido sanitario a

órganos colegiados muchas veces de carácter netamente político.

La financiación. Sobre la financiación, naturalmente hay algo que objetar. No se lo plantea abiertamente y no clarifica; no resuelve relaciones y servidumbres de la política sanitaria con la Seguridad Social, y esto plantea una tremenda duda, que es la siguiente. La asistencia sanitaria amplia, incluida promoción y prevención, ¿es una prestación de la Seguridad Social o es un servicio público abierto a todos los ciudadanos? Ustedes contestarán.

Suponemos que la intención es cumplir la ley porque una ley que se promulga sin intención de cumplirla, mejor era no haberla promulgado. Lo cierto es que en los Presupuestos Generales del Estado, aprobados últimamente, el costo de la Ley, de 105.928 millones de pesetas, no aparece referencia ni valoración algunas respecto a estos nuevos costos. Asimismo, tampoco aparecen las cantidades necesarias para llevar a cabo las promesas que la Ley hace sobre atención primaria de salud. Lo mismo podríamos decir de la medicina preventiva y social, que aparece en la memoria presupuestaria del INSALUD dividido en siete sub-programas, con una referencia a la medicina laboral, pero cuyo gasto en ninguno de ellos está desarrollado, ni cuantificado ni desagregado, no siendo posible saber cómo y con qué se van a cumplir estos programas.

Nos preocupa el principio de seguridad jurídica. Ciertamente es que va a haber un estatuto-marco que va a regular la situación del trabajador, por así decirlo, en todo el campo sanitario, pero creo que las bases de ese estatuto y los criterios a seguir por lo menos se deberían perfilar un poco, porque todo queda relegado al futuro. Niega la autonomía hospitalaria entendida como la posibilidad de autodefinir cada hospital sus fines y objetivos y disponer de suficiente capacidad de gestión y administración. No define el perfil de los hospitales clínicos ni de las especialidades sanitarias.

Verdaderamente, el problema de las especialidades sanitarias creo que merece una atención en esta Ley. El 65 por ciento de las camas hospitalarias están ocupadas por un sector que cubre el 12,5 por ciento de la población, que son los mayores de 65 años. Aunque esto entra dentro de los servicios sociales, si en las instituciones sanitarias ese 65 por ciento de las camas lo ocupa este colectivo, algo habría que haber dicho con un poquito más de extensión.

Después de todo esto a que nos hemos referido, naturalmente se nos dirá: ¿Qué es lo que pretende en realidad el Grupo Popular? El Grupo Popular pretende lo siguiente: Que no se coarte la libertad en ninguno de los extremos. No la libertad, las libertades —la libertad es un cúmulo de libertades de uno u otro tipo—, que no se coarten las libertades de ningún tipo.

Con relación a la libre elección de médico y de centro hospitalario, tenemos la asamblea que ha aprobado el Comité permanente de médicos de la Comunidad Económica Europea, ese nuevo norte al que todos nos debemos dirigir y procurar no apartarnos de él, con el que todos debemos ponernos en consonancia. De esta forma, respetamos, en primer lugar, la libertad en todos sus aspectos, y lo unimos a la solidaridad —solidaridad, palabra pronun-

ciada en exceso, la han pronunciado políticos de toda índole, lo que quiere decir que mientras esté el eco, uno tiene tiempo de esperar verdaderamente hacer otra cosa—, pero solidaridad en el sentido de verdadero desarrollo de las regiones. Todos queremos que no haya ningún español discriminado en la asistencia sanitaria, tanto referente a medicina preventiva como a salud pública, esté donde esté, en la región donde se encuentre. Todos queremos no despegarnos de aquellas regiones más desarrolladas (todos conocemos cuáles son, van a despegarse y se nos van a alejar años luz) en el aspecto sanitario y de salud, como nos despegaremos en el sentido económico. Por ello, nosotros propiciamos un equilibrio entre el sector público y el sector privado. No somos partidarios de que el Estado, en materia sanitaria y de salud, ocupe el cien por cien de la gestión. Aceptamos la libertad de empresa y esa libertad de empresa la queremos también reflejar en lo concerniente a la ley General de Sanidad. No por ello pretendemos ni queremos nosotros apartar a los poderes públicos, sino estimamos que debe haber un equilibrio entre ambos. Con ese equilibrio, estando los dos en competición en el campo social, no pueden más que derivarse beneficios para los usuarios.

¿Qué es lo que hace la Comunidad Económica Europea? Uno de sus grandes puntuales es mantener la competencia. La competencia favorece el desarrollo técnico, favorece el desarrollo tecnológico y evita, al propio tiempo (porque también tiene sus leyes y sus bases), que los usuarios y consumidores puedan salir perjudicados por los peligros de concentración, de superpotencia, de empresas públicas o de estatalización.

Por tanto, nosotros resumimos. Libertad amplia en el terreno de la Ley General de Sanidad, reconocer el derecho de libertad de empresa, y que la participación de los médicos en la gestión de los centros como técnicos debe estar presente. Asimismo, deben estar presentes las organizaciones colegiales, en su cometido y en su terreno. Con ello no queremos invadir ni tampoco queremos excluir las otras participaciones de la sociedad. En una palabra, queremos eso que tanto se ha predicado y se ha reclamado, que es el pluralismo, lo queremos en todos los terrenos. De esta forma, creemos que la Ley General de Sanidad tendría un futuro independiente del Partido que la hubiera gestado; habría sido una ley que perduraría en el tiempo; habría sido una ley que verdaderamente habría defendido todos los intereses sanitarios de todos los españoles. Porque, así como otras leyes...

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Le ruego que concluya, señor Senador.

El señor ALVAREZ RUIZ DE VIÑASPRES: Acabo, señor Presidente. Así como otras leyes pueden afectar a una parcela de la sociedad, creo que la Ley General de Sanidad afecta precisamente al sistema medular de la vida española. Por eso es por lo que nosotros, en discordancia con esta Ley General de Sanidad, no podemos aceptarla y manifestamos nuestro rechazo.

Gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias, señor Alvarez. *(El señor Andreu y Abelló, don Carles, pide la palabra.)*

¿Qué desea, señor Andreu?

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Señor Presidente, perdone pero es que he estado ausente un momento cuando se podía solicitar la palabra para los turnos.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): ¿Estaba usted ausente cuando se pidieron los turnos?

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Sí, señor Presidente. Pregunto si podría intervenir a continuación.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Como el portavoz de su Grupo no había pedido la palabra, usted lo solicita ahora por estar ausente. ¿Tienen inconveniente los señores portavoces de los otros Grupos? *(Pausa.)* Tiene la palabra su señoría.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Señor Presidente, excelentísimo señor Ministro, señorías, nuestro Grupo Cataluña al Senado tenía en principio bastantes enmiendas a esta Ley de la Sanidad, enmiendas que intentamos defender en Comisión, muchas de las cuales decayeron y otras las retiramos. Ha habido negociaciones con el Grupo Socialista para intentar, según nuestro criterio, mejorar la Ley de cara a Cataluña. Consideramos que ha habido buena fe, buenos criterios y buena disposición por parte de los socialistas y nuestra para llegar a acuerdos puntuales, lo que se ha podido comprobar al ser retirado el veto a la totalidad.

Por nuestra parte esperamos, y es seguro, que no se recurra esta ley en otro sitio que no sea aquí en el Senado. Agradecemos todo ello, y aunque tenemos alguna otra enmienda que iremos presentando, si ha habido un mayor o menor acuerdo con las que tienen importancia.

Queríamos exponer nuestra posición en este sentido, y nuevamente agradecemos la buena predisposición que ha habido hacia nuestro Grupo.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muchas gracias, señor Presidente. Señoras y señores Senadores, muy brevemente, para exponer la posición de mi Grupo. *(El señor Vicepresidente, Lizón Giner, ocupa la Presidencia.)*

Yo creo que, afortunadamente, ha quedado claro y de manifiesto por recientes intervenciones de portavoces en nombre de sus grupos, que no estamos solos.

Es decir, que ésta es una Ley de mucha gente, y que esta Ley, al menos por parte de minorías parlamentarias tan significativas como la vasca y la catalana, no va a ser objeto de controversia en el Tribunal Constitucional res-

pecto de la constitucionalidad de sus aspectos, tema que ha sido puesto en duda por parte del Grupo Popular, pero afortunadamente, como digo, parece que desde el punto de vista de los Senadores de Cataluña al Senado y del Partido Nacionalista Vasco no va a ser cuestionado.

Se han planteado en este debate bastantes temas, y muchos de ellos muy debatidos. Existe uno que quizá no haya sido tan debatido y que, sin embargo, se plantea como uno de los temas fundamentales de la Ley y se dice: quieren hacer un petitorio farmacéutico, quieren volver veinte años atrás; esto es regresivo, hay españoles que se van a quedar sin productos farmacéuticos, etcétera.

Naturalmente, el tema de la financiación pública de algunos productos sanitarios se refiere exclusivamente a que el Gobierno puede condicionar o limitar esa financiación. No se están estableciendo ya limitaciones con esta Ley, sino que se pueden condicionar o limitar para tres casos muy concretos: para aquellos productos que sean sintomatológicos, es decir, que van al síntoma pero no a la enfermedad; para aquellos productos cuya eficacia no esté probada y para aquellos productos que tengan una alternativa terapéutica mejor o igual y menos costosa.

Yo creo que la razón es obvia y no hace falta argumentar demasiado. No se trata de sacar arbitrariamente, como aquí se ha pretendido decir, de la financiación pública una serie de productos farmacéuticos discriminando a una serie de industrias farmacéuticas respecto a otras. Se trata, como digo, de defender los derechos públicos, de la financiación pública de la asistencia sanitaria y, en definitiva, se trata de detraer recursos, que se aplican innecesariamente, para otras necesidades que puedan ser más sentidas por la población.

En todo caso, difícilmente se puede hablar de tercermundismo, difícilmente se puede hablar de daño a la industria sanitaria. Quiero recordar aquí que la industria sanitaria francesa, la industria francesa de productos farmacéuticos es una de las más importantes del mundo. En Francia existe, eso sí, un petitorio de productos farmacéuticos muy claro y concreto, con listas positivas. Por tanto, no se puede hablar de daño a la industria, no se puede hablar de temas tercermundistas. Hay una reciente sentencia del Tribunal de las Comunidades Europeas, la sentencia Dufar, en un caso holandés, que establece clarísimamente la oportunidad de este tipo de prescripciones legales.

Y nosotros, que queremos defender a la población, que no estamos en contra de los laboratorios —y, por tanto, ningún señor Senador necesita salir aquí a decir que defiende a los laboratorios—, pero que sí queremos que a la hora de enfrentarse intereses, estén los intereses de la mayoría por encima de los de la minoría, decimos que es importante, y que lo es para el sistema sanitario.

En segundo lugar, quiero aclarar que aquí no ha habido ninguna descalificación generalizada a ninguna profesión, y que por ello nadie necesita salir a defender colectiva y colegiadamente a ninguna profesión.

Se ha dicho aquí que hay un modelo sanitario acorde con los intereses de la mayoría, y un modelo sanitario que defiende prioritariamente los intereses de un sector de la

población, pero esto no quiere decir que se haya descalificado en general a nadie y, por supuesto, nadie debe salir aquí a defenderlo.

Hay un eje que está detrás de toda la discusión que se plantea sobre los distintos modelos sanitarios: el tema de la libertad. Libertad, sí; libertad, no. Como si la libertad fuera un concepto absoluto, o que se pueda vivir de forma absoluta en una sociedad como la nuestra.

Naturalmente que estamos a favor de la libertad, y no necesitamos convencer a nadie de eso. Lo que ocurre es que las libertades individuales muchas veces no son tales, sino que van un poquito más allá y se llaman privilegios, por aquello del sentido etimológico del término «privi lege», ley privada. Estas leyes privadas, estos privilegios chocan muchas veces con los intereses de la mayoría, y solamente en este caso, cuando chocan con los intereses y necesidades de la mayoría, hay que corregir o limitar esas libertades individuales.

Aquí se dice que no se humaniza por leyes, ni por decretos, que se humaniza por la actuación de los hombres que están trabajando en el sistema. Nosotros rechazamos ese paternalismo. Que los hombres que actúan en el sistema sanitario lo hagan de forma humana es bueno, pero primero hay que garantizar a los usuarios, por leyes y por decretos, una serie de derechos. Eso es lo fundamental. Después vendrá lo secundario. Lo fundamental es que cada uno tenga reconocidos sus derechos en normas legales y que pueda acudir a los Tribunales de Justicia en defensa de esos derechos. Después vendrá el tratamiento humano y todo lo que se quiera. Pero el tratamiento humano, si no está reconocido por las leyes, se queda en un brindis al sol, en una palabra de buena voluntad, pero en un paternalismo, como digo, sin sentido.

Se dice que hay un 3 por ciento de la población que va a poder utilizar los recursos que quiera y que va a poder pagar lo que quiera. ¡Naturalmente! ¿Qué quieren, que les expropiemos? Naturalmente que van a poder pagar lo que quieran, como lo están haciendo ahora. Lo que la ley hace es garantizar que pueden acceder al sistema sanitario público como los demás. Lo que la ley no puede es —como ha dicho el Tribunal Constitucional reiteradamente— entender que la igualdad ante la ley es la igualdad absoluta, porque hay razones que colocan a los individuos en situaciones que no son de igualdad. La igualdad ante la ley es la igualdad en la ley. No se discrimina porque sí. Se discrimina al que tiene una posición económica muchísimo mejor; o se puede discriminar, porque ustedes están adelantando algo que todavía no está reconocido en la ley. En todo caso, pueden acceder al sistema público como los demás.

Hay un tema clave en toda esta discusión, que es el tema de la libertad de empresa, la libertad de actuación, de coartar las libertades, etcétera. Ustedes tienen un problema. Cuando leen la Constitución lo hacen a trozos y no entera. El artículo 38 de la Constitución habla de la libertad de empresa, pero, ¿por qué no se leen el artículo 128 de la Constitución, que habla de la posibilidad del sector público de intervenir en sectores de la vida económica y social y de la posibilidad del sector público de reser-

var para sí sectores esenciales para la vida de la población? Eso lo dice también la Constitución en su artículo 128. Nosotros no estamos reservando aquí para el sector público la actuación en materia sanitaria. Hay tres posibilidades: puede actuar con el sector público de forma vinculada, puede actuar de forma concertada y puede actuar libremente, como le dé la gana, sin ningún tipo de vinculación o de concertación con el sector público.

Lo que ustedes están pidiendo es otra cosa. Ustedes no están pidiendo la libertad de empresa en materia sanitaria. Ustedes están pidiendo la libertad de empresa, pero a costa del Presupuesto del Estado. Es decir, ustedes dicen: que me dejen poner mi clínica privada, pero que luego me pague el Estado vía acto médico, para atender a los pacientes del servicio público de salud, vía conciertos, vía vinculación, etcétera. Ustedes tienen toda la libertad que quieran. Cualquiera puede poner un hospital o un centro privado. Lo que no pueden hacer es pedir luego que se les financie por el Erario público.

Ustedes hablan de la competencia y del mercado cada vez que mencionan estos temas, y dicen que la competencia es buena, que la libertad es buena. Les voy a leer un parrafito muy pequeño de un personaje importante, creo yo, Brian Abel Smith, que algo ha estudiado de los temas de financiación de los sistemas sanitarios, y que tiene un librito publicado recientemente en España que se llama «Cuánto cuesta la salud», editado por MAPFRE, por cierto, no por el Ministerio de Sanidad, que dice lo siguiente: «Tres aspectos importantes que caracterizan el mercado de la asistencia sanitaria. En primer lugar, es el proveedor principal, o sea, el médico, en vez de los consumidores, quien representa la demanda principal para utilizar los recursos sanitarios. Es decir, el mismo que oferta es el que determina la demanda. En segundo lugar, los consumidores sólo pueden hasta cierto punto juzgar la calidad de los servicios que reciben o han recibido; y, en tercer lugar, la urgencia con que a menudo los consumidores necesitan estos servicios reduce la posibilidad de buscar los que sean más convenientes». Luego no pretendan aplicar esquemas de economía de mercado pura y dura en el tema sanitario.

Nosotros pensamos que desde que el artículo 43 de la Constitución garantiza el derecho a la salud y encomienda a los poderes públicos la protección de ese derecho, está claramente deducido de ese artículo —como ha determinado el profesor Garrido Falla, por poner un ejemplo nada sospechoso de Catedrático de Derecho Administrativo— que aquí está diáfano establecido un servicio público, y ello supone que el Estado puede entrar como quiera en el tema, como digo hasta reservárselo. No se lo ha reservado el Estado, no se lo ha reservado el sistema público, sino que da posibilidades a los servicios privados para participar en el sistema público, pero establece unas cautelas para que el dinero público se utilice convenientemente y no como a cada uno le venga en gana.

Pensamos que ésta es una ley importante para este país, una ley que supone la extensión de la cobertura sanitaria y que garantiza de una forma eficaz la igualdad de los ciudadanos, que supone el establecimiento de un dispositivo

integral que va a tratar de forma integral, como es la concepción moderna, los problemas de salud de la población, que da importancia sustancial a la promoción, a la prevención y a la educación, etcétera; que garantiza la participación comunitaria, como dice la Organización Mundial de la Salud, de manera que los condicionantes de intereses tecnológicos, económicos o corporativos no determinen qué se hace con un sistema sanitario que garantiza los derechos de los usuarios, que establece un sistema público, que respeta el libre ejercicio, como he puesto de manifiesto, pero que controla los bienes públicos, que establece un modelo organizativo básico y común para las Comunidades Autónomas, una gestión pública basada en las áreas de salud y que tiene un modelo de financiación que partiendo de la realidad actual llega a una financiación moderna en todo el sistema sanitario. Es un modelo que nos viene determinado en este país por la propia realidad sociosanitaria del marco institucional y por el concepto integral de salud, y como este modelo es el mejor para este país, pedimos el voto afirmativo para este modelo.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Terminado el debate de los vetos, vamos a proceder a votar los mismos. En primer lugar, el veto del Senador López Hueso. Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 173; a favor, 34; en contra, 134; abstenciones, cinco.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda rechazado, por no haber conseguido la mayoría absoluta para su aprobación.

Veto del Grupo Mixto. Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 174; a favor, 35; en contra, 138; abstenciones, una.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda rechazado.

El veto de Cataluña al Senado fue retirado, y queda el veto del Grupo Popular, que vamos a someter inmediatamente a votación. Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 175; a favor, 36; en contra, 136; abstenciones, tres.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda rechazado.

Terminado el debate de los vetos, vamos a iniciar el de los votos particulares.

En primer lugar, la exposición de motivos. Tiene enmiendas el Grupo Cataluña al Senado. El señor portavoz del Grupo Cataluña al Senado tiene la palabra para defender sus enmiendas números 334, 335, 336, 337 y 338 a la exposición de motivos.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carlos): Señor Presidente, las damos por defendidas.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Para defender la enmienda 142, del Grupo Popular, tiene la palabra el señor Agudo.

El señor AGUDO CALLEJA: Señor Presidente, señorías, señor Ministro, voy a defender en nombre de mi Grupo la enmienda 142, que hace referencia a la exposición de motivos.

En la ley se nos han dado razonamientos —me refiero al preámbulo— que se limitan a darnos un bosquejo de toda la historia, desde el Código sanitario de 1822, pasando por la Jefatura de Sanidad, hasta la Ley de la Seguridad Social, antiguo Instituto Nacional de Previsión.

Todos los grupos estamos de acuerdo en que hay que hacer una reforma de esta sanidad por la historia y por los cambios de la medicina. Sin embargo, tengo que decir que el Grupo Popular no coincide con la filosofía del Gobierno, ni mucho menos.

Nosotros presentamos este proyecto de ley para adecuar la sanidad al momento actual, y recogemos lo que dice la Constitución. Queremos una promoción, una protección de la salud y un desarrollo para todos los españoles. Para esta reforma nosotros pensamos que, en primer lugar, se deben coordinar todos aquellos recursos, tanto humanos como materiales, que ya tenemos en la ley, que en la ley, inclusive, se retiran, como son las Administraciones locales. Para ello vamos a exponer unos breves puntos básicos.

En primer lugar, son útiles todos aquellos recursos humanos y materiales, porque hay que reconocer que hoy en los grandes hospitales de la Seguridad Social, trabajan notables especialistas que han sido preparados y formados en muchas clínicas privadas —llámese la Fundación Jiménez Díaz, por ejemplo, o el Instituto Barraquer— y no podemos prescindir de estos valiosos recursos humanos.

También se debe reconocer que estamos aquí toda la mañana hablando de la libertad de empresa, reconocida en el artículo 38 de la Constitución.

En segundo lugar, nosotros estamos de acuerdo con la descentralización, pero cuidando al máximo una coordinación estrecha entre el Estado y las Comunidades Autónomas, no solamente en las competencias que les han sido transferidas, como aquí se ha dicho, toda la sanidad pública, sino aquellas que se van a transferir. Hay que reconocer —y ahí estamos de acuerdo— que debe haber unos apoyos que sirvan de mediadores entre el hospital y el médico rural. Sin embargo, las áreas de salud, que ya se han establecido en la mayor parte de las provincias, se han realizado indiscriminadamente; simplemente se ha hecho en algunos pueblos, sin tener en cuenta la orografía y las distancias o el número de habitantes; se han establecido muchas áreas a través de los ayuntamientos, y hay que reconocer que muchos de ellos eran del Partido Socialista.

Tengo que denunciar aquí claramente lo que se ha di-

cho aquí esta mañana sobre la función de los médicos de cabecera. Me viene a la mente el recuerdo de Llener, un médico rural, y cómo descubrió su vacuna. Se ha eliminado la figura del médico de cabecera; concretamente a los ancianos que son los pocos que habitan en muchos pueblos, sobre todo de Castilla, se les ha dejado sin el amigo, el compañero y el consejero. Por tanto, estamos de acuerdo con estos apoyos, pero no se debe quitar al médico de cabecera.

En tercer lugar, otro punto importante es el que se refiere a los costes. Nosotros proponemos unos costes solidarios que deben hacer una financiación posible, moderna y ajustada a la realidad.

Al ser universal la protección de todos los ciudadanos por la Seguridad Social, pensamos que no deben ser financiadas solamente las cuotas de la Seguridad Social, sino que deben estar también englobados los presupuestos del Estado, de las Comunidades Autónomas y también los de las Administraciones locales.

Nosotros introducimos aquí también que el propio usuario, además de con sus impuestos, debe colaborar de manera solidaria. Esto da lugar a que, en principio, se desmasifiquen los hospitales, porque si paga el usuario —y ya se ha dicho que paga en las recetas— una parte, tendrá que evitarse esas aglomeraciones de enfermos. Se hacen unos presupuestos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, y ya se ha dicho aquí esta mañana que hay muchos medicamentos que no se usan para curar enfermedades, sino de una manera sintomática, y hay que reconocer que en esto existe un pequeño abuso.

En cuarto lugar, podemos citar la libertad de elegir el médico. Ya he dicho que la medicina, aparte de ser una ciencia, es un arte. Porque, ¡cuántos enfermos mejoran simplemente por hablar con el médico o porque un ATS mueve una almohada, evitándose muchos calmantes y, al mismo tiempo, muchos costes!

También incorporamos como aspectos puntuales la asistencia farmacéutica, que no está desarrollada en la ley, y la asistencia veterinaria, que son las que van a elevar el control sanitario de los alimentos y los medicamentos.

En definitiva, queremos crear un sistema sanitario libre y solidario con la integración...

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Señor Senador, si me permite, hace ya varios minutos que se le encendió la luz roja y le dí más tiempo del estipulado. Le ruego que termine.

El señor AGUDO CALLEJA: Gracias, señor Presidente. Terminó.

Queremos hacer un sistema sanitario libre y solidario con la integración de todos los ciudadanos, siendo protagonista, juez y participe el enfermo. Sobre todo, se ha olvidado aquí que hay dos protagonistas de la medicina: el médico y el enfermo y al médico se le ha dejado en segundo plano.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Turno en contra? (Pausa.) Tiene la palabra el señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muy brevemente, señor Presidente, y desde el escaño, si me lo permite, en el sentido de que dado que la exposición de motivos alternativa que plantea el Grupo Popular coincide básicamente con la filosofía de su veto, que ha sido suficientemente debatido, este Grupo Parlamentario lo único que tiene que decir es que por las razones expuestas en el debate del veto no aceptamos esta enmienda.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Turno de portavoces? (Pausa.) Tiene la palabra el señor Agudo.

El señor AGUDO CALLEJA: Solamente quería reiterar y dejar bien claro en el turno de portavoces que esta enmienda no se debatió en Comisión porque dijeron que lo hiciéramos al final, pensando que se nos iban a admitir algunas enmiendas. En esencia, no se nos ha admitido ninguna, salvo alguna transaccional y, por supuesto, lo que queremos dejar bien claro es que nuestra exposición de motivos era única y exclusivamente un fiel reflejo de nuestras enmiendas a toda la ley.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Vamos a votar.

En primer lugar, vamos a votar las enmiendas que fueron dadas por defendidas del Grupo Cataluña al Senado.

Señor portavoz, ¿tiene inconveniente en que se voten conjuntamente? (Denegaciones.)

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 150; a favor, 26; en contra, 123; abstenciones, una.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan rechazadas.

Vamos a votar la enmienda del Grupo Popular a la exposición de motivos.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 148; a favor, 23; en contra, 121; abstenciones, cuatro.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda rechazada.

Vamos a votar el texto del dictamen de la Comisión, que comprende toda la exposición de motivos.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 151; a favor, 125; en contra, 23; abstenciones, tres.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda aprobada la exposición de motivos.

Entramos en el Título preliminar, artículos 1.º y 2.º (*El señor Presidente ocupa la Presidencia.*)

El señor PRESIDENTE: Enmienda del señor Aguilera.

El señor MATEOS OTERO: Se trata de una enmienda que por no estar el señor Aguilera se da por defendida en los términos en que está redactada.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el portavoz del Grupo Cataluña al Senado para defender las enmiendas 339 y 340.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carlos): Señor Presidente, las damos por defendidas.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Mixto para defender sus enmiendas 2 y 3.

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: Señor Presidente, ¿sería posible que hiciera una defensa conjunta de todas las enmiendas muy brevemente?

El señor PRESIDENTE: Si el Grupo Socialista no tiene inconveniente, sí.

¿Hay algún inconveniente? (*Denegaciones.*) Puede hacerlo S. S.

¿Son todas las del Grupo Mixto? ¿No hay enmiendas personales del señor Fernández-Piñar?

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: No todas son mías, porque algún Senador del Grupo Mixto tiene alguna. Me refiero a las que aparecen firmadas por mí.

El señor PRESIDENTE: No puedo expurgar todas las enmiendas, señor Senador.

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: Si le parece, paso a la Mesa el número exacto de todas ellas.

El señor PRESIDENTE: Perfecto.

El señor FERNANDEZ-PIÑAR Y AFAN DE RIBERA: Voy a hacer una intervención general abundando en los principios que inspiran todas las enmiendas, para así no cansar a SS. SS. en un debate que se anticipa largo.

Hemos dicho que este proyecto no garantiza el derecho a la protección de la salud, al confundir este derecho con el derecho a la asistencia sanitaria y que con él se renuncia a una política de salud.

Pues bien, un paquete de enmiendas va dirigido a contrarrestar este grave defecto general, en nuestra opinión, del proyecto.

Otra de las grandes críticas que hemos manifestado es que no se crea el Servicio Nacional de Salud, con todo lo que este modelo conlleva en el plano organizativo, en el plano de la gratuidad de la asistencia sanitaria, que si-

gue sin ser total, sigue sin ser establecida por el proyecto y, en consecuencia, también otro paquete de enmiendas va dirigido a eliminar estas deficiencias y se propone la creación de ese Servicio Nacional de Salud y la gratuidad total de la asistencia sanitaria.

Hay otro conjunto de enmiendas encaminadas a convertir la participación que en el proyecto se establece, que no es efectiva al ser sólo consultiva, a varios de los niveles; que no es homogénea, al no ser los mismos representantes de esa participación los que participan —valga la redundancia— a los distintos niveles y al no afectar, además, a todo el proceso de salud, desde el principio hasta la evaluación de los resultados. Una serie de enmiendas van orientadas a rellenar esta concepción de la participación y a hacerla efectiva.

Finalmente, hemos indicado, a modo de resumen, que esta ley no significa un salto cualitativo. Significa un conjunto de pequeñas reformas, que no van a conseguir que los indicadores de salud mejoren y, sobre todo, no van a reducir las desigualdades sociales y territoriales ante el hecho de la salud.

El conjunto de las enmiendas que hemos presentado respira por estas críticas y, en base a ellas, se formulan. Con esto, doy por defendidas todas ellas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

No olvide S. S. hacer llegar la nota a la Mesa, porque como hay muchas enmiendas del Grupo Mixto, así iremos tomando nota en el guión.

¿Turno en contra? (*Pausa.*) Señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muy brevemente, señor Presidente, para manifestar, respecto a la enmienda del señor Aguilera, que ha mantenido el Grupo Popular, que ya está recogida en una transaccional que se introdujo en el artículo 12 —léanselo SS. SS.—, que hace referencia al artículo 9.2 de la Constitución.

Respecto a las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado, entendemos que esta ley es general, que hay temas que no son básicos y que hay más temas básicos que no van a estar en esta ley, y no se puede pretender eliminar el carácter de básico en temas tan importantes como la definición de las infracciones y sanciones que pueden acarrear.

Finalmente, con relación a las enmiendas del señor Fernández-Piñar a este Título —porque las restantes las iremos contestando en cada Título— no se puede pretender de forma generalizada que las acciones intersectoriales sean prioritarias. Estas ya están en la ley, en el artículo 18, y, desde luego, no se puede deducir de eso que no haya una garantía clara de la protección del derecho a la salud.

Nada más. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: ¿Turno de portavoces? (*Pausa.*)

Vamos a votar, ya que los señores portavoces no piden la palabra.

Votamos, en primer lugar, la enmienda asumida por el señor Mateos.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 146; a favor, 18; en contra, 126; abstenciones, dos.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada.

Enmiendas del Grupo Cataluña al Senado, números 339 y 340.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 145; a favor, 21; en contra, 123; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos las enmiendas números 2 y 3 del Grupo Mixto.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 150; a favor, uno; en contra, 148; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas las enmiendas.

Votamos el texto del dictamen.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 150; a favor, 127; en contra, 22; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobado el texto.

Entramos en la discusión del Título II, pues ha sido pedido a esta Presidencia que se aplaze la discusión del Título I, ya que parece que hay conversaciones para introducir algunas enmiendas. (El señor Trapero García pide la palabra.)

Tiene la palabra el Senador Trapero.

El señor TRAPERÓ GARCÍA: Señor Presidente, rogamos que se debata por su orden natural, es decir, que no se posponga para el final el Título I, sino que comencemos el debate por éste.

El señor PRESIDENTE: ¿Está seguro S. S.?

El señor TRAPERÓ GARCÍA: Sí, sí, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Bien, empezamos por el Título I. Tiene la palabra en primer lugar el Senador Agudo Calleja, para defender sus enmiendas números 271, 272 y 273.

El señor AGUDO CALLEJA: Gracias, señor Presidente.

Señorías, voy a defender a este Título tres enmiendas. La enmienda 271 es una enmienda de adición y consiste en añadir al artículo 6.º un punto 6 (nuevo) con el siguiente texto: «A prevenir, tratar y rehabilitar las toxicomanías.» Aquí en la ley esto no queda bien reflejado y hay

que reconocer que todos los países no solamente tienen centros para rehabilitar y tratar a estos enfermos...

El señor PRESIDENTE: Senador Agudo, perdón, pero también ha sido pedido a la Presidencia que se dividiera el Título I en dos grupos: los capítulos primero y segundo y después los capítulos tercero, cuarto, quinto y sexto.

El señor AGUDO CALLEJA: Ya sé, señor Presidente, que está dividido.

El señor PRESIDENTE: Como no lo he comunicado al señor Agudo, por eso no le he dado la palabra para defender la enmienda 274.

El señor AGUDO CALLEJA: Es la enmienda 271.

El señor PRESIDENTE: La enmienda 274 la defenderá después.

Tiene la palabra para defender esas tres enmiendas.

El señor AGUDO CALLEJA: Gracias, señor Presidente.

Como decía, esta enmienda tiene por objeto instar al Gobierno para que forme especialistas y centros para el tratamiento y la rehabilitación de estos enfermos, ya que como es una patología, podríamos decir, más bien nueva, resulta que está en manos del psiquiatra e inclusive del médico de familia, pero no existe una especialidad como tal. Como decía antes, hay muchos países que no solamente tienen tratamientos de rehabilitación, sino que a muchos drogadictos o toxicómanos —que hay que reconocer que la mayoría son gente joven— se les da incluso su dosis para evitar la delincuencia juvenil.

La enmienda 272, al artículo 10, punto 13, es una enmienda de adición, y tratamos de añadir al final del punto 13 la siguiente frase: «... exceptuando aquellos Centros Básicos donde exista un solo médico». Aquí la ley tampoco refleja que va a haber libertad de escoger a médicos, libertad con la que nosotros estamos muy de acuerdo, aunque, sin embargo, reconocemos que en aquellos sitios donde hay un sólo médico —que no lo dice la ley— va a suponer quitar —ya lo decía antes en la exposición de motivos—, en vez de acercar, como dice el Partido Socialista, el usuario al médico y, por tanto, va a desaparecer el médico de familia.

La enmienda 273, al artículo 14, es una enmienda también de adición; se trata de añadir al final la frase siguiente: «... siempre y cuando se dé mutuo acuerdo entre el paciente y el médico elegido». Comprendo que existirán muy pocos casos de estos, pero a mí me parece que es una barbaridad que se escoja el médico por el enfermo sin estar dicho médico de acuerdo y, por tanto, creo que deben estar de mutuo acuerdo; si hay libertad para uno tendrá que haberla para otro. Basta con poner un ejemplo. Dice concretamente la ley que en las ciudades mayores de 250.000 habitantes se podrá escoger médico en toda la ciudad. Si ponemos el caso de Madrid o Barcelona, porque son las mayores, si hay un señor que vive en Vicálvaro y escoge a un médico de San Blas, no solamente es

un perjuicio de tipo económico para el enfermo, sino también para el médico. Saben SS. SS. que el médico de cabecera debe asistir a estos enfermos hasta las cinco de la tarde. Por tanto, si da un aviso, más o menos urgente, este señor, cuando llegue allí, habrán transcurrido dos horas y, como digo, repercutirá en perjuicio de los dos.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

El señor López Hueso tiene la palabra para defender las enmiendas 315 a 325, ambas inclusive.

El señor LOPEZ HUESO: Gracias, señor Presidente.

Señorías, la enmienda 315 habla, fundamentalmente, de mantener el secreto profesional. Si realmente estudiamos bien esta enmienda, debería de ser admitida, porque no creo que tenga nada en contra el Grupo Socialista de que se informe faltando al secreto profesional. Por tanto, lo que se pide en ella es la autorización del interesado para informar, siempre que su estado lo permita. Yo no creo que un paciente que esté hospitalizado por una enfermedad que no quiera que se sepa, se pueda informar a familiares o a allegados —y allegados se puede decir que cualquiera lo es— sin que lo autorice él. Creo que es una enmienda totalmente coherente. No es oponerme por oponerme, sino porque realmente lo tendrían que meditar y admitir.

La enmienda 316 dice que, cuando el paciente no está capacitado para decidir si se opera, corresponderá esta decisión primero realmente a sus familiares y, posteriormente, a sus allegados.

En la enmienda 317, el paciente es el que debe recibir el informe de alta, siempre que esté capacitado para ello; es decir, antes que sus familiares y antes que sus allegados es el propio paciente, el interesado que se da de alta, el que debe recibir dicho informe, cuyo informe es un documento donde se refleja el desarrollo del proceso de toda la enfermedad. Creemos que es una enmienda también totalmente coherente.

Respecto a la enmienda 318, si SS. SS. piensan adecuadamente en ella, ¿cómo es posible que un enfermo vaya a tener derecho a obtener los medicamentos necesarios para restablecer su salud sólo en los términos que establezca la Administración? Supongamos que necesita un medicamento extraño, incluso que no lo hay en España, y que la Administración no lo ha dispuesto así, ¿qué tiene que hacer? ¿Comprárselo para recuperar su salud? No. Este artículo única y exclusivamente creo que debe decir —y será totalmente coherente y estaremos todos de acuerdo— que un paciente tiene derecho a recibir de la Administración todos y cada uno de aquellos medicamentos que le vayan a restablecer su salud, única y exclusivamente, y sin más.

La enmienda 319 nos plantea el tema de que si el paciente no quiere el tratamiento, se le dará el alta. Hay unos determinados pacientes —como, por ejemplo, pueden ser los perturbados mentales— que se niegan a recibir un tratamiento. Hay que hacer en el artículo alusión a que, «salvo que esté incapacitado mentalmente», porque un perturbado mental puede no querer nada, ni que

le pongan una inyección ni tomar una pastilla, y no por eso el hospital le va a dar de alta. Creo que es una enmienda que se debe de estudiar.

La enmienda 320 amplía la asistencia y elección de un hospital, no limitándolo sólo al área de salud. Cuando nosotros hablamos de libre elección de médico no estamos limitando nada, simplemente estamos diciendo que el paciente puede elegir a su médico o a su especialista. Así lo contempla el proyecto de ley, pero lo ciñe solamente al área de salud, y, por lo tanto, limita esta libertad de elección.

La enmienda 321 plantea la posibilidad de que si un paciente no puede ser asistido en un hospital, por la causa que sea, él pueda elegir otro cualquiera de su Comunidad Autónoma, no en los términos que establezca la Administración, porque la Administración seguramente no establecerá nunca ningún término.

Con la enmienda 322 se pretende que un paciente no pueda ir simplemente porque él lo quiera a cualquier hospital o visitar a cualquier especialista, y se pide que vaya con un informe clínico, para evitar precisamente el desorden que pueden haber en los hospitales.

En cuanto a la enmienda 323, la presentamos porque creemos que tampoco es coherente hablar de listas de espera en casos de urgencia, y creemos que se debe incorporar al texto del proyecto una frase que diga que en casos de urgencia no hay absolutamente ninguna lista de espera, señorías.

En relación con la enmienda 324, el texto del proyecto dice que la Administración no pagará ninguna asistencia privada a un determinado enfermo, y nosotros pretendemos añadir que en caso de error diagnóstico la Administración pagará, porque esto es muy comprensible. Si una persona ingresa en un hospital y hay un error diagnóstico —e insignes médicos hay en el Grupo Socialista— y la sanidad privada le resuelve y le devuelve la salud, soslayando ese error diagnóstico, es lógico que la Seguridad Social corra con los gastos.

Yo les pondría a SS. SS. múltiples ejemplos de esto, como el de un enfermo que tenía diez piedras en un riñón que no se veían ni en las radiografías de contraste que le hicieron y al que ingresaron en un manicomio donde estuvo dos años, descubriéndose después que los dolores no eran mentales ni ficticios. En este caso la Administración debe pagar esto porque en justicia se paga cuando uno se equivoca.

Por último, la enmienda 325 —no molesto más a SS. SS.— se refiere a la modalidad de hospitalización a domicilio. Como he dicho antes al defender el veto, esta modalidad reduce los costos, no saca al paciente de su entorno, de su casa, de su familia, puede ser más eficaz y además se aprobó en esta Cámara. ¿Por qué no se añade en este artículo esta modalidad de hospitalización a domicilio cuando se habla de hospitalización o de ingreso en un centro de rehabilitación? ¿Por qué no se contempla? ¿Es que el Ministerio no tiene la voluntad de poner en marcha la hospitalización a domicilio? Si es así, que se diga.

Ya se ha expuesto esta mañana que la hospitalización

a domicilio está puesta en marcha en algunos sitios, yo me lo creo, y si es así, siempre tendrá éxito. Estamos pidiendo que se incluya en la ley, no estamos pidiendo ninguna panacea. Simplemente decimos que ya que no es nuestra ley, que no nos gusta ni creemos que es la ley de todos, queremos intentar cooperar para mejorarla técnicamente y, sobre todo, para mejorar la asistencia sanitaria, porque aunque aquí se haya dicho lo contrario, para los médicos lo único y lo más importante de todo el sistema sanitario es siempre lo mismo: el enfermo.

Gracias señor Presidente, gracias señorías.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor López Hueso.

El señor Marqués López tiene la palabra para defender sus enmiendas.

El señor MARQUES LOPEZ: Señor Presidente, señores Senadores, la enmienda 307, mía personal, se refiere al artículo 3.º Es una enmienda de modificación y el texto que se propone es el siguiente: «Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a: 1. Una asistencia médica de calidad; 2. Educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de las enfermedades; 3. Superación de los graves problemas de desequilibrios territoriales y sociales para garantizar los apartados 1 y 2».

Esta enmienda tiende, como ustedes ven, a resaltar una cosa que falta en casi todo el proyecto: una asistencia médica de calidad. Ya sabemos que prioritarias son también las funciones de la salud pública, pero esto interviene a la colectividad. Sin embargo, al individuo en cuanto individuo aislado, si ustedes tienen una poca sensibilidad —no creo que la tengan para esto— lo que le interesa es una garantía de asistencia médica de calidad.

La enmienda 308 fue aprobada en Comisión.

La enmienda 309 es al artículo 5.º, 2, y decimos: «A los efectos de una participación eficaz se entenderán comprendidos: a) Los Colegios Profesionales Sanitarios. b) Las asociaciones de consumo. c) Las organizaciones empresariales y sindicales atendiendo a criterios de proporcionalidad, dentro de cada Comunidad Autónoma».

Para defender esta enmienda sólo tengo que decir lo que dijo el senador Luna no hace mucho tiempo: los consumidores —ha dicho en esta sala— son los únicos en juzgar la calidad del producto consumido. Muy bien, señores. Las asociaciones de consumidores están fuera, las organizaciones sindicales y empresariales no se matiza que sean las que tengan mayor proporcionalidad dentro de cada Comunidad Autónoma.

Con este artículo ustedes no garantizan lo que han dicho hace un momento, y si nosotros introducimos los Colegios Profesionales sanitarios, piénsese que no los introducimos para que dominen; métanlas ustedes, si quieren sin voto, pero al menos con voz. Toda asamblea, toda reunión que sea sobre un problema técnico, que no tenga una dirección técnica, que no tenga un Consejo es un fraude que se comete a los consumidores, por más que en Comisión se dijese que lo mismo puede hacer —con todos mis

respetos a la profesión de albañil— un albañil que un técnico.

La enmienda número 302 es al artículo 7.º Nosotros hacemos una modificación: «Los servicios sanitarios adecuuarán su organización y funcionamiento al principio de la calidad. Los servicios administrativo y económicos a los principios de eficacia, celeridad y flexibilidad».

Piensen ustedes que la administración es una cosa y la calidad del acto sanitario, del acto médico es otra, donde la prisa no es la que debe primar, sino que precisamente debe primar la lentitud, y donde se tiende sobre todo a la calidad. Mezclar una cosa con otra parece ser, es definir lo que actualmente pasa: mucha celeridad, mucha eficacia, mucha flexibilidad y poca atención médica.

La enmienda 304 va al artículo 10.6. Ya se ha dicho aquí, aunque no en mi enmienda, que se trata de suprimir: «o los intereses de la Comunidad», y también: «cuando exista imperativo legal». Esta enmienda se admitió en parte, pero no suprimir lo del «imperativo legal». No les voy a decir que ustedes tengan segundas intenciones; creo que no. Creo que es un gazapo legal que ustedes han metido y que no saben cómo quitarlo. Ya en Comisión decía el senador López Hueso: díganme un caso. Ustedes tienen en la ley perfectamente definido que se podrá saber cuanto vaya en contra de la seguridad, pero ustedes no pueden poner lo de «imperativo legal».

Aquí, sin intención de segundo fondo, cuando la prudencia indica que hay que callar, se calla, y cuando hay que quitar algo que se ha escrito que está mal, se quita, y aquí no pasa nada, pero hacer que permanezca un equívoco que se puede prestar a una serie de interpretaciones en una ley que además no conduce a nada, nos parece absurdo. Que ustedes no quieren ceder, no cedan y que quede ahí. Será la única ley de sanidad de todo el mundo en que persiste que puede haber una intervención. Ustedes dirán: «claro que puede haberla»; claro que sí, siempre y cuando vaya contra la salud pública. Una vacunación es una intervención médica por imperativo legal si es voluntaria, pero eso está dicho ya; entonces, ¿por qué ponerlo aquí? Es absurdo reiterar y mantener este equívoco. ¿Ustedes lo quieren mantener? Allá ustedes.

La enmienda número 303, al 10.13, propone que se diga: «A elegir su médico y su centro de tratamiento». Esto se ha dicho mucho, pero piensen ustedes, no sólo como parlamentarios sino como personas, que hay momentos en la vida en que la elección tiene que ser respetada. La mayoría de la patobiografía de un enfermo no exige una elección para ir a un centro especializado; son enfermedades corrientes, pero cuando la vida está en peligro, cuando es la forma radical de un ser lo que se decide, entonces es necesario conservar esa elección.

Con esto pasa igual que cuando elegimos la mujer; no basta con que a un individuo le digan que elija a una mujer en un sentido generalizado, a cualquier mujer, tiene que ser precisamente a ésa que hemos elegido.

El Senador Luna decía que hoy en Alicante aconsejan: «vayan ustedes a la Residencia de la Seguridad Social»; ya es una elección. También decía: «Los ricos y los poderosos». ¿Quiénes son los poderosos? Los que tienen el po-

der político. (*Rumores.*) De hecho, ustedes reconocerán que en muchos casos, y no voy a citarlos, ustedes han empleado (y si no ustedes, los que están en el poder) su influencia política para ir a un determinado centro sanitario para hacer una evacuación, a veces, si lo dejasen, casi jocosa, con el fin de hacer la elección. Entonces, ¿a quién se priva de la elección? Al resto de los ciudadanos.

Esto no supondría dinero, pero lo que ponen ustedes tampoco supone cambio. Hay un refrán castellano, que voy a decir con cierto eufemismo para quitarle el matiz final, y que continúa vigente, que es: «Al amigo, todo, al enemigo, nada, y al indiferente, la normativa vigente». Pero esto no es justo.

La enmienda número 305 es una enmienda que podrían decir ustedes que coincide con el Partido Comunista. Quizá. Dice así: Adición de un punto 15: «A la financiación completa de la asistencia médica».

Parece mentira que ustedes se olviden de que cuando se está enfermo la mayor angustia que se puede tener es la de no tener dinero para conservar la salud. Lo venden todo y quieren que el Estado se lo asegure. Asegúrenlo ustedes en un artículo, no de una manera difusa, para que sepan dónde tienen que ir en el caso de que tengan que reclamar; pónganlo ustedes y sean valientes: «A la financiación completa de la asistencia médica».

La adición de un punto 16 diría: «A no poder ser dado de alta en un Hospital si no se encuentra en condiciones de vivir en su casa, o si la Administración no le proporciona una solución alternativa».

Esta Cámara se ha llenado esta mañana de lo que era el concepto de salud y enfermedad según la OMS. Todo el mundo queremos que socialmente se hagan las cosas, pero todas son utopías. Aquí viene la realidad. Hay muchos enfermos a los que no se les puede dar de alta en un hospital si antes no pueden vivir en unas condiciones iguales en su casa, o la Administración no le proporciona tales condiciones. Ejemplos dramáticos de estos tenemos dentro de la legislatura, no muy lejanos, como pasó con el síndrome de la colza. Estos ejemplos se viven en los hospitales todos los días. Ahora bien, cuando hay que dar unos derechos a los enfermos, unos derechos que son míticos, porque son el respeto, el secreto, etcétera, se les da, pero cuando hay que mojarse y dar unos derechos prácticos, entonces ustedes amagan y se marchan.

Si son progresistas, como lo son, o deben serlo, pongan esto. Justifiquen ustedes su actitud y mójense un poco, para que legalmente se les pueda después demandar. Y no tengo más enmiendas. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Marqués.

El señor Mateos Otero, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra para defender las enmiendas números 277 a 298.

El señor MATEOS OTERO: Gracias, señor Presidente. Señorías, tenemos varias enmiendas presentadas a esta parte del Título I. Vamos a empezar por la primera, que es la número 277, al artículo 3.3.

En el artículo 3.3 entendemos que se debe suprimir el que «la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales». La política de salud no debe de estar orientada a superar desequilibrios territoriales y sociales. Sólo puede ser una; la salud se define hoy como un completo bienestar físico, mental y social.

Desde luego este es un tema que se ha discutido ya totalmente en el veto: si la salud debe orientarse a la superación de estos desequilibrios territoriales y sociales. Yo creo que si nosotros tenemos una definición clara de la OMS de lo que es la salud, es perfectamente lógico que nosotros asumamos la definición que da la OMS. Por tanto, nosotros intentaríamos que se suprimiera ese punto.

Al artículo 8.1 tenemos la enmienda 278. El artículo 8.1 dice lo siguiente: «Se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.»

Nosotros intentamos sustituir ese párrafo por el siguiente: «Se considera como actividad fundamental del Sistema de Salud la realización y desarrollo de todos aquellos estudios y técnicas que sean necesarias para conseguir la mayor eficacia en la prevención de los riesgos para la salud. Comprendiendo en esta técnica los correspondientes a la informática, estudio alimentario, higiene, epidemiología y terapéutica, así como todas aquellas técnicas que se vayan desarrollando en este sentido de la conservación de la salud y prevención de las enfermedades.»

Nosotros entendemos que esto es mucho más completo que el actual párrafo que estamos discutiendo, puesto que si queremos que esta ley tenga posibilidades de futuro, debemos de plasmar aquellas otras técnicas que se puedan ir desarrollando a lo largo de los años. Por lo tanto, entendemos que no es una enmienda ideológica, que no tiene ningún problema de tipo ideológico o político, y que podría ser perfectamente asumible porque con ella intentamos «futurizar» un poco esta ley.

La enmienda 279 pretende la supresión del párrafo 2, del artículo 8.º, puesto que entendemos que, si se hubiera aprobado nuestra enmienda anterior, el párrafo siguiente estaría de más.

La enmienda 284, es al artículo 10.7. Este artículo trata de los derechos de los enfermos con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias, y dice: «A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, ...». Yo no entiendo esto muy bien. Estoy cansado de oír decir a todo el Grupo Socialista que con esta ley se puede elegir médico. Si se puede elegir médico, tenemos que empezar poniéndolo en el primer artículo donde aparece. El primer artículo donde aparece es el 10.7, que dice exactamente: «A que se le asigne un médico...». Asignar quiere decir imponer a dedo un médico a un señor, le guste o no. Esto es así de claro.

Nosotros proponemos que, en lugar de «asignar», se diga «A que se pueda elegir libremente un médico siguien-

do el correspondiente desarrollo normativo, del que se habla en el artículo 14 de esta Ley», que es donde ustedes dicen de manera velada que se puede elegir este médico. Empiecen diciéndolo en el artículo 10.7. En qué quedamos, ¿se le asigna o se le elige? Este es el tema tal como lo entendemos.

Seguimos con la enmienda 287, al artículo 10.14, por la que proponemos un nuevo texto. El artículo 10.14, que también trata de los derechos de los enfermos, dice: «A obtener los medicamentos conducentes a promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado».

Proponemos cambiar el texto y modificarlo de la siguiente manera: «A obtener todos los procedimientos terapéuticos físicos, farmacológicos y medico-quirúrgicos conducentes a prevenir, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.»

Entendemos que el enfermo no solamente tiene derecho a que se le den unos medicamentos, el enfermo tiene derecho a otro tipo de procedimientos terapéuticos, como pueden ser, por ejemplo, las operaciones, o cualquier otro tipo de aparatos necesarios para restablecer su salud, no solamente los medicamentos. Creemos que deben de ponerse también aquellos otros procedimientos a los que tienen perfecto y lógico derecho los enfermos. Por eso decimos: «todos los procedimientos terapéuticos, físicos, farmacológicos y medico-quirúrgicos, conducentes a prevenir, conservar o restablecer su salud...». No solamente a los medicamentos tiene derecho el enfermo; tiene derecho a todas estas cuestiones que nosotros queremos que se plasmen en esta ley.

Al artículo 11.1, tenemos presentada la enmienda 288. El artículo 11.1 dice: «Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.» Nosotros tratamos que se se modifique de la siguiente manera: «Cumplir las prescripciones generales de naturaleza higiénico-sanitaria comunes a toda la población, así como las especificadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.», del que luego ustedes hablan a lo largo del desarrollo de esta ley. No creo que fuera un problema importante el haber admitido esta enmienda.

La enmienda 289 es al artículo 11.4. Este artículo, en su punto 4, dice: «Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el Alta.» Nosotros entendemos que esto debería de redactarse de la siguiente manera: «A firmar el documento de negativa, en caso de no aceptar el tratamiento propuesto por el médico. De negarse a ello, el médico, en caso de tratamiento ambulatorio o domiciliario, dará cuenta a la dirección de la que dependa. En caso de tratamiento hospitalario, dará cuenta a la Dirección del Centro. En ambos casos, el médico quedará exento de culpabilidad de lo que le pueda acontecer al usuario.»

Creo que esto es mucho más claro y mucho más lógico que ese farragoso párrafo que ustedes han puesto ahí que no se sabe lo que dice. Además, hay que salvaguardar al médico, porque si el usuario no quiere firmar el documento, ¿qué pasa? ¿El médico se pega con él en la consulta, le lleva a la cárcel? ¿Qué hace el médico? Creo que debemos de salvaguardar en este caso al médico diciendo que quedará exento de culpabilidad si el otro lo hace, y esto hay que plasmarlo en las leyes. Ustedes no pueden decir que luego puede ser dicho en reglamentos; esto hay que plasmarlo en la ley.

La enmienda 292 es al artículo 15. El artículo 15 vuelve a hablar de la libre elección de médico, y el Grupo Socialista lo cambió sustancialmente en Ponencia. Entonces, los varios puntos de que se componía el artículo 15 —me parece que eran siete—, han quedado reducidos a dos. Nosotros seguimos entendiendo que el artículo 15 desde luego no dice de una manera clara el que se pueda elegir libremente al médico, ni contempla de ninguna de las maneras que el enfermo pueda asistir a cualquier otro centro hospitalario que no sea el que le corresponda. Lo único que han introducido —y quizá esto hay que agradecerse al Grupo Socialista, porque significa una pequeña mejora— es que en el punto 2 han puesto que el Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará servicios de referencia a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de las Comunidades Autónomas donde residen. Pero es que esto tampoco quiere decir nada a la hora de la práctica; lo único que quiere decir es que se le acreditarán servicios de referencia. No sabemos lo que va a pasar una vez acreditados esos servicios, ni qué servicios van a ser. Yo creo que si de verdad existe una voluntad de que el usuario pueda elegir libremente a su médico, esto es debí de plasmar con mayor exactitud.

Las enmiendas que habíamos presentado a este artículo eran con relación a las enmiendas del proyecto de ley, no con relación a éste. Por eso nosotros proponíamos lo siguiente: «Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en la atención primaria, los usuarios del Sistema de Salud tienen derecho a ser atendidos en los servicios hospitalarios especializados que estén integrados en el Sistema de Salud, pudiendo elegir libremente entre los especialistas que trabajen en ellos, dentro del marco del área de salud.»

Es lógico, además, que si sólo tiene derecho a ir a un hospital, pueden elegir entre los cirujanos y médicos que existen en ese hospital; es de sentido común.

La enmienda 293 sigue insistiendo en este artículo y dice lo siguiente: «Cuando el usuario no pueda ser atendido en ninguno de los hospitales de su Área de Salud» —que puede ocurrir que no pueda ser atendido porque no exista determinada técnica—, «las autoridades sanitarias del citado Área darán a elegir entre los distintos hospitales integrados en el sistema de salud, atendiendo a consideraciones de urgencia, socio-económicas, proximidad, economía y eficacia».

Creo que esto es también de sentido común. Si de ver-

dad se quiere propiciar de alguna manera este tema, creo que lo que decíamos aquí era perfectamente lógico.

Las enmiendas 294, 295 y 296 eran consecuencia de estas enmiendas anteriores y, por tanto, en ellas pedíamos la supresión de distintos apartados del artículo 15, los apartados 2, 3 y 4. Poniéndolo de la manera que nosotros decíamos no tenían ya ninguna posibilidad.

La enmienda 297 es al artículo 15.6 antiguo, en el que se decía: «Para la aplicación efectiva de la facultad de elección en cada uno de los supuestos explicitados en los apartados anteriores, será condición indispensable...», etcétera.

Nosotros decíamos que eran unas enmiendas sin mayor importancia, que se pusieron simplemente para la aplicación efectiva de los apartados anteriores, y nos referíamos precisamente a las enmiendas que habíamos planteado anteriormente.

Nuestra enmienda 298 es al artículo 17. Este artículo 17 dice exactamente: «Las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan, en virtud de lo dispuesto en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias». Este es un artículo que vuelve a rozar la libre elección de médico porque ya dice claramente: «los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan». Si les corresponden es que no han elegido, porque les corresponden, se les han asignado; volvemos al artículo 10.7. Si ustedes asignan y les corresponden, no han elegido; volvemos otra vez a la misma contradicción. Pues bien, con nuestras enmiendas nosotros queríamos dar a entender que esto se eliminaba de esta manera.

Esto es todo, señor Presidente. Muchas gracias, señorías, señor Ministro.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Mateos. Se suspende la sesión hasta las cuatro de la tarde.

Eran las dos de la tarde.

Se reanuda la sesión a las cuatro y diez de la tarde.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Señorías, reanudamos la sesión.

Entran en debate las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado, 341 a 375. El portavoz de Cataluña al Senado, Senador Andreu, tiene la palabra.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Señor Presidente, señorías, el Grupo Cataluña al Senado, va a defender las enmiendas 344, 372 y 374 al Título I.

Enmienda 344. Quisiéramos que fuese incorporada nuestra enmienda 344, en la que formulamos un planteamiento sobre la utilización óptima de todos los recursos del país. Podía aceptarse nuestra enmienda aunque fuese

parcialmente, de manera que al artículo 3 se le incorporase el siguiente texto en forma de nuevo punto 4: «Las actividades sanitarias y la gestión de todas las Administraciones públicas tenderán a la utilización óptima de todos los recursos sanitarios...».

Enmienda 372 al artículo 10. Solicitamos la supresión del apartado 8 del artículo 10, porque en él se difiere una materia a otras normas distintas y posteriores a la presente ley, las cuales no tendrán carácter básico. Resulta superflua esta referencia y por su propio contenido no puede tener un carácter básico, por lo que debiera suprimirse.

Enmienda 374 al artículo 10. También debería suprimirse el punto 10 del artículo 10, porque en él se habla de una materia, la participación, que ha sido regulada en el artículo 5 y porque en el presente artículo 10 se precisan los derechos individuales del ciudadano como paciente, como usuario directo de un servicio, no como derechos generales.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Muchas gracias.

¿El Grupo Socialista va a emplear el turno en contra de este grupo de enmiendas? (*Denegaciones.*) ¿Al final de las intervenciones de todos los Grupos? (*Asentimiento.*)

Por el Grupo Senadores Nacionalistas Vascos, para defender sus enmiendas, tiene la palabra el señor Bajo.

El señor BAJO FANLO: Señor Presidente, señorías, quisiera indicar en primer lugar, con el permiso del señor Presidente, y en relación a una manifestación hecha por el Senador señor Alvarez, que no es que por un plato de lentejas hayamos vendido nuestra primogenitura. Nosotros, con estos mendrugos que ha tenido a bien darnos el Grupo Socialista, esperábamos hacer el milagro de los panes y los peces, si es que a ustedes no les parece mal. (*Risas.*)

Nosotros a este Título tenemos presentadas las enmiendas 68, 69, 70 y 77. En la enmienda 68 pretendemos que la ley recoja en el artículo 13 el texto que aparecía en el primitivo proyecto de ley en lo que se refiere a los colegios profesionales. Creemos que debe mantenerse en la ley este precepto, ya que es una forma de hacer participar a los profesionales a través de sus organismos en el autocontrol de las actuaciones sanitarias. El incrementar la responsabilización de los enfermos, y de paso las garantías, a nuestro modo de ver siempre es positivo. Y si además son los mismos profesionales los que lo llevan a cabo, significará siempre una mejora, ya que de todas formas quedará siempre la posibilidad de actuaciones ulteriores de la Administración. Nos parece que esta enmienda es coherente con otras nuestras que ya han sido aprobadas en relación con el incremento de la calidad asistencial a través de mejores mecanismos de control.

Con la enmienda 69 proponemos la adición de un nuevo número al artículo 13 con el siguiente texto: «Las mencionadas normas tendrán la consideración de derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas con competencia en la materia a la que se refiere este artículo».

El artículo 13 de este proyecto de ley general de sanidad en su redacción actual encarga al Gobierno la normación de todo un campo relativo a los colegios profesionales, como es el intrusismo profesional y la mala práctica. Sin embargo, el artículo 10, número 22, del Estatuto Vasco asume como competencia comunitaria exclusiva la materia de colegios profesionales y ejercicio de las profesiones tituladas, ámbito en el que indudablemente ha de incluirse la regulación tendente a evitar el intrusismo profesional y la mala práctica.

El artículo 36 de la Constitución, que prevé una reserva legal respecto a la regulación del ejercicio de las profesiones tituladas, no puede entenderse como atributivo de competencia al Estado, pues como es jurisprudencial y doctrinalmente admitido, cuando la Constitución se remite a una ley, ésta puede ser una ley también de Comunidades Autónomas.

Con la enmienda número 70 pretendemos que en el artículo 15, número 1, se sustituya el final del primer párrafo por el siguiente texto: «... que trabajan en los mismos Hospitales». Es cierto que en el paso de esta ley por esta Cámara se ha suprimido el precepto que efectivamente admitía la posibilidad de elección de médico en el hospital en que se estaba produciendo la atención. Nosotros lo que decíamos era que pudieran elegir médico de entre los que trabajan en los mismos hospitales. Esta es una aspiración ampliamente extendida y compartida por toda la sociedad: el derecho a elegir centro hospitalario y médico dentro del mismo. Para nosotros esta aspiración es un derecho irrenunciable que tiene toda persona enferma.

Con la enmienda número 77 nuestro Grupo propone modificar el número 7 del artículo 18 en el sentido siguiente: «Los programas de orientación familiar, así como de la tercera edad en coordinación con los servicios sociales y la prestación de los servicios correspondientes». No se trata de una justificación jurídica, sino de completar la relación de prestaciones a todas las personas y, en especial, a este colectivo cada vez mayor por la estructura demográfica que sufre una falta de atención sanitaria verdaderamente notable.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias, Senador Bajo.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular para defender sus enmiendas. *(El señor Bernárdez pide la palabra.)*

¿Es para hacer alguna observación? Tengo entendido que el Grupo Mixto ha dado por defendidas todas las enmiendas. Esa es la nota que tiene la Presidencia.

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: El Senador Fernández-Piñar ha dado una relación de enmiendas que dábamos por defendidas.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): La única que no tengo tachada es la 42. ¿Es ésa?

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Si es al artículo 10, número 14, sí. Es un voto particular.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Sí, enmienda 42 al artículo 10, número 14.

Perdone, señoría, voy a dar la palabra primero a...

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Está perdonado, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Se lo estaba diciendo al Senador Pardo. *(Risas.)*

Senador Pardo, va a hacer su defensa primero el Grupo Mixto y luego dará la palabra a su señoría.

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Este voto particular trata de recobrar la redacción del artículo 10, número 14, tal como salió del proyecto del Gobierno y del Congreso de los Diputados. Hablando de los derechos del ciudadano, debe decir que tiene derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios para promover, conservar o restablecer. Y después de la enmienda socialista dice el artículo: «los productos sanitarios que se consideren necesarios». Creo que, a pesar de lo que dice el Grupo Socialista en la justificación de que es una mejora técnica, no es así. Es abrir una puerta para la adicional quinta, de la que ya he hablado en mi intervención en el turno de portavoces cuando se defendieron los vetos a la totalidad. Me parece que el Mercado Común, tal como defiende el Grupo Socialista, sólo pide, para la presencia en el mercado de los medicamentos, eficacia y seguridad. Todo lo demás y el irse a unas listas de medicamentos esenciales, como parece ser la intención del Grupo Socialista al introducir la adicional quinta, esta puerta que abre para la adicional quinta, es acercarnos más al tercermundismo, que es donde, en efecto, hay una lista de medicamentos esenciales.

Nada más. Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias, señor Bernárdez.

Ahora le toca el turno al Grupo Popular. Señor Pardo Gómez.

El señor PARDO GOMEZ: Gracias, señor Presidente.

Señorías, bien quisiera que esta ley discurriera por la Cámara igual que ha discurrido la Ley de Odontología hace unos días. Pero realmente no es así, porque una ley que tiene cinco vetos y quinientas o seiscientas enmiendas no puede pasar como lo hizo la Ley de Odontología, a la que me acabo de referir. Evidentemente, en esta ley debe haber algunos errores de bulto, que quizá nosotros no somos capaces de hacérselos comprender. Y paso ya a la defensa de las enmiendas de nuestro Grupo.

La enmienda 144 pretende una modificación en el artículo 3, número 2. Se reconoce el derecho de libre elección entre los distintos sistemas que se establezcan. Se quiere añadir esta frase al final del número 2 y, francamente, la enmienda se justifica por la defensa de las libertades esenciales. Es cierto que ya, en algunos aspectos, esto se ha realizado hace muy poco tiempo en nuestro país, en donde todos los funcionarios de la Mutualidad de Funciona-

rios Civiles han podido elegir la entidad para su asistencia sanitaria.

La enmienda 145 es de modificación al artículo 3, número 1, que a nuestro juicio debe decir: «Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados a la protección de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la prestación de la asistencia sanitaria». Nos parece que esta última expresión de «prestación de la asistencia sanitaria» es fundamental, porque en realidad las actuaciones en el sistema sanitario son la prevención, la protección y la asistencia. Si no, la salud sería un bien permanente y no tendría nunca modificación. La realidad es que, lamentablemente, la salud es un estado de bienestar físico y mental pero que no presagia nada bueno, como decía un amigo mío. Y es que, tarde o temprano, la humanidad enferma y después tiene que ser atendida.

Por otra parte, todas las conferencias y reuniones que, en 1978, se celebraron en Alma Ata no querían decir que no hubiera más que prevención de la salud. Realmente, no se oponían a que continuase la asistencia sanitaria, como es lógico. Por tanto, parece que es claro que en este artículo debe haber un equilibrado sistema de acciones, y esto es lo que debe expresar y perseguir este proyecto de ley.

La enmienda número 147 es de adición de un párrafo número 3 al artículo 8.º, e insiste en que dichas actuaciones se coordinarán equilibradamente con la actividad de asistencia. Nos parece que el artículo está ciertamente incompleto porque crea un desequilibrio a favor del estudio y de la investigación y en contra de la asistencia.

La enmienda número 148 ha sido ya aceptada en Comisión para suprimir una palabra que sobraba.

Con respecto a la enmienda número 149, decimos que es preciso añadir algo en el número 15 del artículo 18. El número 15 del artículo 18 dice: «El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de la salud». Nosotros decimos que debe hacerse «... en coordinación con la Universidad y con los Organismos de Investigación respectivos». Realmente esto está desarrollado después en el Título VI de la Ley, pero no nos parece que dañe este añadido en el número 15. La investigación es una cosa seria que debe hacerse siempre muy reglada, siguiendo unas líneas de trabajo, y es lógico que estas líneas de trabajo sean dirigidas y no se fomenta una investigación indiscriminada, una investigación sin dirección, como viene ocurriendo muchas veces, lo que observamos simplemente con leer revistas científicas en donde se publican artículos en realidad de tipo investigador, pero que al cabo de un año todo esto es papel mojado, ha dejado de existir, no tiene función, y lo único que ha hecho ha sido aumentar el curriculum de los que han realizado esta investigación y quizá molestar a algunos enfermos.

La enmienda número 152 es al artículo 5.1. Este artículo en su número 1 dice que los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible la participación comunitaria en el Consejo territorial del sistema sanitario, que deberá conocer e informar sobre la formulación de la política sanitaria y controlar su ejecución.

Nos parece que la participación comunitaria no tiene que articularse necesariamente, como señala el artículo primitivo de la ley, a través de las corporaciones territoriales.

La enmienda 153 corresponde al artículo 5.º, 2, y en ella decimos que deben añadirse las palabras «y Profesionales», porque es evidente que debe haber un equilibrio entre los diferentes interlocutores sociales. Si los colegios profesionales figuran en la Constitución como tales, no sabemos por qué aquí en la ley se les pretende ignorar. Esta es una ley que se puede decir que trata despectivamente a los profesionales; parece como si se quisiera hacer una sanidad sin sanitarios. La realidad está a la vista en la ley, pero no se olvide que la educación y la sanidad tienen que hacerla los que educan y los sanitarios, y realmente la educación y la sanidad son los pilares básicos de cualquier Estado moderno en que toda colaboración es poca.

La enmienda número 156 corresponde al artículo 8.º, 2. A este artículo proponemos la siguiente redacción: «Asimismo, se consideran actividades básicas del sistema sanitario el estudio y las luchas contra la zoonosis y la prevención y ordenación sanitarias de las relaciones del hombre con los animales, especialmente de compañía, espectáculos, deportes, explotaciones ganaderas y de sus albergues, como también la colaboración y participación de la Veterinaria de Salud Pública en las investigaciones y programas sanitarios, medicina comparada, controles terapéuticos, medio ambiente, consumo y educación sanitaria». Nos parece que es necesario dar entrada en la ley, con una mayor amplitud, a los servicios veterinarios de una forma clara y concisa, porque son muy importantes y porque, por otra parte, nuestra entrada en la Comunidad Económica Europea nos lo va a exigir tajantemente y sin demora. No es que se ignoren estos temas pero es preciso profundizar en temas que siempre han sido considerados de segundo orden. Todavía tenemos hoy gran cantidad de hidatidosis y brucelosis en nuestro país, enfermedades que en la mayoría de los países europeos han desaparecido ya. Es preciso, pues, llegar a una ordenación sanitaria de las relaciones del hombre con los animales, y éste es uno de los temas que la OMS recomienda constantemente.

La enmienda número 157 es al artículo 10. Leyendo este artículo realmente se observa que presenta algunos derechos como nuevos, pero la realidad es que nosotros no podemos separar nuestra condición de médicos de la de políticos, y nos parece que algunas veces, leyéndolo fríamente, este artículo atenta a la dignidad de toda una profesión. Tal es el punto 1 y el punto 4, en donde parece que se recoge el respeto a la personalidad, dignidad e intimidad sin que pueda ser discriminado por razón de nacimiento, sexo, raza, religión o cualquiera otra condición personal o social.

Señorías, creo que esto está clarísimo y que esto no sucede en nuestra profesión. No es necesario plasmarlo así; está bien plasmado, pero a mí me parece que si hay alguien que falta al respeto de la dignidad de las personas

pueden ser las típicas «habas negras» que hay en todas las profesiones, no solamente en la de médico.

En el punto 4, al hablar del secreto de toda la información relacionada con su proceso y con la atención sanitaria recibida, parece que el secreto profesional es una cosa que descubrimos ahora, y el secreto profesional está ahí, de toda la vida, y ningún médico ha hecho alarde, en general, de las enfermedades que padecen sus pacientes ni ha hecho comentarios de ningún tipo. Si los ha hecho es que realmente ese médico no merece la pena llamarse médico. Me pueden decir ustedes que estamos defendiendo a los médicos; no hago aquí una defensa de clases, sino que hago una defensa de los pacientes, de los enfermos.

Nos parece muy importante la modificación del punto 5. El punto 5 del texto alternativo que propone nuestra enmienda dice que el enfermo tiene derecho a ser advertido y aceptar o denegar cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento nuevo o no habitual, en función de proyectos científicos de investigación o de docencia. En tal caso, será imprescindible la previa autorización del paciente y la aprobación del Comité de Ética Institucional e Investigación Clínica. En ningún caso tal procedimiento podrá comportar un riesgo grave para su salud. Nos parece importantísimo este punto, y todo lo que se ate en este sentido es muy necesario, porque, ya decía antes, la investigación debe ser muy seria y con una línea de trabajo definida; no puede ser nunca una investigación alegre que permita a cualquier médico que trabaje en un hospital, amparándose en esta capa de generalización y de que allí no se conoce a nadie, hacer investigaciones que no le competen y, sobre todo, sin que haya en la dirección del centro un control de este tipo de investigaciones.

Dice el punto 9 del proyecto que el paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, debiendo, en este caso, solicitar el alta voluntaria. Tampoco nos parece lógico solicitar el alta voluntaria en estos pacientes, porque, se pueden negar al tratamiento, pero pueden pedir la opinión de otro médico que trabaje en el centro o en otra unidad asistencial. Me parece que es lógico. Cualquier cosa menos solicitar el alta, que no tiene por qué solicitarla.

El punto 7 habla de que se le asigne un médico. Esto está en total contradicción con la elección de médico.

La enmienda 158 corresponde a una mejor técnica de expresión.

La enmienda 159 al artículo 10, punto 3, dice que la ley debe ser para todos los ciudadanos y el paciente puede estar en una institución que no colabore con las instituciones públicas. Este punto 3, ¿se refiere exclusivamente a las instituciones públicas o privadas concertadas? Pues el paciente puede estar en un hospital que ni sea público ni sea privado concertado, sino que puede ser simplemente privado y, entonces, la ley debe de obligar también a estos pacientes.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Ha hecho usted referencia a la enmienda 159?

El señor PARDO GOMEZ: No, no.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Es que me ha parecido oír enmienda 159 y no la veía en el grupo de enmiendas que usted ha defendido.

El señor PARDO GOMEZ: Es de otro capítulo.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Por eso. Le ruego que procure terminar. No le estoy llamando la atención, sino que le hago la advertencia para que termine.

El señor PARDO GOMEZ: Ya termino.

Nuestra enmienda al artículo 10, punto 13, dice que el enfermo tiene derecho a recibir, si lo solicita, atención espiritual durante su estancia en el hospital y a que la asistencia a su muerte se haga con el respeto a los valores de la condición humana.

Esta es la modificación que nosotros pretendemos en este punto 13, puesto que ello orientaría a hacer efectivas dichas libertades que se propugnan en relación con los enfermos.

Termino así, señor Presidente, porque en este capítulo no hay más enmiendas.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias, señor Pardo.

¿Turno en contra? (Pausa.) Tiene la palabra el señor Traperero.

El señor TRAPERERO GARCIA: Señor Presidente, señorías, para tratar de resumir todas las enmiendas presentadas a este Título I, título importante que se refiere al sistema de salud y a los principios generales que rigen en el sistema de salud.

Sin lugar a duda, es en este capítulo donde se deja mayor constancia del modelo sanitario que se intenta plasmar por parte del Grupo Socialista en esta ley, y asimismo es donde se consagran puntos importantes, como los derechos y los deberes de los usuarios del sistema nacional de salud.

Las enmiendas presentadas, que han sido un número importante, alrededor de setenta, podríamos agruparlas en cuatro o cinco bloques, por tratar de resumir en el tiempo que tenemos y dar una contestación al menos global a todas ellas.

El primer bloque se refiere, evidentemente, al sistema sanitario que se contiene en este texto, al sistema nacional de salud, al cual básicamente están presentadas enmiendas por parte del Grupo Popular y algunas del Grupo de Cataluña al Senado, referidas a la modificación del sistema.

Nos proponen ustedes en la enmienda 146 la posibilidad de elegir entre los diferentes sistemas sanitarios. Creemos que la interpretación que dan ustedes no es correcta, ya que si se refiere a la posibilidad de elegir entre el servicio público y el servicio privado, esa posibilidad está en la propia ley. La ley consagra un sistema mixto, donde por parte de las administraciones públicas se ofrece un servicio, pero no es cortapisa ni inconveniente

para que los usuarios que quieran asistir o recibir servicios por parte de instituciones privadas lo puedan hacer.

Lo que ocurre es que, en el fondo, el modelo que tratan ustedes de implantar con la posibilidad de elección entre los diferentes sistemas sanitarios, como hemos visto esta mañana, no va dirigido a esa posibilidad de elección entre lo público y lo privado, que ya está contemplada en la ley, sino más bien a la transformación del sistema público en un sistema prácticamente privado, donde el pago se realice por acto médico.

Esta mañana ya hemos discutido, y no creo necesario volver a repetirlo, que nos parece que este sistema es el más eficaz y el más eficiente desde el punto de vista sanitario, a la vez que también es el menos costoso. Tengo que recordar aquí que de los sistemas que ustedes proponen, hay ejemplos diversos para estudiar, como el de Francia, el de Alemania o, incluso, el de Estados Unidos, que tienen un gasto del producto interior bruto de alrededor del 9 ó el 10 por ciento, mientras que los sistemas que tienen un Servicio Nacional de Salud, con una eficacia similar, incluso algunas veces superior, están en unos gastos de alrededor del 5 ó el 6 por ciento del producto interior bruto.

Quiero decir también que a este aspecto va dirigida su enmienda 169, que se refiere a la desaparición de las normas de utilización de los servicios sanitarios, que serán iguales para todos independientemente de las condiciones en las que se acceda a la misma. Nos parece que un principio inalterable del servicio público es que el trato, las condiciones de acceso y el mismo servicio sean exactamente iguales tanto para los pacientes que ingresan como usuarios de ese servicio público como para los pacientes que lo hacen desde el punto de vista de usuarios privados.

Por lo tanto, vamos a rechazar todo este bloque de enmiendas que tratan de introducir otro sistema sanitario, diferente, que nos parece que es un sistema que ofrece menos calidad, menos eficacia sanitaria y menos eficacia de los cuidados de la salud y que, además, es más costoso.

Tengo que recordar aquí, en relación con lo que se ha dicho esta mañana sobre estos sistemas alternativos que ustedes proponen, que hay documentación y trabajos suficientes que, por poner algún ejemplo de los que tenemos aquí, demuestran que en sitios como Estados Unidos el número de operaciones innecesarias practicadas es casi de un 60 por ciento. Yo creo que esto justifica en muchos casos la ineficacia del sistema y justifica que este sistema alternativo que ustedes nos proponen esté en unos costes de producto interior bruto mucho más elevados.

En segundo lugar, hay un segundo bloque de enmiendas referidas a romper ese concepto de salud integral, de protección, de integración en la salud y en el mismo Sistema Nacional de Salud de los servicios de promoción, los servicios de educación sanitaria, los servicios de prevención, los servicios de asistencia sanitaria, de rehabilitación o de reinserción.

Ustedes nos proponen que frente a las prioridades que nosotros centramos en la prevención y en la promoción de la salud incluyamos la asistencia sanitaria. Evidente-

mente va unido a la tendencia de convertir el sistema, sobre todo, en un sistema de curación de la enfermedad, en un sistema asistencialista que se compagina muy poco incluso con el mandato constitucional que habla de protección de la salud. Este mandato constitucional de protección de la salud va más unido a la prevención y a la promoción. Por lo tanto, no podemos aceptar enmiendas dirigidas a que se considere como prioritaria la asistencia sanitaria.

Nos parece que además desde el punto de vista, tanto social como económico, es mucho más rentable en un país que todavía sigue teniendo graves deficiencias en enfermedades que ya se han nombrado aquí como la brucelosis, la hidatidosis, promover y dedicar prioritariamente fondos a la prevención y a la protección de la salud, evitar la enfermedad y no montar un sistema únicamente dedicado a la curación de esas enfermedades.

Asimismo nos proponen ustedes, tratando de romper esta concepción integral del Sistema Nacional de Salud, la supresión del apartado referido a que la orientación política del gasto vaya hacia la desaparición de las desigualdades sanitarias. Yo creo que esto es no comprender lo que es la promoción y la protección de la salud; es no tener en cuenta que son las desigualdades sociales, las desigualdades sanitarias entre los diferentes territorios las causantes de muchas de las enfermedades que tenemos. Es no tener una concepción integral de la salud el saber que los sistemas de saneamiento o abastecimiento, por lo tanto, la desigualdad de infraestructura, provocan índices diferentes de incidencia de las enfermedades en las diferentes colectividades, y que, por lo tanto, la desaparición de las desigualdades sociales o económicas entre las diferentes Comunidades Autónomas es en sí misma un mecanismo para promover y proteger la salud. *(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)*

En tercer lugar, hay un tercer bloque referido a los temas de la participación de la comunidad en el sistema sanitario.

El proyecto articula la participación a través de diversos órganos: los Consejos de Salud, a nivel local; los Consejos de Salud, a nivel de área; los Consejos de Salud, a nivel de las Comunidades Autónomas y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, la participación de la comunidad está articulada a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Pero la composición que nosotros proponemos en toda la ley es una composición basada en los representantes de la comunidad. Los representantes de la comunidad son, en principio las corporaciones locales, los representantes de los trabajadores y los representantes de los empresarios.

Ustedes siguen insistiendo constantemente en todas sus enmiendas en que introduzcamos a las organizaciones profesionales de titulares sanitarios; para entendernos, a los colegios de médicos.

Nosotros tenemos que decirles a este respecto que la participación está concebida como una participación de la comunidad y que bajo ningún punto de vista se puede considerar que la representación de la comunidad, de los ciudadanos usuarios del servicio, radica en los profesio-

nales sanitarios y, en concreto, en los colegios de médicos. Esa representación lógicamente radica en las corporaciones locales, radica en los sindicatos y radica en los representantes de los empresarios y, por supuesto, si tiene que haber representación de los titulares sanitarios, esa representación se tendrá que hacer a través de sus cauces normales, los cauces que prevé la ley, que son los sindicatos y, por tanto, a través de los sindicatos es donde los profesionales sanitarios tendrán su representación en todos los mecanismos o en todos los órganos de participación que se contemplan en esta ley.

Nos proponen ustedes que introduzcamos que el código deontológico será elaborado por los colegios profesionales. A este respecto, tenemos que decirles que no es esta ley la que tiene que determinar quién elaborará los códigos deontológicos, sino que será la ley de los colegios profesionales y que, en principio, le corresponde a esta Cámara elaborar esos códigos; por supuesto, no a los colegios profesionales, si no es por una delegación de la ley correspondiente que será la de los colegios profesionales. Por otra parte, ya hay sentencias del Tribunal Constitucional de las que podemos leer algunos párrafos concretos que dejan bien claro que esta regulación se tendrá que hacer por ley y por ley a nivel estatal.

El cuarto bloque de enmiendas presentadas a este proyecto es el bloque referido a la libre elección de médico y a la libre elección de centro sanitario. Ustedes, sobre todo los representantes del Grupo Popular, hacen especial incidencia en la libre elección de médico y en la libre elección de centro, como si pareciera que es el núcleo básico de la atención a la salud, como si pareciera que incluso es un mandato constitucional.

Hay que decir que la Constitución, sanitariamente, no da más que un mandato muy claro, que es la promoción o la protección de la salud de los ciudadanos, y que la libre elección de médico y la libre elección de centro es un tema que está supeditado a esa protección de la salud de los ciudadanos. Por lo tanto, habrá que incardinarlo en un sistema eficaz y eficiente para este mandado, que es el de la protección de los ciudadanos.

El proyecto de ley ya contempla la libre elección de médico en la atención primaria; la contempla en el área de la salud, que contendrá una población entre 200 y 250.000 habitantes, y en las ciudades de más de esa población, en toda la ciudad.

A nosotros nos parece suficiente la libre atención de médico en la asistencia primaria en el área de la salud y en todas las ciudades, tengan la población que tengan, como lo demuestra también el que la legislación comparada en el resto de los países europeos normalmente se encuentra reducida o por el ámbito geográfico, como pasa en el caso de Italia e Inglaterra, o por otra serie de condicionantes, como un suplemento para la propia elección, para el propio cambio de médico, como los casos de Francia y Bélgica.

Básicamente, la libre elección de médico es el tema nuclear de un sistema asistencial que solamente está preocupado de la curación de la salud, no de un sistema que contemple, primero, el trabajo en equipo, que es un tema

fundamental y esencial en los centros de salud y, en segundo lugar, que prevé directamente labores complementarias, como la prevención, protección, educación sanitaria o la rehabilitación y la reinserción.

Para concluir, también queríamos aclarar algunas de las enmiendas que tratan de introducir ciertas modificaciones al texto, como por ejemplo las referidas a que en los casos en los cuales el paciente no acepte el tratamiento médico no será necesaria la firma del alta voluntaria. Yo creo que es un tema razonable y está así en todas las legislaciones. Los enfermos ingresan en los hospitales para recibir un tratamiento. Por lo tanto, cuando no se acepta ese tratamiento o no se quiere seguir ese tratamiento, no parece lógico el que se siga dentro de esa institución ya que, vuelvo a repetir, al hospital se va para recibir ese tratamiento. Lo contrario sería convertir los hospitales en centros residenciales para los enfermos que no estén recibiendo ningún tratamiento en ese momento.

Vamos a aceptar una de las enmiendas, la 283, del Senador Mateos, de supresión, en el artículo 10, apartado 6, punto b), referido a «cuando exista imperativo legal», por considerar que cuando efectivamente exista ese imperativo legal será porque habremos incluido directamente en alguna ley concreta esos casos lógicos y, por lo tanto, no era necesario este mandato dentro de la propia ley.

Nada más. Quiero concluir diciendo que nos vamos a oponer a todas las enmiendas, excepto a ésta, la 283, por considerar que todas, o la mayoría de ellas, proponen, en unos casos, un modelo alternativo que no se compagina con el Sistema Nacional de Salud, que nos parece el sistema más eficaz y eficiente sanitariamente, a la vez que el menos costoso, y el resto, porque muchas proponen modificaciones técnicas que creemos que no aportan mejoras a la propia redacción del texto.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Señor Trapero, ¿ha dicho usted la enmienda 283 ó 284?

El señor TRAPERÓ GARCIA: La 283, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

¿Turno de portavoces? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Bajo.

El señor BAJO FANLO: Gracias, señor Presidente.

Muy brevemente, para manifestar que nos parece una contradicción las manifestaciones sobre no considerar prioritaria la atención sanitaria, ya que dicha atención, en nuestro criterio, engloba la protección y la prevención.

Por otra parte, ha manifestado el portavoz del Grupo Socialista que se debe dar la representación a través de los sindicatos y no de los colegios profesionales. A nosotros nos parece que la representatividad se debe dar a través de los diferentes grupos de ciudadanos y los colegios profesionales son una representación cualificada que, a nuestro modo de ver, no debe desaparecer.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Señores Senadores, el problema es que la enmienda 283 no aparece mantenida por el señor Mateos.

El señor MATEOS OTERO: Señor Presidente, es que había dos enmiendas exactamente iguales, una del señor Marqués y otra mía personal. Por ello, eliminamos una de las dos; yo creo que fue la mía personal y quedó la del señor Marqués que era exactamente igual que esta otra.

El señor PRESIDENTE: ¿Qué número tiene esa enmienda?

El señor MATEOS OTERO: Creo que es la 304. Eran exactamente iguales y por eso habíamos eliminado una de las dos.

El señor PRESIDENTE: Muy bien, porque así hemos evitado votar una enmienda inexistente y rechazar una enmienda aceptada. Vamos a votar. *(El señor Marqués López pide la palabra.)*

El señor MARQUES LOPEZ: Para una cuestión de orden, señor Presidente. Como portavoz del Grupo Popular yo había levantado la mano.

El señor PRESIDENTE: Dígame S. S. cuál es la cuestión de orden.

El señor MARQUES LOPEZ: Como portavoz de mi Grupo, para defender las enmiendas del Grupo Popular.

El señor PRESIDENTE: No le había visto. Llevo diciendo toda la legislatura —pero en fin, parece música celestial— que cuando alguien pida la palabra y vea que la Presidencia no le ha visto, diga: «Pido la palabra», que es la fórmula usual de pedir la palabra en las Cámaras.

Adelante, señor Marqués.

El señor MARQUES LOPEZ: Señor Presidente, señores Senadores, nuestro Grupo no puede adscribirse a estos dos capítulos de la Ley de Sanidad y los motivos por los que no podemos hacerlo y nuestro voto va a ser negativo son los siguientes: primero, no garantiza los derechos del enfermo y no lo hace por que no existe deliberadamente ningún compromiso financiero. No soluciona el problema íntegro de la salud ni de la calidad de la salud.

Esta mañana decía el Senador Luna que todo lo que no se escribe en ley es un paternalismo inocuo. Entonces, yo me pregunto por qué ustedes no admiten nuestras enmiendas en las que se garantiza la financiación completa del acto sanitario, por qué no se garantiza esto, que no voy a entrar a discutir, de la elección de médico y por qué no se garantiza que cuando a un enfermo se le dé el alta el Estado le dé una solución alternativa, porque no se nos ha llenado la boca diciendo que la medicina no es sólo biológica, sino que también es física, psíquica y social. Pero, señores, hay que encontrar una solución social a estos in-

dividuos que no pueden incorporarse a la vida nada más darles de alta en el hospital.

Segundo, nosotros no confiamos tampoco en la medicina preventiva. En la medicina preventiva que ustedes nos proponen las palabras son muy bonitas y quizá los hechos pudiesen serlo, pero nosotros nos limitamos a los hechos. Una organización «printer» de la sanidad socialista fueron los centros de salud. Ustedes crearon los centros de salud como los centros que iban a hacer unos planes e iban a establecer unas medidas de salud pública. Yo les invito a que ustedes piensen si los centros de salud no se han convertido en habitáculos para una asistencia sanitaria de tipo asistencial. Pero díganme, si lo saben, si algún centro de salud ha hecho un plan de salud pública, qué es lo que ha realizado, dónde y en qué lugar. Luego si estos centros de salud que creó el Partido Socialista —y no cabe duda que su intención era buena— han fracasado, ¿qué esperanza podemos tener en una medicina preventiva? Un compañero de su Partido que era investigador decía que toda ley que se quiera hacer sin un personal idóneo está completamente abocada al fracaso. Y esto es lo que les va a pasar.

Por otra parte, nosotros tampoco podemos admitir eso que dicen ustedes de la participación. Estamos de acuerdo en que tiene que haber participación de los consumidores pero no precisamente sólo de los sindicatos, que va decía esta mañana que no representan a todo el mundo, ni de las organizaciones empresariales. Y cuando hablamos de los colegios profesionales no crean que es en un sentido corporativo, sino en un sentido de orientación y de que las cosas se hagan mejor. Les decíamos incluso: aunque ustedes no les den voto, pero lo que no se puede es soslayar a unas profesiones sanitarias. Una Ley de Sanidad se podrá hacer buena o mala, pero tengan en cuenta que hay elementos necesarios e imprescindibles. La necesidad imprescindible la forman los sanitarios profesionales. Sin médicos, sin veterinarios, sin farmacéuticos ustedes no hacen nada. Si la calidad del médico, del veterinario y del farmacéutico es cada vez más alta, la Sanidad entonces será mucho mejor. Tienen que convencerse de ello. Entonces, ¿por qué zaherir a estas profesiones a las que se deja de soslayo y no se les llama para nada? Nadie se beneficia, todos nos perjudicamos de esto.

El señor Trapero hacia la comparación de que el gasto público en Estados Unidos es mayor que en otros sitios con una sanidad igual. Igual no, usted sabe tan bien como yo que en Estados Unidos el tipo medio de mortalidad sube a los setenta y seis años. En otros Estados, como en Rusia —tengo aquí el libro de la Salud Pública francés, donde lo dice—, es de sesenta y seis años. Ese ahorro que nosotros hacemos de la participación del gasto público, lo pagamos con cinco años de nuestra vida.

Piénsenlo ustedes, razonemos las cosas como son, demosles una mayor participación a los profesionales de la sanidad, estimulémosles para que no caigan en una depresión, hagamos una buena salud pública, y después garanticemos los derechos de los usuarios, que éstos sí que, tienen toda la razón.

En cuanto a los derechos que ustedes les conceden a los

usuarios en estos Capítulos, por modesta que sea cualquier mutualidad les concede más. Son derechos utópicos, ustedes no les aseguran ni una financiación ni unos servicios prestados para que el día que tengan que protestar, tengan donde asirse para ir a una intervención judicial si fuera necesario.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tiene la palabra el señor Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Señor Presidente, señoras y señores Senadores, para un turno de contestación a las intervenciones anteriores.

En primer lugar, deseo aclarar al señor Bajo que dentro de las prioridades del Sistema Nacional de Salud tiene que existir la promoción, la prevención; no podemos incluir también la asistencia sanitaria, porque entonces estaría todo. Sería prioritario todo menos la reinserción y la rehabilitación. Por lo tanto, tendríamos como prioritario el 95 por ciento del gasto, y todos sabemos lo que pasa en este país. Frente a una asistencia correcta en algunos ámbitos, muy cara y altamente tecnologizada, tenemos carencias de país prácticamente subdesarrollado, con un nivel de hidatidosis tremendamente alto, con un nivel de brucelosis también muy alto, que es fácil de erradicar con un coste sanitario bajo, y que además permite mejorar las perspectivas o los indicadores sanitarios de una forma importante.

Desde el punto de vista de rentabilidad social, de rentabilidad económica, y de preservar la salud, lo prioritario es dedicar nuestra atención a la prevención y a la promoción, no tener que ir a sanar, cuando podemos evitar el que se enferme. Yo creo que esto es obvio y evidente.

En segundo lugar, deseo decirle tanto a usted como al señor Marqués que nosotros no aceptamos que los colegios profesionales tengan la representatividad de la comunidad. Los colegios profesionales no representan a los usuarios del servicio. Pueden representar a los sanitarios, pero no representan, en los órganos de participación de toda la comunidad, a la propia comunidad, y paradójicamente ustedes nos proponen incluir a los colegios de médicos. Pero ustedes piden que las corporaciones locales, los ayuntamientos y diputaciones desaparezcan, o por lo menos que reduzcan su presencia de una forma importante. Pues no, nosotros creemos que quienes sí representan a la comunidad son las corporaciones locales.

Dice usted que no existe ningún compromiso financiero. Evidentemente en este Capítulo no puede existir ningún compromiso financiero, ya que se refiere a los conceptos generales y a los derechos y deberes de los usuarios. Ya llegaremos al Capítulo correspondiente y veremos la forma de financiación, porque usted se está refiriendo concretamente a que hagamos desaparecer en la forma de financiación las cotizaciones. Hacer desaparecer las cotizaciones, y cargarlo todo a los Presupuestos Generales del Estado, supondría aumentar éstos en 800.000 millones de pesetas.

¿Nos pueden decir ustedes cómo se hace eso, y cómo a

continuación se puede pedir aquí, en las intervenciones, eliminar el déficit público? Preséntenos un modelo de país donde las cotizaciones no intervengan en la financiación, nosotros no conocemos ninguno. Incluso en países como Inglaterra y Suecia, que están muy avanzados, las cotizaciones giran alrededor, quizá algo menos, del 10 por ciento. Pensemos que desde el 80 por ciento, que se está financiando en España a través de cotizaciones, hasta el 10 por ciento de estos países, queda mucho trecho, mucho camino por recorrer, sin cambiar el sistema de financiación.

Para terminar, quiero decirle que las referencias que hacía con respecto a los indicadores sanitarios, no se atienen a la realidad. En Estados Unidos, los indicadores Sanitarios, la perspectiva de vida, es inferior a la de España, con un gasto sanitario del 10 por ciento del producto interior bruto, mientras que en países como Inglaterra, que tiene una perspectiva de vida y unos indicadores sanitarios bastante mejores que los de Norteamérica, se está gastando el 5,6 por ciento del producto interior bruto.

Para acabar, sólo voy a dar un repaso a los países europeos. Ustedes hacen de la libre elección de médico, sin ningún tipo de cortapisa, el emblema de su modelo sanitario, pero es un emblema que no se corresponde con los modelos sanitarios que ustedes quieren copiar. Podemos dar un repaso. En Bélgica, efectivamente, existe libre elección de médico, pero al que cambia de médico se le grava en un 25 por ciento. Por tanto, libre elección de médico, pero con cortapisas. En Francia, para tener opción a la libre elección de médico, se tiene que pagar un 20 por ciento más. En Alemania hay libre elección de médico, pero únicamente entre los médicos que corresponden a las 1.800 cajas de seguros que existen. Por tanto, es una libre elección de médico restringida a la caja de seguros a la cual pertenece cada uno. En Inglaterra existe un modelo parecido al español: hay elección en la zona sanitaria correspondiente y se hacen listados de 3.500 personas. Por último, en Italia se puede cambiar una vez cada seis meses. Se hacen listas de 1.500 personas y solamente se puede cambiar dentro de su propia región.

Para acabar este turno, voy a referirme a un tema. Creo que ustedes tendrían que revisar su propuesta de modelo sanitario. Tendrían que hacerlo como lo ha hecho la Democracia Cristiana en Italia, que tiene mayoría en el Gobierno. Ha propuesto cambiar un sistema liberal como el que tenían con anterioridad a los últimos años e irlo transformando en un sistema de servicio nacional de salud, porque ellos consideran, a pesar de que sean demócratacristianos, que es más eficaz ir a un sistema nacional de salud, porque mejoran los indicadores sanitarios y disminuye el gasto que se dedica al sistema y a los usuarios del servicio.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Vamos a votar. (El señor Bajo Fanlo pide la palabra.) Señor Bajo, ya se ha terminado el turno de portavoces.

El señor BAJO FANLO: Señor Presidente, pido la pala-

bra por el artículo 87, simplemente para hacer una aclaración.

El señor PRESIDENTE: Tiene un minuto.

El señor BAJO FANLO: Muchas gracias, señor Presidente. Me sobra con 30 segundos.

Simplemente para decir que nosotros no hemos dicho que los colegios profesionales representan a la comunidad, sino que es una representación cualificada que no debe desaparecer.

Vamos a votar a favor del texto de la Ley, pero nos parece que el mismo podría mejorarse con la aprobación de nuestras enmiendas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.
Tiene la palabra el señor Laborda.

El señor LABORDA MARTIN: Señor Presidente, quería solicitar que las enmiendas y los artículos que estamos debatiendo, o bien quedaran para ser aprobados cuando llegue el debate del próximo Capítulo de esta Ley o, al menos, que la votación de los artículos 15 y 16, correspondientes a este Capítulo, se propusiera hasta la próxima votación. *(El señor Fernández Fernández-Madrid pide la palabra.)*

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Fernández Fernández-Madrid.

El señor FERNANDEZ FERNANDEZ-MADRID: Señor Presidente, no puedo calcular, aunque me lo imagino, lo que hay detrás.

El señor PRESIDENTE: Probablemente, aceptar una enmienda del Grupo Popular.

El señor FERNANDEZ FERNANDEZ-MADRID: Posiblemente. En todo caso, me parece que es un poco irregular, por no decir procesalmente no claro, el que ahora votemos unos artículos. Todos hemos oído hablar de los tractos sucesivos. Hay una jurisprudencia en esta Cámara, en la que se dijo en una ocasión que el artículo 32 de alguna ley derogaba al 31, que era posterior. Si el dignísimo representante del Grupo Socialista nos dijera algo más sobre por qué quiere hacer esto —a lo mejor es por pactar con otros Grupos—, nos parecería muy bien y lo entenderíamos. Pero en la nebulosa estamos muy mal. En una palabra, por usar un término aeronáutico, estamos un poco bajo mínimos.

El señor PRESIDENTE: ¿Eso qué quiere decir? ¿Que se opone S. S.?

El señor FERNANDEZ FERNANDEZ-MADRID: Que no nos parece bien, salvo que lo aclare con la brillantez que, como castellano, le caracteriza.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Marqués.

El señor MARQUES LOPEZ: Sólo un minuto en turno de réplica para decirle al Senador Trapero que la estadística que yo he visto es del libro de Salud Pública, página 292, edición francesa de los Estados Unidos.

Segundo, que yo jamás hablé de las tasas cuando se trató de la administración sanitaria. Y, tercero, que yo hablé de los consumidores y usted no ha hablado de las asociaciones de consumidores.

En fin, no tiene importancia, pero lo digo para que quede constancia de que su contestación no ha ido hacia mis preguntas.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Señor Laborda, ¿quiere intervenir para dar una explicación o retirar la petición?

El señor LABORDA MARTIN: Hago la solicitud de que la votación de los artículos 15 y 16 y la de las enmiendas correspondientes se aplacen hasta la próxima votación, la posterior a ésta. Esta es la petición. Si hay oposición ya la hemos escuchado.

El señor PRESIDENTE: Pero, ¿hay alguna razón? Tenemos que escuchar si hay alguna razón. Si no la hay, la Presidencia la denegará.

El señor LABORDA MARTIN: Señor Presidente, el tiempo siempre es bueno. Decía el filósofo que es oro.

El señor PRESIDENTE: Por eso hay que ahorrarlo.

La Presidencia considera que como se ha acordado en Junta de Portavoces discutir la Ley por Títulos y votarla por Títulos, y aquí solamente se ha discutido medio Título, una vez discutido el resto del Título, votaremos el Título entero.

El señor LABORDA MARTIN: Muchas gracias. *(El señor Fernández Fernández-Madrid pide la palabra.)*

El señor PRESIDENTE: Sí, señor Fernández.

El señor FERNANDEZ FERNANDEZ-MADRID: Para una corrección de estilo. Únicamente, recordar un viejo principio de derecho que decía (¡hay tantas cosas que han fenecido!) que «prior in tempore potior in iure».

Lo sentimos, y nos acoplamos a la benevolencia, al arbitraje y a la decisión incontestable de la Presidencia, pero lo acatamos, como tantas cosas, aunque no nos gusten.

El señor PRESIDENTE: ¡Qué le vamos a hacer! Después me dará las gracias S. S.

Entramos en los Capítulos tercero, cuarto, quinto y sexto.

Tiene la palabra el señor Agudo Calleja, para defender la enmienda 274.

El señor AGUDO CALLEJA: Muchas gracias, señor Presidente.

Voy a defender la enmienda 274, al Capítulo tercero, «De la salud mental», concretamente al artículo 20.2.

Es una enmienda de modificación, y pensamos que debe decir en el segundo párrafo lo siguiente: «La hospitalización de los pacientes que así lo requieran se hará en los hospitales psiquiátricos, y en su defecto se crearán unidades psiquiátricas en los hospitales generales del INSALUD».

En este artículo, concretamente en el Título, se habla de crear unos centros de agudos en los hospitales generales. Nosotros presentamos esta enmienda porque resulta que, en primer lugar, no están creadas estas unidades de salud para los enfermos mentales; y, en segundo lugar, para proteger los hospitales psiquiátricos que ya existen con personal idóneo, no solamente para el tratamiento, sino para la rehabilitación. Se nos dijo en Comisión que los enfermos pasarán a las residencias para tratar los casos agudos. Nos parece bien, pero se trata de una enfermedad psíquica y no orgánica; y, además, el costo es enorme para los hospitales de la Seguridad Social para que pasen después como enfermos crónicos a rehabilitarse a los hospitales psiquiátricos de las Diputaciones. Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor López Hueso para la defensa de sus enmiendas 326 y 327.

El señor LOPEZ HUESO: Señor Presidente, retiramos la enmienda 326.

En cuanto a la 327, muy brevemente deseo decir que se debe añadir al final del artículo 34.4: «con la salvedad del secreto profesional».

Cuando dicho artículo habla de las infracciones dice que será infracción la obstrucción o negativa a suministrar datos. Naturalmente, no hay obligación de suministrar datos que estén relacionados con el secreto profesional o con la historia clínica del propio enfermo.

La Ley más adelante hace referencia a que se guardará la intimidad en lo que respecta a la historia clínica. En este artículo se debería aceptar nuestra enmienda puesto que para nosotros tiene una importancia extraordinaria que esta Ley no atente contra el sector profesional.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Mateos para defender la enmienda 313, del Senador Aguilera, asumida por el Senador Mateos.

El señor MATEOS OTERO: Queda defendida en los términos en que está hecha.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tiene la palabra el señor Pardo Gómez para defender su enmienda 270.

El señor PARDO GOMEZ: La enmienda 270 al artículo 20.2, dice lo siguiente: Pasada la fase aguda serán contro-

lados por los hospitales psiquiátricos existentes, que habrán de ser reestructurados previamente. El texto del artículo comienza diciendo: «La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran, se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales». Hasta aquí nos parece muy bien ya que esto significa la puesta en práctica de una medicina integrada de forma tal que los enfermos psiquiátricos tendrán, a partir de ese momento, todos los derechos igual que los demás enfermos, discriminación que hasta ahora era verdaderamente irritante. Pero, nos parece que este punto 2 del artículo 20, debiera continuarse con la frase que al principio hemos leído.

No parece que una ley básica deba indicar a dónde irán los enfermos. Aparte de esto, nos parece totalmente irreal decir que el enfermo agudo, una vez solucionado momentáneamente su problema, debe volver a su casa como si de una apendicitis se tratara. Todos sabemos que no es así. Hay un largo camino que recorrer entre la enfermedad aguda y la salud mental. Y este camino tiene que ir a través de la utilización de los hospitales psiquiátricos que existen, que los tiene el país, sean del PANAR, sean de las Diputaciones, que actuarán como hospitales de día, como hospitales de noche, como terapéutica ocupacional o como unidades psicológicas, depende de cómo se reestructuren. El enfermo mental que ha sido agudo varias veces, como ocurre con los depresivos, puede llegar a una fase de irrecuperabilidad y no es paciente para una residencia de tercera edad o para un centro social. Es un paciente para un psiquiátrico de no agudos.

Ya sabemos que el 40 por ciento de los enfermos psiquiátricos que hay hoy ingresados no debieran estarlo, pero queda un 60 por ciento, de los cuales no todos son agudos, y hay que ubicarlos. Comprendemos los avances realizados en salud mental, pero comprendemos también que los avances en aspectos sanitarios no pueden tomarse al pie de la letra. Todo será necesario y todo puede ser aprovechable, pero hemos de reconocer que los españoles tenemos el grave defecto de andar a bandazos.

En Italia también se realizaron experiencias haciendo desaparecer los psiquiátricos; hoy están volviendo a habilitarlos. Lo mejor sería, por tanto, poner en vigor un sistema de sectorización del que ya se ha hablado hace años. Para nosotros esta Ley es importantísima, pero es necesario atender al estado intermedio del enfermo psiquiátrico entre la enfermedad mental y la salud mental.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tiene la palabra el señor portavoz del Grupo Cataluña al Senado para defender sus enmiendas.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Señor Presidente, señorías, nosotros hemos presentado y defendemos las enmiendas números 410, 411 y 413. Desearíamos que fuese incorporada al texto alguna de nuestras enmiendas, especialmente la número 413, en la que se pretende salvaguardar los centros psiquiátricos existentes que la Ley no respeta.

Estamos de acuerdo en el punto 4 del texto, en el sentido de que cada vez más los pacientes de psiquiátricos han de ser atendidos en los hospitales generales, pero de ninguna manera se puede prescindir de los centros monográficos existentes. Nuestra sociedad, nuestra familia, lamentablemente, rechaza a los enfermos psiquiátricos. Estos no pueden estar indefinidamente ingresados en los centros hospitalarios para agudos y, en consecuencia, se requieren todavía centros psiquiátricos monográficos.

Nada más, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Su señoría ha hablado de las enmiendas 410, 411, 412 y 413. Hay una serie de enmiendas más, ¿se retiran o se dan por defendidas desde la 414 a la 441?

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Se dan por defendidas.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el portavoz del Grupo Mixto para defender la enmienda número 43.

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Señor Presidente, la doy por defendida.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular para defender las enmiendas 170 a 183.

El señor PARDO GOMEZ: Las doy por defendidas, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

¿Turno en contra? (Pausa.) Tiene la palabra el señor Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Señor Presidente, señorías, el grupo de enmiendas que se han defendido y otras que se han dado por defendidas afectan a cuatro Capítulos diferentes referidos a la salud mental, la salud laboral, las intervenciones públicas y las infracciones y sanciones. Podríamos agrupar las enmiendas presentadas en bloques diferentes.

En primer lugar, a la salud mental hay un bloque de enmiendas referidas a que la hospitalización de los enfermos mentales no se haga en unidades psiquiátricas de hospitales generales, sino en hospitales psiquiátricos. Respecto a este tema, que se ha planteado por diversos Grupos, nosotros tenemos que decir que una concepción moderna, integral y lógica de la asistencia psiquiátrica es la atención, diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales en los hospitales generales. El hecho del enfermo mental no es un hecho aislado del enfermo físico, del enfermo corporal. De todos es sabido que hay enfermedades orgánicas que dan sintomatología mental y que hay una interrelación absoluta entre las dolencias corporales y las mentales. Todos sabemos que hay ingresados en hospitales psiquiátricos enfermos que no son tales, enfermos que tenían dolencias en la mayoría de los casos de tipo orgánico. Eso es posible porque no ha habido una integra-

ción de la salud mental dentro del sistema y de la asistencia global.

Yo creo que una de las grandes virtudes de esta Ley, alabada en términos técnicos por prácticamente todos los especialistas, es que incorpora la asistencia de la salud mental a la asistencia sanitaria global y permite un tratamiento integrado.

Por tanto, yo creo que no ofrece discusión el que la hospitalización de estos enfermos mentales tiene que hacerse en hospitales generales y en unidades psiquiátricas, si se quiere una atención y una concepción global del hecho de enfermar o de lo que es la salud en términos globales.

Se nos plantea otro problema en diversas enmiendas suyas. Pasada esta fase de diagnóstico, pasada esta fase aguda, ustedes proponen que hay que trasladar estos enfermos a los hospitales psiquiátricos. Yo tengo que decirle en este sentido que no es la tendencia actual de la psiquiatría, que en todos los países de nuestro entorno, de la Comunidad Económica Europea, la tendencia es, cada vez más, hacer desaparecer los hospitales psiquiátricos como, digamos, sitios donde se recluye a los enfermos mentales; que lo lógico es ir a fórmulas que tengan en cuenta la hospitalización a domicilio o la hospitalización parcial —hospitales de día, hospitales de noche—.

Por otra parte, quiero decirle que el informe de la Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, creo que hecho por los mejores técnicos que se tiene a nivel nacional, va en esa línea de, primero, hospitalización en hospitales generales. Segundo, pasada esta fase, tratar de suprimir el concepto de psiquiátricos como «encerramiento» de los enfermos mentales e ir a la hospitalización a domicilio u hospitalización parcial.

Por otra parte, la Ley no hace desaparecer los hospitales psiquiátricos porque no los mencione. No menciona los hospitales cardiológicos ni menciona los hospitales de especialidades concretas, no tiene por qué hacerlo. Los hospitales psiquiátricos existen, están ahí y mediante un proceso lógico, transitorio y lento tendrán que reconvertirse, disminuyendo su concepto de «encerramiento» de enfermos mentales, en hospitales —digamos— parciales o sitios de atención de la hospitalización a domicilio. Habrá que tender lógicamente a reducir los casos de «encerramientos», de hospitalización para siempre en los psiquiátricos, en la medida en que la realidad lo pueda permitir. Por eso, la Ley —que nosotros pensamos que va a durar bastante tiempo— no tiene por qué incluir esa posibilidad; no tiene por qué incluir la referencia concreta a los hospitales psiquiátricos, como no incluye otros hospitales de especialización.

Nos parece que la filosofía que se contiene en este Capítulo es la filosofía global que hay que mantener y, por lo tanto, es la que recomienda y la que se está utilizando en los países de nuestro entorno.

Con respecto a la salud laboral, las enmiendas presentadas fundamentalmente tratan de eliminar el área de salud como marco para la realización de la salud laboral. Tratan de restringirlo nada más al ámbito de los médicos de empresa con una intervención clara y directa de los mismos.

Sobre este asunto tenemos que decir que otro de los grandes avances de esta Ley es la integración de la salud laboral dentro de todo el complejo sistema sanitario, de todo el complejo sistema de salud. Por lo tanto, la salud laboral o la asistencia laboral se realizará a los diferentes niveles: al nivel en el cual se presta la asistencia sanitaria; al nivel local; al nivel de áreas de salud; al nivel de comunidad. Tendrá que haber una organización de la salud laboral paralela a los ámbitos en los cuales estamos estructurando la salud pública. Por lo tanto no parece lógica esa desaparición de uno de los ámbitos porque entonces suprimiríamos el concepto de integración de la salud, que es un concepto básico y permanentemente presente en esta ley.

Con respecto al Capítulo de la intervención pública, el Grupo Parlamentario Popular, siempre preocupado por los perjuicios y daños que se puedan causar a los particulares por parte de la Administración, nos propone incluir, prácticamente en todos los artículos, que la Administración tendrá la obligación de indemnizar daños y perjuicios.

Nosotros creemos que no es necesario que ley por ley ustedes incluyan algo que ya está en la legislación. Yo recuerdo perfectamente que ésta era una de las insistencias también en la Ley de Consumo, y en otras dos o tres Leyes en las que he intervenido: hacer repetición Capítulo por Capítulo de las indemnizaciones por daños y perjuicios por parte de la Administración.

Esto ya está regulado en el régimen jurídico de las Administraciones del Estado, en el Contencioso-Administrativo y en el resto de la legislación. No hace falta poner en la Ley esta salvaguardia de un forma patente.

Nos proponen también que las bases sobre la clasificación, registro y autorización sobre establecimientos sanitarios sea tema básico y no se pueda desarrollar por decreto. Yo en este sentido, sin necesidad de leer la sentencia, creo que ello ha quedado bastante claro después de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. No es necesario hacer ninguna referencia más porque es claro que lo básico no solamente tiene que estar contenido en la ley, sino que a través de las referencias de la ley se puede desarrollar por decreto, por reglamentos, como en diversas sentencias lo ha dejado patente el Tribunal Constitucional.

Hay otro tipo de enmiendas más importantes, basado en que los centros vinculados al Sistema Nacional de Salud serán sometidos a la evaluación de sus actividades y de su funcionamiento. No es posible que, cuando se conciertan o se vinculan servicios y hospitales al Sistema Nacional de Salud, la Administración no conserve la potestad de someter a evaluación sus actividades y su funcionamiento. Centros que van a estar funcionando con recursos públicos tienen que estar controlados, inspeccionados, evaluados, en su actividad y en su funcionamiento, por la Administración y por los ciudadanos, que somos los que estamos pagando ese servicio.

Y, por supuesto, hemos aprobado, en el artículo 10, que esos centros tendrán que cumplir las mismas condiciones que los centros públicos del Sistema Nacional de Salud.

Así pues, la Administración tendrá que inspeccionarlos directamente, tendrá que velar para que se cumplan todas esas normativas que se contienen en esta ley.

En este mismo capítulo proponen la supresión de la inspección y la entrada libre y sin previa notificación de los inspectores que vayan a ver si se cumplen estas condiciones a que están sometidos los centros privados.

Si quieren que no exista inspección, si quieren que no se sometan a evaluación las actividades, el funcionamiento y el cumplimiento de esta ley, la mejor manera es suprimir de la propia inspección la entrada libre y sin previa notificación. Porque a nadie se le oculta que una inspección que se notifica con cuatro días de antelación, no es tal inspección y no sirve para certificar que se están cumpliendo los mandatos que nosotros mismos estamos aprobando en esta ley. Si lo que se quiere es que se cumpla la propia ley, no cabe más remedio que haya inspección, y que la haya con todas sus consecuencias y con posibilidades de entrada libre y sin previa notificación.

Para concluir, en el capítulo de las infracciones y sanciones, se nos hacen dos tipos de alegaciones. Una de ellas es que la tipificación de las sanciones debe hacerse con normativas en rango de ley. Yo creo que este problema está resuelto en una enmienda presentada por el Grupo Socialista, que tipifica ya cuáles son faltas leves, graves y muy graves. Está en el propio contenido de la ley y ya se ha hecho la tipificación a través de una enmienda presentada por el Grupo Socialista, como digo.

También hay otro tipo de enmiendas que trata de suprimir todo el régimen sancionador, todo el régimen de sanciones, por considerar que ésta no es una competencia básica de esta ley, sino que lo es de las Comunidades Autónomas. En este sentido, tengo que decir que ya ha quedado absolutamente claro en la sentencia del Tribunal Constitucional de 16 de julio de 1985, que dice, textualmente: «De modo que no podrá introducir tipos ni prever sanciones que difieran, sin fundamento razonable, de las ya recogidas en la normativa válida para todo el territorio».

Por tanto, sí podrán regular las Comunidades Autónomas, pero ateniéndose a la tipificación y sanciones que contiene este proyecto de ley.

Y nada más que recordar que dicha sentencia declaró inconstitucional una de las sanciones accesorias reguladas por decreto por la Generalidad de Cataluña, porque difería sustancialmente de la sanción regulada por el propio Estado.

Nada más. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: ¿Turno de portavoces? (Pausa.) Señor Bernárdez Alvarez.

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Muchas gracias. Había dado por defendida mi enmienda número 43 porque, aparte de que ya había expuesto mis razones en Comisión, se las había expuesto personalmente a los ponentes y, en cierto modo, esperaba una respuesta satisfactoria. Pero, en vista de que no ha sido así, tengo que decir que esta enmienda al artículo 31, letra a), pedía su supre-

sión por la siguiente razón: este artículo autoriza a los inspectores a entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta ley.

Comoquiera que establecimientos sanitarios sujetos a esta ley no son sólo los centros públicos sino los privados homologados y son las farmacias privadas —y si no véase el artículo 105, número 2—, creo que este artículo podría consagrar un abuso total de autoridad. Como Senador, no puedo dar el visto bueno a un precepto que está autorizando a los inspectores —yo diría que les está incitando con esta redacción— a que a cualquier hora de la noche, a las tres de la mañana, hagan a un farmacéutico abrir su farmacia para inspeccionarla. No me vale que se me diga que eso no va a ocurrir, como ha dicho algún ponente; no me vale. Yo quiero que no estén facultados para hacerlo. Lo he dicho en Comisión y lo he dicho a los ponentes: no se me dan razones convincentes. Pediría que, si no se quiere suprimir este apartado, como digo en mi enmienda, al menos se acepte una transaccional que limite esta facultad de inspeccionar a las horas en que estén abiertas las farmacias al público.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Senador Bernárdez, por esta vez pase, pero las enmiendas hay que defenderlas en su turno, no en el turno de portavoces.

Tiene la palabra el Senador Pardo.

El señor PARDO GOMEZ: Señor Presidente, señorías, como portavoz en los capítulos tercero, cuarto y quinto, querría aprovechar esta ocasión para decirle a mi amigo el Senador Trapero que realmente en el capítulo tercero estamos totalmente de acuerdo en el desenvolvimiento de la psiquiatría en nuestro país, pero a pesar de todo sabemos perfectamente que la medicina lamentablemente tiene modas y de la misma forma que muchas de SS. SS. han leído la «Historia de San Michele» y han visto que en aquella época su autor, Axel Munthe, hablaba de la colitis, pasaron unos años y no se hablaba más que de apendicitis, pasaron unos años y no se hablaba más que de colecistitis, pasaron otros años, en los que hoy estamos, y de lo que se habla ahora es de hernias de hiato. Es decir, la medicina ha ido evolucionando en sus diagnósticos, éstos se hicieron mucho más aprisa y se hicieron diagnósticos muy evolutivos. Con la psiquiatría pasa igual, hemos pasado de una situación nosocomial en que los enfermos estaban recluidos «in aeternum», y a partir del año 1970 hemos entrado en la liberalización total de los enfermos. Los enfermos psiquiátricos deben ingresar en un hospital de agudos y debe dárseles de alta. Yo pienso que esto también tendrá que serenarse y ponerse en su sitio. Con el tiempo habrá estos hospitales generales para tratar agudos, como es lógico, pero también habrá que disponer de centros en donde recluirlas cuando haya que hacerlo. Lamentablemente, esto tendrá que ser así. Nos parece que ni la actuación nosocomial total, ni la actuación liberal total de dejar al enfermo libre, vaya a ser lo que prime en lo sucesivo. Cuando nos cansemos de ver sui-

cidios, cuando nos cansemos de ver atentados y agresiones realizadas por enfermos mentales, el juez nos llamará a capítulo a los médicos y nos dirá: hagan el favor de recluir a esta persona que está creando verdaderos conflictos en la sociedad. Para entonces, si ahora prospera la teoría de hacer exclusivamente uso de los hospitales generales para los agudos y abandonamos los psiquiátricos actuales, y las diputaciones se deciden a cerrarlos o a transformarlos radicalmente para que no sirvan para ningún tema psiquiátrico, para entonces no tendremos centros, porque las diputaciones les cambiarán su dedicación; el PANAR acabará por disolverse y llegaremos a un momento en que nos vamos a encontrar sin hospitales de este tipo y no sabremos qué hacer con ese gran número de irrecuperables que la sociedad tendrá que atender.

Hay otro capítulo que la ley no cita y es la atención a ese enorme grupo de pacientes con arteriosclerosis cerebral involutiva y con trastornos mentales. Este capítulo está constituido por una serie de personas que no podrán estar en una residencia de tercera edad, que no podrán ser atendidos en centros sociales y que sus familias lamentablemente tampoco podrán atenderles.

Con respecto al capítulo cuarto, debo decir que nunca será suficiente todo lo que se haga para evitar los riesgos profesionales. Todos sabemos la cantidad de accidentes profesionales que todavía hoy existen en nuestras empresas, y muchos de ellos por negligencia en la función de nuestros propios técnicos sanitarios, que no se tomaron nunca ni la molestia de advertir de estos riesgos. No puedo olvidar la cantidad de pacientes que hemos visto en alguna ocasión intoxicados por plomo, simplemente porque la medicina preventiva en algunos aspectos es como si no existiera.

A este respecto, yo quería decirle al Senador Trapero que no siempre ha existido la medicina preventiva y, paradójicamente, tenemos el caso, que es muy claro en nuestro país, de la lucha contra la tuberculosis. En nuestro país se estableció una lucha contra la tuberculosis perfectamente reglada y organizada a través de los sanatorios antituberculosos y de un cuerpo modélico de directores que han hecho una labor extraordinaria. Uno de estos ejemplos ha sido el Senador Pérez y Pérez, que hace poco ha fallecido. Este grupo de directores, en una lucha continuada contra la tuberculosis, ha conseguido erradicar... (Rumores.)

El señor PRESIDENTE: Silencio, por favor, señores Senadores.

El señor PARDO GOMEZ: ... la tuberculosis de nuestro país. Pues bien, la tuberculosis ha vuelto a través de nuestros ambulatorios; ha vuelto porque el enfermo no se decidía a internarse cuando tenía que ser internado. Entonces, si el enfermo manda y el enfermo dice que no le da la gana internarse, sale con su tratamiento para su domicilio y sale contaminando. De esta forma España ha vuelto a resurgir la tuberculosis en el momento actual, y siguen existiendo ya casos, bastante abundantes, de tuberculosis pulmonar. Quiere decir esto que el problema no

está en el centro se llame ambulatorio o se llame centro de salud; el problema está en las personas. Hay que trabajar y hay que hacer que los funcionarios se responsabilicen de la labor que han de realizar, porque si nosotros seguimos en los centros de salud con el plan que tenemos en los ambulatorios, es muy difícil controlar a este tipo de enfermos que están transmitiendo una enfermedad y que nos va a hacer seguir en un tercermundismo sanitario.

Con respecto al capítulo quinto, nuestras enmiendas están todas bajo el denominador común de la defensa de los administrados. No debe estar indefenso naturalmente ningún administrado ante una actuación de la Administración cuando la Administración toma unas medidas de carácter excepcional. Creo que la ley de la misma forma que habla de la Administración en este sentido, debe hablar del administrado.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Pardo. Tiene la palabra el señor Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Señor Presidente, señorías, muy brevemente para contestar al señor Pardo. En principio, señor Pardo, yo creo que pueden existir muchas modas; lo que no puede considerarse nunca una moda es el hecho detectado durante mucho tiempo de que el aislamiento de los pacientes mentales produce siempre lo que se ha llamado la institucionalización de estos enfermos crónicos. Significa que el señor que se le encierra durante equis años en un hospital psiquiátrico, al final, acaba convirtiéndose en crónica su enfermedad, aunque no lo sea. Por tanto, yo creo que en la filosofía de la ley todos coincidimos; incluso hemos escuchado en anteriores intervenciones palabras de otros Senadores de su Grupo que nos recomiendan constantemente y hacen incidencia en el tratamiento a domicilio y en evitar la hospitalización de enfermos que cronifican su proceso cuando pasan mucho tiempo desarraigados de la comunidad, desarraigados de su familia y del entorno en donde viven. Estamos todos convencidos, y eso no es una moda, sino una constancia en todos los países europeos y del mundo, que el internamiento durante un período importante de tiempo convierte a los enfermos en crónicos, crea muchas veces bastante más patología que la que se podría solventar viviendo en su medio habitual, en su familia. Por tanto, creo que éste no es el tema de discusión. Creo que no encontrará usted a nadie que en estos momentos recomiende mantener el modelo actual de asistencia psiquiátrica que tenemos y no plantee una modificación en profundidad, una modificación en los dos sentidos que plantea la ley: primero, atención hospitalaria en los hospitales generales y, segundo, tratar de ir a la hospitalización a domicilio y a la hospitalización parcial.

Quiero decirle también que cuando usted nos habla de la lucha contra la tuberculosis nos está indicando un mecanismo distinto al que trata de prever la ley. No es la lucha de los hospitales en la prevención de una enfermedad, sino que se trata del escalón que falta en esta cade-

na, que no está suficientemente potenciado y es el escalón primario, la asistencia primaria, los centros de salud, que tienen que ser los encargados básicamente de todas estas labores de prevención y promoción.

Y cuando hablamos de promoción y prevención no nos estamos refiriendo únicamente a temas tan complejos como los que ustedes exhiben aquí. Hay que constatar que en España alrededor de un 70 o un 75 por ciento del agua que se consume en muchos de nuestros pueblos no está clorada, y es un detalle tan sencillo como ése, lo cual genera gastos sanitarios por patología y hace enfermar a la población, pudiéndose evitar mediante otros mecanismos.

Por lo tanto, es absurdo hacer otro planteamiento que no sea el moderno de dedicar más medios, más fondos, a través de la asistencia primaria, a toda la prevención para que este país deje de ofrecer los fuertes contrastes que tiene: un país con un nivel de «scanner» tremendamente alto, pero con una patología de hidatidosis que asusta a cualquier país europeo y que es más propia de Turquía o de cualquier país infradotado sanitariamente, subdesarrollado, que de un país como España que tiene un nivel de desarrollo sanitario considerado en general bastante aceptable.

Al señor Bernárdez quiero decirle que si queremos de verdad que la ley se cumpla, que se ejecute, que se controle y que se lleve a efecto, no hay más remedio que dotarla de mecanismos ágiles de inspección y control. De lo contrario, lo único que estaremos haciendo será una ley correcta en teoría, pero que no tiene un sustrato práctico y que no se lleva a cabo. Por lo tanto, hay que dotar a la inspección de los mecanismos que tiene la ley, y el primero de ellos, aunque no es el único de la misma, es la entrada libre y sin previa notificación, en cualquier momento, en los centros sanitarios. Pero no se asuste usted, no es un tema propio de la Ley de Sanidad; cuando se conceden licencias de obras, licencias de apertura o de cualquier otro tipo, el inspector de las mismas tiene iguales facultades.

Otra cosa diferente, señor Bernárdez, es que a usted no le gusten los principios que se contienen en esta ley y trate de suprimir uno de los brazos fundamentales para llevarla a cabo. Eso es otra cosa diferente. Pero si de verdad estamos de acuerdo con el propio contenido de la ley, no cabe más remedio que dotar a las administraciones sanitarias de un mecanismo ágil de inspección y control.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Votamos todas las enmiendas del señor Agudo Calleja al Título I.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 160; a favor, 28; en contra, 124; abstenciones, ocho.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos las enmiendas del señor López Hueso al Título I, números 315 a 327.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 162; a favor, 26; en contra, 126; abstenciones, 10.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas las enmiendas del señor López Hueso al Título I.

Votamos las enmiendas del señor Marqués López, salvo la 304.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 162; a favor, 28; en contra, 125; abstenciones, nueve.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos la enmienda 304 del señor Marqués López.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 162; a favor, 151; en contra, dos; abstenciones, nueve.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

Votamos las enmiendas del señor Mateos Otero, todas, incluso la asumida del señor Aguilera.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 160; a favor, 25; en contra, 126; abstenciones, nueve.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos todas las enmiendas de Cataluña al Senado, formuladas al Título I.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 160; a favor, 35; en contra, 124; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos las enmiendas del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos, números 68, 69, 70 y 77.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 162; a favor, 17; en contra, 144; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos la enmienda del señor Pardo Gómez, número 270.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 161; a favor, 27; en contra, 126; abstenciones, ocho.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada.

Votamos las enmiendas del Grupo Mixto.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 161; a favor, tres; en contra, 152; abstenciones, seis.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos las enmiendas del Grupo Popular.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 162; a favor, 28; en contra, 127; abstenciones, siete.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Vamos a votar el texto del dictamen. En primer lugar, hay que leer una enmienda transaccional presentada por todos los Grupos Parlamentarios.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): Artículo 16, apartado 3. Añadir la palabra «directamente», quedando la frase: «En ningún caso, estos ingresos podrán revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes».

El señor PRESIDENTE: Se inicia la votación de esta enmienda.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 160; a favor, 158; en contra, uno; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

Señor portavoz del Grupo Popular, ¿pongo a votación el resto del apartado 6 del artículo 10, al que se ha aprobado una enmienda del señor Marqués? (Asentimiento.)

Se pone a votación todo el texto del dictamen, con las modificaciones efectuadas.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 163; a favor, 135; en contra, 27; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobado.

Iniciamos la discusión del Título II. Tiene la palabra el señor portavoz del Grupo Cataluña al Senado.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carlos): Muchas gracias. Al Título II damos por defendidas nuestras enmiendas.

El señor PRESIDENTE: El Grupo Mixto las tiene por defendidas.

El Grupo Popular tiene la palabra para defender las enmiendas 184 a 187.

El señor MATEOS OTERO: Señor Presidente, el Grupo Popular presenta a este Título cuatro enmiendas, que son la 184, 185, 186 y 187. (*El señor Vicepresidente, Lizón Giner, ocupa la presidencia.*)

La número 184, es al artículo 38, en el cual se habla de las competencias del Estado. Nosotros creemos que debe incluirse un punto número 5 en el cual se diga: «Es asimismo competencia exclusiva del Estado la Sanidad de las Fuerzas Armadas, que será ejercida a través del Ministerio de Defensa».

Yo creo que es una cosa lógica que las Fuerzas Armadas tengan una Sanidad que en estos momentos está total y absolutamente independizada del resto de la sociedad, con unos hospitales militares que tienen una función que cumplir para las Fuerzas Armadas y que, lógicamente, es una competencia absoluta del Ministerio de Defensa y, por tanto, del Estado. Creo que es una enmienda totalmente lógica y asumible.

La enmienda número 185 es al artículo 42, y propone que el párrafo 4 diga lo siguiente: «Para el desarrollo de las funciones relacionadas en el párrafo anterior, el personal de los Cuerpos sanitarios locales seguirá desempeñándolas como le es propio. No obstante, los ayuntamientos podrán recabar además el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación están comprendidos».

Yo creo que, redactándose de esta manera, se contribuiría a una mejor utilización de los recursos sanitarios ya existentes, puesto que hay ayuntamientos que ya tienen exactamente conferido este personal y, por tanto, aclararíamos todavía mejor la situación de este personal dependiente de los ayuntamientos y corporaciones locales que, de otra forma, en esta ley no sabemos exactamente cómo pueden quedar.

Al artículo 42 tenemos también el Grupo Popular la enmienda número 186 sobre el mismo tema. Nosotros añadiríamos: «... y en consecuencia esta colaboración no producirá efectos en relación con las normas de incompatibilidad en el desempeño de cargos públicos». Es lógico que si a un profesional se le manda, en comisión de servicios cumplir una serie de funciones por imperativo legal —porque aquí sí puede haber imperativo legal para cumplir estas funciones—, lógicamente no tiene que estar incurso en ninguna incompatibilidad. Nosotros creemos que esto debe decirse también en la ley.

El artículo 187 trata de la alta inspección. Como ya sabemos, porque se ha discutido hasta la saciedad esta mañana aquí, qué es exactamente lo que piensa el Partido Socialista a este respecto, no vamos a volverlo a discutir. Si queremos dejar constancia de que preferiríamos que este capítulo cuarto, que trata de la alta inspección, y el artículo 43, con varios apartados, fueran sustituidos, o al menos analizados. Yo creo que este artículo coarta de una manera especial el papel que deben de jugar las Comunidades Autónomas. A las Comunidades Autónomas se les debe dejar también cierto protagonismo, entre otras cosas porque en sus Estatutos de Autonomía tienen redactadas y reconocidas estas cuestiones. Yo creo que el Estado tiene ya suficientes mecanismos de alta inspección,

suficientes tribunales como para darle, además, más problemas, coartando la autonomía de las Comunidades como ya digo.

Con esto, quedan defendidas estas cuatro enmiendas. Muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Para turno en contra, tiene la palabra el Senador Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muy brevemente y desde el escaño, si me lo permite, para anunciar, respecto de las enmiendas de Cataluña al Senado, que se acepta la enmienda 442 y que obran en poder de la Mesa transaccionales respecto a las enmiendas al artículo 43, presentadas por Cataluña al Senado.

Referente a las enmiendas del Grupo Popular, señor Mateos, la 184 es absolutamente innecesaria. ¿Por qué razón? Porque es obvio que todo lo que hace referencia a las Fuerzas Armadas es competencia del Estado. A nadie se le ha pasado por la cabeza jamás transferir ningún tanto a ninguna Comunidad Autónoma; por lo tanto, tampoco vamos a transferir nada que haga referencia a la sanidad de las Fuerzas Armadas. Le diré más, porque parece que no le convence este argumento. En la disposición final tercera de esta ley, si S. S. se toma la molestia de leerla, se dará cuenta de que se prevé un sistema de colaboración entre los centros sanitarios de las Fuerzas Armadas y el Servicio Público de Salud. Luego queda meridianamente claro que no hay ningún tipo de transferencia de la sanidad de las Fuerzas Armadas; no hay que decir que es competencia del Estado.

Respecto a la enmienda 185, que hace referencia a los cuerpos sanitarios locales, señoría, el problema de los cuerpos sanitarios locales es que ahora mismo tienen una función compleja, porque, por un lado, atienden la labor de la salud pública en sus ayuntamientos y, por otro lado, la mayoría de ellos son médicos de APD, que realizan consultas para los afiliados a la Seguridad Social. Como este tema va a evolucionar porque la salud pública está transferida a las Comunidades Autónomas, habrá que ajustar la función de estos médicos, bien integrándolos en los centros de salud o bien en los centros de salud pública comunitarios que se creen. Nos parece que perpetuar la existencia de estos cuerpos en este proyecto de ley no es lo más procedente en estos momentos.

Relativo al tema de la alta inspección, usted ha dicho muy claramente que saben lo que piensa el PSOE sobre este tema; nosotros no sabemos lo que piensan ustedes de este asunto. Se lo voy a demostrar. Ustedes, por un lado, plantean en las enmiendas a esta ley la supresión de todo el capítulo que hace referencia a la alta inspección. Por otro lado, en su texto alternativo tienen la alta inspección en el título VII, artículos 62 y siguientes. ¿En qué quedamos? El texto alternativo, señoría, es su proyecto sanitario. Si está la alta inspección, está; si no está la alta inspección, no lo está. Aclárense ustedes de una vez.

No será tan atentatorio con las competencias de las Comunidades Autónomas cuando en este capítulo precisamente no queda viva ninguna enmienda ni del Grupo Na-

cionalista Vasco ni del Grupo de Cataluña al Senado. Por tanto, hemos llegado a un acuerdo absoluto con las minorías nacionalistas. Si ustedes, en este tema, quieren ser más papistas que el Papa, es su problema.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Para turno de portavoces, tiene la palabra el señor Alarcón.

El señor ALARCON MOLINA: Señor Presidente, señorías, voy a consumir el turno de portavoces en apoyo de las enmiendas que ha presentado el Grupo Popular, lógicamente, y que ha defendido el Senador don Vicente Mateos. Creo que ha quedado clara la posición del Grupo Socialista de no admitir ninguna de las enmiendas, pero quería decirle, señor Luna, que, efectivamente, la disposición final tercera, punto b), recoge participación, colaboración y apoyo y que los hospitales van a utilizarse para el Servicio Nacional de Salud y se van a integrar. No creo que pueda estropear el proyecto de ley. Desde luego, la enmienda de adición servía, única y exclusivamente, para hacer constar que queda bajo el patrocinio de la Administración del Estado, pensando lógicamente que, a pesar de esa autonomía que ha tenido siempre la sanidad militar, está, como digo, bajo el patrocinio de la Administración del Estado. No se trataba de estropear, por supuesto, el proyecto de ley.

En cuanto al tema de los cuerpos sanitarios locales, ya sabemos lo que está produciendo: en alguna Autonomía se ha transferido lo que es salud y a los médicos de los cuerpos sanitarios locales se les está dando la consideración de tales. Lo que no entendemos es que el centro de salud vaya a absorber, dentro del área de la salud, todo lo que es el cuerpo sanitario local. Quisiera que en estos momentos el Senador Luna, que creo que contestará, nos dijera si sabe efectivamente cómo terminará esa situación. Me gustaría que nos lo pudiera aclarar.

En cuanto a la siguiente enmienda, la 186, ha quedado claro lo que el Senador Mateos ha intentado decir y lo que dice realmente la enmienda. No se trata de quitarle incompatibilidades a ese cargo, porque puede haber, lógicamente, un proceso de incompatibilidad en un servicio que se pide desde una corporación local.

En cuanto a la alta inspección, ésta se puede dialogar, debe dialogarse, pero hay controles más que suficientes a través de Tribunales, de presupuestos y a través, lógicamente, del Tribunal Económico. Puede haber el control que se necesita sin toda la serie de inspecciones, de colaboraciones, de supervisiones que se le da a la alta inspección.

Este tema puede estudiarse y debía haberse estudiado. Es una llamada de atención más que una petición de supresión.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Tiene la palabra el Senador Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muchas gracias, señor Presidente. Muy brevemente, porque no merece la pena gas-

tar un segundo más discutiendo sobre si lo de la sanidad de las Fuerzas Armadas puede ser objeto de transferencia. Está clarísimo que de las Fuerzas Armadas no se transfiere nada y, por tanto, es una discusión absurda a nuestro juicio.

En segundo lugar, respecto a los centros de salud y a los cuerpos de sanitarios locales, S. S. me pregunta cómo terminarán. Yo no se lo puedo decir. El tema de la salud pública está transferido a las Comunidades Autónomas y éstas verán qué es lo que hacen con los médicos de los cuerpos sanitarios locales, con los veterinarios y con los farmacéuticos que están trabajando en materia de salud pública. No me pida que le conteste en nombre de las 17 Comunidades Autónomas, porque, obviamente, no estoy capacitado para hacerlo.

Respecto al tema de las incompatibilidades, es obvio, señor Senador, que si una persona tiene un puesto de trabajo en la Administración y es la propia Administración la que le manda a colaborar con otra Administración o a trabajar a otro sitio, no va a haber incompatibilidades que se le apliquen en este tema, porque es su propia Administración la que le ha enviado.

Dice, finalmente, que el tema de la alta inspección puede dialogarse. ¿Qué quiere decir? Quiere decir ni más ni menos que no saben lo que pasa con la alta inspección, que en su texto alternativo la tienen y aquí quieren que se suprima, y no se han leído una sentencia del Tribunal Constitucional que mantiene la alta inspección con sus competencias. Eso es lo que pasa, que no saben ustedes qué ocurre con la alta inspección.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Vamos a votar, en primer lugar, la enmienda 442, del Grupo Cataluña al Senado, porque, al parecer, el portavoz del Grupo Socialista ha anunciado que la van a votar favorablemente, y el resto todas agrupadas. ¿Le parece a usted bien, señor Andreu?

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Señor Presidente, de la enmienda 442 quisiéramos que el apartado 4, del artículo 40, se votara aparte.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Es lo que estoy preguntando. El artículo 40, apartado 4, es el objeto de su enmienda número 442, y lo que estaba proponiendo la Presidencia es votar aparte esta enmienda 442. Su señoría está diciendo lo mismo, pero usted está hablando de artículos, y ahora estamos votando enmiendas, no artículos.

Vamos a votar la enmienda 442, del Grupo Cataluña al Senado.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, fue aprobada por unanimidad.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda aprobada por unanimidad. Se incorporará al texto del dictamen.

Votamos seguidamente el resto de las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado, al Título II.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 139; a favor, 24; en contra, 113; abstenciones, dos.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan rechazadas.

El Grupo Mixto tiene la enmienda número 19, que vamos a votar a continuación.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 142; a favor, dos; en contra, 139; abstenciones, una.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda rechazada.

Seguidamente votamos las enmiendas del Grupo Popular. ¿Se pueden votar agrupadas? *(Asentimiento.)*

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 142; a favor, 19; en contra, 117; abstenciones, seis.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan rechazadas.

Seguidamente procederemos a votar la enmienda transaccional al artículo 43, que va a ser leída primeramente por el señor Secretario.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): Artículo 43, e), enmienda transaccional con la número 452, del Grupo Cataluña al Senado: «Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, son utilizados de acuerdo con los principios generales de la presente Ley».

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Quedan enteradas SS. SS. del contenido de la enmienda transaccional? *(Pausa.)*

Vamos a proceder a la votación de la misma.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 142; a favor, 140; en contra, dos.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda aprobada y se incorporará al texto del dictamen.

Votamos, a continuación, el texto del dictamen. *(El señor Andreu pide la palabra.)*

Tiene la palabra su señoría.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Perdón, señor Presidente. ¿Votamos ahora la enmienda 452?

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Ya la hemos votado, señor Andreu. Está aprobada la enmienda

transaccional con la 452. La enmienda, conforme la habían presentado ustedes, ha sido rechazada. Es decir, que están incorporadas al texto del dictamen las enmiendas 452 y 442, de su Grupo.

Lo que pregunto ahora es si votamos conjuntamente el articulado de todo este Título II, que comprende los artículos 38 a 43, al cual ya se han incorporado las dos enmiendas aprobadas. *(Pausa.)* ¿Necesitan más tiempo SS. SS. para decidir o se votan agrupadamente? *(El señor Sala i Canadell pide la palabra.)*

Tiene la palabra el Senador Sala.

El señor SALA I CANADELL: Gracias, señor Presidente. Queríamos que los apartados c), d), e) y f), del artículo 45.2, fueran votados por separado.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): O sea, que quiere que se vote aparte el apartado 2, del artículo 45, de la ley.

El señor SALA I CANADELL: Los apartados c), d), e) y f).

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Se refiere al artículo 43.2?

El señor SALA I CANADELL: Sí, perdón, me refiero al artículo 43.2.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Entonces, concretando, para que tanto ustedes como yo nos aclaremos de lo que vamos a votar separadamente, se votará el artículo 43, apartados 1 y 2, y epígrafes a) y b) juntos, y el resto del artículo por separado. ¿Es eso lo que me pide su señoría?

El señor SALA I CANADELL: El artículo 43.2, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Aparte los apartados 1 y 2.

El señor SALA I CANADELL: El apartado 2 tiene los epígrafes c), d), e) y f), señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Su señoría no me escucha o yo no me explico bien.

El señor SALA I CANADELL: Sí le escucho, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Le estoy proponiendo a S. S., para concretar criterios, si voto del artículo 43 el apartado 1 y el apartado 2, epígrafes a) y b), y el resto por separado. ¿Está claro?

El señor SALA I CANADELL: De acuerdo, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): En primer lugar, vamos a votar el texto del dictamen de los artículos 38 a 42, ambos inclusive.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 143; a favor, 117; en contra, 24; abstenciones, dos.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan aprobados.

Vamos a votar el artículo 43, apartado 1 y parte del 2, que corresponde a los epígrafes a) y b).

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 141; a favor, 116; en contra, tres; abstenciones, 22.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan aprobados los apartados 1 y 2, epígrafes a) y b), del artículo 43.

Vamos a votar el resto del artículo.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 141; a favor, 122; en contra, 18; abstenciones, una.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda aprobado.

Pasamos a debatir el Título III. En primer lugar, las enmiendas 328 y 329, del señor López Hueso. *(El señor Mateos Otero pide la palabra.)*

Sí, señor Mateos.

El señor MATEOS OTERO: Para una cuestión de orden, simplemente. Si se mantiene que el Título III habíamos quedado en debatirlo en dos partes, una del Capítulo primero al cuarto y otra del quinto al sexto.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Efectivamente. Ahora vamos a debatir los capítulos primero, segundo, tercero y cuarto.

El señor MATEOS OTERO: Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Tiene la palabra el señor López Hueso.

El señor LOPEZ HUESO: Muy brevemente, señor Presidente.

La enmienda 328 es simplemente para proponer que el gerente del área de salud tenga el título de licenciado o doctor en medicina y cirugía, porque creemos que el área será mejor gestionada por un profesional, que conocería perfectamente todas y cada una de las cuestiones que le sean encomendadas.

La enmienda 329 se justifica para no dispendiar recursos, y es que debe ser prioritario aprovechar los centros privados existentes para que se integren dentro del Ser-

vicio Nacional de Salud, de forma que no se construyan hospitales en sus proximidades, cómo parece que puede ocurrir en determinadas áreas de nuestra geografía, puesto que sería muy importante que, ya que se admite este Servicio Nacional de Salud, con el que nosotros no estamos muy de acuerdo, al menos que no se dispendien el dinero y se aprovechen todos los centros que tengamos, sean públicos o privados.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Muchas gracias. Tiene la palabra el señor Marqués, para defender sus enmiendas 306 y 311.

El señor MARQUES LOPEZ: Muchas gracias, señor Presidente.

La enmienda 306 es de modificación. Propongo un texto para el apartado 3 que dice: «Las Comunidades Autónomas, en virtud de la potestad de desarrollo normativo que les concede la Constitución, fijarán los principios en materia de organización, establecimiento geográfico y sistemas de evacuación». Con esto se pretende aligerar de carga literal todo este artículo, que se ha ido modificando con unas y otras enmiendas y, después de todo, las Comunidades Autónomas son las que tienen que decidir. No se les puede vaciar, como decimos en la justificación, de sus competencias. Creemos que así queda mucho más sencillo y, en realidad, obedece a aquello en que el artículo ha quedado con todas las modificaciones.

La otra enmienda no trata más que de suprimir los restantes párrafos. Se trata del artículo 56.3.1 y 56.3.2, con arreglo a la ley original, aunque ahora quedan modificados por las enmiendas de los Grupos Vasco, Cataluña al Senado y el propio Grupo Socialista.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Tiene la palabra el Grupo Cataluña al Senado para defender sus enmiendas.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Señor Presidente, señorías, vamos a defender parte de nuestras enmiendas al Título III. Deseamos hacer una observación técnica. En el apartado 3, del artículo 47, se habla de planificación (primer párrafo), refiriéndose a los artículos 70 y 77, en los que el término ha sido sustituido por «coordinación». Por tanto, aquí también debería practicarse dicha sustitución.

La presente Ley regula la coordinación sanitaria y no la planificación sanitaria, Título III, Capítulo cuarto. Ocurre que en el segundo párrafo del presente apartado 3, se asignan funciones de coordinación al Consejo Interterritorial, pero estas funciones ya le habrán sido asignadas en el párrafo 1 al sustituir el término «planificación» por «coordinación», por lo que debería ser suprimido. Es decir, en el párrafo 1, se ha de sustituir el término «planificación» por «coordinación», y el segundo párrafo ha de ser suprimido.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias, señor Andreu.

El Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos tiene tres enmiendas a estos Capítulos, que son las 93, 101 y 102. Señor Bajo, ¿va a defenderlas S. S.?

El señor BAJO FANLO: Sí, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Bajo.

El señor BAJO FANLO: En la enmienda número 93 pretendemos la modificación del texto del apartado c), del artículo 46, en la forma siguiente: «La coordinación de todos los recursos sanitarios. No puede entenderse como competencias estatales diferentes la integración de los recursos sanitarios públicos de la competencia de coordinación, permitiendo con ello actuaciones administrativas acumulativas. La integración de recursos sanitarios ha de conseguirse mediante el establecimiento por el Estado de las bases en la materia objeto de la ley General de Sanidad y por el conducto de la coordinación. No cabe diversificar los medios, bases y coordinación del fin, integración, duplicando titularidades competenciales.

Por otra parte, y ante la escasez presupuestaria, es necesario contar con todos los recursos, tanto públicos como privados, existentes y coordinarlos de la forma más conveniente.

En la enmienda 101, al artículo 61, proponemos sustituir desde el inicio del artículo, hasta donde se refiere a los límites de cada Institución Asistencial por el siguiente texto: «En cada Area de Salud, se creará un banco unificado de historias clínicas». Una concepción moderna y actual requiere la creación de bancos unificados de historias clínicas en cada Area de Salud. La informática actual posibilita ya la existencia de tarjetas individuales de salud y de bancos de historias clínicas. De ahí que nuestra enmienda se refiera de forma imperativa a la creación del banco unificado, en lugar de manifestar que «debe procurarse», como indica el texto de la ley.

En la enmienda 102 se pretende que desaparezca del apartado 1, del artículo 66, la expresión final del precepto que dice: «... y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten». Nosotros entendemos que las necesidades asistenciales deben siempre primar sobre las económicas.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Muchas gracias.

El Grupo Mixto tiene dos enmiendas sin defender, son las 45 y 46. ¿Algún Senador del Grupo Mixto va a defenderlas? (Pausa.)

Quedan decaídas las enmiendas 45 y 46, del Grupo Mixto.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Macías.

El señor MACÍAS SANTANA: Señor Presidente, señorías, voy a defender la enmienda 188, al artículo 3.º, Ca-

pítulo primero, de modificación con el siguiente texto: «Son caracteres fundamentales del sistema nacional de la salud: la extensión de sus servicios a toda la población. La organización adecuada para prestar una atención general a la salud, comprensiva tanto de la protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación. La coordinación y, en su caso, integración de todos los recursos sanitarios públicos y de los de titularidad privada que lo soliciten en un dispositivo único. La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará por impuestos y tasas por prestación de determinados servicios, si bien en un período transitorio podrá realizarse en la medida necesaria por cotizaciones».

Entendemos que la utilización de los recursos de titularidad privada es francamente interesante debido a que muchas veces ha sido necesario acudir a estas entidades privadas para evitar males mayores en cuanto a intervenciones quirúrgicas.

Quiero defender asimismo la enmienda 189, de modificación del número 3 del artículo 46, del Título III, Capítulo I: «La coordinación y en su caso la integración de todos los recursos sanitarios públicos o privados en un dispositivo general» por coherencia con las previsiones de la propia ley.

La enmienda 190, al artículo 47.5, propone sustituir «más representativas de ámbito estatal» por « y de las Organizaciones Profesionales Sanitarias, atendiendo a criterios de proporcionalidad». Entendemos que las organizaciones profesionales deben ser oídas, al igual que las organizaciones empresariales y sindicales. Es lógico que se dé oportunidad a las organizaciones profesionales de mejorar la sanidad con su aportación y experiencia personal.

La enmienda 192, al artículo 50, es de adición de un párrafo número 3 con el siguiente texto: «Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas podrán concertar con Instituciones y Entidades de conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la presente Ley». La justificación es que es necesario tener en cuenta las posibilidades previstas por la propia ley y que tanto mejorarían la asistencia.

Sigo con la enmienda número 193, al artículo 51, de modificación. A partir del punto y seguido del párrafo 1, debe decir: «Los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de los recursos y de acuerdo con el principio coste-eficacia en función de las necesidades sanitarias de cada territorio». Como justificación entendemos que la planificación debe realizarse en función de las necesidades sanitarias, pero con racionalidad. Por ello se postula el principio de coste-eficacia.

La enmienda 194, al artículo 53.1, es de adición. Donde dice: «... así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales...», proponemos que diga: «... así como de los representantes sindicales, de las organizaciones empresariales y colegios profesionales sanitarios».

En la enmienda 195, al artículo 55.2, proponemos suprimir a partir del último punto, desde donde dice: «Asi-

mismo elevará...», por respeto a la autonomía de las corporaciones locales, ya que con esta supresión esas corporaciones locales tendrán mayor libertad de acción.

En cuanto a la enmienda 196, la doy por defendida de acuerdo con la justificación. *(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)*

En la enmienda 199 se propone el siguiente texto: «Los Consejos de Salud de Área estarán integrados por: La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación. Los profesionales sanitarios titulados, a través de sus órganos representativos. La Administración Sanitaria del Área de Salud. Las Organizaciones Sindicales y Empresariales. La proporción de miembros a través de estas cuatro vías de participación será del 25 por ciento para cada una de ellas». La justificación es que contempla el espectro representativo, y además, por la necesaria coherencia con el artículo 5.2, que tiene carácter de principio general de la ley.

Por la enmienda 200, al artículo 58, suprimimos la totalidad del punto 4 por considerar innecesaria la creación de órganos de participación para exigir el cumplimiento de las funciones establecidas.

La enmienda número 201, al artículo 59.2, es de adición. Queremos añadir, a continuación de: «condición en el Consejo de Salud», el inciso «y los profesionales sanitarios titulares del Área de Salud». Así se completa el texto, pues con esta redacción queda más definido el Consejo de Dirección.

La enmienda 202 pretende la supresión del artículo 64 por creerlo superfluo. Estimamos que este artículo no es necesario para que los centros de salud conozcan ampliamente sus funciones.

Las enmiendas 203 y 204 las doy por defendidas.

La enmienda 205, al artículo 67, es de supresión. En el número 2 debe suprimirse el último apartado que dice: «El régimen de jornada, etcétera...». La justificación está en que establecer el régimen de jornada corresponde al reglamento interno del centro y es responsabilidad de su titular el atribuirlo, distribuirlo y organizarlo.

La enmienda 206 se formula al artículo 67.3 y propone el siguiente texto: «En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria dada por hospitales privados para los usuarios del Sistema Sanitario se imparte en condiciones análogas a las de los Hospitales públicos». La justificación es que se incide en afirmaciones dogmáticas que no pueden establecerse en una ley que debe durar muchos años. Es absurdo establecer el principio de la gratuidad que en otros artículos no se afirma, en todos los casos, para el sector público y es regresivo referirse aquí al ánimo de lucro.

La enmienda 207 la doy por defendida, así como la enmienda 208, al artículo 68.1.

La enmienda 210, al artículo 69, es de modificación. En el párrafo 1, donde dice: «En los servicios sanitarios públicos» debe decir: «En los servicios sanitarios públicos e integrados en el Sistema Nacional de Salud...». Entende-

mos que es una mejora técnica y que amplía la libertad de elección ciudadana.

La enmienda 212, al Capítulo IV, es de modificación y por lo extensa de la misma la doy por leída ya que está entre las enmiendas presentadas.

Lamento que no se acepte ninguna de estas enmiendas —me lo imagino— porque esta ley se va a aprobar, pero seguiremos con las mismas necesidades sanitarias que tenemos.

Gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

¿Turno en contra? *(Pausa.)* Tiene la palabra el señor Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Señor Presidente, señorías, nos oponemos a todas las enmiendas presentadas a este Título III, que se pueden clasificar en tres o cuatro bloques.

El señor PRESIDENTE: Señor Trapero, no se han discutido los Capítulos Quinto y Sexto. Ha dicho a todo el Título III, por eso se lo digo.

El señor TRAPERO GARCIA: De acuerdo. A los Capítulos Primero, Segundo, Tercero y Cuarto del Título III.

Con respecto al Capítulo Primero, de todas las enmiendas presentadas que tratan de la organización general del sistema sanitario público y que tratan de ubicar dentro del sistema sanitario general los hospitales que están vinculados o no, hay que hacer alguna distinción y decir que, en principio, en España, con el sistema actual de conciertos, el 80 por ciento de los hospitales privados tenían un concierto con la Seguridad Social.

Actualmente se propone una fórmula nueva que es la vinculación; una fórmula de integración en el sistema sanitario, en el Sistema Nacional de Salud; fórmula que se acuerda entre las partes. Por un lado, entre el Sistema Nacional de Salud y, por otro, de quien tiene el hospital privado mediante un sistema de protocolos. Hay un acuerdo de intereses entre las dos partes que firman el convenio y el protocolo. Por otra parte de la Administración se utilizan los criterios de necesidad de la asistencia en esa zona concreta. Segundo criterio, lógico también, que se cumple una serie de reglamentaciones que hacen apto ese hospital para prestar el servicio público. Tercero, que la Administración cuente con medios y fondos económicos para ello. Si no existen esos fondos, es imposible que se establezca una vinculación de este tipo en la que la Administración corre con todos los gastos de ese hospital vinculado.

Nos proponen ustedes, muy de acuerdo con su propia filosofía, que la vinculación no sea un acuerdo entre la Administración y el hospital privado, sino que, de hecho, por esta ley los vinculemos a todos. Aprobamos esta ley y, según sus enmiendas, todos los hospitales privados quedan incorporados al Sistema Nacional de Salud.

Nosotros, en ninguna de las leyes que hemos hecho aquí, hemos tenido osadía comparable con ésta. Resulta

que por una ley, a la que ustedes califican de estatalizadora, y en un artículo concreto integran en el sistema sanitario todos los hospitales públicos, les guste o no, sin compensaciones, sin protocolos y sin convenios previos. Bien es verdad que, posteriormente, en otra enmienda dicen que los que lo soliciten. Por tanto, sería ya no un acuerdo entre las necesidades asistenciales del Sistema y los titulares de los hospitales, sino que, por el hecho de solicitarlo, ya parece que tendrían derecho a incorporarse. Yo creo que ésta no es la relación lógica entre el Sistema Nacional de Salud y los hospitales concertados o los hospitales vinculados, en los cuales es necesario el acuerdo y el interés de las dos partes: el Sistema Nacional de Salud, que le interesa prestar el servicio en una zona concreta y no tiene medios para ello, y los hospitales particulares que tienen interés en vincularse. Sin el acuerdo y la voluntad de estas dos partes no son posibles vinculaciones impositivas por parte de la ley.

He de decir también que vuelven a insistir en todo este Título en el asunto de la participación, la inclusión a todos los niveles de los profesionales sanitarios, incluso en los Consejos la Dirección de las áreas de salud. Hay que volver a repetir lo anterior. Aquí se trata de la participación de la comunidad, y como representantes de la misma están las Corporaciones locales, los sindicatos y los empresarios. Y llegan ustedes, incluso, en un órgano de dirección, como es la Dirección del Área de Salud, a proponer que estén presentes los colegios profesionales.

Por otra parte, nos oponemos a la enmienda número 200, que se supone que trata de aumentar la participación, ya que lo que ustedes suprimen es la constitución de órganos de participación sectorial dentro de los Consejos de Salud del Área. Lo que tratan es de suprimir uno de los mecanismos más de participación, que son los órganos sectoriales, dentro de los Consejos de Salud de Área.

Por supuesto, otro de los puntos donde la filosofía del Grupo Popular es más clara son las enmiendas referidas a los artículos 66, 67 y 69, que tratan del régimen de los hospitales vinculados con el sistema sanitario público. Tratan ustedes de suprimir que tengan el mismo régimen de jornada. Parece lógico que, si estos hospitales están financiados por la Administración sanitaria pública, si van a formar parte del servicio público que es la sanidad, el régimen de jornada tenga que ser el mismo que el de los hospitales públicos y que haya una consonancia en el servicio que se preste. No es posible que el horario de atención a los enfermos sea en los hospitales públicos de ocho a tres y en los privados vinculados al sistema de cinco de la tarde a diez de la noche.

En otra parte tratan de suprimir que el servicio que se presta desde estos hospitales vinculados sea de una forma gratuita. Si estamos hablando de un servicio nacional que presta gratuitamente a los usuarios del sistema la asistencia sanitaria de forma gratuita, ustedes tratan de, en los vinculados, suprimir la garantía y la condición de que la asistencia tenga que ser gratuita, como se propone en el texto del dictamen.

Para acabar, nada más voy a entrar en la única enmienda que queda al Capítulo correspondiente a la coordina-

ción, enmienda que mantienen el Grupo Popular, que por supuesto no vamos a aceptar porque reduce la coordinación general sanitaria —y léanse la enmienda correspondiente— nada más que a la elaboración de los mapas sanitarios. Básicamente, lo que ustedes entienden por coordinación general sanitaria es la elaboración de los mapas sanitarios. Pero además suprimen el mecanismo lógico de la realización de los planes de salud integral, que es que el Estado realiza las bases de coordinación —eso no aparece en su texto— que se envían a las Comunidades Autónomas, éstas elaboran sus planes de salud que posteriormente se remiten al Estado que los integra en un plan de salud integral y luego son aprobados por el Gobierno.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

¿Turno de portavoces? (Pausa.) ¿Hay algún portavoz que pida la palabra además del señor López Hueso? (Pausa.) Tiene la palabra el señor López Hueso.

El señor LOPEZ HUESO: Señor Presidente, señorías, yo quiero decir al señor Trapero, si habla de filosofías, que naturalmente la filosofía del Grupo Popular es muy distinta a la del Grupo Socialista, tanto en materia sanitaria como en otras muchas materias. ¡Pues no faltaría más, señor Trapero! Realmente, en este tema de las enmiendas, señor Trapero, yo le he puesto muchísima atención, pero creo que S. S. como las defiende todas de golpe no las ha entendido bien. Nos ha estado explicando aquí cómo se hacen los conciertos. ¡Pero bueno, si ya lo sabemos! Nos ha dicho que proponemos vincular a todos los hospitales privados, después a los que lo soliciten. ¡Naturalmente!, pero eso no quiere decir, señor Trapero, que no se vayan a dictar normas de cómo se vayan a vincular estos hospitales.

Señor Trapero, dentro de muy pocos meses, la Sanidad en España la regirá el Grupo Popular (*Rumores.*) y entonces, cuando nosotros hagamos un concierto con los hospitales privados —porque naturalmente seguiremos con un sistema mixto—, les haremos cumplir unas normas, tendrán el mismo horario y tendrán que tener incluso un utillaje determinado para no estar en inferioridad de condiciones respecto al sistema público; pero esto no quiere decir que no se aprovechen todos los recursos existentes. La filosofía del Grupo Popular respecto de los hospitales privados, señor Trapero, va en el sentido de decir que no vamos a desperdiciar hospitales, no vamos a construir hospitales y que se cierren otros que ya están hechos; no vamos a crear nuevas camas cuando ya las tenemos. Vamos a unirlos y a aprovecharlos y vamos a hacer lo mejor para el enfermo.

Respecto a la inclusión de los profesionales sanitarios, S. S. habla —y en la ley también se dice— de ayuntamientos, sindicatos y empresarios, pero tiene que tener en cuenta S. S. que con alcaldes, concejales, empresarios y sindicatos la sanidad no funcionaría. La sanidad funciona gracias a los profesionales, gracias a los ATS, gracias a las enfermeras, gracias a los celadores, gracias a los médicos, que son el alma y la base, la sal y la pimienta de

la sanidad, señor Trapero. No sé por qué esa manía de ir contra los profesionales, cuando si no existe un estímulo, si no existe una competencia, si no existen ganas de trabajar, si no existen estímulos de diverso orden, pero sobre todo de tipo científico, señor Trapero, el que va a pagar todo es el usuario, que es el enfermo, y estamos cansados de decir aquí esta tarde los Senadores del Grupo Popular que para nosotros lo más importante de todo es el enfermo.

No hemos querido decir nunca en ninguna enmienda, señor Trapero, que la asistencia de los centros privados no sea gratuita. Si los centros privados están concertados con el sistema nacional de salud, naturalmente la asistencia será gratuita. Otra cosa es que nosotros discrepemos totalmente de la creación de ese servicio nacional de salud, pero resulta que no solamente discrepa el Grupo Popular sino que S. S., como médico, posiblemente está enterado de la conferencia que el Subsecretario de Sanidad inglés pronunció en Madrid el día 15 de este mes de febrero. En esta conferencia dijo que si en Inglaterra se dieran las circunstancias económicas y asistenciales que hoy se dan en España, posiblemente no se crearía el servicio nacional de salud sino algo muy distinto, señor Trapero. Y lo dice el Subsecretario de la sanidad inglesa. En el año 1978 había en Inglaterra 2,4 millones de asegurados privados; al año existían cinco millones. Actualmente en España hay más de cinco millones de pólizas suscritas con empresas privadas de personas que tienen Seguridad Social. ¿Qué quieren estas personas? ¿Quieren mejor asistencia? Posiblemente no quieren mejor asistencia, señor Trapero; probablemente lo que quieren es —y usted como médico lo va a comprender muy bien— más atención, más diálogo, más cariño, más comprensión, cosas que con su sistema, hasta ahora, no se pueden dar.

Por otra parte, en este Título III, SS. SS. vuelven a hablar profusamente de protección y atención integral de la salud. Así debería de ser. ¡Si nosotros queremos hacer la protección de la salud y la promoción de la salud! Pero yo le voy a decir, señor Trapero: ¿Se puede atender a la salud, se puede promocionar salud en consultas de atención primaria masificadas, con 80, 90, 100 ó 120 enfermos en dos horas? Ni en dos ni en veinticuatro horas. ¿Es promocionar salud ingresar a los enfermos en los pasillos de los hospitales, atentando contra su intimidad personal, y permitir que hagan sus necesidades fisiológicas en un sitio que tiene casi tanto tránsito como la Gran Vía? ¿Es promocionar salud inscribir a los pacientes en los hospitales —durante el Gobierno Socialista— en listas de espera de más de un año? ¿Es promocionar salud utilizar 300 especialistas para tratar a más de seis millones de alérgicos? ¿Es promocionar salud no controlar a altos grupos de riesgo? Hablan demasiado SS. SS. de promocionar la salud y no está mal que se hable. Lo que no veo yo en la ley —no lo veo— son las estructuras necesarias para desarrollar esa verdadera promoción de salud, porque para eso habría que reformar los hospitales, para eso habría que desmasificar los hospitales, habría que desmasificar las consultas, habría que atender a los enfermos como se debe atender, durante diez, quince, veinte minu-

tos, una hora, dos horas, incluso, si es necesario. Con todo este sistema que SS. SS. proponen eso no es posible. Y no basta que esté en la ley, porque hay leyes muy bonitas, señor Trapero. Sus señorías por unanimidad votaron aquí la Ley Orgánica General Penitenciaria, que es muy progresista y una magnífica ley, pero que no se cumple en ninguno de sus 79 artículos; en ninguno. Esto le fue demostrado por este Senador al Ministro de Justicia en esta Cámara. (*Rumores.*)

Yo creo que SS. SS. están intentando legislar en la utopía. Nos parece muy bien que legislen la promoción y la protección de la salud, pero que también den las bases en esta ley para organizar esa protección de salud que, de otra forma, no pasaría de ser eso, una utopía. Porque, como ya dije aquí una vez, si los libros que se escriben y no se leen no son libros, las leyes que se hacen y no se cumplen tampoco son leyes, señor Trapero.

Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señorías.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor López Hueso.

Me permito recordar a los señores Senadores que el párrafo 2 del número 1 del artículo 84 dice que los discursos se dirigirán únicamente a la Cámara.

El señor LOPEZ HUESO: Gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Quizá se evitarían incidentes si en vez de dirigirse a diferentes Senadores se dirigieran a la Cámara.

El señor Trapero tiene la palabra.

El señor TRAPERIO GARCIA: Señor Presidente, señorías, me temo que después del largo discurso que ha llevado hoy la Ley General de Sanidad no hemos conseguido que el señor López Hueso entienda al menos algo que hemos estado repitiendo durante toda la mañana. El tema de la Ley General de Sanidad y de la sanidad no es exclusivamente un tema de los médicos. Por favor, cuando se refiera usted a mí no se refiera como médico; refiérase como Senador representante de una parte de los ciudadanos, interesado por la política sanitaria, igual que el resto de los Senadores que están en esta Cámara, pero no por mi calificación profesional. (*Rumores.*)

Yo creo que el señor López Hueso no ha llegado todavía a comprender que el tema de la sanidad es no solamente de los profesionales sino de todos los ciudadanos. Pero yo creo que no ha comprendido lo que venimos repitiendo constantemente en esta ley. Ni siquiera técnicamente, al hablar de salud integral, se puede pensar que la salud es un problema de los médicos. Es un problema pluridisciplinario, donde están incorporados enfermeros, ATS, veterinarios, una serie de profesiones que permiten decir que la salud es un todo integral. No me extraña que no lo entiendan porque así se dan hechos que yo calificaría en cierta medida de vergonzosos hechos, como los que están ocurriendo en Andalucía con las consultas de enfermería, que están llegando a situaciones límite —yo di-

ría— y que van muy vinculadas con su filosofía de que el acto médico, de que la profesión y la salud son temas vinculados nada más a los médicos y que no es posible la intervención de otros profesionales.

Quiero decir también al señor López Hueso y al Grupo Popular que el tema del control de la salud por parte de la comunidad, de la gestión que se realiza por parte de la Administración, no es un control o una participación que se pueda llevar por los colegios de médicos; que quienes representan a la comunidad son básicamente las corporaciones locales que ustedes suprimen en muchas de sus enmiendas; que son los sindicatos y que son los empresarios; y que los titulados sanitarios participarán a través de los sindicatos, como les corresponde, pero que no es posible que se arroguen la participación de la comunidad ni la representación de los usuarios, como proponen ustedes en sus enmiendas.

Yo creo que ustedes tienen que releerse sus enmiendas, porque la verdad es que yo creo que no saben muy bien qué es lo que nos proponen. En su enmienda 188 están proponiendo la integración, dentro del sistema nacional de salud, de los hospitales públicos y también de los privados; de todos los privados. (*El señor Vicepresidente, Guerra Zunzunegui, ocupa la Presidencia.*) Si la enmienda se nos hubiera ocurrido a nosotros, hubiéramos oído gritar al Grupo Popular diciendo que esto era una estatización inadmisibles. La vinculación al sistema nacional de salud supone cumplir las obligaciones que vienen en este proyecto de ley y, por tanto, suponen cumplir, en primer lugar, el régimen de horario fijado por la Administración.

Se lo vuelvo a repetir. Reléase usted la enmienda 206, donde nos proponen que los hospitales privados vinculados con el sistema no tengan el mismo horario, mientras que nosotros decimos que son hospitales financiados con fondos públicos y, por tanto, están prestando un servicio a los ciudadanos, hay que homogeneizar la oferta y tienen que tener la misma jornada, pero además, deben impartir la asistencia de una forma gratuita. Señor López Hueso, léase usted la enmienda 206 por la que precisamente proponen suprimir que la asistencia no sea gratuita.

Para acabar, quiero decir nada más, señor López Hueso, que en la filosofía del Grupo Popular la coordinación y la planificación no existen. Para ustedes la coordinación y la planificación sanitarias no se corresponden más que con la realización de mapas sanitarios donde instalemos los hospitales y los servicios que tenemos. Nada más que eso es para ustedes la coordinación sanitaria, únicamente la elaboración de mapas y ahí se acaba el tema. Pensamos que desde una filosofía coherente y lógica de planificación y coordinación de todo el sistema, de utilización de los recursos, su filosofía de coordinación atiende al modelo liberal de «haga cada uno lo que quiera» y atiende muy poco al modelo de prestación de un servicio público.

Gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Pasamos seguidamente...

El señor LOPEZ HUESO: Señor Presidente, pido la palabra con arreglo al artículo 87 del Reglamento.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Adelante, por tiempo de dos minutos.

El señor LOPEZ HUESO: Señor Trapero, le pido perdón por haberme referido a S. S. como médico. El que yo llame a S. S. doctor o médico —no le he llamado doctor, he dicho que era médico nada más— no es ningún insulto, señor Trapero, pero a lo mejor sí; no lo sé. (*Rumores.*)

Por otra parte, yo no he dicho nunca cosas a las que usted está haciendo referencia, y ahí está la transcripción de los taquígrafos que S. S. puede pedir. No he dicho que la sanidad sea exclusiva de los médicos. Me he referido a los profesionales de la sanidad y no tampoco como exclusiva. Ustedes están atacando continuamente, durante la discusión del proyecto de ley, a los profesionales de la sanidad. También he hablado de celadores, de enfermeras, de ATS y de médicos, y lo he dicho con estas palabras. Por tanto, señor Trapero, S. S. me ha entendido mal. Tampoco me he referido absolutamente para nada a los colegios de médicos. Y respecto a que tenemos filosofías distintas, se lo he dicho al principio; por supuesto, naturalmente que sí, y que no faltaría más. Sin embargo, señor Trapero, ya llevamos tres años con una gestión socialista de la sanidad y la sanidad va de mal en peor.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): El turno es para replicar exclusivamente.

El señor LOPEZ HUESO: Quiero decir nada más al señor Trapero que cuando el Grupo Popular gane las elecciones se enterarán de cómo se gestiona la sanidad. (*Rumores.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Silencio. Tiene la palabra el señor Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Muchas gracias, señor Presidente. Yo lo que les deseo a todos los españoles es mucha salud, que el sistema sanitario mejore tremendamente, de tal manera que todos ellos puedan ver que el Grupo Popular llegue al Gobierno, porque va a pasar tanto tiempo que, si no mejoramos el Sistema Sanitario, muchos de ellos quedarán por el camino sin verlo. (*Risas.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Al tema, señor Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: En segundo lugar, quiero decirle al Senador López Hueso que he hecho esta referencia porque si la hubiera realizado mi compañero parece que se hubiera entendido mal.

Ustedes nos dicen constantemente —y lo grave es que ésa es la filosofía que tienen—: con usted nos podemos entender porque usted es médico. Esa es la filosofía que están manteniendo constantemente en el proyecto y en todas sus conversaciones. Lo que queremos decirles desde

aquí, para que lo entiendan, es que la Sanidad es una cosa de los médicos; muy bien, y además nos alegramos, y hay que mejorarlo, pero básicamente también es un servicio del resto de los ciudadanos y del resto de los titulados y del resto de los trabajadores que prestan el servicio.

Nada más quiero decirle que en ningún momento hemos querido dilucidar si es correcta la interpretación de los titulados superiores, médicos o de otro tipo, si nos metemos con ellos o no. Lo que estamos tratando de reivindicar dentro del respeto a estos profesionales es que la representación de la comunidad le corresponde a los órganos representativos de la comunidad, y más representativos de la comunidad que las corporaciones locales, que los sindicatos y que los empresarios no los hay, y si los hay sugiéranlos ustedes. Los técnicos que trabajan y prestan sus servicios están en los órganos que tienen que estar: en los órganos de evaluación de la calidad, en los órganos técnicos, pero no en los órganos de control de la propia comunidad, que corresponde nada más que a los representantes de la comunidad.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Pasamos seguidamente, ya que la votación se hará posteriormente, a los capítulos Quinto y Sexto.

En primer lugar, debatiremos la enmienda 275 del Senador Agudo Calleja, que tiene la palabra.

El señor AGUDO CALLEJA: Gracias, señor Presidente, voy a defender esta enmienda al Capítulo Sexto. Es una enmienda de adición. En el segundo párrafo del artículo 87, al final, queremos poner la expresión siguiente: «... y garantizando siempre los derechos adquiridos».

Esta mañana se ha hablado ya sobre esto. Se ha criticado al Grupo Popular porque defendíamos los derechos adquiridos. No faltaría más.

Según dice el párrafo del texto del proyecto: «el personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de todas las condiciones laborales y económicas, dentro del Área de Salud». Pero no dice cómo, por lo que sospecho que va a ser por el artículo 7, y yo pienso que tendremos que defenderlo.

Yo hice oposición nacional —y no voy a poner a nadie— y escogí un hospital. Tengo un amigo, compañero de profesión, que está en Burgos que sacó el número dos y que pudo haber escogido Madrid o Salamanca y tiene contrato laboral y, por lo tanto, si va a ser cambiado de área pensamos que tenemos derecho a defender estos derechos, porque se pueden cambiar, según la ley, dentro del mismo área, y aquí influyen no solamente las cosas de tipo afectivo e incluso económicas sino las climatológicas. Por lo tanto, creemos que es una discriminación a estos profesionales y de ahí nuestra enmienda.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias.

Enmienda 140 del Senador Ferrer y Gironés. Tiene la palabra.

El señor FERRER I GIRONES: Señor Presidente, mi enmienda ha sido asumida por el Grupo Socialista y ha promovido una transaccional, la cual está depositada en la Mesa.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): ¿Al artículo 82?

El señor FERRER I GIRONES: No, al artículo 84. Por lo cual la doy por retirada ya que mantiene las constantes vitales de esta enmienda. Gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Gracias.

Seguidamente debatimos la enmienda número 300 del Senador Mateos Otero, que tiene la palabra.

El señor MATEOS OTERO: Señor Presidente, muchas gracias. Nosotros tenemos una enmienda presentada al artículo 87, párrafo segundo, que dice: «El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respecto de todas las condiciones laborales y económicas, dentro del Área de Salud».

Nosotros proponemos la siguiente sustitución: «El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respecto de todas las condiciones laborales y económicas, dentro del área de salud, y atendiendo a criterios de edad, situación familiar, social y antigüedad en el puesto de trabajo. Cuando estas necesidades imperativas desaparezcan, podrá volver a su antiguo puesto de trabajo».

Yo creo que esta es una enmienda lógica y de sentido común, y simplemente está hecha para evitar que existan discriminaciones y se pueda cambiar al personal de cualquier centro sanitario indiscriminadamente.

Yo creo que deben existir unos criterios. Se podrá atender a los criterios que haga falta, lo que no se podrá es cambiar al personal al que tiene manía el director de un centro, tendrá que ser en base a algo. Si hay dos personas que puedan cumplir ese objetivo, me imagino que se podrán cambiar entre las dos atendiendo a unos criterios. Nosotros lo único que decimos es que se especifiquen estos criterios, y que no se nos diga, como en la Comisión, que los criterios tienen que venir en los reglamentos, que los reglamentos nadie se entera de cómo se hacen y se reglamenta lo que se quiere. Tienen que venir en la ley, porque es la única manera de que estos sanitarios, estas personas, puedan ser cambiadas con unas garantías, y tienen que existir estos criterios. Esto es lo único que nosotros decimos en este artículo.

Aprovecho para decir que ha sido introducida una enmienda del Grupo Socialista suprimiendo la última parte de este artículo 87, que decía: «En los casos que el cambio en el puesto de trabajo conlleve cambio de residencia, se estará a lo dispuesto en el artículo 40 del Estatuto

de los Trabajadores». Nos oponemos a esta supresión que ha hecho el Partido Socialista porque nos da la impresión de que lo que quieren es quitar posibilidades para que las personas puedan defenderse en un puesto de trabajo determinado.

Yo creo que hay que ser justos y que no se puede autorizar en una ley a cambiar a dedo o a poner a quien se quiera. Creo que tiene que existir una serie de referencias y por eso decimos nosotros: «atendiendo a criterios de edad, situación familiar, social y antigüedad», etcétera, lo que quieran poner. También hay otra cosa importante: cuando desaparezcan las necesidades imperativas que le obliguen a cambiar a esa persona de centro o sitio, creo que podrá volver a su antiguo puesto de trabajo si así lo desea quien ha sido cambiado. Pienso que es una cosa lógica y es una enmienda que la defendemos con todo el ardor, porque creemos que estamos en la razón.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Seguidamente, las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado, números 498 a 517. El Senador Andreu tiene la palabra.

El señor ANDREU IABELLO: Señor Presidente, las damos por defendidas.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias. Seguidamente, las enmiendas del Grupo Popular, de la 214 a la 225. Para su defensa, el Senador Mateos tiene la palabra.

El señor MATEOS OTERO: Aquí volvemos otra vez a la misma discusión de si la financiación tal o cual. Naturalmente, nosotros sabemos que no nos va a ser aprobada absolutamente nada, porque su modelo tiene una financiación total y absolutamente distinta. He dicho esta mañana que su modelo de financiación está basado en unos supuestos total y absolutamente desfasados.

Aparte de eso, hay otra cuestión importante, y es que el intentar mezclar la Seguridad Social con la salud, con todas esas cuestiones que ustedes hacen, no parece que sea una cosa moderna. Por tanto, nosotros presentamos un capítulo quinto prácticamente nuevo, en el que está dicho todo, y no voy a repetirlo, porque sería dar vueltas a la misma cosa.

Sí quiero significar simplemente algo, y es que en el artículo 78 que nosotros proponemos decimos: «La financiación de los programas que se deriven del Plan Integrado del Sistema Sanitario se efectuará con cargo a las siguientes fuentes de ingreso, referidas a los capítulos sanitarios: a) De los Presupuestos Generales del Estado. b) De los Presupuestos de las Comunidades Autónomas. c) De los Presupuestos municipales, provinciales y demás Corporaciones Locales, y d) De los usuarios».

Esto lo hemos discutido ya en Comisión mil veces, y esta mañana también lo hemos hecho aquí, y lo podríamos volver a discutir cuantas veces quieran, pero deseo

decirles una vez más que con el sistema de financiación que ustedes siguen esta ley no tiene ningún futuro, en absoluto, esto está claro. Esta ley no se pone en funcionamiento con la financiación que ustedes proponen. Ustedes proponen una financiación a través de unas entidades que todo el mundo ha reconocido que están arruinadas, que no tienen solución. Luego es una ley que va a nacer muerta, porque no tiene financiación, y la ley que no tiene financiación es difícil llevarla a efecto.

En cuanto a otro tipo de enmiendas —yo no voy a estar leyéndolas aquí porque ustedes han tenido ocasión de leerlas para poderlas discutir—, también presentamos algunas enmiendas puntuales, porque ya sabíamos que la modificación del artículo 5.º no nos iba a ser aceptada, al texto que ustedes han hecho, aunque, por supuesto, me imagino que tampoco nos van a hacer ningún caso.

Sobre este tema que estamos debatiendo hay otro artículo importante, que es el 84. El artículo 84 trata sobre el personal al servicio de la Seguridad Social. Este es otro tema sobre el que tampoco estamos total y absolutamente de acuerdo. Nosotros proponemos un texto para el artículo 84 en el que intentamos al menos, porque no siempre es fácil, poner un poco de orden en el complicado sistema del personal al servicio de la Seguridad Social. Nosotros proponemos que en este artículo 84 haya cuatro puntos fundamentales:

«1. El personal de la Seguridad Social regulado en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto de Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, en el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el personal de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes que desempeñen servicios o funciones no transferidas y el personal que preste sus servicios en otras áreas sanitarias de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, podrán optar, al entrar en vigor la presente Ley, entre conservar los derechos y obligaciones de su actual relación de empleo o someterse a la normativa a que se refieren los números siguientes de este artículo.

2. El Gobierno, oídos el Consejo de Estado y el Consejo Interterritorial a que se refiere el artículo de esta Ley, aprobará por Real Decreto las Bases Estatutarias del Personal del Sistema Nacional de la Salud» —ustedes dicen en su ley que va a seguir existiendo este personal estatutario de la Seguridad Social y nosotros lo ponemos también aquí— «que contendrá las normas básicas y comunes para las que deba regirse dicho personal. Asimismo y mediante el mismo procedimiento y forma, el Gobierno aprobará los Estatutos-Marco de cada una de las profesiones sanitarias y grupos profesionales parasanitarios, que contendrán los criterios básicos aplicables a la normativa sobre selección, clasificación profesional, funciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, sistemas de retribución y fórmulas de vinculación.

3. Las Comunidades Autónomas podrán promulgar Estatutos Generales y Profesionales con respecto a los principios de las Bases y Estatutos-Marco a que se refiere el número precedente. La selección, gestión y administra-

ción del personal, corresponde a la Administración Pública en que figure adscrito.

4. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 60, el personal técnico y sanitario con vinculación permanente tendrá una relación de empleo de naturaleza estatutaria; el resto del personal tendrá relación de naturaleza laboral. Todo el personal figurará incluido en el ámbito de protección de la Seguridad Social para los trabajadores por cuenta ajena. La jurisdicción de trabajo será la competente para el conocimiento de las cuestiones contenciosas que se susciten como consecuencia de la relación de empleo, cualquiera que sea la naturaleza de ésta.»

Esto es lo que nosotros pedimos. Yo creo que es una cosa bastante sencilla y asumible porque, además, se dan unas garantías al personal que tiene que trabajar en estos centros y tiene que llevar a efecto esta Ley.

Como sabemos que es difícil que nos admitan la enmienda anterior, hemos presentado otra enmienda más fácil, más sencilla, más puntual al artículo 84.2, en la que decimos simplemente: «Este Estatuto-Marco contendrá la normativa básica aplicable a todos los trabajadores del Sistema Sanitario Nacional pertenecientes al sector público. La clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario y funciones de cada estamento, se establecerán en sus respectivos Estatutos». Yo creo que es una cosa que está perfectamente clara y es comprensible.

No quiero terminar sin volver a referirme al artículo 87 y, desde luego, oponerme, como representante del Grupo Popular, a la enmienda de los Senadores socialistas que elimina el párrafo último de este artículo 87, suprimiendo, dentro de lo malo porque no nos gustaba, una de las posibilidades que tiene el personal que trabaja, como es «en los casos en que el cambio del puesto de trabajo conlleve cambio de residencia, se estará a lo dispuesto en el artículo 40 del Estatuto de los Trabajadores». Estamos esperando una explicación, porque no sabemos por qué lo han suprimido. Algún motivo tendrán. Estamos esperando que nos lo aclaren.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias.

¿Turno en contra? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Villalonga.

El señor VILLALONGA RIUDAVETS: Señor Presidente, señoras y señores Senadores, para consumir un turno en contra de las enmiendas que han presentado en este capítulo de la financiación y, por otra parte, el referido al personal en este proyecto de ley.

Al Grupo Parlamentario de Cataluña al Senado quiero decirle solamente que con la enmienda transaccional que hemos convenido con su Grupo entendemos que se cumplen perfectamente las previsiones contempladas desde sus propias expectativas, y no podía ser de otra forma por cuanto, en definitiva, se han venido manteniendo sistemáticamente desde que la Generalidad de Cataluña tiene asumidas las competencias en materia de asistencia sani-

taria de la Seguridad Social, y así ha quedado reflejado en este proyecto de ley. Por tanto, tenemos que felicitarlos tanto el Grupo de Cataluña al Senado como el Grupo Socialista, porque es en definitiva un problema que viene generado por el propio funcionamiento interno de la financiación del sistema sanitario español y, en este caso, de cualquiera de los posibles servicios de salud que se vayan configurando en el espectro autonómico español.

Respecto al tema de la financiación de sus propios servicios de salud, queda perfectamente establecido y regulado en la presente ley con carácter definitivo. Por tanto, uno de los problemas que se han venido manteniendo durante una serie de años como consecuencia de los traslados de competencias que han sido asumidas por cada una de estas Comunidades Autónomas queda perfectamente reflejado. En este sentido, entendemos que se ha cumplido perfectamente ese espíritu negociador que ha venido manteniendo nuestro Grupo Parlamentario con todos los Grupos Parlamentarios, no tan sólo con los que tienen un modelo de sanidad casi igual, sino con otros Grupos Parlamentarios que tienen un modelo sanitario sensiblemente distinto.

Pero yo me quería centrar fundamentalmente en las intervenciones de los señores Senadores que, a título individual, han presentado enmiendas y en las del Grupo Popular. Quiero decirles que, efectivamente, un modelo sanitario distinto tiene como consecuencia un sistema de financiación distinta. En consecuencia, es lógico que nosotros mantengamos un sistema de financiación de todo el tema sanitario de nuestro país que, teóricamente, tendría que ser radicalmente distinto, pero que no lo es en la medida en que las enmiendas que ha presentado el Grupo Parlamentario Popular no se diferencian excesivamente en cuanto a agentes que intervienen en el sistema de financiación, por cuanto que en definitiva, lo único que ellos excluyen del modelo de financiación que nosotros proponemos es la financiación vía Presupuestos de la Seguridad Social. Posiblemente la diferencia fundamental que tiene el sistema de financiación propugnado por el Grupo Popular es el famoso «ticket» moderador, como consecuencia lógica y evidente de un sistema de Sanidad radicalmente distinto al que viene propugnando el Partido Socialista. En consecuencia, lo lógico es que sea éste uno de los elementos fundamentales. Es decir, es una derivación del debate general sobre el modelo sanitario y, en definitiva, el modelo de financiación, como he dicho antes, es una consecuencia lógica. ¿Consecuencia lógica por qué? Porque se mantienen los actuales sistemas de financiación que históricamente, o al menos durante los últimos años han venido proporcionando recursos a toda la asistencia sanitaria del país, como son los Presupuestos Generales del Estado y los Presupuestos Generales de la Seguridad Social. Y por extensión con el nuevo modelo sanitario, van a participar en ello las Comunidades Autónomas, las cuales van a asumir todas las competencias en cuanto a gestión de sus propios servicios de salud; las corporaciones locales en sentido amplio, tanto ayuntamientos como diputaciones. Por lo tanto ellos, de sus propios presupuestos y en la medida en que ellos son correspon-

sables, no sólo de la gestión sino del diseño de su propia política sanitaria circunscrita a su propia Comunidad Autónoma, van de alguna forma a estar presentes no sólo en el sistema de gestión, sino en el sistema de financiación. Por ello entendemos que una vez integrado todo el sistema, tienen que participar financieramente todas las administraciones públicas que participan en la gestión y dirección del sistema de salud.

Nosotros creemos que el modelo adecuado es el modelo que proponemos y, en consecuencia, nos tendremos que oponer radicalmente a las enmiendas que ha presentado el Grupo Popular.

En cuanto al tema del personal, fundamentalmente las enmiendas que ha presentado el Grupo Popular, en teoría, tampoco tendrían que ser tan distintas del proyecto de ley, por cuanto que ellos aceptan de entrada un estatuto marco para todas las profesiones por un lado y, por otro, parecen entrever que este estatuto marco tiene que ir desgajándose y conformar la misma estructura de personal que tiene en estos momentos los servicios sanitarios de la Seguridad Social del INSALUD cuando, «a sensu contrario», han venido manifestando desde esta tribuna que esto había sido inoperativo y, por lo tanto, desfasado.

No creemos, en absoluto, que podamos cortar de raíz un sistema de personal que consideramos ha cumplido con los objetivos que se habían propuesto, y entendemos que el Estado, una vez regulado el acuerdo marco y dado el carácter estatutario de estos funcionarios, mantenga de alguna manera, en lo que quede vigente, todos los estatutos profesionales de cada una de las distintas profesiones o estamentos que integran el conjunto global de estos funcionarios con carácter estatutario, sin perjuicio del carácter funcional que puedan tener los funcionarios que se rigen por la Ley de Medidas de la Reforma de la Función Pública.

Por lo tanto, entendemos que, manteniendo el criterio actual, se pueden integrar perfectamente, con ligeras correcciones, y que luego la propia estructura del sistema va a ir modificando el propio sistema de relaciones interdependientes entre estos mismos estamentos.

Por ello, el estatuto marco como normativa básica ¿qué es lo que va a regular? Va a regular la clasificación del personal, la provisión de puestos de trabajo, los derechos y deberes de estos trabajadores de carácter estatutario, el régimen disciplinario, las incompatibilidades, el sistema retributivo, la estabilidad en el empleo y la categoría profesional, sin perjuicio de que, luego, en sus propios estatutos se vaya regulando de forma definitiva, concreta y clara cuáles van a ser las relaciones intrínsecas de su propia profesión respecto del sistema global de Sanidad. E introducimos un nuevo concepto que entendemos es bueno y deseable, por cuanto también se introdujo para los trabajadores funcionarios dependientes de cualquiera de las administraciones del Estado: el consabido tema de la movilidad funcional.

Entendemos que, así como regula el Estatuto de los Trabajadores que es facultad de la empresa la dirección y la propia organización de esa empresa, es lógico que la Administración pública tenga también esta facultad, no

para vulnerar en absoluto derechos que puedan tener estos trabajadores estatutarios, estos funcionarios o estos trabajadores por cuenta ajena que puedan depender de la Administración del Estado, en absoluto. Entendemos que los derechos y deberes fundamentales de los trabajadores, sean funcionarios o trabajadores estatutarios, vienen recogidos en sus propios estatutos y, por lo tanto, cualquier actitud arbitraria por parte de los gestores de la Administración podrá ser recurrida perfectamente, en ejercicio de sus propios derechos, ante la jurisdicción competente. Por lo tanto, en absoluto se puede pensar desde los bancos del Grupo Popular que este instrumento que se incluye en este proyecto de ley, por otra parte reconocido en la legislación, tanto laboral como funcional, de todos los países modernos, va a ser un instrumento de coacción y persecución de los trabajadores del sector sanitario, porque nosotros entendemos que esto sería totalmente ilógico. Nosotros entendemos que es una buena medida, que es necesaria y, por lo tanto, el sistema de movilidad funcional dentro de la propia área de salud no puede prejuzgar en ningún momento cualquier actitud arbitraria.

El Grupo Popular manifiesta: es que en el proyecto de ley había una referencia expresa al artículo 40 del Estatuto de los Trabajadores. Entonces, el Grupo Popular dice que es bueno que esto se mantenga. Señorías, esto está en clara contradicción con sus propias enmiendas, porque ustedes propugnan un modelo estatutario de trabajadores del sistema sanitario, y el artículo 40 del Estatuto de los Trabajadores, junto con los demás artículos de dicho Estatuto, son inaplicables al régimen estatutario de los trabajadores por múltiples sentencias del Tribunal Supremo de Tribunal Central de Trabajo y de todas las Magistraturas de Trabajo de este país. Por tanto, creo que en el proyecto de ley sobraba esta referencia por cuanto no se ajustaba a derecho y, en consecuencia, me parece de todo punto improcedente que el Grupo Popular propugne un modelo de sistema de trabajadores estatutarios y, por otra parte, les quiera aplicar un artículo concreto de la legislación laboral normal, cuando ello sería imposible de aplicar por cuanto cualquier reclamación ante la jurisdicción competente, automáticamente la declararían nula.

Por tanto, señorías, entendemos que no podemos aceptar ninguna de las enmiendas que han presentado y vamos a oponernos a todas ellas.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): ¿Señores portavoces que desean intervenir? (Pausa.) Tiene la palabra el Senador Alvarez Ruiz de Viñaspre como portavoz del Grupo Popular.

El señor ALVAREZ RUIZ DE VIÑASPRES: Señor Presidente, señorías, el Grupo Popular sobre los temas que nos ocupan en este momento, financiación y personal, tiene el siguiente criterio. De todos es sabido que el distinto modelo sanitario que el Grupo Popular mantiene, forzosamente lleva aparejado un distinto sistema de financiación. En ese sistema de financiación, que todos conocen,

parece ser que preocupa mucho la participación del usuario. Pues yo he de decir lo siguiente. Aquí hay un sistema fiscal que a todos les parece estupendo y en el que participa todo el mundo. Personas que están ganando 70.000 pesetas mensuales o menos, están cotizando la parte que les corresponde. Luego no nos debe asustar que el usuario contribuya en la proporción que deba en la financiación del sistema sanitario —para eso están los organismos— y así hacer una redistribución equitativa. Si una persona, como decimos, no debe sufragar nada, que no lo sufrague, pero si tiene que hacerlo, que lo haga. Por tanto, creo que por este motivo no se puede censurar al modelo sanitario que plantea el Grupo Popular ni el tipo de financiación.

Quería recordar que en el artículo 83, correspondiente al Capítulo quinto, de la financiación, aunque quizá no es de mi incumbencia, el Grupo Popular quiere introducir la transaccional que se ha incorporado en el artículo 16.3, porque prácticamente viene a decir lo mismo.

Respecto al personal, ¿qué es lo que está gravitando y planeando sobre el personal profesional, etcétera? Únicamente la intranquilidad de que hablaba esta mañana. Quizá todo se va a desarrollar bien, como acaba de decir el portavoz del Partido Socialista, y ese estatuto marco que el Gobierno elaborará en el desarrollo de esta ley va a ir muy bien. Si todo va a ir bien, señores, nos felicitamos y todos a casa. El ser humano en el sistema nervioso central tiene unos frenos corticales —y algunos quizás tienen las zapatillas desgastadas, no digo que no—, pero hay unos frenos en la corteza cerebral que influyen en nuestros actos volitivos para que cuando uno vaya a obrar de una determinada forma, si es consciente de lo que va a hacer, pueda rectificar a tiempo. Es por lo que nosotros pedimos que en esos estatutos marco, que se van a desarrollar muy bien, tanto las bases como los criterios a que se vayan a atener vinieran un poco esbozadas en la ley y propiciaran y proporcionaran cierta tranquilidad al personal.

El respeto a los derechos adquiridos. Yo no me pongo colorado por hablar de dinero ni de derechos adquiridos, señores. El que ha conseguido en la vida todo mediante el esfuerzo, no tiene por qué preocuparse al hablar de derechos adquiridos y que nadie le ponga colorado. Voy a poner un ejemplo que nos atañe a todos. Todos somos parlamentarios. Si yo estoy en el Parlamento nueve años, estoy en servicios especiales, en excedencia especial, y me guardan la silla, la habitación, el puesto, etcétera. ¿Es que los parlamentarios somos acaso distintos del resto de los ciudadanos? ¡Ah!, los parlamentarios, sí; servicios especiales. Los demás no. Señores, somos iguales ante la ley. Para todos o para nadie. ¿Qué estamos reglamentando, qué estamos prestando un servicio? El servicio a la democracia, el servicio a España se lo hacen todos los ciudadanos del país, cada uno en su puesto. La sociedad no es exclusiva. Los representantes del pueblo tienen su categoría en la sociedad, pero para que la ley sea para todos igual empecemos por dar ejemplo.

Por eso digo que defender derechos adquiridos, cuando han sido ganados con honradez, digo honradez y voy a ha-

blar de honestidad (palabras que se pronuncian con exceso); cuando uno puede llevar alta de cara puede defender derechos adquiridos. No se le impute a nadie que defender derechos adquiridos es ser de derechas, de fachas, etcétera. Con el tiempo los defenderán todos, señores, porque tendrán derechos adquiridos. Ya me dirán si algún día alguien ve que se le puede atentar en algo a sus derechos. Le dirán: «Ojo, esta plaza la tengo en propiedad y puedo ir a los tribunales, que se me recurra y allí me defenderé, ¿por qué?, porque la tengo ganada como Dios manda». No hay que atacar a nadie ni señalarle porque defienda sus derechos adquiridos. No hace falta que hablemos de todo aquello que se ha adquirido mal.

En el artículo 87.3 se habla de los trabajadores. Se podrá decir que no somos trabajadores. Verdaderamente la legislación tenía que concretar y definir lo que se llama trabajador. Si trabajador precisamente ha de ser una persona que desarrolla determinado tipo de actividad, ya me dirán dónde se encuadra otro determinado tipo de actividad, o es que esa persona está fuera de toda legislación. ¿El trabajador es un señor que tiene un trabajo físico rudo o es el señor que desempeña otro tipo de trabajo? El trabajo rudo físico con descansar unas horas se alivia, pero ya me dirán qué es el trabajo que requiere preocupación, el que requiere seguir con él constantemente después de salir del lugar de trabajo, llámese hospital o lo que sea.

Ahora bien, si se suprime ese párrafo porque no somos trabajadores, con arreglo al Estatuto de los Trabajadores, cuando llega la hora de exigir nuestra representación como profesionales se nos obliga a estar representados a través de los sindicatos. Entonces, ¿en qué quedamos? Los sindicatos tienen algo que ver con el Estatuto de los Trabajadores. Los profesionales tendremos que ver con los colegios. Si ahora se nos dice que como trabajadores no, porque no vamos con arreglo a esto, a la hora de la representación profesional serán los colegios. Ustedes nos quieren meter a todos a través de los sindicatos. Yo no digo que a UGT, Comisiones Obreras o USO haya que llamarles el colegio profesional de los trabajadores, pero no pretendan excluirnos como trabajadores cuando en determinados momentos, a la hora de la representación, se nos diga que ésta tiene que ser por la vía de los sindicatos. Un poco más de coherencia.

Por lo que concierne a los profesionales médicos, de los que tanto se ha hablado, lo único que se pide es la independencia profesional. La independencia profesional del médico no supone un privilegio del médico, sino un derecho innegable del enfermo. Quisiera que se le preguntara al enfermo si está de acuerdo con que el profesional que le ha de tratar esté sometido a una serie de circunstancias que le encorsetan, vigilancia humillante, etcétera.

La independencia profesional es un capítulo de primera necesidad, y a aquél que no lo sepa usar le caerá el peso de la ley, pero no porque haya personas que no puedan usar esa independencia normal y correctamente se pretenda suprimir automáticamente. Creo que estamos todo el día en una lucha con unos principios y unos postulados y que no hemos sabido acercarnos para disminuir las distancias y salir al campo central, donde creo que po-

día haber habido un entendimiento. No ha sido así. ¡Qué le vamos a hacer! No tengo más que decir.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Villalonga. *(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)*

El señor VILLALONGA RIUDAVETS: Señor Presidente, señoras y señores Senadores, en primer lugar, voy a contestar a los argumentos que ha empleado el portavoz del Grupo Popular en cuanto a la financiación del sistema de sanidad. Usted lo ha dicho claramente: A modelo distinto, sistema de financiación distinto. ¿Qué es lo que propugnan ustedes básicamente? Que la financiación del sistema de sanidad español venga financiada vía Presupuestos Generales del Estado. Y yo me pregunto, ¿acaso no son Presupuestos Generales del Estado todos los que integran los presupuestos de la Seguridad Social, los Presupuestos del Estado y, de alguna forma, aunque sean presupuestos autónomos, las disponibilidades económicas de crédito presupuestario que tienen las corporaciones locales y las Comunidades Autónomas, sean por una vía o por otra, y lógicamente, consecuencia directa el sistema fiscal que existe en nuestro país?

Señorías, el otro día estaba en una comida y uno de los más cualificados portavoces del Grupo Popular en materia sanitaria, y creo que Presidente de Alianza Popular de Madrid, el doctor Ruiz Soto, mantenía un criterio realmente curioso. El decía: Es que creemos que con el modelo sanitario que nosotros propugnamos todos los ciudadanos con una base imponible inferior a un millón quinientas mil pesetas, podían ir a la sanidad pública, al servicio sanitario público, de forma totalmente gratuita. No puedo entenderlo. Si ésta es la filosofía que propugna Alianza Popular entiendo que su modelo de financiación del sistema sanitario se quebraría dentro de unos meses, quebraría a partir de mañana, porque en este país hay muchos ciudadanos que no llegan a una base imponible de un millón quinientas mil pesetas. ¿Por qué? Porque en estos momentos la financiación vía presupuestos de la Seguridad Social ya sobrepasa el billón de pesetas. Por tanto, entendemos que es necesario, que es procedente, que en todos los países modernos europeos y de otras regiones del mundo se siga manteniendo la financiación de sus sistemas sanitarios y de sus servicios de salud con financiación vía cuotas de trabajadores y empresarios. Que el porcentaje, sea del 10 por ciento o del 80 por ciento, es un modelo distinto por las propias características de su sistema fiscal.

Nosotros entendemos que éste es bueno, que éste sirve y que éste responde perfectamente al modelo sanitario que nosotros en el proyecto de ley venimos manteniendo.

En cuanto al tema de personal, parece ser que en este país todo el mundo está de acuerdo con él (y cuando digo todo el mundo me refiero no sólo a los grupos parlamentarios que apoyan este proyecto de ley, sino a los agentes sociales directamente implicados); está de acuerdo UGT, Comisiones Obreras, y si los señores representantes del Grupo Popular pudieran tener algún tipo de reparo por

las connotaciones político-sindicales de estas dos organizaciones empresariales, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, la CESM, está totalmente de acuerdo con el modelo propuesto de personal para el sistema de sanidad. Por tanto, entendemos nosotros que los únicos que están en contra son los miembros del Grupo Popular.

Su argumento viene fundamentado en una serie de apreciaciones sobre dos aspectos que yo realmente no he comprendido. Aquí se ha mezclado el tema de la excedencia especial de algunos funcionarios o, si no, trabajadores, ya sean de carácter estatutario o por cuenta ajena, como consecuencia de ejercer un cargo público de representatividad; y se ha planteado una extraña doctrina sobre derechos adquiridos que en estos momentos me veo absolutamente incapacitado para contestar.

Entendemos nosotros que estos argumentos no son de recibo políticamente, porque, además de ser confusos, tienen una intención muy clara, que es desvirtuar el debate sobre un planteamiento totalmente erróneo, cual es el de otorgar la representatividad que no tienen, confundiendo por una parte organizaciones sindicales y, por otra, colegios profesionales. Las organizaciones empresariales vienen perfectamente definidas en la Constitución con unos objetivos claros y concretos, distintos a los de los colegios profesionales.

Ustedes mantienen el criterio, y en su alternativa viene reflejado, que tienen que ser los colegios profesionales los que ostenten la representación de los empleados que están trabajando para la sanidad española, y de alguna forma intentan coartar la libertad que tiene todo ciudadano de sindicarse libremente por cuanto el ejercicio de una profesión de carácter liberal viene condicionado fundamentalmente a estar colegiado en su colegio profesional. Por tanto, el principio de libertad tiene que primar sobre esto.

En este caso son más representativas las organizaciones empresariales, y que los colegios profesionales —que en modo alguno desde estos bancos de la izquierda pretendemos yugular— tienen que cumplir unas funciones que de alguna forma no vienen determinadas constitucionalmente, a lo que hace referencia esta Ley. Entendemos que tienen que ser las asociaciones libremente elegidas por cada uno de los agentes sociales que intervienen y, por tanto, éste tiene que ser el canal adecuado de participación.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. *(El señor Bajo Fanlo pide la palabra.)*

Tiene la palabra el señor Bajo.

El señor BAJO FANLO: Si es posible, desearíamos votar separadamente el apartado c) del artículo 46 y el apartado 1 del artículo 66.

El señor PRESIDENTE: Así se hará, señor Bajo.

Vamos a votar conjuntamente todas las enmiendas de cada enmendante al Título III.

Votamos las enmiendas del señor López Hueso al Título III. Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 154; a favor, 23; en contra, 122; abstenciones, nueve.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos las enmiendas del señor Marqués López al Título III.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 153; a favor, 32; en contra, 121.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos las enmiendas del señor Agudo Calleja al Título III.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 153; a favor 23, en contra, 123; abstenciones, siete.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Señor Ferrer i Gironés, ¿ha retirado su enmienda?

El señor FERRER I GIRONES: Sí, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Votamos la enmienda número 300 del señor Mateos Otero.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 152; a favor, 33; en contra, 118; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada.

Votamos las enmiendas del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 153; a favor, 14; en contra, 138; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Las enmiendas del Grupo Mixto han sido dadas por decaídas.

Votamos las enmiendas del Grupo Popular.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 153; a favor, 26; en contra, 120; abstenciones, siete.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Vamos a pasar a votar el articulado, pero antes hay dos

enmiendas transaccionales. Ruego al señor Secretario dé lectura de las mismas.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): Artículo 82, párrafo 6. Enmienda transaccional con los números 509 y 510 de Cataluña al Senado. Su redacción es la siguiente: «Los criterios iniciales serán globalmente integrados en el presupuesto de cada ejercicio que se autorice a favor de la Comunidad Autónoma y tendrán carácter limitativo. No obstante el presupuesto liquidado final de los servicios transferidos se afectará en la proporción adecuada, a partir del criterio de población protegida, la desviación presupuestaria, positiva o negativa, habida en los servicios no transferidos, deducidos los gastos correspondientes a los servicios comunes estatales y los relativos proporcionalmente a centros especiales. Los compromisos de gastos...». Sigue el párrafo como en la redacción inicial.

Enmienda al artículo 84, número 4 (nuevo): «En las Comunidades Autónomas con lengua oficial propia, en el proceso de selección de personal y de provisión de puesto de trabajo de la Administración Sanitaria Pública, se tendrá en cuenta el conocimiento de ambas lenguas oficiales por parte del citado personal, en los términos del artículo 19 de la Ley 30/1984».

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Vamos a votar la primera de las enmiendas leídas. ¿Se han impuesto SS. SS. de ella? (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 155; a favor, 152; en contra, dos; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

Votamos la segunda enmienda.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 155; a favor, 151; abstenciones, cuatro.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

Votamos el número 6 del artículo 46 del texto del dictamen. (El señor Andreu i Abelló, don Carles, pide la palabra.)

El señor Andreu tiene la palabra.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Es que nuestras enmiendas las he dado por defendidas, pero veo que no se han votado.

El señor PRESIDENTE: Efectivamente, señor Andreu, tiene razón S. S. No se han votado, por lo que se votan ahora estas enmiendas.

Se inicia la votación de las enmiendas de Cataluña al Senado. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos

emitidos, 155; a favor, 33; en contra, 115; abstenciones, siete.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas. Votamos el párrafo 6 del artículo...

El señor BAJO FANLO: Es el apartado c) del artículo 46, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Votamos la letra c) del artículo 46.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 147; a favor, cinco; en contra, 127; abstenciones, 15.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada o suprimida la letra c) del artículo 46.

A continuación, votamos el número 1 del artículo 66. ¿Es así, señor Bajo?

El señor BAJO FANLO: Sí, señor Presidente. El número 1 del artículo 66.

El señor PRESIDENTE: Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 152; a favor, 113; en contra, 24; abstenciones, 15.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobado.

Votamos el texto del dictamen, salvo el párrafo sexto del artículo 82, que ya está aprobado en la forma enmendada por la enmienda transaccional.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 155; a favor, 129; en contra, 25; abstenciones, una.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobado, salvo la letra c) del artículo 46, que ha sido rechazada en la votación anterior.

Entramos en la discusión del Título IV.

Tiene la palabra el señor Agudo Calleja para defender su enmienda.

El señor AGUDO CALLEJA: Gracias, señor Presidente. La enmienda 276 al artículo 90... (Rumores.)

El señor PRESIDENTE: Silencio, por favor. Continúe su señoría.

El señor AGUDO CALLEJA: ... pretende que el punto 5 de dicho artículo, donde dice: «... deberán ser previamente homologados por aquéllas, de acuerdo con un protocolo...», diga: «... deberán ser previamente homologados por aquéllas, para los fines específicos que vayan a cumplir, de acuerdo con un protocolo...». El resto igual. Este artí-

culo habla sobre la concertación por la Administración de los centros sanitarios. Pienso que no es lo mismo concertar (y aquí hago el costo-eficacia), hay muchas clínicas, sobre todo en mi provincia, que pueden realizar unas prestaciones a los hospitales de la Seguridad Social con un costo bajo, de 2.000 ó 3.000 pesetas/día, si se van a tratar enfermos crónicos, bien bronquíticos, cor pulmonales, o inclusive hemipléjicos. Otra cosa distinta sería si en los hospitales se fueran a hacer operaciones a corazón abierto y extracorpóreas. Por tanto, creo que debe haber una diferenciación entre los hospitales, porque la concertación de un hospital está en relación con las prestaciones y servicios que se dan a los usuarios.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Veo que el señor Trapero me está pidiendo la palabra.

El señor TRAPERO GARCIA: Para una cuestión de orden, señor Presidente. Se ha votado al artículo 46 letra c) en la supresión. El tema no...

El señor PRESIDENTE: Se ha votado ese apartado del artículo 46 y ha sido rechazado por la mayoría de los votos. Eso es lo que ha ocurrido, con lo cual se suprime.

El señor LABORDA MARTIN: Yo no estaba presente en la sala pero al parecer hemos entendido que era el artículo 43 y no el artículo 46.

El señor PRESIDENTE: Han entendido muy mal. Se ha repetido varias veces. La Presidencia ha dicho que era el apartado 6 del artículo 46. Se ha rectificado por el Senador Bajo Fanlo que era el apartado c) del artículo 46. La Presidencia ha consultado la ley que venía del Congreso y el texto del dictamen, y se ha reiterado hasta la saciedad que era el apartado c) del artículo 46. Eso es así.

El señor LABORDA MARTIN: ¿La votación no puede repetirse, señor Presidente?

El señor PRESIDENTE: Entiendo que es irregular repetir una votación después de haberse realizado.

Continuamos con la discusión de este Título IV. El portavoz del Grupo Cataluña al Senado tiene la palabra para defender sus enmiendas.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carlos): Señor Presidente, señorías. Tenemos la enmienda 524 al artículo 91.1. En este apartado 1 del artículo 91 se establece la necesidad de obtener la calificación de alto interés social para poder percibir subvenciones o beneficios con cargo a fondos públicos. Creemos que esta necesidad es injusta y burocrática. Para poder recibir una ayuda o subvención pública no ha de ser necesario pasar por la exigencia de una tipificación administrativa. La ley se excede aquí. Este trámite debería ser lo excepcional y no lo ordinario.

Respecto al apartado 4 de este artículo 91, se ha presentado una enmienda transaccional para que la regla-

mentación que establezca el Gobierno sea realmente básica, mínima y común; es decir, constituya una base auténtica como mínimo común normativo para todo el Estado.

Al artículo 93 tenemos la enmienda 531. Se establece una cláusula de incompatibilidad muy estricta. El actual redactado impide, de hecho, cualquier posibilidad de concierto del sector privado con el público. De hecho, se penaliza a los centros que no puedan tener concierto con el sector público por obligaciones personales impropias de sus trabajadores. La Ley de Incompatibilidades ya contempla los mecanismos jurídicos suficientes para reconocer al personal que incumpla con las obligaciones que en la misma se establecen.

Solicitamos la supresión del artículo.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Andreu.

Señor Laborda, no obstante, como la Presidencia considera que también puede equivocarse porque la infalibilidad no es atributo humano, he dado instrucciones de que se escuche la «cassette» por si he dicho cuarenta y tres. *(Pausa.)*

¿He dicho cuarenta y seis? *(Asentimiento.)* Entonces, nada. Pero lo he pedido por si acaso había dicho cuarenta y tres.

El señor AGUIRIANO FORNIES: El problema no ha sido ése, señor Presidente, sino un error de interpretación. Hemos entendido perfectamente cuarenta y seis, pero no sé por qué hemos pensado que se refería al artículo 43, letra c), en el que había un pequeño problema. Es un error nuestro. Por eso solicitamos, si fuera posible, la repetición de la votación.

El señor PRESIDENTE: La Presidencia, en principio, entiende que no, porque cualquier votación entonces podría modificarse so pretexto de error y no habría seguridad jurídica en las votaciones.

Tiene la palabra el señor Alvarez Ruiz de Viñaspre, por el Grupo Popular, para defender sus enmiendas.

El señor ALVAREZ RUIZ DE VIÑASPRES: Señor Presidente, señorías, a este Título VI en su Capítulo primero no hay ninguna enmienda. Reconoce los derechos, con los que todos estamos de acuerdo y, además, con la Constitución por delante.

En el Capítulo segundo entramos en las entidades sanitarias. Creo que nada nuevo vamos a decir ni por una parte ni por otra, porque esto se ha debatido a lo largo del día. Por tanto, no creo que sea el momento de entrar en disquisiciones de tipo filosófico. Cada uno tiene y definiendo su postura, y los votos, al final, son los que deciden. No obstante, haremos un paseo por las enmiendas.

La enmienda 227 al párrafo segundo del punto 1 del artículo 90 propone añadir «exigencias de racionalidad económica basada en la relación coste-eficacia». Es que comprendemos que en una sociedad desarrollada, occidental, todas las empresas se han de organizar con un espíritu ge-

rencial para obtener un rendimiento, y esto del coste-eficacia que no se nos devuelva en forma de dardo, porque cuando, a lo mejor, hacemos preguntas no acerca de temas sanitarios, sino, por ejemplo, sobre RENFE, aludiendo a la rentabilidad social para que no se supriman líneas, se nos contesta con el argumento coste-eficacia. Pues aquí también lo queremos incluir.

La enmienda 228 al artículo 90, punto 2, es de supresión porque entendemos que es en el artículo 89 donde se reconoce la libertad de empresa. Si se habla de servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo, no parece que concuerde mucho una cosa con otra.

La enmienda 229 al punto 3 del artículo 90 pide la supresión del texto del proyecto que dice que «las Administraciones públicas sanitarias no podrán concertar con terceros la prestación, cuando ello pueda contradecir...». Creemos que, teniendo en cuenta el párrafo segundo del artículo 90.1, sobra este punto 3.

La enmienda 230 se refiere al punto 4 de este artículo 90, en el que se establece que «las Administraciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, fijarán los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes aplicables a los conciertos a que se refieren los apartados anteriores». Entendemos que es mucho mejor hacer referencia a los artículos 66 y 67 de la Ley que regulan los conciertos con los centros privados.

La enmienda 231, al punto 6 del artículo 90, propone suprimir las líneas finales que dicen: «... y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración pública concertante».

No entendemos, no llegamos a alcanzar qué se pretende decir con esta expresión. Porque, efectivamente, suponemos que en un sitio hay un servicio sanitario público que no tenga cafetería y que otro hospital privado la tenga. No sabemos si eso ya quiere decir que no puede poner cafetería o peluquería. Por eso, nosotros pedimos que se suprima, porque no llegamos a comprender el alcance del párrafo.

Las enmiendas siguientes son al párrafo 2 del artículo 91 y no tienen más importancia que en cuanto a la forma.

Al artículo 92 tenemos la enmienda 234 respecto a las asociaciones de usuarios de la sanidad. Nosotros pedimos simplemente en el punto 1, que se constituyan las asociaciones de usuarios, y basta. Y después pedimos que se suprima todo lo demás porque ya las asociaciones de usuarios presentarán sus estatutos en el Ministerio del Interior o en la delegación correspondiente, y si no se atienden a la Ley, no serán aprobadas. Pero indicar desde aquí a las asociaciones de usuarios de la sanidad una serie de requisitos, el camino por donde han de discurrir, no nos parece que sea dar mucho aliento a la libertad individual y de asociaciones.

Y luego por fin, al artículo 93 tenemos presentada la enmienda 236 pidiendo la supresión del mismo y cuyo texto dice lo siguiente: «No podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, ni se podrán establecer conciertos con

centros sanitarios privados, cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores, concurren las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas».

Esto lo comentamos en Comisión y si verdaderamente uno de los trabajadores incurre en ello, creo que lo primero sería una advertencia al director del centro diciéndole que en su centro tiene una persona en la que concurren estas circunstancias. Es decir, dar una llamada de atención. Ahora bien, si a la llamada de atención para que prescindiera de ese trabajador no se hace caso, entonces pueden venir otras indicaciones u otras sanciones.

Al final, al hablar de hospitales privados y vinculados, decimos concertados, que es la enmienda 237. Proponemos volver a hospitales concertados integrados, porque la palabra vinculación tiene en el diccionario otra acepción distinta de la que se aplica a esto de los hospitales.

Como digo, leído este paseo de las enmiendas, no creo que proceda hablar más de esta filosofía.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: ¿Turno en contra? (Pausa.) Tiene la palabra el señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Gracias, señor Presidente. Si me lo permite, de forma breve y desde los escaños, voy a contestar, ya que es un capítulo que ha sido suficientemente debatido esta mañana.

El señor PRESIDENTE: Como S. S. guste.

El señor LUNA GONZALEZ: Creo que este Capítulo, que es el que hace referencia a los conciertos fundamentalmente en el artículo 90, tiene muchas enmiendas coincidentes, tanto del Grupo de Cataluña al Senado como del Grupo Popular, que piden ni más ni menos que se hagan conciertos de cualquier manera y sin límites de ninguna clase.

Por ejemplo, voy a poner de manifiesto la enmienda 227, del Grupo Popular, que habla de que se puedan hacer conciertos sin necesidad de tener en cuenta, con carácter previo, los recursos del propio sistema sanitario. Es decir, y para entendernos, si en un área de salud hay un hospital público, independientemente de que éste exista se hace el concierto con el hospital privado; y esto no es de recibo. Se quiere eliminar el respeto a la planificación y a sus objetivos económicos, sociales y sanitarios, y esto tampoco es de recibo.

En definitiva, como digo, y dado que está suficientemente contestado el problema del control de los conciertos, no insistimos más.

En el artículo 91 se pretende por parte del Grupo Popular —anuncio aquí que hay una transaccional a la 528 del Grupo Cataluña al Senado— que se apliquen al funcionamiento ordinario de los servicios las subvenciones de actividades de alto interés social, y esto a nosotros tampoco nos parece aceptable, porque si hay actividades de

alto interés social, nunca serán las ordinarias de cualquier centro sanitario; serán algunas especiales y así se tienen que determinar.

En el artículo 92, el Grupo Popular pretende que por parte de la Administración se elimine el apoyo a las asociaciones de usuarios, cooperativas, etcétera. Esto va lógicamente en su línea habitual de hacer una sanidad cada vez más privatizada y en detrimento de los derechos de los ciudadanos.

En el artículo 93 pretenden que se elimine la imposibilidad de que haya concierto cuando haya incompatibilidades, y esto nosotros entendemos que es fundamental y que está ya recogido en la actual Ley de Incompatibilidades en vigor.

Señor Presidente, yo aquí daría por finalizada mi intervención, porque el resto de las enmiendas tienen idéntico contenido y no pueden ser aceptadas.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

¿Turno de portavoces? (Pausa.) Tiene la palabra el señor Alarcón Molina.

El señor ALARCON MOLINA: Señor Presidente, señorías, parece ser que por el Grupo mayoritario de la Cámara el tema conciertos pasa a ser sin límite de ningún tipo. Por tanto, tampoco lo vamos a abordar. Lo que sí queremos hacer constar es que debe haber habido alguna distracción en la Cámara o entre el propio Grupo mayoritario, porque creo que el Senador que ha hecho el turno en contra no se ha enterado de que realmente el Grupo Popular no se opone en absoluto a las asociaciones; lo que le asombra al Grupo Popular es que el Grupo Socialista, que cuando fue oposición toda su obsesión fue el mundo de las asociaciones y que no le pusieran pegas de ningún tipo a la formación de las mismas, etcétera, ahora, siendo Grupo en el poder, en el artículo 92 diga que sólo y exclusivamente facilitará la libre actividad de las asociaciones, y para ello pone una gran cantidad de trabas, como se puede ver perfectamente en el punto 2.

Por lo tanto, el Grupo Popular en absoluto se opone a las asociaciones; lo que dice es que podrán constituirse asociaciones de usuarios de la Sanidad, y lo que quiere decir es que se impulse ese mundo y que se organicen asociaciones, no que se le pongan la cantidad de trabas que en estos momentos y como Grupo en el poder se le intentan poner a las asociaciones.

Lo demás, efectivamente, no tiene gran importancia, tal como se ha comentado aquí, pero sí tienen importancia, volvemos a insistir, las trabas puestas en el artículo 91 y especialmente en el artículo 92.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. Tiene la palabra el señor Luna.

El señor LUNA GONZALEZ: Muchas gracias, señor Presidente. Resulta que nosotros somos los que nos oponemos a las asociaciones y ustedes son quienes presentan una enmienda, la 234, que pretende eliminar el hecho de que la Administración facilite la labor de las asociaciones.

Ustedes siguen sin entender el tema. Nosotros no nos oponemos a que funcionen las asociaciones. Decimos en el artículo 92.2 —si SS. SS. se molestan en leerlo— que aquellas asociaciones que pretendan beneficios de la Administración tienen que cumplir una serie de requisitos que están claramente determinados en este artículo; las que pretendan beneficios, no confunda usted la parte con el todo porque no es así.

¿Asociaciones? Que haya las que se quiera. Naturalmente, aquellas en que estén o de las que formen parte personas jurídicas con ánimo de lucro no van a tener beneficios por parte de la Administración, porque lo que se pretende es promocionar asociaciones de usuarios, pero, insisto, las que tengan beneficios tendrán que someterse a estos controles; las demás, que funcionen como quieran.

El señor PRESIDENTE: Vamos a votar la enmienda del señor Agudo Galleja.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 145; a favor, 25; en contra, 115; abstenciones, cinco.

El señor PRESIDENTE: Queda rechazada.

Enmiendas del Grupo Cataluña al Senado.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 146; a favor, 27; en contra, 119.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Enmiendas del Grupo Popular.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 146; a favor, 27; en contra, 119.

El señor PRESIDENTE: Quedan rechazadas.

Votamos el texto del dictamen.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 147; a favor, 119; en contra, 23; abstenciones, cinco.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobado.

Hay una enmienda transaccional al artículo 91, párrafo 4.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): Al artículo 91, párrafo 4, transaccional con la enmienda 528, del Grupo Cataluña al Senado: «El Gobierno dictará un Real Decreto para determinar las condiciones mínimas y requisitos mínimos, básicos y comunes exigibles para que una actividad sanitaria pueda ser calificada de alto interés social y ser apoyada económicamente con fondos públicos».

El señor PRESIDENTE: Votamos la enmienda transaccional.

Se inicia la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 144; a favor, 124; en contra, uno; abstenciones, 19.

El señor PRESIDENTE: Queda aprobado y modificado así el texto del dictamen.

Entramos en la discusión del Título V. Tiene la palabra el Grupo Cataluña al Senado. *(El señor Vicepresidente, Lizón Giner, ocupa la Presidencia.)*

El señor ANDREU I ABELLO (don Carlos): Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, nosotros, en el Título V, tenemos unas enmiendas, las números 534 a 551, en las que fundamentalmente solicitamos la adecuación de la terminología usada a las expresiones de la propia Constitución, en la que se asigna al Estado la legislación sobre productos farmacéuticos, no sobre artículos y productos sanitarios.

En todo el presente Título se produce una extraña expansión del concepto «productos farmacéuticos» que afecta seriamente a la competencia de las Comunidades Autónomas.

Solicitamos la modificación de los términos en el sentido de que el ámbito regulado sea precisamente el de los productos farmacéuticos, y no el de los artículos sanitarios.

Quisiera poner de relieve aquí el malestar que existe en el colectivo farmacéutico por la inclusión en el texto del artículo 100.3 de la enmienda número 658, del Partido Socialista.

Nuestro Grupo vería muy bien la vuelta al texto original en el apartado 3 del artículo 100.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Muchas gracias.

El Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos tiene dos enmiendas. Para su defensa, tiene la palabra el Senador Bajo.

El señor BAJO FANLO: Señor Presidente, señorías, a este Título V hemos presentado las enmiendas 120 y 121, pero si el señor Presidente me lo permite, defenderé, conjuntamente con la enmienda 121, la enmienda 139, que está en coordinación con la misma.

Con la enmienda 120 al artículo 95, apartado 1, pretendemos la modificación del texto en la siguiente forma: «Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado la reglamentación sobre valoración de la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios, a efectos de autorizar su circulación y uso».

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Perdona un momento, ¿ha dicho 139 ó 129?

El señor BAJO FANLO: La 139, señor Presidente, que está en coordinación con la 121. La enmienda 139 propone una nueva disposición transitoria undécima.

El Estado tiene competencias para proceder a la regulación de medicamentos y demás productos sanitarios, pero también es cierto —y así lo reconoció el Tribunal Constitucional en su sentencia 32 de 1983— que el control de los mismos, al pertenecer al ámbito de ejecución, corresponde a las Comunidades Autónomas que hayan asumido tal competencia, es decir, corresponde al Estado la reglamentación sobre la valoración de la idoneidad sanitaria de los medicamentos, no valorar la idoneidad, como dice el texto. Y si controlar su actividad se refiere a controlar la circulación de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios, tal y como hemos manifestado antes, entendemos que es atribución de las Comunidades Autónomas que hayan asumido esa competencia.

Con la enmienda 121, que como he dicho está en concordancia con la 139, se propone la modificación del apartado primero del artículo 102 del texto en el sentido siguiente: «La información sobre medicamentos y otros productos sanitarios dirigida a los profesionales se ajustará a las condiciones de su licencia y podrá ser sometida a un régimen de autorización previa por la Administración. La información será ejercida por profesionales».

Nos parece más propio hablar en la ley de información que simplemente de publicidad. La información es el derecho que tiene todo profesional para conocer la naturaleza, efectos y condiciones de los medicamentos y de los productos sanitarios, y ello para poder decidir, en razón a sus conocimientos profesionales, lo más adecuado para el paciente. Sin embargo, la publicidad tiende, por su propia naturaleza, no sólo a divulgar las cualidades de un producto o medicamento, sino también a influir en la decisión de los profesionales, con el fin de conseguir el mayor número de ventas de un determinado producto.

El apartado dos del citado artículo trata de establecer unos límites en la publicidad de medicamentos y productos sanitarios, pero si bien en el caso de la publicidad dirigida al público, la Administración puede intervenir eficazmente estableciendo los límites de la misma al requerir una calificación especial y una autorización previa de los mensajes, en el caso de la publicidad dirigida a los profesionales esta voluntad sería imposible de ejercer. De ahí que no se trata tanto de una actividad vendedora, perfectamente legítima en otra actividad, como de una actividad informadora, como prestación de un servicio, por parte de los productores de medicamentos y productores sanitarios, a los profesionales; prestación de servicios que ha de garantizarse a través de profesionales de la información, cuyo objetivo no es la venta de un producto, sino facilitar la información sobre ese producto a los profesionales.

Por esto, proponemos en nuestra enmienda 139 añadir una disposición transitoria undécima en el sentido siguiente: «La información a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, dirigida a los profesionales, se realizará a través de informadores técnicos sanitarios, a cuya actividad se reconoce la calidad de profesión, que deberá

ser regulada a los efectos del correspondiente ejercicio».

Los actuales visitadores médicos en ningún caso pueden tener la condición de publicistas ni de vendedores, sino de informadores que pongan al alcance de los profesionales todos aquellos elementos necesarios para complementar aquellos otros que posean para decidir lo más conveniente y con mayor conocimiento respecto a los medicamentos y productos sanitarios que deberá consumir o aplicarse el paciente. De ahí que esta actividad informativa debe estar dotada de unas previsiones en orden a los conocimientos que tal trabajo conlleva para un correcto desarrollo de sus funciones, dadas sus responsabilidades dentro del marco de la salud pública, y debe realizarse a través de informadores técnicos sanitarios cuya profesionalidad deberá ser regulada en todos sus términos y con las necesarias garantías a los efectos de su correspondiente ejercicio.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Muchas gracias, señor Senador. ¿El Grupo Mixto ya ha defendido la enmienda 32?

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Tengo otra enmienda, señor Presidente, al artículo 100, apartado 3.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Esa es la que tenía tachada, por eso le pregunto. Si no la ha defendido, puede usted hacerlo.

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Señor Presidente, señorías, voy a defender mi voto particular al artículo 100, apartado 3, que pretende volver al texto del Congreso. Decía el artículo 100, apartado 3, procedente del Congreso: «Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico Farmacéutico». El texto actual, después de haber sido admitida la enmienda socialista, dice: «Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico Titulado Superior», que después de una transaccional quedó: «suficientemente cualificado de acuerdo con las directivas de las Comunidades Europeas». Mi pretensión es volver al texto antiguo o, en todo caso, estaría de acuerdo con una nueva transaccional que dijese: «Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico Farmacéutico o, en su caso, un titulado superior suficientemente cualificado, de acuerdo con las directivas farmacéuticas de la Comunidad Económica Europea». La redacción propuesta es simplemente consignar expresamente la titulación de farmacéutico, aparte de los restantes técnicos cualificados. Y mis razones concretas, brevemente, son: Primero, su consignación no supone exclusión ni exclusivismo, pero sí es el reconocimiento a un profesional que fue siempre el técnico del medicamento y debe seguir siéndolo. Primero fue el técnico en la rebotica y luego, cuando el medicamento pasó a la industria, siguió siendo el técnico, desde la elaboración hasta la dispensación, pasando por la distribución.

Segundo, es el único titulado universitario que reúne

los requisitos que señala la legislación de la CEE, por cuanto en su ciclo formativo se incluyen todas y cada una de las 12 materias o disciplinas que el citado artículo 23 señala como condición necesaria para acceder a la dirección técnica.

Tercero, la inclusión expresa de la titulación de Farmacéutico no hace otra cosa sino constatar la única realidad posible hoy: de acuerdo con las directivas europeas sólo un titulado farmacéutico puede acceder a la dirección técnica directamente. Los restantes titulados deberán completar sus ciclos formativos cursando todas aquellas disciplinas que el artículo 23 de la directiva europea exige y que no ha cursado en su Facultad, y que no son pocos, como he dicho antes, ya que supone hacer casi de nuevo una carrera.

Cuarto, la constatación de la titulación farmacéutica sintoniza con la especial preferencia de la directiva por este técnico, no sólo al diseñar un perfil que se corresponde milimétricamente con el de los estudios universitarios farmacéuticos, sino al precisar significativamente en primer término «farmacia» como titulación que faculta para el acceso a la dirección técnica. Esa preferencia objetiva —perfil— y expresa —titulación consignada en primer lugar— debería traducirse en la legislación española en una no menos expresa consignación de la titulación farmacéutica.

Por último, como razón quinta, el hecho de incluir a los almacenes mayoristas, cuyo director técnico no puede obviamente —entiendo yo y eso no está en las directrices de la CEE— ser otra cosa que farmacéutico. En el mismo redactado, obliga a introducir la expresión «en su caso» que no cambia nada la posibilidad de acceso a los otros titulados superiores cualificados, de acuerdo con las directivas de la CEE.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Tiene la palabra el Grupo Popular para defender sus enmiendas.

El señor BAUTISTA DE LA TORRE: Gracias, señor Presidente. Dentro de la parquedad de artículos que la Ley General de Sanidad ha dedicado al medicamento, yo quiero hacer una serie de correcciones con las enmiendas que hemos presentado para su estudio.

Las tres primeras enmiendas son todas de adición y corresponden a tres apartados del artículo 94, antiguo 95.

La primera de las correcciones dice: «1. Corresponde al Gobierno comprobar la idoneidad sanitaria de los medicamentos, especialidades farmacéuticas, artículos de uso medicinal, productos farmacéuticos y otros productos sanitarios y parafarmacéuticos que se utilicen en la práctica médico-farmacéutica, tanto para autorizar su elaboración y venta como para controlar su calidad».

Esa es la redacción que hacemos de modificación del primer apartado de este artículo.

La segunda corrección que hacemos al apartado 2 dice lo siguiente: «La autorización a que se refiere el apartado anterior habrá de ser previa y objeto de registro indivi-

dualizado para las especialidades farmacéuticas y los preparados que reglamentariamente se determinen. Los demás podrán ser autorizados si cumplen los requisitos de homologación. Las especialidades farmacéuticas y preparados que se elaboren o expendan sin cumplir estas condiciones serán reputados como clandestinos».

En cuanto al tercer apartado hacemos la siguiente corrección, que da una redacción mucho más precisa y fundamental para la eficacia que pretendemos, en el sentido de la utilización de los medicamentos. El apartado 3 diría en este caso: «Para autorizar las especialidades farmacéuticas será imprescindible que sean elaboradas por personas físicas o jurídicas debidamente acreditadas y demostrada la seguridad y eficacia mediante la experimentación farmacológica y clínica y, en su caso, de los medicamentos que las integren».

Después, respecto al artículo 96, tenemos la enmienda 243. En el apartado 2, si se dice que las causas son graves, automáticamente remite al capítulo de sanciones y aquí se refiere a otras circunstancias y como método cauter. El texto que proponemos diría lo siguiente: La autorización de los medicamentos y demás productos farmacéuticos, será temporal, y agotada su vigencia deberán revalidarse. El titular deberá comunicar anualmente su intención de mantenerlos en el mercado para que no se extinga su autorización.

Y después, el otro apartado dirá: la autorización sanitaria podrá suspender o revocar por causas graves de salud pública.

Continuamos con la enmienda 244, al artículo 98, en la que proponemos un nuevo texto al apartado 1.º que diría: «La Farmacopea Española será el código de normas obligatorias en España que deben cumplir los medicamentos».

En nuestra enmienda número 245 proponemos un nuevo apartado al número 3, que diría lo siguiente: «Con independencia de lo dicho en los dos números anteriores, el Gobierno podrá acordar la adhesión de España a la Farmacopea Europea y, en su caso, a algún otro código de características internacionales».

La enmienda número 246 es de modificación, y corresponde al artículo 99 y dice: «Los importadores, fabricantes y profesionales sanitarios tienen obligación de comunicar los efectos adversos causados por los medicamentos, en la forma que reglamentariamente se determinen». De aquí nuestra adhesión a la corrección del Grupo Mixto a la transaccional que ya se presentó en la Comisión.

Por fin, la enmienda número 250, que es de modificación, que dice: «La información y publicidad de especialidades farmacéuticas, dirigida a los profesionales, se ajustará a las condiciones de su licencia o autorización».

La enmienda 251, al mismo artículo, dice: «Los laboratorios fabricantes de especialidades farmacéuticas calificadas como publicitarias, podrán informar directamente al público, a través de los medios y soportes de comunicación, ateniéndose en su publicidad a la información técnico-científica autorizada específicamente en cada Registro y en la correspondiente Reglamentación».

Nada más, señorías.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Muchas gracias.

¿Turno en contra? (*Pausa.*) Tiene la palabra el Senador Villalonga.

El señor VILLALONGA RIUDAVETS: Señor Presidente, señoras y señores Senadores, para contestar a las enmiendas presentadas por los Grupos Parlamentarios Cataluña al Senado, Senadores Nacionalistas Vascos y Grupo Popular.

En cuanto a las enmiendas presentadas por el Grupo Cataluña al Senado, entendemos que los artículos que conforman este Título en absoluto vulneran las competencias establecidas en la Constitución y que hacen referencia a las Comunidades Autónomas. Antes al contrario, son perfectamente vinculadas por cuanto el artículo 149.1.16 de la Constitución establece que es competencia exclusiva del Estado la materia de regulación de los productos farmacéuticos. Entendemos que esa referencia estricta a productos farmacéuticos en la Constitución es perfectamente ampliable a todos aquellos productos que, de alguna manera, conforman todo el sistema de productos que interesan para la salud de los ciudadanos. En este sentido, creemos que esta misma argumentación sirve para las enmiendas presentadas por el Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos, por cuanto entendemos que es competencia de la Administración el valorar la idoneidad de los productos y medicamentos sanitarios; no es exclusivamente competencia de la Administración del Estado, de la Administración Central, la reglamentación, porque, en todo caso, no podíamos hacer uso de esta facultad que le confiere la Constitución a la Administración del Estado, el valorar la idoneidad, por cuanto la valoración de la idoneidad necesita un instrumento, y este instrumento jurídico y legal es el reglamento. Por tanto, creemos que es falso el discurso entre la valoración de la idoneidad de los productos y la reglamentación, por cuanto intrínsecamente son las mismas cosas.

El Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos presenta dos enmiendas, en virtud de las cuales pretende introducir un debate en esta Cámara respecto al tema de la información y al de la publicidad, por otra parte, ampliamente debatido, entiende este Senador, en la Comisión. Es competencia del Estado el control y la tutela de la publicidad de los productos farmacéuticos, por cuanto es un elemento consustancial por la propia capacidad que tiene el Estado de tutelar una serie de productos, los cuales, sin perjuicio de su capacidad positiva respecto a la salud de los ciudadanos, por una adecuación indebida de estos productos, pueden ser perjudiciales para la salud, y en virtud de ello el Estado tiene que tutelar precisamente esta situación y, por otra parte, y como consecuencia de ello, controlar la publicidad.

El tema de los informadores técnicos sanitarios, el tema de los visitantes médicos, entendemos que, tal como prevé el artículo 38 de la Constitución, puede ser regulado, tiene que ser regulado, y es propósito del Gobierno y del Grupo Parlamentario que lo sustenta regular la profesión de informadores técnicos sanitarios, como quedó ya de-

mostrado aquí en una interpelación presentada, en la cual tuve el honor de figurar como portavoz.

Entendemos en este sentido que una cosa no es óbice respecto de la otra, por cuanto lo que se pretende por la enmienda del Grupo Senadores Nacionalistas Vascos es introducir una regulación de una nueva profesión, que no sería adecuado meter en este proyecto de ley.

Respecto a la enmienda del Grupo Mixto, al artículo 103, en la que el Senador me ha precedido en el uso de la palabra había ofrecido una transaccional, entendemos que podríamos transar otra sobre la transaccional, valga la redundancia, que se ha propuesto, en el sentido de que el redactado del punto 3, del artículo 100, tuviera el siguiente tenor: «Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico farmacéutico titulado superior suficientemente cualificado, de acuerdo con las directivas farmacéuticas de la Comunidad Económica Europea».

¿Y ello por qué? En primer lugar, porque entendemos que las directivas de la Comunidad Económica Europea que hacen referencia a esta materia vienen perfectamente definidas, y en ellas la profesión o titulación de farmacéutico no es excluyente de toda una serie de profesionales titulados, como pueden ser los biólogos, etcétera, los cuales, en otras naciones de la Comunidad Económica Europea, reciben una enseñanza disciplinaria prácticamente idéntica o parecida a la de estos titulados de otras profesiones. Lo que sí establecen las directivas de la Comunidad Económica Europea son una serie de condiciones básicas y mínimas en virtud de las cuales ninguno de estos profesionales que sea Director de laboratorio o técnico en esta materia pueda ejercer este tipo de actividad y, por tanto, y curiosamente, resulta que en nuestro país la única profesión que entre sus disciplinas académicas reúne todas las que conforma la directiva de la Comunidad Económica Europea es la de farmacéutico, pero en modo alguno puede excluir, como digo, la posibilidad de que otros titulados superiores puedan acceder a estos puestos, en tanto que con la enmienda transaccional entendemos que queda perfectamente reflejado el espíritu de la directiva comunitaria, por otra parte norma de Derecho necesaria en el Estado español.

En consecuencia, creemos que podía aceptarse plenamente la transaccional, y en este caso se vería de alguna forma reconocido el hecho de que en la propia ley figurara específicamente la profesión de técnico titulado superior farmacéutico.

En cuanto a las enmiendas presentadas por el Grupo Popular, entendemos que básicamente, y en cuanto a la filosofía general, no son, de alguna forma, distintas al proyecto de ley, por cuanto son cuestiones prácticamente de matiz. Creemos que los principios que deben informar toda la regulación, en este caso básica, de los productos farmacéuticos, tienen que conformarse en base a una serie de principios que, por otra parte, quedan perfectamente recogidos en este proyecto de ley, como la eficacia, la tolerancia, la pureza, la estabilidad y la información. En este sentido, el proyecto de ley contempla perfectamente todos estos principios y los consagra, para que los medi-

camentos sean seguros y eficaces, con la debida calidad y pureza. Creemos que el proyecto de ley responde perfectamente a estos principios y que las enmiendas presentadas por el Grupo Popular no mejoran el proyecto de ley.

En consecuencia, nuestro Grupo Parlamentario votará en contra de todas las enmiendas presentadas, y anuncia que aceptaríamos la enmienda transaccional que ha presentado el Senador del Grupo Mixto, en el sentido de la redacción que yo mismo he expuesto en esta tribuna.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Senador Villalonga, para evitar errores, me lo va a dar por escrito, y si los Grupos firman la transaccional, no hay inconveniente. Mientras usted la redacta, un minuto más o menos de Pleno no tiene importancia.

¿Turno de portavoces? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Andreu.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Gracias, señor Presidente. Señorías, nuestro Grupo insiste en el concepto de productos farmacéuticos que afectan seriamente a las competencias de las Comunidades Autónomas. Solicitamos la modificación de los términos en el sentido de que el ámbito regulado sea precisamente el de productos farmacéuticos y no el de artículos sanitarios.

Gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias, Senador Andreu.

Tiene la palabra el señor Bajo.

El señor BAJO FANLO: Gracias, señor Presidente.

Únicamente para manifestar al portavoz del Grupo Socialista que los argumentos que me ha expuesto sobre nuestra enmienda 120, en la que él entiende que, efectivamente, corresponde al Gobierno o al Estado valorar la idoneidad, puede, con la interpretación que él hace, que corresponda al Estado hacer la valoración sobre idoneidad. Sin embargo, yo insisto concretamente en que en el apartado I, donde se dice que corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la idoneidad de los demás productos y artículos sanitarios, tanto para autorizar su circulación y uso como para controlar su actividad, no entiendo muy bien qué es lo que se quiere expresar en la frase «como para controlar su actividad». Si se entiende por controlar su actividad controlar la circulación y uso, es donde yo pongo el énfasis, en el sentido de que controlar la circulación y uso de medicamentos es competencia de las Comunidades Autónomas. De ahí que en nuestra enmienda proponga que se reconozcan estas competencias de las Comunidades Autónomas.

En lo que se refiere a nuestras enmiendas 121 y 139, tal y como ha dicho el portavoz del Grupo Socialista que tiene que ser regulado y es intención del Gobierno regular la profesión de los informadores técnico-sanitarios o visitantes médicos, como hoy se les llama, agradecer la intención de regular esta profesión y entiendo que lo hará a la mayor brevedad posible.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Algún Senador del Grupo Popular había pedido la palabra para el turno de portavoces? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Bautista de la Torre.

El señor BAUTISTA DE LA TORRE: Tenía que decir al señor Villalonga que la disciplina que se estudia en biología no es exactamente el estudio que se hace del medicamento en la facultad de farmacia.

Respecto a la propaganda, las dos enmiendas que nosotros hemos presentado responden a los estudios del Real Decreto de 1977, la Orden de 1980, el Real Decreto de 1981 y un Decreto de 1985. Regularmente se reúnen para dictaminar cuáles son los «spots» publicitarios y se discuten exactamente en la Dirección General de Farmacia y en la Subdirección General de Control Farmacéutico y en la redacción de la publicidad. El año pasado se han reunido 21 veces y se han encontrado soluciones. De un tiempo a esta parte parece ser que ya no hay reuniones y parece que se quiere establecer, de manera unilateral, una censura previa sin contar con los que están dedicados a esto exclusivamente.

Por ello, digo que respecto a la biología, el estudio es distinto, y respecto a la propaganda, está muy reglamentado todo, pero últimamente parece ser que no se lleva a cabo con la corrección debida.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Tiene la palabra el señor Villalonga.

El señor VILLALONGA RIUDAVETS: Muchas gracias. Solamente para reiterarme en la posición de nuestro Grupo que hemos expuesto anteriormente respecto a todas estas enmiendas y, en definitiva, al título del proyecto de ley.

En consecuencia, nuestro Grupo manifiesta una vez más que votará en contra de las enmiendas presentadas, excepto de la transaccional.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Me puede traer la transaccional, señoría? (Asentimiento.)

Vamos a empezar las votaciones. (El señor Bajo pide la palabra.) Tiene la palabra el señor Bajo.

El señor BAJO FANLO: Muchas gracias, señor Presidente. Intervengo para que quede constancia clara y no ocurra lo que anteriormente. Yo pediría que, si es posible, se votara separadamente el apartado I del artículo 95.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): No hay ningún problema, pero, si tiene la amabilidad, cuando lleguemos a la votación de los artículos me lo recuerda, porque aún no hemos votado las enmiendas.

El señor BAJO FANLO: Muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): De todas formas, yo tomo nota. No hace falta que me lo repita. **Votamos las enmiendas del Grupo Cataluña al Senado. Se inicia la votación. (Pausa.)**

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 151; a favor, 30; en contra, 114; abstenciones, siete.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan rechazadas.

Votamos las enmiendas del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 151; a favor, 11; en contra, 140.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan rechazadas.

Senador Bernárdez Alvarez, entiendo que retira su enmienda tras la presentación de la transaccional.

El señor BERNARDEZ ALVAREZ: Sí, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda retirada la enmienda del Grupo Mixto.

Votamos las enmiendas del Grupo Popular.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 151; a favor, 30; en contra, 120; abstenciones, una.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan rechazadas.

Ruego al señor Secretario que dé lectura a la enmienda transaccional para información de SS. SS.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): Enmienda transaccional al artículo 100, número 3. Nueva redacción: «Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico farmacéutico o titulado superior suficientemente cualificado, de acuerdo con las directivas farmacéuticas de la Comunidad Económica Europea».

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Están enteradas SS. SS.? (Asentimiento.)

Propongo que se apruebe por asentimiento de la Cámara. (Pausa.) Así se entiende aprobado.

Vamos a votar el texto del dictamen que comprende del artículo 95 al 103, pero como hay una solicitud del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos de que el apartado 1, del artículo 95, se vote separadamente, vamos a votar primero el apartado 1, del artículo 95.

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 149; a favor, 112; en contra, 26; abstenciones, 11.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Queda aprobado el apartado 1, del artículo 95.

Votamos conjuntamente el resto del artículo 95 hasta el 103 inclusive, que comprende el Título V, conforme al dictamen, salvo que haya alguna petición en contrario. (Pausa.)

Se inicia la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 151; a favor, 122; en contra, 26; abstenciones, tres.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Quedan aprobados.

Señorías, a efectos de tiempo les comunico que se va a debatir el Título VI; después levantaremos la sesión hasta mañana a las diez y media, al terminar la votación de dicho Título.

Aunque falta un minuto para cumplir las cinco horas de sesión, pido autorización a la Cámara para terminar este Título VI. (Pausa.) ¿Lo someto a votación, señorías? (Pausa.)

Enmiendas del Senador López Hueso, que tiene la palabra para defenderlas.

El señor LOPEZ HUESO: Muy brevemente, señor Presidente.

La enmienda 330 simplemente es para una corrección técnica; donde pone «Universidades» decir «Facultades de Medicina», por entender que los hospitales y los centros de atención primaria deben depender de la Facultad de Medicina más que de la Universidad. Es simplemente, como digo, una corrección técnica.

Con la enmienda 331 quiero introducir dos puntos nuevos, el 6 y el 7.

El número 6 dice: «Se elaborarán programas de docencia para postgraduados que serán homologados por el Ministerio de Sanidad siendo obligatorio su estricto cumplimiento».

El siguiente punto, elaborar una normativa para hacer posible la especialización con sistemas alternativos al MIR, ya lo hemos discutido otras veces aquí con el Ministro de Sanidad, y seguimos insistiendo en que es interesante que el Partido Socialista considere que deben haber otros sistemas de especialización alternativos al MIR. No se puede frustrar la vocación de muchos jóvenes licenciados en Medicina que no han podido acceder al MIR y que desean especializarse, como sabe el señor Ministro que existe en otros sistemas en que, por ejemplo, están los asistentes voluntarios. Creemos que esto debería regularse y tenerse en cuenta en una ley de sanidad.

Por último, la enmienda número 332 simplemente quiere hacer constar que los fondos destinados a la investigación sean reflejados en los Presupuestos Generales del Estado. No vemos inconveniente alguno para que esto fuera así.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias.

Cataluña al Senado. Tiene la palabra para defender sus enmiendas el señor Andreu.

El señor ANDREU I ABELLO (don Carles): Las damos por defendidas, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias, señor Andreu.

Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos. Enmienda número 124. Tiene la palabra el señor Bajo.

El señor BAJO FANLO: Muchas gracias, señor Presidente.

En esta enmienda se propone la modificación del texto del número 2 del artículo 105, que debería decir: «La investigación en biomedicina y en Ciencias de la Salud habrá de desarrollarse de forma coordinada».

El precepto, tal y como aparece en la ley, da la impresión de que ignora la existencia del Estado de las Autonomías, que permite la posibilidad de diferentes políticas, como consecuencia de la diversidad de ordenamientos en una misma materia. Para evitar disfunciones, el Estado tiene atribuida la titularidad de la normación básica y de la coordinación, pero como presupuesto previo a estas competencias está el reconocimiento de la diversidad de actuaciones en materia sanitaria. No hay una política sanitaria sino varias, que coordinadas integran el sistema sanitario conjunto.

Desde nuestra perspectiva, nosotros no podemos ignorar que en investigación la Comunidad Autónoma del País Vasco tiene competencias exclusivas, salvo la limitación constitucional.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): Gracias.

Grupo Popular. Para defender sus enmiendas, tiene la palabra su portavoz.

El señor GURRIARAN CANALEJAS: El Grupo Popular, a este importante Título de docencia e investigación, tiene varias enmiendas, algunas de modificación y otras de adición.

La enmienda 252 es al artículo 104, que en su número 2 dice: «Por el Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, se establecerán las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la medicina y enfermería...».

Nosotros consideramos que este número está redactado de forma insuficiente, toda vez que se ha olvidado de otras facetas de la ciencia que son fundamentales para la salud y para la sanidad. Así, pues, creemos que este número debe ampliarse, a partir de «medicina», para decir: «... de la medicina, farmacia y veterinaria de salud pública, enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieren». Creo que esto está en perfecta concordancia con la importancia que tiene la educación, la formación de todos los

que van a intervenir en la sanidad. Si dejamos fuera conceptos tan importantes como son la farmacia y la veterinaria, quedaría mal redactado. Por ello insistimos en la necesidad de incluir esto, que coincide además con lo expuesto hace pocos minutos por el portavoz del Grupo Socialista, Senador Trapero, que hablaba de la necesidad de que se integrara y que no nos limitáramos a hablar de la medicina sino que habláramos también de las demás ciencias que intervienen, en relación íntima, con la salud y con la sanidad.

En la enmienda número 253, también al artículo 104.3, pedimos la supresión de dicho número, toda vez que afecta a la autonomía universitaria y a las competencias de área de su administración. Pensemos en que si existe ya una Ley Orgánica de Universidades no tenemos por qué señalar aquí a la Universidad unas limitaciones, sino que debe existir libertad para esas universidades, que son las que van a dar las enseñanzas, o a través de esas enseñanzas, y no se les deben poner cortapisas ni limitaciones en cuanto a cómo han de hacer la planificación de todas estas enseñanzas con las garantías suficientes de los planes que se redacten.

La enmienda 254, al número 4 de este mismo artículo 104, propone un texto complementario al segundo párrafo que diga: «Para poder cumplir mejor sus fines docentes, deberá preverse la adecuada participación de las universidades en los Organos de Gobierno de las Instituciones Sanitarias con funciones universitarias». Es perfectamente concordante con la enmienda 253 que acabamos de defender. Se debe tener en cuenta a las universidades que son las que van a facilitar las enseñanzas, o mejor aún a las propias Facultades de Medicina, Farmacia y Veterinaria, que son las que deberían tomar una parte activa en esa planificación de los estudios que se van a realizar en ellas.

Completando un poco todo lo relacionado con la docencia e investigación, nosotros proponemos en la enmienda 255 un nuevo apartado, el número 6, cuya redacción sería: «Los recursos que el Estado y las Comunidades Autónomas destinen a la docencia, serán independientes de los ingresos del Sistema Sanitario». Esta es una precaución esencial de carácter financiero, pero que debe ser clara porque supone una cautela financiera en cuanto a que los medios destinados a la docencia no sean aplicados a otros conceptos, lo cual perjudicaría enormemente a esta docencia.

La enmienda 256 es una enmienda de adición de un apartado nuevo, que sería el número 7, cuyo texto sería: «Se facilitará la formación especializada de los profesionales sanitarios sin más limitaciones que las posibilidades docentes de las instituciones acreditadas. Se actualizarán periódicamente las relaciones de especialidades ya existentes y la posible creación de otras nuevas, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos que así lo requieran. Existirán además "Relaciones de Competencias Profesionales" para aquellas áreas en que así se precisen por las necesidades asistenciales o tecnológicas, regulándose reglamentariamente la correspondiente formación y acreditación. El número de especialistas en formación, in-

cluidos en los programas del Ministerio de Sanidad, se establecerá según las necesidades del país, oídos los Consejos Nacionales de especialidades. Asimismo, para el ejercicio de la docencia y la investigación de la Veterinaria y Farmacia de Salud Pública, se fomentarán los conciertos entre la Universidad y las Instituciones Sanitarias y organizaciones empresariales de los sectores de la alimentación y de los medicamentos».

Con esto se establece una verdadera libertad de la especialización de los profesionales sanitarios en relación con la Sanidad. Hay que tener en cuenta que en la forma en que se están realizando hoy las especializaciones están cortadas las libertades de tomar la decisión de que estas libertades sean verdaderas, toda vez que se limitan a hacerse a través de un procedimiento, no con libertad de elección de la especialidad, sino con un criterio de una puntuación que se obtiene a través de unos «test», que no tienen nada que ver con la verdadera libertad de elección de especialidad.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Lizón Giner): ¿Turno en contra? (*Pausa.*) Tiene la palabra el Senador Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Señor Presidente, señorías, voy a intervenir muy brevemente con respecto a este Título, ya que el número de enmiendas es reducido y parece que hay un acuerdo, yo diría que mayoritario, sobre el propio contenido del Título.

Unicamente quiero hacer algunas aclaraciones a la enmienda número 124, del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos, y decirles y recordarles nada más que lo que dice el artículo 149.1.15 de la Constitución, donde se habla del fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica. (*El señor Presidente ocupa la Presidencia.*) No solamente se habla de coordinación, sino que la propia Constitución habla sobre el fomento de la investigación científica y técnica. Por eso no podemos aceptar la enmienda.

Asimismo, quiero decir al señor López Hueso, en relación a su enmienda y a alguna otra que se ha presentado sobre el tema de la formación, que este tema yo creo que ya está regulado, e incluso se ha debatido suficientemente en esta Cámara. Existen otros métodos de acceso a la especialidad, a la titulación de especialización, no solamente el sistema MIR; existe el 5 por ciento, que se realiza en instituciones privadas; existe también la reválida para títulos que se han realizado en otros países y existe también el diploma de salud pública. Por tanto, nos parece que el tema de la obtención de títulos no es tema a regular en esta ley, sino que ya está regulado y, por tanto, no parece lógico introducir enmiendas de este tipo.

Hay otros tres temas básicos que se plantean. El tema referido a las enmiendas 253, del Grupo Popular, y la enmienda 554, del Grupo de Cataluña al Senado, en las cuales proponen la supresión del mandato de que las universidades deben contar no solamente con un hospital, sino con tres centros de atención primaria universitaria. En ese sentido, quiero decirles que si hemos estado constan-

temente durante la ley hablando de una medicina integral, de una formación también en la promoción y en la prevención, no solamente en la asistencia sanitaria, parece lógico que la formación de los futuros médicos cuente con tres centros sanitarios que les permita habituarse con los centros de salud, que les permita habituarse no solamente con los temas asistenciales, sino con los temas de promoción y de prevención. Por supuesto que no vamos a aceptar las dos enmiendas referidas a la supresión de los tres centros de atención primaria en cada una de las universidades.

La enmienda 254, del Grupo Parlamentario Popular, lo que trata de suprimir es que la docencia y la investigación deberán ser programadas en conjunto entre las universidades y las administraciones sanitarias. Yo creo que no podrían hacerse unos programas de investigación correctos ni la docencia tendría el carácter que debe tener si no se hace en colaboración entre ambas administraciones, entre la Universidad, por una parte, y por otra la Administración sanitaria.

Para concluir, quiero referirme a la enmienda 255, presentada por el Grupo Popular, con respecto a la docencia, a la enmienda 557, del Grupo Cataluña al Senado, y a la enmienda 332, presentada por el señor López Hueso, referida a la investigación, que tratan de decir que los fondos dedicados, en su caso a la docencia y en otros a la investigación, serán independientes del sistema sanitario. Con respecto a eso quiero decirles que hemos estado constantemente hablando de un sistema integrado, donde se integra no solamente la asistencia, la promoción o la prevención, sino también la investigación y la docencia. No es posible calibrar qué tiempo nuestros sanitarios, nuestros hospitales o nuestros centros de salud dedican a la docencia y a la investigación. (*El señor Vicepresidente, Guerra Zunzunegui, ocupa la Presidencia.*) Quiero recordarles que, para quien tenga un poco de experiencia en estos campos, la docencia y la investigación se hace a la vez que la asistencia sanitaria, a la vez que la prevención o la promoción. No son dos campos separados, no se separa y se desdobra al médico o el especialista a quien le corresponda y un cierto tiempo de su día lo dedica a la docencia o a la investigación, sino que es todo un conjunto. Por tanto, va dentro de la salud y presupuestariamente no es posible desligar los conceptos de asistencia, los conceptos de atención a la salud y los conceptos de docencia e investigación.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Muchas gracias.

Vamos a debatir las enmiendas del Título VII. (*Denegaciones.*) La Cámara no lo desea. Perdón, he olvidado el turno de portavoces. El portavoz del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos, señor Renobales, tiene la palabra.

El señor RENOBALLES VIVANCO: Con la venia, señor Presidente. Simplemente quiero indicar al señor Trapero que la enmienda que hemos introducido está en concor-

dancia con la que se introdujo ayer en la Ley de Fomento de la Ciencia e Investigación tecnológica.

Ayer se reconoció que la enmienda era innecesaria porque era muy claro que en el bloque de constitucionalidad la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas en esta materia estaba ya lo suficientemente reconocida como para que no se reiterara el concepto. Sin embargo, creo que es conveniente tener presente que el artículo 44.2 de la Constitución, donde se encuentran una serie de principios, en el Título I se establece claramente que los poderes públicos promoverán la ciencia y la investigación científica y técnica en beneficio del interés general. Y los poderes públicos creo que son las Comunidades Autónomas, como lo es también el Estado. No obstante ello, y teniendo en cuenta que aceptamos, como hemos aceptado con toda normalidad, que la coordinación corresponde al Estado, no obstante ello —repito— votaremos a favor del texto de la ley.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): ¿Señores Senadores que deseen intervenir en turno de portavoces? (*Pausa.*) El señor portavoz del Grupo Popular tiene la palabra.

El señor GURRIARAN CANALEJAS: Dentro de la gran importancia de la ley de sanidad que venimos discutiendo durante el día de hoy, creo que es fundamental este Título VI, referente a la docencia y a la investigación. Francamente consideramos que no ha sido estudiado con toda la ponderación y todo el interés con que podía haberse hecho, no solamente por parte del Gobierno, sino por parte del Partido Socialista que lo sustenta.

Es un tema de la mayor trascendencia. Es necesario que la formación, tanto a lo largo de la carrera como la de los postgraduados o la formación continuada de los graduados, así como todo lo relacionado con la investigación, se tenga en cuenta a la hora de llevarla a cabo. No podemos olvidar a ninguno de los sectores que toman parte en el tema de la salud, como son los médicos, farmacéuticos, veterinarios, dentistas, ATS, etcétera, y que, a no dudarlo, la efectividad de la ley está supeditada en gran parte a esa formación, a la buena formación de estos profesionales, que en definitiva será el mejor resultado para la defensa de la salud de todos los ciudadanos.

Es necesario actualizar los planes de estudio en todos sus grados y facetas, teniendo en cuenta los constantes avances que se vienen realizando, que muchas veces son hasta vertiginosos. Por tanto, es fundamental la actualización de estos profesionales para un buen servicio de salud. Hay que reestructurar el sistema de formación de las especialidades, y ello porque, a pesar de lo que ha dicho el Senador socialista hace unos momentos, el sistema MIR no cumple, ni muchísimo menos, la labor que debería cumplir de formación de estas especialidades. El MIR se realiza en unos centros perfectamente dotados, pero queda un porcentaje elevadísimo de profesionales, con sus carreras terminadas, que no tienen acceso a él porque las plazas son limitadísimas. Pero no solamente es eso. Es

que, además, esas plazas de MIR son asignadas para una cierta especialidad, para la que a lo mejor ese profesional no tiene vocación ni le ha prestado a esa rama todo el interés debido a lo largo de su carrera y de su formación. Entonces puede haber muchos especialistas que salgan del MIR totalmente frustrados en cuanto a lo que ellos pensaban realizar en su carrera profesional.

Por tanto, no es suficiente el MIR y es necesario un cambio en la forma de tratarlo. Y no solamente es que tengamos en cuenta todos estos defectos, es que con nuestro reciente ingreso en la Comunidad Económica Europea hay que tener en cuenta las exigencias que nos marca en cuanto a la formación de todos los profesionales de la sanidad. No se limita única y exclusivamente a los médicos, sino a los farmacéuticos, a los veterinarios, a las enfermeras, a los dentistas, a las comadronas, etcétera. Estas son unas exigencias mínimas que nos van a plantear inmediatamente si pretendemos que nuestros especialistas puedan ejercer en otras naciones de la Comunidad Económica Europea.

Por tanto, el motivo y la necesidad de reestructuración de los estudios no solamente de especialidad, sino de los postgraduados y graduados, creo que es fundamental y básico.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Por el Grupo Socialista tiene la palabra el Senador Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Muy brevemente, señor Presidente, para aclarar alguno de los conceptos que se han vertido.

En primer lugar quiero decir que la enmienda a la cual usted se refiere dice: «medicina, enfermería y otras», por tanto, suponemos perfectamente que en «otras» están incluidos los estudios de Farmacia, Veterinaria y cualquiera otra de las especialidades que influyen diectamente en un tema tan complejo como el de la salud.

También deseo comentarle que respecto a la actualización de los planes de estudio es un tema que no depende de esta ley de sanidad. Es un tema que depende del Ministerio de Educación, es otro departamento y es otra legislación completamente diferente, y no puede estar contenido en una ley como ésta. Lo único que puede hacer la ley es lo que yo creo que hace, que es coordinar los trabajos de la docencia con la investigación, con la asistencia sanitaria, con la prevención, la promoción, la rehabilitación y la reinserción.

Por tanto, lo que se prevé precisamente es la integración entre Administración sanitaria y Universidad para todos estos trabajos. Desde ese punto de vista quiero decirle que nos sigue pareciendo que el que las Universidades puedan contar con tres centros de salud es básico y fundamental para dar a los estudiantes de medicina una formación unida también a los problemas asistenciales primarios.

Deseo decir también al representante del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos que el punto que ustedes quieren sustituir se refiere a que la investigación en bio-

medicina y en ciencias de la salud habrá de desarrollarse en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud. Nos parece que no es posible avanzar en un campo de investigación si no va acompañado con la política nacional de investigación y con las investigaciones que se están haciendo en otros sectores concretos. Bajo este punto de vista tiene que haber una coordinación y una supeditación a la política nacional de investigación, que es lo que permitirá que haya avances también en el campo de la salud, que haya avances en el campo de la medicina. Creo que a ninguno de nosotros se nos oculta que estos sectores de investigación están tremendamente enlazados y las investigaciones o los descubrimientos en química tienen una repercusión inmediata en el campo de la salud y en otros campos de investigación de la salud.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Vamos a proceder a la votación porque, si bien anteriormente se indicó que no se iba a realizar la votación del Título VI, consultada la Mesa, ésta ha decidido, por unanimidad, que se vote el Título VI. En primer lugar... *(El señor Trapero García pide la palabra.)* Puede intervenir, señor Trapero.

El señor TRAPERO GARCIA: Señor Presidente, no sé si se ha recibido en la Mesa, aunque se ha entregado al Letrado, una corrección que trata de suprimir en el artículo 110 desde el apartado 2 en adelante por un error en la Ponencia.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Efectivamente, se suprimen los apartados 2, 3, 4, 5, 6 y 7, quedando sólo el apartado número 1 firmado por todos los Grupos Parlamentarios.

El señor TRAPERO GARCIA: Me dicen que es el apartado 4 el que debería ser el apartado 1, porque lo han colocado en el punto 4.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Perdón, un momento. Para mayor claridad el señor Secretario primero va a leer exactamente el texto de la enmienda transaccional firmada por todos los Grupos. Señor Secretario, le ruego que dé lectura.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): En el artículo 110 se suprimen los apartados 2, 3, 4, 5, 6 y 7, quedando sólo el apartado 1.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): ¿Están conformes? *(Pausa.)*

El señor TRAPERO GARCIA: Señor Presidente, ha habido un error. En la Comisión han colocado en el apartado 4 el que nosotros creíamos que era apartado 1. Por tanto, el que tiene que quedar nada más es el apartado 4 y se suprime el resto, que es la enmienda socialista presen-

tada con el número 661, y que fue aceptada en Ponencia. Por tanto, este es el único texto que queda como artículo 110.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Esta Presidencia tiene un escrito firmado por todos los Grupos Parlamentarios. Con objeto de que no haya errores, yo ruego que o bien se presente un escrito nuevo o bien me den la conformidad los señores portavoces. Agradecería a los portavoces que en este mismo escrito...

El señor LABORDA MARTIN: Es que no haría falta, porque el informe de la Ponencia ya lo indica claramente. *(Pausa.)*

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Ruego al señor Secretario primero lea el nuevo texto de la enmienda.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): Artículo 110. Se suprimen los apartados 1, 2, 3, 5, 6 y 7, quedando sólo el apartado número 4.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): ¿Están de acuerdo? *(Pausa. El señor Mateos Otero pide la palabra.)* Señor Mateos.

El señor MATEOS OTERO: Rogaría que se leyera lo que dice el apartado 4.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): Conforme. Señor Secretario, ruego lo lea.

El señor SECRETARIO (Rodríguez Pardo): Según esta enmienda, el artículo 110 tendría un solo apartado, que sería el que figura actualmente con el número 4, cuyo texto es el siguiente: «Corresponde a la Administración sanitaria del Estado valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria».

Según el texto literal de esta enmienda, todos los demás apartados se suprimen y, por tanto, el número 4, como tal número 4, desaparecería, y quedaría integrado el artículo estrictamente por el párrafo al que he dado lectura.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): ¿Sus señorías están de acuerdo? *(El señor Mateos Otero pide la palabra.)* Señor Mateos.

El señor MATEOS OTERO: Nosotros lo entendemos perfectamente y estamos de acuerdo, pero rogaríamos a la Presidencia que, para mayor tranquilidad de todos, como ha habido varios errores y es una ley complicada (no digo conflictiva, pero sí complicada) por la cantidad de enmiendas que ha tenido, que se haga un nuevo escrito y lo firmemos en los términos en que se ha leído, con lo cual estaríamos de acuerdo totalmente.

El señor VICEPRESIDENTE (Guerra Zunzunegui): En ese caso, vamos a levantar la sesión, no votamos el Título VI y se presentará en las debidas condiciones, antes de que se inicie la sesión de mañana a las diez y media, un texto conforme en que se supriman todos los apartados, salvo el número 4 del artículo 110, firmado por todos los

portavoces de la Cámara. ¿Están de acuerdo SS. SS.? (Asentimiento.)

Se suspende la sesión, que se reanudará mañana las diez y media.

Eran las nueve y treinta de la noche.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961