



CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Sesiones informativas de Comisiones

Acta taquigráfica de la sesión celebrada por la

COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

**el viernes, día 18 de febrero de 1983, con asistencia del señor Ministro de
Sanidad y Consumo (Lluís Martí), quien expuso la política general de su
Departamento**

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

El señor **PRESIDENTE** (Saavedra Acevedo): Señoras y señores Diputados, como único punto del orden del día tenemos la comparecencia, a petición propia, del Ministro de Sanidad y Consumo, señor Lluch. Nos corresponde darle la bienvenida a esta Comisión, en la que, con comparecencias como ésta, nos encontramos con instrumentos de trabajo para sesiones sucesivas; porque, de esta manera, el Ejecutivo explica sus planes, sus proyectos, al mismo tiempo que se somete al control de esta Comisión respecto a dichas ideas. A nosotros nos satisface en particular tener estos contactos con los representantes del Poder ejecutivo y, con el fin de no restar tiempo a su intervención ni a la de cada uno de ustedes, como ya ocurrió el día pasado, la sesión se realizará conforme a las previsiones del artículo 202 del Reglamento de esta Cámara.

Por consiguiente, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Lluch Martín): Señor Presidente, señoras y señores Diputados, después de cinco años de haber sido y seguir siendo actualmente Diputado, para mí es especialmente grata esta comparecencia a la que, al mismo tiempo, desde el Ministerio y yo personalmente damos mucha importancia, puesto que estamos ante un mecanismo fundamental en una democracia política, es decir, en la única democracia existente, que es el de la explicación de los programas ante la Comisión respectiva.

Es evidente también que la tarea y la voluntad de un Ministerio es difícil de resumir en un tiempo breve. Llamo tiempo breve a una unidad superior a la hora; pero, pese a

esto, pienso que quedarán muchos temas en el aire y que, a pesar de las preguntas que después se puedan hacer —y todo el tiempo que se pueda dedicar a ellas, que, por mi parte, es ilimitado—, seguro que quedarán muchas cosas en el aire por la complejidad propia de este Ministerio.

El planteamiento general de nuestra política está basado fundamentalmente en lo que hemos presentado los socialistas durante nuestro programa electoral. Por tanto, voy a ser extraordinariamente breve en el enmarque de cuál es nuestra política. Nuestra política sanitaria quiere crear un servicio de salud integrado que extienda a todos los ciudadanos la atención a la misma. Tal política se basará en la promoción de la salud, en la prevención individual y colectiva, en la atención primaria, en la asistencia eficiente y en la reinserción social del paciente.

Se valorarán permanentemente los programas y presupuestos con un control estricto de los gastos y de la calidad; se buscará la optimización de la gestión de los recursos sanitarios y hospitalarios, y se pretenderá y se prestará particular atención al trabajo en equipo y al centro de salud integrado. Se llevará a cabo una política de personal sanitario que promueva la dedicación, el cumplimiento de las normas y funciones y una racional formación profesional. Se impulsará la investigación sobre la salud; se llevará a cabo una nueva política de especialidades en orden al concepto integral de la salud. Se tutelarán los derechos de los enfermos, en todos los centros y servicios sanitarios. Se establecerán instrumentos de participación comunitaria en las estructuras sanitarias. Se reformará la Administración sanitaria en un sentido de descentralización y de protagonismo de las Corporaciones locales y se unificarán las diferentes redes sanitarias públicas.

Todo ello entraña una reforma de la Admi-

nistración sanitaria y la promulgación de las Leyes básicas de defensa del consumidor, de sanidad, del medicamento y de sanidad alimentaria. A la vez, se potenciará y se reordenará la gestión y la inspección sanitaria.

La reforma y regionalización de la gestión del sistema entraña las siguientes medidas: Primera, la reforma del hospital público. Se potenciará la autonomía de gestión, imponiendo criterios generales de maximización de la eficiencia, así como controles de calidad. El cumplimiento de las normas sobre horarios e incompatibilidades será complementado por una política adecuada de remuneraciones. Se implantarán nuevas medidas diferenciadas para atender nuevas demandas y se propiciará la apertura del hospital a su entorno, creando unidades de especialización de día y a domicilio. Se reordenará la asistencia a enfermos privados en hospitales públicos. Se racionalizará la admisión hospitalaria y los servicios administrativos y médico-administrativos.

En segundo lugar, la asistencia sanitaria concertada obedecerá a criterios de complementariedad, normalización, transparencia y controles de las cláusulas de la calidad y de los derechos de los enfermos.

El tercer gran objetivo es potenciar los niveles de atención primaria y en concreto los centros de salud y hospitales comarcales, incluyendo programas acomodados a los indicadores de salud del área. En la atención primaria, se introducirá progresivamente la jornada laboral ampliada, estableciendo en caso necesario sistemas de turnos análogos a los de los hospitales con control de responsabilidades, de horarios e incompatibilidades. Se crearán plazas específicas para especialistas en Medicina de familia y salud comunitaria.

En el nivel primario habrá plena libertad, en cuarto lugar, de elección de médico de la Seguridad Social para Medicina general, pediatría y tocoginecología. Se tenderá a que la retribución del sanitario sea por usuario y no por familias adscritas.

En quinto lugar, se combatirá la masificación de consultas y el excesivo tiempo asistencial. Se propiciará la información clínica; se evitará la injustificada utilización de me-

dios, de diagnósticos, de prescripciones y fármacos o el envío a hospitales de problemas subsanables por la atención primaria.

En último lugar, como último objetivo, la política de medicamentos se fundamentará en una racionalización de la oferta por criterios sanitarios, en el impulso de la investigación y de la industria nacional del medicamento y en la reordenación del registro y del precio de fármacos. Estos grandes principios de la política sanitaria son los que van a presidir la tarea de este Ministerio en los próximos cuatro años.

En una presentación de un programa ante una Comisión parlamentaria, parece lógico que el primer tema concretado y desarrollado sea el del programa legislativo. Hemos intentado hacer un programa legislativo que cumpla con la obligación, por parte del Gobierno, de la presentación de las cuatro grandes Leyes del campo sanitario y de consumo a que nos comprometimos durante la campaña electoral. Asimismo, hemos adecuado la concentración de este programa a las tareas parlamentarias, de tal manera que estas grandes Leyes se planteen sucesivamente ante el Congreso de los Diputados, de forma que las Comisiones puedan ir concentrando su atención en los temas adecuados, no de una manera simultánea, sino de manera sucesiva, lo que puede permitir una mayor facilidad para el trabajo de las señoras y señores Diputados.

El programa legislativo del Ministerio se centra principalmente en las siguientes Leyes: Primera, Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Existe ya una comisión constituida dentro del Ministerio que dispone de toda la documentación procedente de la anterior legislatura e incluso de algún Parlamento autonómico, como el caso vasco, en que se ha hecho una Ley sobre este aspecto, y textos del Derecho comparado en los principales países de Europa. Esta Ley pretende establecer un marco general de defensa del consumidor y que sienta las bases para el ejercicio de las competencias que corresponden a la Administración central en relación con las autonomías. Regulará temas como los del control de publicidad, asociaciones de consumidores, procedimientos especiales en defensa de los usuarios, etcétera.

Esta Ley es tanto más importante cuanto que el Tribunal Constitucional se acaba de pronunciar en relación con la Ley que sobre las mismas materias aprobó el Parlamento vasco. El calendario de esta Ley, al margen de precisiones que haré más adelante, es que el 30 de enero pasado tenía que estar acabado el anteproyecto de esta Ley. Efectivamente, ha estado preparado y en estos momentos disponemos de un primer anteproyecto, de un primer borrador de anteproyecto, que está siendo sometido a consulta en los términos que dice la Constitución con respecto a las asociaciones de consumidores. Ha sido también expuesto en sus grandes líneas a las Comunidades Autónomas y, asimismo, pensamos establecer en los próximos meses un período de consulta de este primer anteproyecto, que dé lugar a que en fechas cercanas, al final del primer trimestre y principios del segundo, podamos establecer ya un anteproyecto más formalizado con el objetivo de que en el mes de junio entre en esta Cámara el proyecto de Ley, una vez sea aprobado por el Consejo de Ministros.

La segunda es la Ley Básica de Sanidad, que es fundamental para la ordenación del sistema sanitario en general y que es, evidentemente, muy importante, sobre todo, porque en el sentido y en el espíritu de la propia Constitución se indica que la sanidad es una materia profundamente autonomizable, es decir, que en líneas muy importantes va a estar bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas.

Es fundamental definir de manera clara en esta Ley la alta inspección del Estado y la coordinación general que la Constitución atribuye como competencia exclusiva al Gobierno central. Esta Ley ha sido, además, reiteradamente solicitada por las Comunidades Autónomas para que distinga las diversas competencias y coordinaciones necesarias del usuario de la sanidad y en general.

En estos momentos la Ley está en los siguientes niveles: está en trance de constitución la Ponencia de la Ley Básica de Sanidad. Se ha empezado ya a trabajar en ello. En esta Ponencia va a figurar también la representación de tres Comunidades Autónomas, puesto que hemos creído que, aunque esta Ley es

responsabilidad del Congreso de los Diputados y, por tanto, competencia exclusiva del Estado, es bueno que en la Ponencia estén también voces de las Comunidades Autónomas en cargos que van a elegir ellos por las razones que ya he indicado anteriormente. También, más adelante, especificaré más cosas con respecto a esta Ley.

Por tanto, estamos constituyendo una Ponencia de la Ley Básica de Sanidad. Pensamos trabajar en ella durante todo el año 1983 y que entre en el Congreso de los Diputados en enero de 1984, a comienzos, por lo tanto, del próximo año.

La tercera es la Ley del Medicamento. Está en estos momentos en fase de preparación mucho más atrasada, puesto que por las razones que les he dicho, nos parece que es bueno que esta Ley se presente después de la Ley Básica de la Sanidad y, por otro lado, porque, como les he indicado, nos parece que las Leyes tienen que ir presentándose sucesivamente. Es una Ley que va a pretender regular el medicamento en todo su concepto, tanto de fabricación como de distribución y de uso, y pensamos que se presente en este Congreso de los Diputados en enero de 1985.

En último lugar, la Ley de Sanidad de los Alimentos, que pretende establecer un marco legal para la producción, el control y aspectos sanitarios de los alimentos en general. Pensamos que esta Ley se debe presentar en el Congreso de los Diputados a finales del año 1984.

Estas son las cuatro grandes Leyes que vamos a presentar durante este período legislativo, al margen, evidentemente, de otras Leyes que las necesidades obliguen a presentar. Estas con las cuatro Leyes que pensamos que pueden ordenar tanto el campo de la sanidad como el del consumo de una manera fundamental.

Al llegar al Ministerio de Sanidad y Consumo se han advertido algunos problemas sobre los cuales hemos dedicado una enorme atención. El primer problema es el de la inexistencia de un sistema de relaciones sanitarias que en otros campos se produce ya con una cierta normalidad, es decir, que hay una institucionalización de relaciones, por ejemplo, en el campo de las relaciones industria-

les, donde a veces hay consensos, a veces hay disparidades, pero hay ya un ambiente fluido de cuáles son los agentes, los diversos grupos que intervienen en estas relaciones y cómo se relacionan. En el campo de las relaciones sanitarias esto no existía. Por tanto, hemos establecido un esquema sobre el cual estamos trabajando y haciendo una labor que yo creo que puede ser medida, al menos en las últimas semanas, en función de que ha habido ya una mucho mayor fluidez entre los diversos organismos o entes que están trabajando en el mundo de la sanidad.

A nuestro entender, este modelo de relaciones sanitarias hay que establecerlo fundamentalmente en consideración a tres tipos de organizaciones. En primer lugar, los Colegios Profesionales —sean de médicos, de farmacéuticos, de veterinarios—, puesto que tienen un papel relevante en el campo sanitario y, además, la Constitución les reconoce este papel de una manera explícita en su artículo 39.

Se han tenido contactos con estos Colegios y se les ha pedido su opinión sobre diversas medidas. Por ejemplo, en el caso de los Colegios de Médicos se les ha pedido sus opiniones sobre los criterios básicos de la Ley de Sanidad, se les ha pedido su opinión sobre la libre elección de médico, sobre la jerarquización de las instituciones sanitarias abiertas, sobre las asociaciones médicas y sobre algún otro tema. Sólo hay una contestación a uno de estos temas, pero con el Consejo General de los Colegios de Médicos hay en ese sentido unas relaciones, y estamos a la espera de que nos den sus opiniones.

Lo mismo hemos hecho con otros Colegios, con el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Creemos que ésta es una línea positiva y, por lo tanto, será el primer instrumento de institucionalización de un sistema de relaciones sanitarias.

En segundo lugar, hemos establecido relaciones con los sindicatos que trabajan en el campo sanitario, medidos, evidentemente, con el resultado de las últimas elecciones y que, por lo tanto, son tres: Unión General de Trabajadores, en primer lugar, por su importancia en las últimas elecciones; en segundo lugar, Comisiones Obreras, y, en tercer lugar, la Confederación Estatal de Sindicatos Médi-

cos. Hay en algunas zonas de España algunos otros sindicatos de peso con los que se está en vías de tener este tipo de relaciones.

Es evidente que habrá que hacer un esfuerzo para deslindar lo que son las responsabilidades y el tipo de problemas que afectan a los Colegios y distinguirlos de los que afectan a los sindicatos, como también de un tercer gran tronco del mundo sanitario, que son las sociedades profesionales o las sociedades denominadas en el mundo internacional sanitario como sociedades científicas que en el campo de la Medicina han adquirido en España una gran importancia, afortunadamente —hay casi 70 sociedades de especialización médica—, y que en otros campos sanitarios están teniendo también un enorme desarrollo, como es, por ejemplo, el campo de los farmacéuticos, donde han aparecido ya diversas asociaciones como Farmacéuticos de Hospital, Farmacéuticos de Industria, que abarcan un campo importante en un nivel mucho más estrictamente profesional de difusión de conocimientos, de expansión de conocimientos, etcétera.

Hemos tenido contactos con diversas sociedades científicas y estamos impulsando el que haya algún mecanismo de coordinación entre estas sociedades que hagan más fácil el diálogo entre la Administración central y estas sociedades que, como ustedes pueden deducir de los números que les he dado, son alrededor de unas 90 en su conjunto. Es difícil de establecer un diálogo simultáneo con 90, y por lo tanto, al menos entre las médicas, los Presidentes de las principales sociedades científicas han propuesto un mecanismo de coordinación que pueda facilitar algunos temas estrictamente profesionales, como es, por ejemplo, la mejora del Decreto de especialidades médicas, por lo que pensamos que este tercer tipo de instituciones debe tener un papel importante.

En opinión del Ministerio, estos tres tipos de organizaciones no son las más importantes, pero hay otras que están naciendo y que tendrán en el futuro un papel evidentemente diferenciado, como son asociaciones de defensa de la salud pública o bien de usuarios de la Sanidad, que se están expansionando de una manera considerable y que, aunque no

tienen el grado de consolidación de los tres tipos que he definido con anterioridad, es evidente que un análisis de lo que puede suceder en el futuro podrá hacer, al menos desde nuestra perspectiva, que este cuarto tipo se vaya afianzando.

No hace falta que recuerde a las señoras y señores Diputados que la Constitución, en el caso de los consumidores, da a la Administración un papel activo en el fomento de este tipo de instituciones y, por lo tanto, no nos inmiscuimos en el fortalecimiento de este cuarto tipo, sino que hay un mandato constitucional que nos abarca a nosotros.

Por lo tanto, pensamos que en el sistema de relaciones sanitarias hemos empezado a dar algunos pasos, al margen de que no siempre se coincida, pero al menos parece que hay la creciente impresión de que nunca había habido tantos contactos con la Administración Pública y no se habían hecho por escrito tantas consultas a este tipo de Instituciones, y vamos a intentar que con la máxima brevedad podamos establecer que este sistema funcione de una manera fluida y eliminando algunos problemas.

Hay problemas en este campo que nos preocupan de una manera muy frontal, de los cuales les digo con toda sinceridad que aún no tenemos una línea muy concreta, como es, por ejemplo, el problema derivado de los colegios oficiales de los ATS. Saben ustedes que hay una sentencia del Tribunal Constitucional, hay una situación compleja, desde el punto de vista jurídico, facilitada por una sentencia del Tribunal Supremo.

En estos momentos estamos tratando con las diversas Instituciones que hay en el mundo de los ATS, que son complejas, u otros mundos anejos a ellos, y digo anejos con todos los sentidos que tenga esta palabra, como por ejemplo las matronas, que es un problema concreto y que los propios afectados o interesados reconocen que es muy complicado. Hemos hecho una tarea considerable y esperamos que en un plazo de tiempo no muy alejado, de acuerdo con la sentencia del Tribunal Constitucional, se ordene la realidad de este sector.

Voy, a continuación, a expresar lo que constituye nuestro programa a corto plazo y lo

voy a hacer dedicando una especial atención a seis tipos de problemas, que son los siguientes. En primer lugar, planificación sanitaria; en segundo lugar, salud pública; en tercer lugar, farmacia y medicamentos; en cuarto lugar, Insalud; en quinto, la Administración Institucional de la Seguridad Nacional, conocido normalmente por Aisna y, en sexto lugar, el consumo.

Es evidente que la planificación sanitaria va a constituir un elemento esencial desde el primer momento, con las ideas que se vayan catalizando con respecto a la Ley Básica de Sanidad, y en el futuro la previsión sanitaria, cuando la Ley Básica de Sanidad esté ya aprobada, va a ser un marco para toda la planificación sanitaria. Esta Ley Básica de Sanidad tiene que ser un elemento, a nuestro entender, que defina un nuevo modelo sanitario que dé un marco claro al mundo sanitario en general, absolutamente imprescindible, y que sea la base necesaria para determinar los elementos que dentro de cada área son necesarios para garantizar las mismas posibilidades de salud a todos los ciudadanos con independencia de su situación económica o social.

Y a partir de ahí tenemos la intención de establecer un Plan Nacional de Salud. Para realizarlo es necesario confeccionar el inventario actualizado de los recursos existentes, con inclusión de todas las redes asistenciales, perfeccionando el mapa sanitario. Desde esta situación actual se hará una ordenación de los recursos existentes y en una programación de nuevas realizaciones que hagan posible, no en el primer año, pero sí en la perspectiva de los cuatro años, la realización en su primera etapa de los objetivos de un Servicio Nacional de la Salud. Esta programación deberá considerar los siguientes extremos: En primer lugar, la correcta ordenación del territorio nacional y, por lo tanto, el establecimiento de un mapa sanitario; en segundo lugar, el establecimiento de normas de funcionamiento de los servicios sanitarios; en tercer lugar, la planificación y ordenación de los recursos humanos; en cuarto lugar, la planificación de los recursos financieros y económicos.

El nuevo modelo sanitario debe, al mismo tiempo, conjugar las acciones que tiendan, por un lado, a aumentar la confianza de la

población en el sistema sanitario y, por otro, a elevar el nivel de situación, por el trabajo, a sus integrantes. Y querría subrayar esta doble idea: aumentar la confianza de la población en el sistema sanitario, que con frecuencia no es el nivel de confianza que el sistema sanitario merece —tenemos que hacer esfuerzos considerables en este sentido y me parece que quien haya observado las reacciones en las últimas semanas habrá visto que algo estamos ya consiguiendo—, y separar este problema de otro, que es el de elevar el nivel de socialización real sanitaria en el país; puesto que creemos que en este campo hay dos problemas; uno de confianza, en primer lugar, intentar aumentar la transparencia, aumentar la seguridad del ciudadano con respecto a su sistema sanitario, que es mejor del que a veces se ve desde la opinión pública, y, en segundo lugar, que esto no sea menoscabo para plantear todas las deficiencias que haya en el sector sanitario.

En el campo de nuestra visión de la planificación sanitaria van a ocupar un lugar preferente, y por eso lo pongo en primer lugar, las unidades de atención primaria. La reforma de la atención primaria tendrá como soporte la creación de unidades funcionales; éstas serán de nueva creación en el medio urbano y de adecuación en el medio rural, responsabilizándose de la atención de salud en un primer escalón dentro de un área geográfica determinada. Dicha atención de salud será integral e integrada; es decir, asumirá tanto las funciones asistenciales como las de promoción y prevención de salud y se interrelacionará con los diferentes escalones del sistema, tendiendo a la unificación funcional de los recursos sanitarios y no sanitarios del área.

En estas unidades prestarán sus servicios en equipo todos los profesionales implicados en la atención de la salud del área, debiendo ser también centros de integración de la población a la que presta sus servicios, canalizando y ofreciendo respuestas a sus inquietudes sanitarias. Deberá dar una respuesta positiva a las inquietudes del personal sanitario que en los últimos tiempos ha visto deteriorarse su rol social por una no adecuación de las estructuras sanitarias a las nuevas exigencias sociales. Al mismo tiempo, ofrecerá una

justa compensación económica acorde a la importancia y dedicación de su trabajo. Esto exige el que tengamos que definir a corto plazo, es decir, para el año 1983, una política en la creación de unidades de asistencia primaria.

Durante este año pensamos consolidar y realizar en primer lugar la instalación y montaje de 20 unidades de medicina de familia y comunitaria. En segundo lugar, la puesta en marcha de cinco centros de salud proyectados por la anterior Administración, pero con las características y talla de nuestro espíritu —del espíritu general que he reflejado— y, en tercer lugar, la propuesta de jerarquización de 400 médicos de cupo, con oferta de un aumento salarial considerable sobre el salario actual a cambio de una jornada laboral de cuarenta horas semanales. Con ello se crearán en el transcurso de este año 50 unidades, en total, que se instalarán en los ambulatorios con todas las especialidades, montando una unidad por la mañana y otra por la tarde con ocho médicos aproximadamente y según las dificultades de cada unidad. Este es un programa a corto plazo que queremos considerar en este año y que sirva para que en los tres años restantes podamos establecer ya un plan global para los próximos tres años que dé una nueva dimensión a la asistencia primaria, que le dé una mayor fortaleza y una mayor entereza; que, por lo tanto, haga una retención de los problemas sanitarios en esta primera red y suponga una menor presión sanitaria como resultado con respecto a la estructura hospitalaria española.

Hemos establecido ya algunas medidas concretas como alguna Orden Ministerial que ustedes ya han debido haber seguido sobre los especialistas en medicina familiar y comunitaria que van, precisamente, en este sentido.

Vamos a establecer para la política de los próximos tres años un grupo de estudio para la reforma de atención primaria que ya está funcionando en estos momentos, que nos permita a finales del año 1983 tener, como antes les decía, un programa concretado para los tres años próximos que este Gobierno tiene planteados ante sí.

Voy a explicar, dentro de la planificación sanitaria, algunas de las medidas que vamos

a adoptar sobre la asistencia hospitalaria. Estamos en estos momentos preparando una nueva estructuración de los hospitales intentando, en primer lugar, establecer unas diferencias entre los hospitales según su tamaño. Ya saben ustedes que en nuestra concepción los hospitales nuevos tienen que tener una dimensión media de alrededor de unas 300 ó 350 camas y dejarse de proyectos de hospitales mayores, de los cuales España está a nivel europeo bien dotada y que, por lo tanto, ésta va a ser nuestra línea orientadora en la construcción de nuevos hospitales. Pero mientras esta nueva línea no se vaya concretando en realizaciones habrá que hacer una reforma y una reestructuración de los hospitales existentes.

Estamos realizando en estos momentos un inventario y una agilización de los hospitales propios. Estamos intentando hacer una redistribución de excedentes del equipo y material; orientar la política de inversiones de acuerdo con la planificación general destinada a corregir desequilibrios y vamos a establecer un programa concreto de reconversión de los hospitales materno-infantiles.

También vamos a hacer una reforma de su estructura funcional y vamos a distinguir en esta estructura funcional entre los hospitales de tamaño pequeño y mediano de los grandes hospitales, donde vamos a establecer fundamentalmente una línea de introducir niveles de gerencia al lado del director médico y del director de enfermería, pero al mismo tiempo vamos a intentar en el interior de los grandes hospitales hacer también una línea de establecer grandes áreas en las cuales se pueda conducir el hospital o la parte del hospital correspondiente con un importante grado de autonomía. Por lo tanto, pensamos que en el transcurso de dos o tres meses tendremos preparada ya esta línea de la reforma interna de los hospitales, que se van a denominar en el futuro con este nombre y no con otros nombres, y vamos a unificar las diversas denominaciones en este sentido.

Otro aspecto que para nosotros es muy importante es el de la mejora y el de la humanización de la asistencia hospitalaria; mejora de los aspectos residenciales, en el sentido propio de la palabra, además de estimular el

trato individualizado y personalizado al enfermo y una mejor relación del equipo asistencial. Pensamos establecer fórmulas estimulantes del trabajo y vinculantes del personal a la institución, así como crear incentivos profesionales. Por otro lado, mejorar el funcionamiento intrahospitalario, moviéndolo hacia modelos de trabajo en equipo interdisciplinarios por problemas, superando el actual concepto «acto de servicio», no en el sentido de eliminarlo, sino en el sentido de ampliarlo.

Por otro lado, vamos a establecer un sistema funcional y real de defensa del usuario, donde haya un sistema de reclamación institucional y extrainstitucional eficaz y una elaboración y divulgación de derechos y deberes del enfermo. En este sentido, no en los hospitales, sino en un sentido global del Ministerio, hemos hecho ya algunas reformas de la estructura del Ministerio, habiendo establecido una unidad que llamamos de «acción inmediata sanitaria y de consumo» —lo que hemos intentado divulgar por los medios de comunicación—, que está recogiendo todas las quejas y todos los problemas que se plantean en el mundo de la sanidad. El éxito de esta iniciativa ha sido muy considerable y se ha mantenido esta nueva línea como una auténtica línea caliente por la frecuencia con que se está utilizando, directamente con el usuario, lo cual nos permite, además, tener un mecanismo de coordinación normal del Ministerio con el Defensor del Pueblo, que también tiene en esto una parte muy considerable (si no recuerdo mal, casi el 50 por ciento de las demandas o solicitudes de intervención del Defensor del Pueblo son en el campo sanitario). Por lo tanto, la línea que hemos experimentado ya con éxito en el Ministerio la queremos también establecer dentro de los hospitales para intentar mejoras.

A través de este sistema hemos conseguido detectar, no problemas concretos, sino que en algunos casos hemos visto problemas generales. Por ejemplo, la multitud de quejas que había alrededor de algunos puntos concretos del Ministerio. Yo destacaría uno de ellos: la distribución de los medicamentos no producidos en España, que, como ustedes saben, se distribuyen a través del Ministerio. Hemos conseguido, yo diría, a juzgar sobre todo por

lo usuarios, importantes mejoras en el transcurso de pocas semanas.

Volviendo al campo de la organización hospitalaria, queremos establecer una tercera línea de reforma, que es la mayor coordinación entre la asistencia hospitalaria con la primaria, estableciendo urgencias extrahospitalarias y hospitalarias, apoyándonos técnicamente en especialistas hospitalarios, haciendo apoyar por estos especialistas hospitalarios la atención primaria y coordinando sus funciones, así como también la apertura progresiva del hospital a los médicos de la atención primaria del área sanitaria, de la que será punto de referencia. Por lo tanto, que los médicos que estén en la atención primaria no vean al hospital como algo cerrado, sino como algo a lo cual pueden tener también acceso en los casos que se determinen y, por lo tanto, dando también por esta vía una importancia a la atención primaria.

En cuarto lugar, la transformación de la actual asistencia especializada de ambulatorios, mejorando su calidad y eficacia y potenciando, entre otros aspectos, su estrecha vinculación funcional con el hospital. A corto plazo se resolverán las anomalías o disfunciones derivadas de la asociación de especialidades indiferenciadas, como neurología y psiquiatría, pulmón y corazón, traumatología y reumatología, etcétera.

Querría entrar ahora también en el segundo grupo de problemas derivados de la salud pública. Este es un aspecto muy complejo, en el cual, como ustedes saben perfectamente bien, en España llevamos un retraso considerable y, por lo tanto, la tarea que tenemos es ingente y un poco lo pueden demostrar físicamente los tipos de medidas muy concretas que tenemos en el campo de la salud pública, expresados en este nuestro volumen que hemos confeccionado en las semanas que llevamos en este Ministerio.

Entre los principios básicos de nuestra reforma hemos dicho siempre que está la realización de una política basada en una concepción positiva integral de la salud. El sistema sanitario ha girado hasta ahora sobre la enfermedad, con una marginación y desintegración de las acciones para la programación de la salud, la prevención de las enfermedades y

la reinserción social. Nuestro objetivo es, por lo tanto, crear un sistema sanitario en que la salud sea el eje básico y donde cobren mayor importancia los aspectos de promoción y prevención, en una acción integral con atención al enfermo y su reinserción social.

La salud pública, identificada tradicionalmente como promoción de la salud y prevención de las enfermedades, constituye lógicamente un área prioritaria y diferencial de importancia. El desarrollo de este área sólo será posible si las acciones que deben realizarse se integran con la asistencia, desapareciendo el paralelismo entre salud pública y medicina curativa.

Sin una potenciación de la epidemiología no se podrán conseguir estos grandes objetivos que se propone el Gobierno. Un sistema sanitario en el que cobre cada vez mayor relevancia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, junto a una planificación racional para dar respuesta a los problemas de salud que tenemos planteados. Para conseguir estos objetivos consideramos que es inaplazable la potenciación y desarrollo de los servicios de epidemiología, a distintos niveles, dados los escasísimos profesionales que trabajan actualmente en este área y la penuria de los recursos que existen.

Hay que señalar también la falta de utilización de la epidemiología como herramienta de trabajo general por todos los profesionales sanitarios. Con este objetivo vamos a hacer diversas cosas que no quiero aquí puntualizar, pero, por ejemplo, un boletín epidemiológico que aparezca mensualmente, con una tirada de 20.000 ejemplares y que, por lo tanto, llegue a todos los profesionales sanitarios que con frecuencia no utilizan, como decía antes, esta herramienta de trabajo por la simple razón de que tienen poca información.

Precisamente uno de los problemas más graves de la actual situación es la escasa y dispersa información sanitaria que existe en estos momentos. Por ejemplo, no tenemos información epidemiológica normal con los países vecinos, con Francia, con Portugal y con Marruecos, y estamos intentando hacer un esfuerzo considerable para que esta información mejore.

No se puede planificar racionalmente si se

desconocen los problemas de la salud de la población y la eficacia de los recursos de que disponemos y no se puede saber si las acciones que emprendemos son las más adecuadas si no llevamos a cabo una evaluación continuada que tiene que ser, en primer lugar y, fundamentalmente, epidemiológica.

Para dar respuesta seria a este problema, e independientemente de las medidas urgentes que vamos a adoptar para superar situaciones puntuales, y algunas de ellas ya las hemos adoptado, este Departamento se encuentra trabajando en dos programas que empezarán a desarrollarse en el próximo año: sistema de información sanitaria y encuesta nacional de la salud.

En el sistema de información sanitaria se integrará toda la información necesaria para la planificación y evaluación de los diversos servicios, recursos procedentes de los distintos escalones y áreas en que se desarrolla la actividad sanitaria. Es necesario que todos los profesionales sanitarios entiendan la gran importancia que tiene su participación en este sistema que vamos a poner en marcha, por lo cual se les informará adecuadamente, ayudando a que esta participación se realice desde una posición comprensiva.

La encuesta nacional de salud servirá de complemento al sistema de información sanitaria, a la vez que profundizará en el conocimiento de algunos de los problemas de salud existentes. Esta encuesta se elaborará, se realizará y se está preparando conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística.

A lo largo de este año, y para ampliar en la medida de lo posible las limitaciones que suponen la falta de información a la que he aludido, vamos a elaborar un estudio epidemiológico, que llamaremos diagnóstico, de los grandes problemas de salud de la población, para que nos sirva como marco referencial para el establecimiento del programa sanitario para el próximo año.

Continuando en el campo de la epidemiología, quiero señalar otros objetivos importantes a corto plazo. El primero es el fortalecimiento y desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, gran preocupación pública, con el objeto de conseguir un mayor control de todo este

grupo de enfermedades que, aun cuando su importancia como causa de muerte ha disminuido en las últimas décadas, todavía es importante, produciendo una morbilidad muy elevada.

Ante el número de estas enfermedades, se dispone de medidas preventivas eficaces, lo que hace más urgente la adopción de estas medidas hasta conseguir su eliminación. Se empezará a trabajar de inmediato en la profundización de los estudios epidemiológicos y, cuando sea posible, en la adopción de acciones preventivas ante los problemas que configuran en la actualidad el patrón general de morbilidad y mortalidad en nuestro país: los accidentes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, etcétera.

En el área de promoción de la salud, y en tanto no se disponga de estudios epidemiológicos sobre los patrones de morbilidad y mortalidad, se pluralizarán durante el presente año acciones para las cuales se dispone de un grado moderadamente suficiente de información y experiencia. Así, estas acciones planificadas se centrarán en la protección y promoción de la salud materno-infantil, en el fomento de la educación para la salud, en la asistencia primaria (siguiendo unas publicaciones que, como diré mas adelante, han tenido una gran repercusión y se han agotado repetidamente) y en la intensificación del programa de vacunaciones, con el fin de lograr una cobertura inmunitaria más amplia de vacunación de la población infantil y, en algunos casos, vamos a continuar algunos planes, concretamente, en el marco infantil, como el conocido plan «Jaén». Incluso en zonas donde este problema se presenta con una gran gravedad, y como ha solicitado, con motivación, la Xunta de Galicia, vamos a establecer el que Galicia sea uno de los sitios, puesto que allí se plantea este problema de manera más preocupante. Por tanto, vamos a insistir en esta nacionalidad española.

Las acciones preventivas tendentes a la mejora de salud del colectivo materno-infantil han venido demostrando su eficacia probada en otros países, así como la repercusión directa en la mejora global del estado de salud de toda la comunidad. Muchas de estas medidas preventivas, basadas en criterios científicos

cos y sociales universalmente aceptados, han sido desarrolladas en nuestro país de modo insuficiente y, en muchos casos, fragmentariamente. Se pretende, pues, conseguir, mediante un programa de centros de orientación familiar (de los cuales ahora del Estado hay 37), la cobertura informativa asistencial de la población de mujeres en edad fértil, en materia de contracepción y de atención a la esterilidad, tema importante al cual ya me he referido en alguna ocasión, puesto que hay un elevado porcentaje de parejas españolas en edad fértil que consultan a los médicos sin que tengamos un servicio suficiente de lucha contra la infertilidad, mientras que el grado de curación es de un porcentaje muy elevado, entre un 35 y un 50 por ciento.

Además, en estos centros de orientación familiar va a haber servicios de consejo genético y de agilización de trámites de adopción de niños, en combinación con el Departamento de Justicia. Todas estas medidas permiten asegurar un aumento de la calidad de vida de las mujeres y sus familias y, en definitiva, constituyen también un conjunto cualificado de acciones de tipo preventivo.

El Plan de Prevención de la Subnormalidad. Como ayer tuve ocasión de presentarlo ante el Real Patronato y que fuese acordado, vamos a intentar que, en todos los aspectos, se vayan conectando sus acciones precisamente en esta red de centros de orientación familiar, que en la Ley de Protección a los Minusválidos, en su artículo nuevo, el 3.º, tenía el nombre de «Centros de información y planificación familiar». Operativamente, el programa de orientación familiar se regirá por criterios de integración de las nuevas modalidades de prestación en la red de asistencia sanitaria. En concreto, se estudiará, previo acuerdo con las Comunidades Autónomas, la ubicación de equipos de apoyo de orientación familiar en la red ambulatoria del Insalud, para ampliar esta red que como he dicho antes, es en estos momentos escasa, en lo que es la red estatal o en la red autonómica, y que, en cambio, ha crecido más en la red municipal o, en algunos casos también, de Diputaciones.

Paralelamente se desarrollarán otras acciones que inciden en la salud maternoinfantil.

Así, estamos revisando las prioridades y acciones desarrolladas hasta la fecha por el Plan de Prevención de la Subnormalidad. Tengo que decir, por ejemplo, que en el Plan de Prevención de la Subnormalidad no se ha llegado a gastar en el transcurso del pasado año el presupuesto que estaba previsto, solamente se ha gastado el 75 por ciento de las cantidades fijadas por el Plan, lo cual quiere decir, evidentemente, que esta revisión que estamos haciendo de prioridades de acciones desarrolladas no es un deseo, diríamos, político, sino que es algo exigido por la realidad. Es un problema muy importante esto de que se dediquen alrededor de 1.025 millones de pesetas y que no se hayan llegado a gastar, lo cual significa, en un problema tan preocupante, que tenemos que darle un mayor impulso y que algo no funciona.

En este sentido vamos a hacer que el Plan de Prevención de la Subnormalidad cambie en algunos sentidos, por ejemplo, integrando mucho más el papel de las Comunidades Autónomas a un doble nivel: pidiendo, en primer lugar, cuáles son los planes en que se están pensando, o bien que tienen en funcionamiento, antes de hacer el plan de prevención general, lo cual va a dar un contenido realista a este Plan; en segundo lugar, integrando a las Comunidades Autónomas de una manera muy clara en el momento de la ejecución del Plan que finalmente se adopte.

Se promocionarán acciones de mejora en la atención del embarazo, que actualmente realiza la red ambulatoria del Insalud. Por ejemplo, se realizará un plan de atención sanitaria continuado a la mujer gestante que, entre otras medidas, establecerá los niveles y los circuitos de atención según el riesgo de cada embarazo y que, de manera generalizada, adelantará al primer trimestre la fecha de la primera visita prenatal.

A lo largo de 1983 este Ministerio realizará un programa en colaboración con el Ministerio de Educación, de tipo normativo o legislativo, si procede, que contemplará los aspectos básicos de la protección social y sanitaria a la primera infancia y, en concreto, establecerá las condiciones sanitarias, pedagógicas y sociales que deben reunir las guarderías infantiles, donde problemas dramáticos, como uste-

des saben, han llegado a aparecer en los últimos meses.

Asimismo, se realizará un proyecto de rango legislativo que, en cumplimiento de las recomendaciones de las Naciones Unidas, desarrolle una reglamentación específica de canales de comercialización, etiquetado y publicidad de los sucedáneos de la leche materna. Este proyecto constituirá una medida de apoyo a las acciones legales de promoción de la lactancia materna.

En el campo de la educación para la salud, se llevarán a cabo acciones de fondo tendentes a crear canales de comunicación estables entre las diversas iniciativas y experiencias que, relacionadas con esta materia, se desarrollen en España, y a sensibilizar y capacitar en tareas de formación y educación para la salud a un número reducido de sanitarios y profesionales que ocupen puestos clave en la gestión de los servicios de atención primaria.

Asimismo, se apoyará institucional y técnicamente, con la participación de las Comunidades Autónomas, la búsqueda de modalidades operativas de educación para la salud que permitan alcanzar un aumento sensible de la responsabilidad formativa que los profesionales y los servicios sanitarios tienen en su relación cotidiana con la población a la que asisten.

El programa de vacunaciones sistemáticas que el Ministerio viene realizando desde hace años incluirá en este ejercicio la iniciación de una acción intensiva de inmunización, mediante la vacuna triple vírica, que pretende, a más largo plazo, la eliminación del sarampión, la rubéola y la parotiditis.

Se definirán los criterios de utilización de la vacuna contra la hepatitis B y se establecerán los criterios restringidos de distribución de la misma.

Se organizará una unidad de vigilancia y desarrollo del programa de vacunación sistemática y de cuantas acciones cualificadas de inmunización se emprendan. Esta unidad introducirá, previo acuerdo con las Comunidades Autónomas, la prestación de vacunas en la red ambulatoria del Insalud, establecerá los mecanismos de registro del número de vacunas aplicadas anualmente y fijará los criterios científicos de base que deberán reunir los

estudios epidemiológicos que se emprendan en las diversas Comunidades Autónomas para evaluar los efectos de las acciones emprendidas en el estado inmunitario de la población.

En el área de sanidad ambiental se pretende llevar a cabo las acciones preventivas encaminadas a preservar la salud de los españoles de las disfunciones del medio físico y, en lo posible, fomentar la calidad de vida, incluyéndolo en la mejora del hábitat, en las condiciones en las que se realizan las actividades humanas, así como la adecuación de los hábitos higiénicos en relación con el medio ambiente. Para el logro de estos objetivos se establece un sistema de acciones sectorializadas, estrechamente relacionadas entre sí, al tiempo que, en coordinación con el conjunto de acciones preventivas previstas en el área de la salud pública, se tratará, además, la más amplia coordinación con las Administraciones autonómicas, de lo cual hablaré más adelante.

Se contemplan en este área tres grupos o sectores: primero, el correspondiente al soporte físico de la vida; se contemplan el medio hídrico, el atmosférico y el suelo. Se pretende evitar su deterioro limitando el vertido de contaminantes en cantidades superiores a su respectiva capacidad de autodepuración o daño directo a las personas.

En segundo lugar, un conjunto de acciones sectoriales dirigido a vigilar y controlar los riesgos derivados del empleo de diversas formas de energía, de productos tóxicos y epligrosos, así como la presencia de elementos bióticos susceptibles de transmitir enfermedades.

En tercer y último lugar, este Ministerio intensificará su presencia en las tareas de ordenación territorial —ya se ha establecido esta conexión con el Departamento correspondiente—, al tiempo que intervendrá, con mayor relevancia, en la regulación de los riesgos ocasionados por el ejercicio de las actividades productivas.

En el área de higiene de los alimentos se procederá a la mecanización del Registro Central Sanitario de Alimentos; he dicho a la mecanización, no a la mejora de la mecanización. La importancia de esta medida reside en la posibilidad de conseguir en un futuro in-

mediato el acceso rápido y efectivo a los datos obtenidos en cada expediente, favoreciendo, por tanto, el control y la inspección sanitaria, así como la intercomunicación con las Comunidades Autónomas y los servicios de aduanas.

Paralelamente, y cumpliendo con lo dispuesto en las medidas urgentes aprobadas por el Congreso de los Diputados en su reunión del 17 de septiembre de 1981, se publicarán trimestralmente los datos del Registro General Sanitario de Alimentos, así como todas las incidencias relacionadas con el mismo: cancelaciones, suspensiones, etcétera. Esta publicación será remitida preceptivamente a las Comunidades Autónomas y a los organismos públicos de carácter particular que se determinen.

En el campo de las acciones de vigilancia higiénico-sanitarias se intensificarán, de mutuo acuerdo con las Comunidades Autónomas, el control de los productos alimenticios en régimen de importación, los aditivos alimentarios y sus industrias elaboradoras y el mercado de productos para regímenes dietéticos, aspectos que desarrollaré más adelante cuando hable de consumo.

Asimismo se pondrá especial énfasis en realizar acciones planificadas, previo acuerdo con las Comunidades Autónomas, para vigilancia sanitaria de los comedores colectivos, etcétera.

He prometido, al empezar mi intervención, no ser breve y, como ustedes ven, estoy dispuesto a cumplirlo. Por tanto, vamos a penetrar en el mundo de la farmacia y los medicamentos. En primer lugar, he de decir que en el mundo de la farmacia y de los medicamentos hemos desarrollado en estas últimas semanas una importante acción para intentar lo que hemos denominado «dejar la mesa limpia de temas». Sabido es que había una solicitud de aumento de los precios de los productos farmacéuticos presentada con bastante anterioridad. Desde octubre de 1981 no se han modificado los precios de dichos productos, con excepción de algunos muy específicos, sea por su importancia, sea por el carácter crucial de la situación por la que están pasando.

Había también otro problema que era el de

la deuda que la industria farmacéutica tiene con la Seguridad Social, y era necesario llegar a acuerdos, tanto sobre cuál era el montante de esta deuda como a establecer fórmulas para el pago de dicha deuda. Por esta razón hemos establecido con Farmaindustria —que como ustedes saben es la sociedad que agrupa a los laboratorios farmacéuticos que hay en España, sean de capital español o no lo sean— unas negociaciones durante estas últimas semanas. Estas negociaciones posiblemente están en su fase final. Hay un principio de acuerdo sobre la cantidad de la deuda que tiene la industria farmacéutica con la Administración pública. Asimismo, hay un acuerdo bastante considerable sobre el modo de pago de esta deuda que, no habiendo sido resuelto en el pasado, ahora tiene un monto considerable, y por tanto, nos ha parecido una política imposible exigir su cumplimiento aquí y ahora, como decían los clásicos, y hemos preferido llegar a un acuerdo con la industria, cuyo acuerdo creo que en estos momentos está en una fase final.

Con respecto al problema de los precios tengo que decir que, cuando nosotros entramos en el Ministerio, la industria farmacéutica no había proporcionado a la anterior Administración ningún tipo de información acerca de su estructura de costos y, sobre todo —lo que es más relevante a corto plazo—, sobre la evolución de sus costes desde octubre de 1981 hasta ahora. En estos momentos tengo que decir que la industria farmacéutica ha proporcionado ya documentación justificatoria de la evolución de la modificación de sus costos. Y, por otro lado, al hacerlo, hemos entrado en otro terreno, ya más a medio plazo, que es el establecimiento de un escandallo que permita, en el futuro, establecer un modelo de escandallo que pueda proporcionar, también en este campo, unas relaciones más fluidas.

Asimismo, a corto plazo, estamos llevando a cabo determinadas acciones con el objeto de establecer algunas medidas, que, a nuestro entender, tienen que ser inmediatas y simultáneas, con respecto al control del gasto farmacéutico. En definitiva, el objetivo a corto plazo sería volver a poner en pleno funcionamiento una serie de medidas que se estable-

cieron en los acuerdos de la Moncloa en el mes de octubre de 1977 y que nosotros pensamos que continúan siendo plenamente válidas. Por ejemplo, volver a regular las posibilidades de que los visitantes farmacéuticos puedan establecer en las instituciones abiertas y cerradas de la Seguridad Social una vigilancia sobre el gasto farmacéutico ocasionado por los distintos médicos, que, en la mayor parte de los casos, está dentro de los límites establecidos como sensatos o recomendables por técnicos sanitarios, pero hay una pequeña minoría que tiene unos gastos farmacéuticos muy elevados; visión que a veces se trastoca ante la opinión pública confundiendo lo que es la mayor parte del comportamiento de los médicos con una minoría que está con gastos farmacéuticos muy elevados.

En los años 1978-1979 la aplicación de medidas correctoras, con una información que en este caso es altamente satisfactoria, permitieron un control efectivo del gasto farmacéutico y una congelación del mismo en los años 1978 y 1979, que, en cambio, en los años posteriores —1980, 1981 y 1982— cambió de tendencia para continuar en la tendencia de años anteriores. Por tanto, hay tres elementos: deuda, costos y precios en un sector como el farmacéutico, del que hay que decir que ha tenido una capacidad dinámica, desde el punto de vista empresarial, considerable que nosotros queremos reforzar.

En tercer lugar está el problema del control farmacéutico, con medidas vigentes teóricamente, pero que en los últimos años habían entrado en lo que podíamos denominar una cierta fase de relajo. Se trataría, por tanto, sin mayores novedades, de volver a la etapa de los años 1978 y 1979, donde hubo personas en la anterior Administración cuya tarea en este campo hay que elogiar. Y nosotros esperamos que en el futuro también se nos elogie como ahora hacemos. Aprovecho esta ocasión para insistir en que no voy a decir que todo lo heredado es malo. No he utilizado nunca la palabra «herencia», ni «heredado», sino para decir que en algunos casos, como es éste, se hicieron acciones de tipo positivo.

Pero es evidente que ese conjunto de medidas, para nosotros, forma parte de este «lim-

piar la mesa» para establecer con posterioridad una política farmacéutica mejor y más considerable. Por eso, habrá que hacer una reforma administrativa de los servicios de farmacia, y esto lo hemos empezado a hacer ya en la práctica. Es decir, en las negociaciones que hemos llevado con la industria farmacéutica, la Administración del Estado, representada por el Gobierno central, no hemos actuado separadamente, sino que las negociaciones con la industria farmacéuticas se hacen conjuntamente por parte del Gobierno; es decir, aunque el Ministerio de Sanidad y Consumo tenga ahí un papel, digamos, un poco iniciador o de síntesis, se ha constituido una Comisión a la que han asistido Directores Generales del Ministerio de Industria, del Ministerio de Economía y Hacienda y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Por tal razón, en este programa, aunque el mismo gravita sobre este Ministerio, hemos llevado a cabo una primera acción, que es actuar con una política de Gobierno, junto con los Ministerios a que antes he aludido.

Vamos, en la medida de las ideas que les he dicho antes, a constituir un organismo autónomo que administre el abastecimiento de medicamentos extranjeros urgentes, vacunas y los suministros a los hospitales de la Administración institucional, Aisna, y, a medio plazo, y siguiendo las direcciones de la Presidencia del Gobierno y las necesidades de la protección sanitaria, modificaremos los cuerpos farmacéuticos al servicio de la Sanidad nacional.

Con carácter inmediato, vamos a proceder a desarrollar el Decreto de especializaciones recientemente promulgado y se promoverá la realización de un estudio sobre el futuro de los farmacéuticos y de las farmacias, siempre hecho en el sentido y en el ámbito de aquel sistema de relaciones sanitarias, en este caso farmacéuticos, al que antes he hecho referencia. Estamos en este momento iniciando los trabajos para la formación de la Comisión redactora de la Ley del Medicamento, a la cual antes ya he hecho referencia.

Dentro de este año mismo vamos a promulgar normas sobre receta médica y para regular la prescripción de productos psicotrópicos; asimismo estamos trabajando, de

acuerdo con el Ministerio de Justicia, en la elaboración de una disposición que permita la destrucción inmediata de alijos de estupefacientes; si ustedes no tienen información sobre este particular se la puedo dar. Es algo difícil y en algunos casos puntuales, evidentemente, voy a dar alguna información, no mucha, como ustedes comprenderán. Hay dificultades para la destrucción de estos alijos de estupefacientes, con lo que tenemos problemas de enorme peligrosidad y hace falta el establecimiento de una mayor actividad. A mí, en estos momentos, como ustedes advertirán, me tiene sumamente preocupado la lentitud que hay en este campo.

Se promulgará un Decreto que autorice el uso de denominaciones comunes internacionales y que obligue a su empleo en los procedimientos administrativos. Igualmente, en este mismo año se dispondrá la admisión, en el Registro de Especialidades Farmacéuticas, de especialidades con denominación común internacional, sin perjuicio de lo dispuesto por la legislación mercantil.

El campo farmacéutico de medicamentos es muy amplio y realmente, aunque les he prometido ser extenso, me da temor leerles todo el programa y, al mismo tiempo, tengo el temor de que después, en el coloquio o diálogo sobre sus preguntas, puedan indicarme que no he sido lo suficientemente preciso en este campo.

Pero algunas cosas más, saltándome otras, quiero decir. En este mismo año, el Centro Nacional de Control de Medicamentos, apoyado por consultores externos y la Dirección General de Farmacia y Medicamentos, iniciará la puesta en marcha de un programa de revisión selectiva de medicamentos con criterios terapéuticos. Se utilizarán métodos flexibles para corregir las irregularidades detectadas y se aplicará un principio de perecimiento de la marca con el producto, de modo que, al cambiar la composición de éste, necesariamente cambia aquélla para impedir confusiones en los médicos al recetar, y supongo que todos ustedes tienen en la cabeza tres o cuatro nombres de marcas o productos en los que ha sucedido esto, que ha habido una variación del producto y, en cambio, no ha habido una modificación de la marca, lo cual

provoca problemas sanitarios importantes por falta de información al médico.

Se pondrá en marcha en el presente año un programa de control de exportación de fármacos que los sujeten a las mismas normas a que se ven sometidos en España.

Un tema tanto o más importante que éste es establecer una colaboración con la Dirección General de Aduanas para iniciar un programa de control de importaciones con regulación inmediata, incluso por Decreto-ley, de la inspección en aduana de géneros medicinales, que todavía es hoy una actividad legalmente considerada como objeto de ejercicio profesional no controlado. Tras haber aumentado —si SS.SS. nos aprueban las cantidades correspondientes en los Presupuestos— los medios personales de la inspección, se intentará llegar, en el año 1985, a los mínimos internacionalmente reconocidos como necesarios para el control adecuado de la oferta de medicamentos en todas las etapas de fabricación y distribución. Se iniciará durante el año 1984 un estudio especial sobre entidades de fármaco-vigilancia, una vez regularizado el Centro Nacional de Farmacobiología y, en colaboración con otras Administraciones públicas, sociedades científicas y Comunidades Autónomas, se realizarán planes específicos de seguimiento y monouutilización de medicamentos en áreas terapéuticas específicas, salvaguardando los principios de unidad de acción y competencia de la Administración pública que eviten confusiones y duplicaciones que dificulten la colaboración de sus principales protagonistas, que son los médicos y farmacéuticos.

En colaboración con la Dirección General de Salud Pública y las Comunidades Autónomas, se han dado ya los primeros pasos para el lanzamiento de un programa sistemático de vacunaciones que permita, entre otras cosas, la erradicación de algunas enfermedades infecciosas infantiles.

En materia de estupefacientes, la Dirección General propondrá a la Comisión interministerial para el estudio de los problemas causados por las drogas el reexamen de las competencias y acciones públicas en la materia, que habrá de iniciarse de una manera inmediata.

Para mejorar la información científica so-

bre medicamentos, dirigida a médicos y farmacéuticos, se potenciará, con carácter inmediato, el Centro Interinstitucional de Información de Medicamentos y se intensificará la cooperación con los Colegios de farmacéuticos, los cuales tienen un sistema de información muy bueno, que hay que subrayar públicamente, y que han ofrecido su plena autorización por parte del Ministerio para obtener la máxima rentabilidad de los ya excelentes medios informáticos con que cuenta precisamente el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España.

En el presente año queremos impulsar nuevamente «Actualidad Terapéutica de la Seguridad Social», que es una revista, y el Ministerio editará una guía farmacológica, como propuesta cultural, a imagen de lo que se ha hecho en la Generalidad de Cataluña, para hacerla llegar a los profesionales de la salud y que tengan esta información que antes decía que no siempre era positiva.

Ya he dicho también que vamos a restringir —no a eliminar, sino a restringir— la actividad de los visitantes de empresas privadas en los hospitales públicos y ambulatorios.

Tenemos algunos problemas más a largo plazo —y no quiero ahora cansar mucho más—, no digo más, sino mucho más, a los señores Diputados que me escuchan; en todo caso, después podremos hacer mención de las medidas que pensamos adoptar para el perfeccionamiento y control del gasto en farmacia, en asistencia primaria y de la salud, etcétera.

En último lugar, querría significar un problema puntual que con frecuencia preocupa. Ello es que estamos realizando un estudio, una revisión sobre las relaciones con los Colegios farmacéuticos y las consecuencias del convenio suscrito en el año 1982, para lo cual ya ha habido diversas reuniones con el Consejo General.

Vamos a entrar en el tema importante, evidentemente, del Insalud, aunque solamente fuera por la cuantía del presupuesto o por el número de personas que trabajan en su estructura. Lo primero que nos estamos proponiendo es conocer la realidad de la situación económico-sanitaria del Insalud. Hay que decir que nuestro conocimiento no es am-

plio. Por ejemplo, en estos momentos no existe, no está acabado aún, el estudio económico-funcional de lo que fue el presupuesto del Insalud en el año 1981 —no como algún medio de comunicación ha dicho en 1982, sino en 1981— y no está liquidado el presupuesto de 1982. Aquí se ha detectado, sobre todo por parte de una Comunidad Autónoma, una información muy tardía con respecto a la que tenía que haber sido su ministrada.

Por lo tanto, nos estamos moviendo en un campo en el cual el conocimiento de la institución compleja del Insalud es aún insuficiente y, por consiguiente, estamos haciendo una tarea oscura, pero una tarea importante de información y de racionalización. Con frecuencia, sobre algunas de las obligaciones contraídas sobre el Insalud no tenemos información interna, sino que tenemos que complementar esta información con la que aparece en la prensa diaria y por las reclamaciones que se nos hacen (esto hay que decirlo con toda humildad, porque ésa es la situación en estos momentos), lo cual nos está exigiendo un esfuerzo muy grande en lo que un catalán de principios de siglo llamaba las tres emes, Ad«Ministración», «Ministración» y «Ministración», en el caso del Insalud. Ello nos está obligando a un enorme trabajo interno de mejora del funcionamiento y de conocimiento de lo que es el Insalud.

Con respecto a esta situación, tenemos que decir que el déficit del año 1982 lo tenemos ya establecido, pero no perfectamente establecido. Por lo tanto, la cifra que les vamos a dar es una cifra orientativa en la cual el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Sanidad y Consumo —y matizo— tienden a coincidir, pero ni unos ni otros convencidos de las cifras que estamos barajando. La franja de coincidencia gravita alrededor de la cifra de 115.000 millones de pesetas de déficit en el año 1982. Se trata de una cifra que hasta estos momentos nunca habíamos dado a conocer, como muchas de las cosas que hasta ahora he expresado, que no habíamos dado jamás a conocer, porque no hemos querido que esta comparecencia fuese ritual, sino que realmente se vieran algunos de los aspectos de lo que estamos haciendo, en pri-

mer lugar, en la información al Congreso de los Diputados, y, posteriormente, al Senado.

Por lo tanto, es ésta la base sobre la que estamos trabajando. Evidentemente, lo estamos haciendo mirando hacia el futuro con una idea y unos ejes de actuación. Estos ejes de actuación los hemos delimitado en siete. Como es claro que están muy relacionados con la política que antes he expresado —son concreciones— no los voy a reiterar.

Voy a concretar algunos hechos más. En estos momentos estamos fijando, aunque no los tenemos acabados por dificultades que ya les he explicado, los objetivos y planes de acción para 1983. Intentamos hacerlo en un plazo muy breve para presentarlos ante el Consejo General del Insalud y, posteriormente, a los medios de comunicación, que con frecuencia y con razón, yo diría, se han quejado de que desde el Insalud no hemos hecho una política de información suficiente. Nosotros solamente la vamos a hacer cuando tengamos una posibilidad de decir cosas concretas y pensamos que en el transcurso de muy pocos días se podrá dar ya esta información mucho más concretada.

Hemos establecido ya, o se está estableciendo, una auditoría muestreo. Por tanto, no una auditoría del Insalud, que a veces se ha propuesto. Evidentemente, quien conozca qué quiere decir una auditoría y sepa lo que significa el Insalud sabrá que esto es muy difícil y que exigiría el transcurso de varios años. No obstante, vamos a hacer una auditoría-muestreo del Insalud y a publicar, posteriormente, un libro blanco para que todo el mundo lo entienda.

Vamos a establecer un programa, que ya tenemos definido, para prestigiar al Insalud, prestigiando tanto las instituciones del Insalud como a su personal, lo que, evidentemente, no tiene que ser confundido, sino, todo lo contrario, con medidas que hagan que estas instrucciones y este personal estén trabajando en condiciones de mayor precisión. Por lo tanto, vamos a hacer, a través de ello, un plan de relaciones públicas y de relación con los Medios de Comunicación. Hay muchos cambios que estamos estudiando con detalle, algunos sobre el mismo organigrama del Insalud, tanto central como territorial,

entre otras razones, porque tenemos que ir cambiando la nueva estructura territorial de manera que, en el momento en que el Insalud se vaya transfiriendo a las Comunidades Autónomas, haya ya una Administración territorial en el interior del actual Insalud que favorezca el que la transferencia se haga con el menor número de costos posibles.

En estos momentos estamos trabajando en algunas cosas concretas, alguna de ellas muy importantes, para recuperar y para mejorar el ambiente de trabajo en el Insalud, como es el establecimiento de un estatuto único para el personal sanitario (nos parece básico para restituir la moral de trabajo del personal del Insalud), al mismo tiempo que una campaña para difundir sus objetivos, estableciendo, además, incentivos materiales e inmateriales, fomentando su formación continuada, así como dándoles participación en la fijación de los objetivos.

Como he dicho, vamos a configurar la organización asistencial, adaptándola a la futura responsabilidad del Insalud en el Estado de las Autonomías, así como establecer un modelo hasta ahora no establecido, y es que va a hacer el Insalud cuando el verdadero valor global de las transferencias esté realizado.

En la asistencia primaria vamos a concretar al Insalud a algunas de las cosas que he dicho, como mejorar la satisfacción de usuarios y profesionales a través de la libre elección de médico que, en las especialidades que he dicho, vamos a empezar —y digo la palabra empezar y la subrayo— a introducir a partir de junio de este mismo año.

Vamos a realizar programas especiales de rehabilitación, de radiología, de laboratorio, de planificación familiar y de atención domiciliaria, así como un plan de odontología pediátrica, racionalizar el consumo farmacéutico en combinación con la política general que he dicho y mejorar y racionalizar la asistencia primaria existente.

No me voy a referir a otros temas, como el de la asistencia hospitalaria, porque sería un desarrollo de las líneas generales, pero sí quiero decir algunas cuestiones concretas. Nos planteamos fundamentalmente en el Insalud hacer, y mejorar en su caso, porque en algunos casos ya existe, tres planes. Son el

plan nacional de tratamiento de la insuficiencia renal, el plan piloto de rehabilitación en cuatro provincias a designar, y un plan de reconversión, que ya he mencionado antes, de los hospitales materno-infantiles.

Una de las tareas del Insalud que nos proponemos poner en primer plano es sobre los temas de la docencia y la investigación. Como saben, en las últimas semanas hubo una huelga de los MIR, que va a dar lugar en los próximos meses a la promulgación de un decreto. Yo querría explicar alguna de las medidas que hemos adoptado, porque están muy relacionadas con los aspectos de la docencia e investigación. Es una posición por parte del Ministerio algo más compleja de la que ha aparecido en la opinión pública. Al Ministerio le ha parecido razonable el hecho de que no hubiera examen de los MIR, por tres razones. Primero, porque son licenciados en medicina y cirugía, con un título acreditado; en segundo lugar, porque han hecho un examen de los más duros que hay en España —los que venimos de la Universidad vimos que los porcentajes no tienen nada que ver con la mayor permisividad que hay en la Universidad—; y en tercer lugar, porque durante unos años de residencia han estado sometidos a unos planes de docencia que, si no han funcionado, evidentemente no es responsabilidad de los MIR. Por lo tanto, se ha eliminado este examen, pero no se ha eliminado totalmente el examen como algunas veces se ha dicho. Con una posición ampliamente apoyada por los MIR, según han hecho público, vamos a introducir un tipo de examen voluntario de acreditación de los especialistas que así lo deseen. De esta manera, vamos a introducir un tipo de comportamiento que, hay que decirlo, es el tipo de comportamiento en diversos países del mundo. En algún país, como el caso de Estados Unidos, desde la Primera Guerra Mundial. Por lo tanto, va a haber un título de especialista, un título de especialista acreditado, lo cual, evidentemente, va a dar el título de especialista a todo MIR que haya cumplido con los requisitos adecuados, sin mayor examen, pero va a establecer un tipo de examen para aquellos que lo deseen, lo cual, cara al futuro, va a ser un hecho positivo. Este es un terreno en el cual nos estamos moviendo

en estrecha colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia para dotar de una mayor importancia a los temas de docencia y también establecer criterios de control de calidad de toda la etapa en la cual el médico MIR se mueve.

Hay algunos terrenos a los que, aunque fuera muy brevemente, yo querría referirme, como son el terreno de la inspección de servicios sanitarios. La inspección de servicios sanitarios en estos momentos tiene algunos problemas importantes. Uno de ellos es que buena parte de los inspectores no hacen de inspectores, sino que están dedicados a otras tareas; exactamente, hay más del doble de inspectores que están dedicados a tareas que no son las específicas de inspectores, con lo cual la inspección de servicios sanitarios cuenta con un número muy reducido de inspectores. Por lo tanto, tenemos que intentar, para utilizar una tecnología un poco ochocentista, desamortizar algunos de esos inspectores para llevarlos a sus tareas profesionales primordiales, así como crear otro tipo de plazas. No existe en la inspección solamente el carácter inspector que normalmente se le atribuye, sino también otra dimensión, que es la dimensión del inspector como persona que inspeccionando la realidad no solamente controla y actúa en consecuencia, sino que, además, propone líneas a partir de su experiencia. Hemos hecho ya dos reuniones extensas con los inspectores para insistir en esta segunda dimensión, que es una dimensión positiva y una dimensión pública, al menos más simpática del trabajo del inspector.

No voy a decir muchas más cosas, pero sí algunas de ellas, como es que tenemos que acabar de confeccionar el informe económico-funcional del año 1981, cosa fundamental; tenemos que cerrar el ejercicio presupuestario del año 1982, y pensamos hacerlo en un breve plazo. En cambio, sobre el mes de junio pensamos que podemos tener el informe económico-funcional del año 1982, y digo fechas para que después las señoras Diputadas y los señores Diputados, sean de la oposición o del Grupo que apoya al Gobierno, nos pueden echar en cara su cumplimiento o incumplimiento.

Hay otro apartado al que no podré dedicar

toda mi atención, pero es un apartado al que a mí me gustaría dedicárselo, porque la llamada Administración institucional de la Sanidad Nacional es un campo en el cual más opacidad existe en el sector sanitario. El desconocimiento interno y externo de la Aisna es muy considerable. Esto lo demuestra la misma práctica de las Comunidades Autónomas, las cuales, en una reunión que tuvo lugar los días 29 y 30 de octubre y 1 de noviembre en Mahón, acordaron rechazar cualquier transferencia de la Aisna, mientras no esté reestructurada y esté con déficit. ¿Por qué? Porque las transferencias que en algunos casos se han realizado han significado un claro núcleo de conflicto para las Comunidades Autónomas y a nosotros nos parece muy respetable y encomiable la actitud de las Comunidades Autónomas. Por lo tanto, el campo de la Aisna, donde su funcionamiento se detecta desde una perspectiva tan grave, como son transferencias que algunas Comunidades Autónomas, si no recuerdo mal Galicia o Murcia, decidieron no aceptarlas, una vez acordadas, porque creaban un problema mayor que el existente, exige que la administración de la Aisna tenga que ser algo primordial. En primer lugar, por tener un déficit. Su déficit —hablo ahora de memoria, lo tengo aquí apuntado— es de 5.171 millones de pesetas en el año pasado y es la estimación, con la cual nos estamos manejando, cuando sus ingresos eran de 7.000 millones de pesetas. Por lo tanto, hay que decir que el déficit, si aumenta un poco más —y ustedes van a ver por qué aumenta un poco más— supone la misma cantidad que tenían destinada, y sube un poco más, porque desde el año 1980 no se han pagado las cuotas patronales a la Seguridad Social. Por consiguiente, tenemos que sumar a los 5.000 millones, las deudas contraídas con la Seguridad Social por cuotas patronales, de los años 1980, 1981 y 1982.

Por otro lado, hay en la Aisna aspectos muy preocupantes, que cito también con mucha brevedad, y es que la ocupación de camas en el conjunto de España no ha llegado al 50 por ciento, lo que es una infrautilización que, evidentemente, en los hospitales del Insalud no se da, es mucho más marcada.

Por otro lado, en el organismo no existe

plantilla orgánica, por lo que los servicios periféricos, hospitales y dispensarios, sólo tienen plantilla presupuestaria, lo que impide la ordenación y clarificación de los puestos de trabajo de los distintos hospitales y servicios.

Además, se da el caso de que existen supuestos funcionarios que prestan servicio en comisión en un lugar distinto al de su nombramiento que, incluso, se trata de centros y hospitales cerrados, pero que se mantiene la plantilla, y aquí llevo algunos casos de hospitales concretos donde esto está sucediendo.

Por otra parte, los nombramientos para los distintos cargos se han efectuado, casi siempre, con carácter provisional, con sensible perjuicio para la función a desempeñar por la inestabilidad que genera, con lo cual, quiero decir que cuando se denotan malos funcionamientos del personal de la Aisna, también hay que comprender en la situación en la que muchos están trabajando. Esta carencia de plantilla orgánica, en los otros aspectos que he dicho, está suponiendo un difícil obstáculo para la complementación del concurso de acoplamiento pendiente desde hace años.

Me podía extender un poco más por la situación actual, pero me parece que con los datos que he dado ya se dan ustedes cuenta de que las prevenciones de las Comunidades Autónomas con respecto a la Aisna están francamente justificadas. Estamos ante un terreno en el cual la reforma se piense como se piense, y el cambio, parece algo que es muy necesario.

Vamos a intentar dar algunas líneas. La primera es de saneamiento del organismo, definiendo las plantillas orgánicas de los centros de acuerdo con las necesidades que se establezcan, en colaboración con la Dirección General de Planificación Sanitaria. Vamos a hacer una reestructuración, dentro del personal laboral, adaptando el mismo a las funciones que en realidad viene ejerciendo. Estas disfuncionalidades, a las que ya antes he hecho referencia, a veces son muy grandes. Podía desde aquí decir algún caso de algún hospital de Galicia que, si hay aquí algún Diputado o Diputada gallego, ya conocerá. Hay unas disfuncionalidades realmente muy aparatosas en cuanto a destinación de personal.

Vamos a hacer otra segunda línea, que es

de reconversión de centros; convertir los pequeños hospitales en centros de medicina familiar y comunitaria. Vamos a hacer que los hospitales del tórax, de carácter monográfico, se transformen en hospitales comarcales con servicios de medicina interna, geriatría, pediatría y cirugía general, además de cardiopulmonar. Por ejemplo, hay algún caso de hospital que ha sido traspasado a una Comunidad Autónoma (me refiero en este caso a Cataluña) muy importante en este sector como es el de Tarrasa, que no tiene ni el 20 por ciento de las camas ocupadas y hay una situación que comprendo que por parte de la Comunidad Autónoma, diríamos, es difícil y debe ser la razón por la cual las otras Comunidades Autónomas tienen otro tipo posterior de actuación y donde hay que hacer transformación, porque si no, estos hospitales están muy infrautilizados.

En el caso de los dispensarios, los podemos transformar, creemos que con facilidad, en centros de atención de una patología pulmonar, de grave repercusión social, como es el complejo bronquitis crónica-enfisema pulmonar, y mantenerlos en coordinación con los servicios hospitalarios que igualmente pueden suponer importantes elementos en la actualización de la lucha antituberculosa que hay en zonas de España (una de ellas la he nombrado antes) donde aún es relevante. En algunos casos, habría que clausurar centros y sus plantillas transferirlas a otros dispensarios y hospitales y en proximidad geográfica los traspasos, lo cual nosotros no ignoramos que puede provocar tensiones, porque cualquier traslado, aunque sea de proximidad geográfica, siempre las provoca, pero vamos a asumir el coste, y las tensiones que esto pueda producir y procuraremos que sean las mínimas posibles y que se expliquen al máximo.

La política de transferencias a las Comunidades Autónomas en materia sanitaria exige también la definición de centros e instituciones que ha de reservarse la Administración Central y, en este sentido, creemos que debe establecerse un «status» especial para los centros del Instituto Nacional de la Salud, de microbiología, virología e inmunología sanitarias, el de alimentación y nutrición y el de

fármaco-biología, junto con un hospital de enfermedades infecciosas donde la plantilla estuviera en continuo reciclaje, no sólo en la patología infecciosa de nuestro medio, sino también de otras enfermedades llamadas exóticas propias de otros hábitat.

Con respecto a los centros de atención psiquiátrica, que es otro gran grupo de centros que tiene la Aisna, y hasta que, en virtud de la reforma psiquiátrica, se desarrollara una estructura de planificación y gestión de la política de salud mental, sería preciso concluir con la anarquía actual, en cuanto a la ausencia de objetivos concretos en cada uno de los centros; orientar a los hospitales psiquiátricos hasta la potenciación de las consultas externas y de la actividad comunitaria de la atención psiquiátrica y definir un número real de camas activas en régimen de hospitalización parcial y/o completa; mejorar el área de enfermería psiquiátrica en las condiciones de habitabilidad.

Todas estas medidas las vamos a hacer con un cuarto y último eje, que es el de una mayor integración de la Aisna con el Insalud, y para eso, hemos establecido ya los contactos. No hemos hecho ninguna Comisión, sino solamente establecido los contactos. No vamos a hacer ninguna Comisión porque creemos que no es siempre una buena fórmula, puesto que se puede hacer con mayor fluidez y, por lo tanto, relacionar e ir integrando la Aisna en el Insalud, tanto antes como después de las transferencias a las Comunidades Autónomas.

Llegados aquí, nos queda ya poco para desarrollar, aunque algo. Nos queda la política del consumo. Como ustedes saben, la política del consumo es una política reciente en España y con un nacimiento dramático. Pero, de todos modos, aunque es reciente el Ministerio de Consumo en España, hay que decir también, para situar las cosas en su auténtica dimensión, y no caer en pesimismo, sean de Cánovas o sean de Silvela, que en toda Europa tampoco en esta área se está tan avanzado. En el año 1973, solamente había dos países del área de la OCDE que tenían Ministerio de Consumo y que, en la actualidad, solamente hay siete países integrantes de la OCDE, entre ellos nosotros, que tienen una

atención fundamental al consumo. Ciertamente es que el nacimiento del segundo apellido de este Ministerio fue debido a un hecho absolutamente dramático, pero también cierto que la atención del consumo es una atención reciente; de un nivel político, se puede decir, a la que hasta la famosa alocución del Presidente Kennedy, los gobiernos no dedicaron una gran consideración. Dicho esto, para no caer en pesimismo histórico, hay que decir también y ser conscientes que llevamos un importante atraso, atraso que hay que señalar con cuidado, que hay que utilizar con, yo diría un gran sosiego, por una razón: porque con frecuencia, en el campo del consumo, nos encontramos con que, campañas no suficientemente aquilatadas sobre el consumo o sobre algunos productos, causan estragos en el aparato productivo español, sin que signifiquen mejoras. Por tanto, es un campo en el cual nos vamos a mover con firmeza, pero, al mismo tiempo, con cautela; y sobre estas cautelas les quería decir dos o tres puntos de vista sobre los cuales nos movemos. Nosotros, por ejemplo, ya estamos tomando las medidas oportunas para que las investigaciones sobre algunos hechos, sobre algunos productos de consumo, mientras estén en fase de concreción científica, no sean publicadas, porque puede más bien confundir a la opinión pública que aclararla y, por lo tanto, llevar al terreno científico estas investigaciones porque son los científicos, como yo he dicho alguna vez, no son ni los políticos ni los periodistas, sino que tienen que ser los científicos quienes digan y evalúen en sus reuniones las investigaciones realizadas.

Creo que la experiencia, con el caso de Galileo Galilei, es una buena muestra de que los políticos y los periodistas tenemos que ser extremadamente cautos en este campo, a menos que no queramos que se continúe incurriendo en graves daños al aparato productivo. Yo diría firmeza y cautela en el campo del consumo en general. A mí me parece que son las medidas en las cuales nos tenemos que mover y así, por ejemplo, la firmeza se ha demostrado en algunos casos, cuando el actual Consejo de Ministros ha decretado multas muy importantes, de 100 millones de pesetas y cierre de empresas, lo cual es compatible con la

cautela de que en infracciones menores no se ha dado publicidad ni a los nombres de las empresas, ni a las actividades a las cuales se dedican, sino que se ha establecido un contacto directo del Ministerio con los afectados, no directamente, sino a través de las distintas federaciones empresariales, diciéndoles que se apliquen estas multas y que sean los propios organismos empresariales los primeros interesados en que en el futuro no se produzcan unas repeticiones, que nos obligarían a darles publicidad y, por eso, en este campo intentamos compatibilizar dos virtudes, las dos muy difíciles de tener, pero mucho más fáciles de tener al mismo tiempo, que son las de firmeza y cautela, y con este talante es con el que nos pensamos mover.

Como ustedes ya han visto, estamos intentando en estos momentos establecer un marco general, que es la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios, pero, al mismo tiempo, también pensamos dar otras normas, y en estos momentos está muy cerca de su presentación ante el Consejo de Ministros, para su posible aprobación, un Real Decreto sobre infracciones y sanciones que nos den una herramienta de trabajo, con lo cual el consumidor puede estar tranquilo y podremos no solamente pedirle confianza, sino, además, decirle que tenemos herramientas importantes en esta materia.

Si todo va como el Ministro de Sanidad y Consumo desea, este es un Real Decreto que vamos a aprobar muy próximamente y estamos trabajando en un proyecto de Real Decreto muy importante, que sea una coordinación de las diversas inspecciones que hay en estos momentos en la Administración Pública en materia de bienes y servicios de consumo, puesto que ustedes conocen perfectamente que hay inspecciones en el Ministerio de Economía, en el Ministerio de Agricultura, e incluso en el Ministerio de Industria, que vamos a coordinar de una manera, yo creo que bastante bien, y si no, cuando salga el Decreto, ustedes lo critican, pero, de momento, mi opinión es que va a ser bastante considerable.

Por otro lado, en el campo del consumo sé que hay una preocupación importante en el mundo del consumidor, que es el cómo se asegura la tranquilidad del consumidor con el he-

cho de que hay importantes transferencias traspasadas a las Comunidades Autónomas.

El proceso autonómico en este Ministerio está dividido en tres fases: una fase, que en estos momentos hemos culminado, que es la fase constitucional estatutaria, prácticamente culminada; una segunda fase de transferencias, en que en nuestro Ministerio concretamente hemos pasado ya el ecuador de las transferencias en varios campos, en el campo de la sanidad y en el campo del consumo, no así en el campo del Insalud, y hay una tercera fase que es la fase de la cooperación, de la coordinación entre las Comunidades Autónomas. Yo vigilo mucho las palabras, y cuando digo coordinación es que la Constitución española da en el campo sanitario como competencia exclusiva del Estado la coordinación. En nuestro Ministerio, y me parece que por primera vez, hemos entrado en la tercera fase, hemos establecido relaciones entre el Gobierno central y las Comunidades Autónomas, y hemos realizado ya los días 29 y 30 del pasado mes de enero, unas jornadas en las cuales hemos dicho cuáles son las transferencias hechas y cuál es el acuerdo con el Gobierno central. No hablemos ya de derechos estatutarios, que están muy claros y definidos en nuestra tarea. Lo que quede de transferencias se hará de acuerdo lo que los Estatutos vigentes decidan, en los cuales hay unas Comisiones establecidas, y, por lo tanto, con toda la consideración de la fuerza que tienen los Estatutos, hablemos de coordinación de políticas, para lo cual nos hemos sentado alrededor de una mesa el Gobierno central y todas las Comunidades Autónomas menos una, y ha habido seis acuerdos por unanimidad para coordinar la acción en el campo del consumo y, por consiguiente, una aproximación de los criterios sancionadores, que era un problema que preocupaba al consumidor y también a la industria. Ha habido una coordinación muy estrecha en cómo se tienen que tomar las pruebas de análisis, y así, hasta seis que les puedo enumerar, ha habido acuerdos en todos estos puntos, y solamente en uno de los puntos no llegamos a una concreción de una posición unánime —insisto en la palabra unánime—, que es la que ha habido en los otros seis puntos.

Pero ha habido más, ha habido ya una voluntad expresada en esta reunión, de que cada tres meses funcione esta Comisión, que funciona sin ningún apoyo legal, y que todo el apoyo que tiene, aunque a veces es mucho más importante, es la voluntad política. Va a funcionar cada tres meses, teniendo unas reuniones de cooperación y coordinación en materias de consumo, y en los dos meses intermedios habrá reuniones de coordinación a nivel técnico, con técnicos del Gobierno central y técnicos de las Comunidades Autónomas, y el próximo día 22 de febrero, es la segunda reunión. Por lo tanto, en este campo, tanto en el mundo de los consumidores como en el empresarial, hemos dado ya importantes pasos hacia adelante, que queríamos ver plenamente realizados, y que todo el mundo se integrara en este tipo de reuniones, que pensamos también promover para sanidad, de acuerdo con las Comunidades Autónomas, en el transcurso del próximo mes de marzo.

Tenemos también un tipo de actuación que, a mi entender, consolida una línea importante, cara al futuro de la política de los consumidores. Podría explicar aquí algunas de las cosas que estamos haciendo en el Instituto Nacional de Consumo, pero preferiría gastar mi escaso tiempo en algunos temas que preocupan mucho. Una de ellas es el desarrollo del Código Alimentario español. Es evidente que hay un compromiso, que ustedes recordarán como Diputados, porque tienen la obligación de recordármelo a mí —y yo mismo, como Diputado, también recordármelo— que el 30 de junio de este año tiene que estar acabado el Código Alimentario español.

En estos momentos hay una Comisión que se llama la CIOA, que está trabajando. En esta Comisión hay un número de personas trabajando muy considerablemente, bien sea de sectores empresariales, bien de organizaciones de consumidores, sean técnicos de los sectores, de tal manera, que en estos momentos están trabajando alrededor de unas dos mil personas, y nosotros tenemos previsto que en este primer trimestre, antes del 31 de marzo del año 83, hayamos aprobado treinta reglamentaciones técnico-sanitarias, de las cuales, una de ellas es la que tuvo mayor repercusión pública, como es normal, cuando el

Consejo de Ministros aprobó la tan crucial reglamentación técnico-sanitaria de aceites comestibles vegetales, que tenía que haber estado aprobada, si no recuerdo mal, el 30 de agosto del pasado año y fue aprobada por el actual Consejo de Ministros en el mes de enero.

Pero, de todas formas, pensamos que antes del 3 de marzo, el 53 por ciento de estas Reglamentaciones, de las que en su conjunto van a formar el Código Alimentario, estén ya aprobadas, y en el transcurso de las próximas semanas ustedes verán qué reglamentaciones tan importantes, como las que hacen referencia a industrias cárnicas, mataderos de aves, comedores colectivos, pan, café, aditivos alimentarios, whisky, etcétera, se van a aprobar antes del 31 de marzo, y que a lo largo del segundo trimestre pensamos —y la Comisión así lo ha opinado— tener informadas otras veintiocho disposiciones, lo cual nos permitirá alcanzar entre el 90 y el cien por cien de los objetivos iniciales. Esto en el segundo trimestre del año, cumpliendo casi con el compromiso que se adoptó en las medidas que se aprobaron como conclusión del debate sobre el síndrome tóxico. Por ello, estamos en condiciones de cumplimentar, al menos en un porcentaje muy elevado, el compromiso que teníamos.

No sé si se les habrá escapado, pero como me gusta precisar, he dicho que la Comisión puede tener información el 30 de junio. Entonces, lo que puede suceder, y lo digo, es que haya desfase en cuanto a su aprobación en el Consejo de Ministros, que por su cantidad nos tengamos que alargar al mes de julio, pero que ya haya establecido, con la aprobación de la CIOA, este marco. Ha sido ya aprobado no solamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que es donde tiene la sede la CIOA, sino también por otros Ministerios como el de Agricultura, el de Industria y el Ministerio de Economía y Hacienda.

Podría explicarles también, si a ustedes les interesa, cómo vemos el estado actual de transferencias en competencias de consumo, pero, en todo caso, si después me lo preguntan, hablaremos de ello. Ya he dicho que es un campo en el cual hay mucho transferido y que hemos dado pasos importantes al entrar

en la que nosotros denominamos esta tercera fase del desarrollo autonómico.

Sobre la Ley de Defensa de los Consumidores podríamos explicar sus grandes líneas. Creo que la importancia de esta Ley merece que cuando tengamos el primer anteproyecto lo desarrollemos en una sesión monográfica, no en el desarrollo del conocimiento de su articulado, pero sí sus grandes líneas, no ahora, sino que yo espero que alrededor de Semana Santa estaremos ya en disposición, como he dicho antes, de tener un primer anteproyecto y, por tanto, podríamos tener una reunión informativa —si ustedes lo creen oportuno, el Presidente así lo recoge y lo traslada a la Mesa para su aprobación—, paso a explicar cómo está este anteproyecto en sus líneas generales, no en el articulado en concreto.

Poco me queda ya, solamente hacer una referencia a algunas otras políticas de tipo, yo diría, de infraestructura del Ministerio que con frecuencia no son objeto de intervenciones políticas, pero que en cambio son importantes por el trabajo práctico del Ministerio.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, por ejemplo, en estos momentos no dispone de biblioteca y, por lo tanto, no dispone de ningún servicio de documentación para el mundo sanitario y del consumo en general. Hay solamente una biblioteca en la Secretaría General Técnica, pero con el trasvase de la fortuna diversa de este Ministerio, que como ustedes saben es un Ministerio de fundación muy antigua (el primer Ministerio de Sanidad que hubo en Europa fue el Ministerio de Sanidad en España en 1977), pero después de los altibajos por los que ha pasado en estos momentos no hay ningún servicio de biblioteca, ningún servicio de documentalismo, aunque también hay que decir —y lo estamos recogiendo— que en España hay algún servicio de biblioteca y documentación muy importante. Como ustedes sabrán, el más importante de todos está en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, y estamos en contacto con ellos para solventar el paso de transición en algunos puntos. En otros puede ser una colaboración que dure mucho tiempo, pero es evidente que al menos hay que hacer biblioteca. Algunas publicaciones del Ministerio han tenido una importante re-

percusión, como he dicho, pero pensamos que hay que acentuar esta línea de publicaciones, de divulgación de la sanidad, y al mismo tiempo hay que establecer también líneas, no de mayor divulgación, sino de prestigio de la sanidad. Vamos sobre todo a los campos en los cuales se tiene un menor desarrollo, como es el de la salud pública. Pensamos publicar una colección de libros de salud pública a un nivel alto, no a un nivel de divulgación; pensamos publicar una colección de los clásicos sanitarios españoles, que son considerables, y hay nombres de primera fila como puede ser Valentín de Foronda, por decir un nombre de un ilustrado muy conocido, o Seoane, José Agustín Ibáñez de la Rentería, etcétera, que es una colección que tenemos que hacer, lo cual será una acción más del prestigio en la sanidad.

Tenemos también planes de infraestructura en el mundo de la investigación. Como ustedes saben hay un Fondo de Investigaciones Sanitarias, el FIS. Este es un Fondo que en los últimos meses ha estado trabajando sin recursos, porque desde abril de 1972 no se producen los ingresos por parte de la industria farmacéutica y, por tanto, nos plantea un problema importante. Es un Fondo con cuyos miembros he estado en contacto conjuntamente y por separado. Es un Fondo que hay que reestructurar, que intentamos que tenga otros fondos y que una parte de la deuda de la industria farmacéutica vaya a parar precisamente al desarrollo del Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Estamos coordinando la investigación sanitaria con la investigación que hacen otros Ministerios. Estamos haciendo también un planteamiento que pensamos —desde otras perspectivas evidentemente se puede pensar de modo diferente— que es realista con respecto a los españoles que trabajan de una manera destacada en el extranjero. Pensamos que no vamos a proponer a la opinión pública ninguna operación de rescate de cerebros, sino que vamos a proponer —y estamos trabajando en ello— una posición más realista. Hemos establecido contactos con los investigadores españoles que están en Estados Unidos, Francia y Alemania. Muchos de ellos están en programas de investigación en curso o

bien están trabajando con infraestructuras que a corto plazo no se pueden ofrecer en España, pero, en cambio, la mayor parte de ellos tiene la voluntad de mantener contactos con la estructura sanitaria e investigadora en España. Con científicos muy conocidos, estamos estableciendo contactos para que durante una parte del año puedan hacer aquí labores de docencia, de asesoría en la investigación y, por tanto, desarrollar esta tarea importante y realista. En segundo lugar queremos asegurar, para aquellos científicos que quieren regresar, infraestructuras en la medida de nuestras posibilidades y, por tanto, conectándolo con el Fondo de Investigaciones Sanitarias para que esta política no quede como un slogan, sino como una realidad.

Asimismo, estamos en conexión con una Fundación que está en vías de establecimiento con el máximo patrocinio de establecer una Fundación que facilite uno de los campos que, cuando se ha examinado este problema con detalle, más dificultades había presentado, que es el momento de transición entre el investigador español que está en el extranjero y viene aquí, hay unos gastos adicionales, hay unas cuestiones de gestión, etcétera, que avalan una Fundación con participación pública, pero también privada, y con un autopatrocinio que va a facilitar el período de transición y conocimiento que va a haber en este campo.

Estas son algunas de las ideas en que trabajamos en el Ministerio. Les advierto, simpáticamente, que si algún Diputado dice que me he expresado sobre algunos temas brevemente, puedo coger el montón que hay a mi izquierda y continuar mi intervención.

El señor PRESIDENTE: Gracias señor Lluch.

Tras la exposición de una hora y cuarenta y cinco minutos, procederemos a interrumpir la sesión hasta las 12,30 en punto, rogando la puntualidad especialmente a aquellos señores Diputados que van a solicitar intervenir. Por consiguiente, hasta las 12,30 interrumpimos la sesión. *(Pausa.)*

Se reanuda la sesión.

El señor PRESIDENTE: Se reanuda la sesión.

Conforme a la práctica de la pasada sesión, las señoras y señores Diputados que quieran hacer uso de la palabra que vayan solicitándola, para luego distribuir los tiempos según el número de solicitudes que haya.

¿Qué grupos desean hacer uso de la palabra? *(Pausa.)* Por el Grupo Vasco, la señorita Gorroño; por Minoría Catalana, señor Xicoy; por el Grupo Popular, señores Villegas y Ruiz Soto, y por el Grupo Socialista, señores Puig y De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: ¿Se va a hacer turno de Grupos y Diputados o todo mezclado?

El señor PRESIDENTE: No hay turno de Grupos, sino individuales. *(Pausa.)*

Por el Grupo Popular también solicita la palabra el señor Benítez.

Se han inscrito nueve Diputados. Por consiguiente, al igual que el otro día, cada uno va a tener diez minutos para su exposición.

Tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente. Agradezco la presencia y exposición jerárquica de los principales objetivos del Ministerio de Sanidad expresados por el señor Ministro, los cuales compartimos unánimemente, por lo que aportaremos todos nuestros criterios para llegar a dichos objetivos expresados.

Dicho esto, me gustaría exponerle al señor Ministro, como primera pregunta, cuáles son, en su opinión, o en opinión del señor Ministro, los principales problemas sanitarios heredados por su Gobierno o su Ministerio.

Segunda. Teniendo en cuenta el artículo 43, y sobre todo el apartado 1, ¿en qué momento todo el sistema de salud va a tener carácter universal?, como punto a); y b), ¿se subvencionará con los Presupuestos Generales del Estado y no con los presupuestos de la Seguridad Social; y su relación, con este punto b), con el servicio nacional de salud y con el ingreso de España en el Mercado Común, o bien con la implantación del IVA?

Tercera. Me gustaría expresarle al señor

Ministro nuestra gran preocupación sobre el tema de esta ley-marco, como es el proyecto de Ley de bases de la Sanidad, expresándole el hecho paradójico de que, en el Parlamento Vasco, el Diputado Socialista Alfonso Martínez presenta una enmienda a la totalidad al proyecto de la ley de Osakidetza, argumentando que el Partido Socialista iba a presentar su proyecto de ley de bases en seis meses. Me ha parecido oírle al señor Ministro que se presentaría para enero de 1984.

Entonces, nuestra preocupación es sobre este hecho y sobre esta enmienda a la totalidad presentada en el Parlamento Vasco.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señorita Gorroño.

Tiene la palabra el señor Xicoy, de la Minoría Catalana.

El señor XICOY I BASSEGODA: Gracias, señor Presidente. Agradecer, de verdad, la exposición que ha hecho el señor Ministro, y sobre todo por los términos de humildad con que se ha expresado en muchos aspectos, en que ha dicho que estaba prácticamente en mantillas. Quiero agradecer esta humildad, esta sinceridad, que, por otra parte, contrasta con lo que se decía en épocas de campaña electoral de que todo estaba previsto y programado. Lo digo con todo cariño.

Naturalmente, en las líneas generales que expuso el señor Ministro, estamos de acuerdo, porque creo que todos queremos lograr que los españoles estén sanos y rollizos. Pero hay algunas dudas que me gustaría que el señor Ministro me aclarase.

En primer lugar, no sé yo, en esta planificación general de la sanidad, cuyas líneas generales ha esbozado el señor Ministro, qué lugar le reserva a la iniciativa privada. Esta sería una primera cuestión que me gustaría que aclarase el señor Ministro. Me ha parecido que íbamos a una estatificación de la sanidad; pero, en fin, podría ser una impresión mía.

En segundo lugar, cuando ha hablado de la ausencia de una institucionalización en las relaciones sanitarias, el señor Ministro ha mencionado determinados estamentos, determi-

nadas entidades que están ya en relación con el Ministerio, y, si no recuerdo mal, ha hablado de los colegios profesionales, de los sindicatos y de las sociedades científicas. Y yo pregunto, ¿y el mundo del seguro privado?, que en materia de salud tanta importancia tiene, sobre todo dado el origen del señor Ministro, que coincide con el mío, en cuanto a una nacionalidad histórica, en que tanta importancia tienen estas sociedades privadas, mutuas, entidades de seguro, hermandades, etcétera; y yo creo que dentro de estas relaciones sanitarias tienen perfecta cabida, dada su importancia. En Cataluña, más del 50 por ciento de los asegurados en la Seguridad Social obligatoria están en estas sociedades voluntarias.

Después, también me gustaría que el señor Ministro me aclarase si en los centros de planificación familiar está prevista la práctica del aborto, que si el PSOE no lo remedia, será Ley en España, en ciertos casos, y estará legalizado. Si esto está previsto.

Para terminar, solamente quiero recordar el señor Ministro un compromiso que el Partido al que pertenece, el Partido del Gobierno, contrajo en un debate parlamentario de la anterior legislatura. Concretamente, el de 6 de mayo de 1982 sobre derogación de los decretos de 27 de noviembre de 1981: exactamente el 2824 y el 2825 sobre registro sanitario de alimentos y sobre coordinación y planificación sanitaria.

En aquel debate el Partido Socialista, junto con todos los demás partidos de la oposición —y con la abstención de UCD, que era el Partido en el Gobierno en aquel momento—, optó y apoyó la derogación pura y simple de estos decretos. Ahora que está en el Gobierno supongo que el Partido del PSOE cumplirá con una voluntad que expresó en los momentos en que estaba en la oposición.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra, por el Grupo Popular, el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Señor Presidente, señor Ministro, el Grupo Popular quiere agradecer sinceramente su actuación ante esta Comisión con la humildad que ya reconocía el Diputado de la Minoría Catalana,

porque su Ministerio —y esta Comisión trata unos Ministerios ríos— también es un Ministerio río y es un Ministerio complejísimo.

Nosotros, los sanitarios, decimos que cualquier sanitario que accediera a este Ministerio tardaría al menos seis meses en enterarse, y cualquiera que no fuera sanitario tardaría más de un año, aunque sea muy inteligente como lo es el señor Ministro.

Usted ha expresado que hay muchos problemas en los que todavía se está en fase de formar comisión, en fase de nombramientos y de pronunciamientos, y ha enumerado una serie de postulados con los que el Grupo Popular quiere manifestar que está totalmente de acuerdo, porque el Grupo Popular no está contra la medicina pública, sino que está a favor de su mejora y la gran preocupación que produce por los presupuestos que esto está ocasionando. Si es verdad que la salud no tiene precio, la sanidad tiene un coste y nosotros queríamos saber el coste que tiene esta asistencia sanitaria.

Nosotros, señor Ministro, tenemos gran inquietud por saber dónde sitúa su Ministerio la asistencia privada. Creemos que para mejorar la asistencia de los españoles es necesario la competitividad, tanto de costes como de actuaciones. Creemos que los dos estamentos no tienen que ser contrarios, sino que tienen que ser complementarios en la actuación para una sanidad más eficaz y mejor, y el señor Ministro, sin duda, tendrá ya conocimiento de que muchos servicios que conciertan con otra medicina —ya sea institucional o de Diputaciones o incluso de sociedades privadas— se hace a plena satisfacción y es mucho más económica que la que hace la Seguridad Social. El señor Ministro es un economista de reconocida solvencia y, sin duda tendrá los presupuestos a mano. Pero para recordárselo permítame que le diga que una asistencia en el mejor centro sanitario de España o incluso de su querida región catalana tiene de gastos la mitad que cualquiera de los hospitales de la Seguridad Social dando al beneficiario una cama para el acompañante, que en realidad es la medicina que yo entiendo.

Perdone, señor Ministro, que insista en este tema, pero he de decir que la medicina que

desean los españoles es una medicina, si quiere, muy a la española, pero el padre quiere estar con su hija cuando la operan, el marido con su mujer, y quieren estar atendidos y no precisamente en esos grandes monstruos hospitalarios donde resulta que sólo pueden entrar de cuatro a seis y donde la atención que usted pretende mejorar —y que quiera Dios que lo consiga— no es la misma. Es una medicina que quieren todas las personas; incluso los miembros del Partido Socialista quieren la mejor asistencia con el mejor médico y, a ser posible, la asistencia privada, y esa es la que el Grupo Popular quiere para la mayoría de los españoles, para todos los españoles.

Hay asuntos importantes que usted ha mencionado y no quisiera dejar pasar esta ocasión sin interpretar su primera disposición efectuada en el Ministerio con la famosa aparición en el «Boletín Oficial» de aquel toque de atención para los médicos españoles; porque usted, señor Ministro, echó un jarro de agua fría sobre esa clase sanitaria que tan esforzadamente ha trabajado durante muchos años con subsueldos y con un subempleo del que ella no ha sido responsable, sino que ha sido la Administración del Estado la que ha tenido la culpa. No creo que fuera esa su intención, y luego en parte así lo ha reconocido, pero no sólo la clase médica, sino toda la clase sanitaria, con la sensibilidad a flor de piel por el tratamiento que el Partido Socialista ha dado a las clases sanitarias en sus programas, confirmó un poco esta realidad.

Creo —y es justo reconocerlo— que el señor Ministro ha reconvenido sobre sus primeros pasos en el Ministerio y está en franco diálogo con las clases sanitarias. Señor Ministro, no se puede hacer ninguna reforma sanitaria sin reconsiderar a la clase sanitaria que la va a ejercer. A la clase sanitaria toda, lo mismo a los médicos que a los veterinarios y a los farmacéuticos, ATS, auxiliares de clínica; es decir, a todo el personal que compone la sanidad hay que incentivarlo no sólo económicamente, sino también en sus condiciones de trabajo.

Le espera una gran tarea. Como usted habrá notado, el Partido Popular no ha hecho

ninguna pregunta al señor Ministro. Sabemos de su complejidad y hemos estado esperando y esperamos no los cien días, si es posible, los ciento sesenta días, pero que conste que el Grupo Popular tiene ideas muy claras sobre lo que es la sanidad y será como un aguijón para este programa que usted nos acaba de esbozar. Le recordamos los plazos y le recordaremos su asistencia, porque piense, señor Ministro, que mientras usted está elaborando Comisiones —que es normal y lo tiene que hacer—, todavía hay listas de espera en los hospitales donde hay radiografías que tardan meses en hacerse— y no quiero hacer demagogias con la patología que podría encerrar esto— y hay personas que reciben muy mala asistencia en todos los ambulatorios de nuestra querida España.

En este grupo de reuniones que usted ha tenido con todas las instituciones sanitarias no debe olvidar, señor Ministro, que el beneficiario es el pueblo español, al que también de alguna manera representamos. Asimismo creo que usted debería venir más a menudo a esta Comisión. Le agradecemos su presencia y esperamos que sea más asiduo para poder mejorar entre todos la asistencia a los españoles. Creo que es un objetivo que todos compartimos.

Me ha extrañado que entre los grupos que usted ha mencionado se ha referido a la asociación para la sanidad pública. Quiero decirle, señor Ministro, que esta asociación, a la cual se pretende dar una imagen de un colegio de médicos bis sin colegiación forzosa, no tiene la representación ni la entidad suficiente, aunque usted haya oído referencias a la misma, porque también hay otras asociaciones que no son de sanidad pública, a las que el señor Ministro no ha recibido, y creo que debería recibirlas para darles la bienvenida. No se puede colocar a la misma altura a esta asociación que a las otras entidades.

En cuanto a los colegios de ATS y matronas es verdad que éste es un problema que tiene usted arrastrado y que tendrá que darle cauce, si es que el Tribunal Supremo tiene algún poder de ejecución en este país. Reconozco que no es una Ley suya, pero habrá que darle cauce de la mejor manera posible; en esto estamos de acuerdo.

Asimismo quiero decirle que respecto a las auxiliares de clínica, está pendiente todavía entre su Ministerio y el Ministerio de Educación el reconocimiento de esta nueva profesión que ayudó en momentos muy complejos a la sanidad, en momentos en que no había suficientes enfermeras para cubrir nuestra asistencia hospitalaria y que forman un colectivo importante, y habrá que regular su función y reconocer su titulación, que todavía están esperando.

También quiero señalar que a los ATS con el famoso «módulo 8» —es un problema adoptado por el señor Ministro— se hicieron promesas electorales que luego no se han cumplido, que de alguna manera tendrá que afrontar, ya que las hizo el propio Partido Socialista, no la hizo el Partido Popular.

Quisiera hacer referencia a otros muchos puntos pero no sé, señor Presidente, si me queda tiempo. En cualquier caso, procuraré ser lo más breve posible. Con respecto a la asistencia primaria, que ahora es un desastre que ni al señor Ministro ni al Partido Socialista se le oculta —y en esto también estábamos de acuerdo con su antecesor en la sanidad—, usted pretende organizarla en los centros comunitarios de salud, de la medicina de familia; pretende reformarla.

Yo le quiero decir al señor Ministro que nosotros no creemos que el Partido Socialista pueda realizar, dentro del marco de la seguridad pública, la libre elección de médico. Usted ha dicho que va a ser libre la elección de médico, de pediatra y de ginecólogo, si no le he entendido mal. Podrá hacerlo en un ambulatorio eligiendo entre dos o tres, pero, ¿qué fórmula económica va a buscar el señor Ministro? La libre elección de médico sólo entra en la libre competitividad y en una fórmula que se le ha olvidado y que es el pago por acto médico, totalmente inviable ahora mismo en la Seguridad Social, a no ser que el señor Ministro pretenda que haya médicos que vean cien enfermos y que haya otros que vean veinte, y que por el simple hecho de tratarlos un poco mal se irán todos con el que les vaya bien.

Creo que esto va a ser un problema complejo con el que se va a encontrar el Partido Socialista y para el que no va a encontrar

fórmula. Tiempo tendremos de analizarlo, y yo encantado me retractaré si es que usted encuentra la fórmula ideal.

Efectivamente, la asistencia primaria es complejísima y carísima. Quiero recordar al señor Ministro que una entidad de funcionarios que se llama Muface realiza esta misma asistencia a plena satisfacción, donde creo que el 95 por ciento han elegido esta sociedad de tipo privado, que les sale al menos 800 pesetas más barata que lo que les cuesta la Seguridad Social, y ninguno quiere trasladarse a la misma. Eso es un modelo de lo que nosotros llamamos medicina mixta.

Como me queda un minuto, señor Presidente, no quisiera dejar pasar esta ocasión sin señalarle que el Partido Socialista insistió —y nosotros estábamos de acuerdo con él, señor Ciriaco de Vicente— en que la psiquiatría pasaría a estar a cargo del Insalud en cuanto el Partido Socialista estuviera en el poder. No se lo he oído a usted, señor Ministro, y sé que éste es un problema tremendo, pero hay soluciones para todo —y no me cabe la menor duda que usted tiene imaginación y la puede aplicar—, y esperamos que la psiquiatría, que es la cenicienta de la asistencia hospitalaria, de una vez por todas el Ministerio —y ahora tiene una ocasión excepcional el Partido Socialista— se integre en la red del Insalud, en la red de asistencia de la Seguridad Social —y se me ha terminado mi tiempo—. Me gustaría tener ocasión de estudiar más profundamente este tema.

Sólo quisiera, para terminar, decir al señor Ministro que sobre algunas de esas revistas que edita su Ministerio no tengo conocimiento. Quisiera que, de alguna manera, llegaran o a este Grupo Parlamentario o a mí, como humilde médico incompatible de la Seguridad Social, y Diputado.

Muchas gracias, señor Ministro.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ruiz.

Con la flexibilidad con que esta Mesa quiere llevar la intervención y los trabajos de esta Comisión —y supongo que al Grupo Popular, que está en uso de su turno, no le molestará que dentro del mismo se escuche la

voz del Centro rezagado—, ruego que intervenga el señor Mardones.

El señor MARDONES SEVILLA: Muchas gracias, señor Presidente. Pido disculpas por este retraso ajeno a mi voluntad, por tener que bajar a cambiar el coche de lugar, según me han indicado los servicios del Parlamento, y agradezco la benevolencia del Grupo Popular.

En primer lugar, señor Ministro, quiero agradecerle la amplia y detallada exposición que ha hecho de los planes de trabajo de su Departamento. La intervención, por parte de nuestro Grupo Centrista, va a ser sobre algunos aspectos puntuales y más concretamente sobre lo que echo a faltar en la exposición del señor Ministro, es decir, lo que no se ha dicho en relación con algunos problemas que interesan a la opinión pública y que tienen un punto de referencia muy importante en el Departamento de Sanidad y Consumo.

El señor Ministro se ha referido a las recetas de psicotropos. No sé si esto indica que se va a llevar una política de facilidades o restrictiva sobre este tema, porque sería interesante que el Departamento de Sanidad y Consumo tuviera un pronunciamiento lo más administrativo y científico posible sobre su mentalización en el campo de las drogas, y sobre todo con relación al asunto de las drogas blandas. Lo digo no enfocado desde un punto de vista de programa político sino desde un punto de vista de pronunciamiento técnico científico de salud pública, porque creo que su Departamento está obligado a pronunciarse —al menos el Ministro, con los datos que le dé su servicio— desde el punto de vista de salud pública, con relación al tema de la despenalización o no de las drogas blandas.

Otra pregunta que le haría al señor Ministro es en relación al momento en que se ha referido —palabras textuales— a: «restringir la actividad de los visitantes en las instituciones hospitalarias». No sé si la palabra «restringir» debería ser sustituida por «regular», porque entiendo que si estamos constitucionalmente en una economía libre de mercado, si hay una serie de garantías constitucionales sobre este tema, hay que tener cui-

dado de que no se vaya a entrar en un principio de supuesta inconstitucionalidad al restringir la actividad de los visitantes, máxime cuando el señor Ministro ha informado de que entre sus grandes cuatro proyectos legislativos estaba el hacer una Ley del Medicamento y una Ley Básica de Sanidad.

Pues bien, si una Ley Básica de Sanidad trata estos aspectos y si hay una Ley del Medicamento, el visitante no hará ningún acto de propaganda o de promoción de un producto que no esté plenamente sancionado y dentro de los cuadros legales, y sería una pura actividad comercial o mercantil que entiendo no debería ir por esta vía restrictiva; que tenga una regulación, por supuesto, que tenga un sentido de restricción, pero no de exclusión, que es lo que en la exposición del Ministro veo profundamente dudoso.

Una tercera pregunta que le haría al señor Ministro, porque no se ha referido a ello, es que dado que España contribuye con cuotas significativas a este gran organismo internacional de la salud que es la OMS, si piensa su Departamento hacer una potenciación de las líneas de becarios que han estado, digamos, muchas veces propiciadas por la OMS pero que de todas formas, pagando España una cuota a este organismo, sería necesario hacer esta actualización de nuestros especialistas y, por supuesto —yo no trato de menoscabar lo que ha dicho el señor Ministro—, recurrir también a otras instituciones prestigiosas y a científicos que puedan visitarnos para enseñar o formar a nuestros especialistas. Y me ha extrañado no oír hablar de este programa con relación a la OMS.

Otra pregunta que no ha sido citada tampoco por el señor Ministro y que también está en la opinión pública es la postura de su Departamento, a través de los Servicios correspondientes y su grado de atención por el Insalud, en el tema de la planificación familiar. Me gustaría saber cuál es la opinión del Departamento sobre este controvertido tema ante la opinión pública de la planificación familiar vista desde su Departamento.

En el área del Consumo, quisiera preguntarle al señor Ministro, dado que no se ha hecho concreción de fecha —o no la he oído— sobre la publicación del proyecto de Real De-

creto de infracciones y sanciones en materia de consumo, si este tema está ya en una situación final ante el Consejo de Ministros o persiste alguna situación problemática de conflictividad con el Departamento de Alimentación. Esto se lo digo con el mejor sentido constructivo, porque está en el ánimo de mi Grupo que este proyecto de Real Decreto sobre el tema de infracciones y sanciones en materia de consumo vea la luz pública, dado que nos falta dentro de nuestro ordenamiento del consumo esta pieza jurídica y que sería deseable que un posible contencioso con el área de Alimentación del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación estuviera supeditado.

Al hilo y al filo de esta reflexión, quiero preguntar al señor Ministro si entra en la política del Gabinete una posible actuación coordinadora o refundidora que, al menos, delimite las competencias en el área de Alimentación del otro Departamento con el área de Consumo que el señor Ministro ostenta como titular.

Por último y para terminar, quiero mostrar mi extrañeza de que aquí se nos haya refrescado la memoria con relación al debate del síndrome tóxico en el cual, desde mi punto de vista, el Partido Socialista —entonces en la oposición— mantuvo una postura firme y consecuente, porque en la anterior legislatura se adoptaron una serie de acuerdos cuyo cumplimiento se nos invoca con relación a las fechas el tener finalizado el desarrollo del Código Alimentario Español a través de la FIOA. Sin embargo, se ha dicho por el señor Ministro —y ese fue otro punto del acuerdo en el que tengo que reconocer la constancia y congruencia del anterior portavoz socialista en materia sanitaria, aquí presente, el señor De Vicente— que se mantuvo una exigencia absoluta, diría yo, con la Administración en el tema de la publicación mensual de las sanciones por infracciones en materia de consumo, perjudicasen o no a la salud pública, y que ahora se nos diga que hay que tener una serie de cautelas informativas y que se le habla al oído a lo que se ha llamado aquí el aparato productivo —que supongo que serán los empresarios de las industrias— de que ahora tienen una multa y de que si se portan

bien no la publicarán y ya veremos qué pasa, no nos parece bien. Eso dicho en un sector como el alimentario español, que tiene del orden de 60.000 firmas, se transforma, señor Ministro, en un procedimiento muy utópico y muy extraño. Una de dos, o los acuerdos que se adoptaron en este Congreso con el debate del síndrome tóxico sirven todos o ábrase un nuevo debate y cámbiense los que se consideren que tienen que ser objeto de cautelas.

Nada más, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Mardones. Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Villegas.

El señor VILLEGAS VILLAR: Señor Ministro, quiero referirme a dos puntos de su exposición.

El primero es en cuanto a la deuda que ha dicho que tiene la industria farmacéutica con la Seguridad Social. Creo que la deuda que tienen los laboratorios —no lo ha dicho, pero supongamos que es de 25.000 millones de pesetas—, fácilmente se puede glosar en varios capítulos. Primero, la subida de los medicamentos debería haberse hecho hace ya bastante tiempo. Segundo, es posible que parte de ese dinero se haya tenido que emplear por los mismos laboratorios para no verse obligados a cerrar. Tercero, si no se actualizan rápidamente, puede suceder que algunos laboratorios se vean obligados al cierre. Cuarto, al haber cierta diferencia entre unos laboratorios y otros —hay laboratorios que tienen un gran volumen—, resultaría que los laboratorios que tienen menos volumen se verían obligados a cerrar, lo cual evitaría una cosa buena, que es la expansión que pueden tener estos laboratorios a nivel internacional.

Por tanto, creo que es urgente la subida de ese 8 por ciento de los medicamentos y, desde luego, el ponerlos a escandallo para que automáticamente se vayan subiendo sin necesidad de tener que recurrir a estos trámites tan lentos.

Otro punto que quiero hacer constar es que habló usted al principio de su intervención de la asistencia eficiente. En cuanto a esta asistencia eficiente a los enfermos o ciudadanos, quiero recabar dos puntos de vista. Uno,

qué se va a hacer con aquellos pueblos que tienen un número de habitantes que anda por los 2.000, o incluso más, y se encuentra con una carencia de medios totalmente exhaustiva.

Por otra parte, yo, que provengo de una provincia, Jaén, en la que por sus características especiales en algunos momentos existe una gran mano de obra y en otros hay poca, sabrá el señor Ministro que la media de enfermos que están internados en la Residencia Sanitaria es curiosamente de una edad muy alta cuando existe gran cantidad de trabajo y de una edad normal cuando la cantidad de trabajo que hay en la provincia es pequeña o normal. Quiere decir esto que se llenan las residencias con personas de alta edad, personas que, por determinadas circunstancias, cuando se producen estas avalanchas de trabajo, tiene que irse todo el mundo de la casa y es difícil ocuparse de ellos, y es difícil. ¿Qué hay sobre los hospitales geriátricos?, ¿efectivamente se va a potenciar la sanidad en estos núcleos rurales para que no haya unos ciudadanos de primera y otros de segunda, respecto a la sanidad?

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Villegas.

Tiene la palabra el señor Benítez Barruecos.

El señor BENITEZ BARRUECOS: Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Ministro, me gustaría hacerle una pregunta, que creo que está en el ánimo hoy día de bastantes médicos, a raíz de unas oposiciones que fueron convocadas en julio de 1981, publicadas en el «Boletín Oficial del Estado» del 8 de agosto, en las que se establecían 3.000 plazas para turno restringido, 800 para turno libre, amén de una reserva de 216 y 105 para Cataluña y País Vasco, respectivamente, estableciéndose entre las bases de la convocatoria que cada aspirante sólo podía concurrir a uno de los dos turnos.

Resuelto el concurso-oposición, se han otorgado 2.100 plazas en turno restringido y 1.900 en turno libre, lo que evidentemente ha redundado en perjuicio de los médicos optantes al turno restringido, que han visto reducidas sensiblemente las plazas que en principio fue-

ron convocadas. Por otra parte, han quedado 875 aprobados en expectativa de destino que, paradójicamente, en un principio se verán obligados a abandonar el pueblo en el que venían prestando sus servicios, ya que su plaza ha sido adjudicada a otro médico. Cuestión que, evidentemente, nos plantea la posible violación de la normativa de la oposición que garantizaba la preferencia absoluta en la adjudicación de plazas sobre el partido médico.

Para mayor abundamiento sobre el tema, debemos reseñar que las citadas oposiciones han sido impugnadas por las provincias de Granada y Almería en base a los criterios de calificación aplicados y de la inclusión de preguntas no pertenecientes al programa base de la convocatoria. Esto solamente es en plan ilustrativo, señor Ministro.

En definitiva, se crea una doble situación. De una parte, la de los 785 aprobados en expectativa de destino, en que se encuentra este número de médicos que venían prestando servicios en pueblos que ahora tienen que dejar y, de otra, la de los 2.000 médicos interinos suspendidos, que tras una relación de servicios mantenida con la Administración entre los dos, cinco y siete años, quedan cesados automáticamente y sin posibilidad de acceder a puesto de trabajo, ya que es lógico presumir las graves dificultades que tendrán que pasar para acceder a la titularidad, máxime con la expectativa de esos 785 médicos por delante de ellos a la espera de la adjudicación de plaza.

Como usted nos ha dicho en su informe que se crearán veinte unidades de médicos de familia, que habrá una jerarquización de 400 médicos de cupo, sin saber todavía por qué están paralizadas las convocatorias, tanto de plazas jerarquizadas como de no jerarquizadas, y usted ha dicho también que se emplearían médicos hospitalarios en, digamos, la extrahospitalaria, yo le pregunto —y le rogaría, en bien de estos médicos cuyo caso he expuesto—, ¿por qué no crea el Ministerio de Sanidad un baremo, digamos un poco especial, para que estos 2.000 médicos puedan optar a esas plazas jerarquizadas o no jerarquizadas.

Como punto final, estamos de acuerdo con el portavoz del Grupo Centrista en que sería

necesario que el señor Ministro se manifestara sobre el síndrome tóxico y nos dijera qué promesas —si las hubo— hizo a los representantes de dicho síndrome que, a partir de aquellas conversaciones, se han esfumado y no hemos vuelto a saber nada de ellos.

Muchas gracias, señor Ministro.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Benítez.

A continuación, tiene la palabra don José Segura.

El señor SEGURA SANFELIU: Señor Presidente, gracias.

Señor Ministro, es cierto que usted ha dedicado poco espacio a la cuestión consumo, posiblemente porque estamos en la etapa inicial o preliminar. Ahora bien, no es menos cierto que hay unas disposiciones que obligan a las empresas que transforman o elaboran productos alimenticios a estar inscritas en el Registro Sanitario, y hoy día hay muchas empresas que siguen elaborando y transformando los productos sin estar en el Registro Sanitario. Usted me dirá que posiblemente esto lo prevé la puesta en marcha del Código Alimentario. Todos sabemos que en los mercados centrales o en los mercados municipales existe un control sanitario.

Yo pregunto, la cantidad de mercancías que no pasa por los canales de los mercados centrales o los mercados municipales; ¿qué control sanitario podrán tener?

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Segura.

Finalmente, por el Grupo Popular, tiene la palabra don Manuel Giner.

El señor GINER MIRALLES: Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, quiero agradecer al señor Ministro su presencia, así como el informe, para mí bastante completo, que nos ha dado sobre los proyectos del Ministerio de Sanidad.

Quisiera matizar algunas cosas. Procuraré no ser reiterativo, porque siendo el último que hablo, quizá algunos temas ya se habrán tratado.

En primer lugar, creo que, dada la importancia que la medicina privada, en cuanto a la Sanidad pública, tiene en España, me parece que se la ha ignorado excesivamente en el informe del señor Ministro. Creo que la medicina privada merecía haber tenido una mayor atención en la exposición del señor Ministro.

Por otra parte, me ha alegrado oír, al hablar de los hospitales públicos, la tendencia a crear hospitales de 350 camas, a crear niveles de gerencia al lado de los de dirección médica, porque todos sabemos que es necesario, para conseguir una buena administración, de estos hospitales públicos, tener en cuenta, tanto el tamaño de los mismos como estos niveles. Pero hemos de saber también que los hospitales públicos están muy necesitados de un abaratamiento de sus costes, muy superior al de las clínicas concertadas, y, además, hay que tener en cuenta el hecho de que, cuando se trata de enfermos quirúrgicos, sus estancias en los hospitales públicos se prolongan innecesariamente, tanto en su preoperatorio como el postoperatorio, por encima de sus estancias en las clínicas privadas, lo que quiere decir que las cifras que se manejan siempre tendrán que tener este factor corrector de los días de estancia por intervención.

Al hablar de la salud pública, me ha extrañado no oír nada sobre la potenciación o ayuda a aquellas instituciones que están trabajando en la lucha antialcohólica, nada tampoco sobre el tabaco y nada tampoco sobre las drogas.

El tema de las drogas se puede contemplar, como todos los temas, desde muy distintos aspectos. Hay una propuesta del Gobierno actual de liberalizar la venta de las drogas blandas, y, en este sentido, desde el punto de vista de la salud pública, yo quisiera que el Ministro nos dijera si no hay un contrasentido de esta liberalización y despenalización en el uso de las drogas blandas, cuando se contempla desde la perspectiva de la salud pública.

Por último, en cuanto al déficit del Insalud del año 1982 y esa difícil auditoría que parece imposible poder realizar por el tiempo que se necesitaría, yo preguntaría al señor Ministro si no se podría administrar mejor procediendo a las transferencias a las Comu-

nidades Autónomas de toda esta problemática, por el sistema de dividir un gran problema y, de esta forma, poderlo mejor atender y resolver.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Giner.

Queda, finalmente, el turno del Grupo Socialista. En primer lugar, tiene la palabra el señor Puig i Olivé.

El señor PUIG I OLIVE: Muchas gracias, señor Presidente.

Voy a consumir, muy brevemente, una parte de mi turno. Yo rogaría a la Presidencia, en aras a esta brevedad, fuera generoso con la intervención de mi compañero, puesto que renuncio a desarrollar parte de mi exposición para dar coherencia a la intervención del Grupo Socialista y, así, que el señor Ciriaco de Vicente pueda exponer aquello que, ya digo, renuncio a exponer yo mismo.

En este sentido, sólo voy a intervenir con respecto al tema del consumo y, más concretamente, al tema del Código Alimentario. Ya se ha hablado aquí por parte del representante del Centrista, y me parece que ha habido una alusión también de otro Grupo, con respecto al Código Alimentario.

Desde luego, los socialistas hemos dicho en diversas ocasiones que había que crear normativa sobre el control de fabricación, comercialización e información al consumidor de los alimentos, y hoy el señor Ministro nos ha hablado de que con toda rapidez se va a presentar la Ley de Defensa del Consumidor, para la cual, además, hay un imperativo derivado de las conclusiones del debate del síndrome tóxico, pero se nos ha dicho que hasta finales de 1984 no podría presentarse la ley sobre alimentos, en este caso, de sanidad alimentaria. Sobre este punto quisiéramos pedir al señor Ministro si nos podría ampliar información sobre el proceso de elaboración de reglamentaciones alimentarias, de las cuales nos ha dicho, me parece, si no he anotado mal, que el 53 por ciento estaría ya listo el 31 de marzo; que nos ampliara, digo, un poco más la cuestión del Código Alimentario, puesto que hasta finales de 1983 no va a ser

posible tratar a fondo la ley. En ese «im-passe» quisiéramos conocer con detalle, porque hay una preocupación pública ahí, qué va a suceder en este tema.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Puig.

Tiene la palabra doña Dolores Renau.

La señora RENAU I MANEN: Gracias, señor Presidente.

El señor Ministro ha señalado que se va a continuar y mejorar la aplicación del Plan de Prevención de la Subnormalidad. ¿Podría, por favor, ampliar alguna información sobre aquellos aspectos y cambios que se van a realizar en el contenido del propio Plan y que van a orientar las acciones futuras?

Por otra parte, yo pediría también al señor Presidente de la Mesa que fuese tan amable como para ceder el tiempo que no he utilizado para el portavoz del Grupo. Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Renau.

El señor Ciriaco de Vicente parece que quiere actuar de escoba en representación del Grupo Socialista (*Risas*), pero una cosa es ser tolerante y otra distinta el abuso de derechos, porque podríamos encontrarnos aquí con un Grupo cuyos miembros pidiesen todos el turno y estaría hablando uno solo cincuenta minutos. Por consiguiente, tolerante, sí, pero sin abusar.

Tiene la palabra el señor De Vicente.

El señor de VICENTE MARTIN: Muchas gracias, señor Presidente; tolerante como siempre, señor Presidente, como buen socialista (*Risas*). Por tanto, muchas gracias por la tolerancia.

Voy, en un tiempo lo más breve posible, a expresar cuál es la posición, no sólo personal, sino también del Grupo socialista y del Partido Socialista en relación con la intervención que acaba de hacer el señor Ministro de Sanidad y Consumo, manifestando de entrada, y con ello me uno a intervenciones anteriores, la sinceridad con la que el señor Lluç ha afrontado la información sobre la situación

del sector sanitario, especialmente algunos aspectos de consideración económico-financiera, como los poderes puestos en relación con el Insalud y la información, también, insisto, seria, sincera y, por tanto, llamativa para algunos —yo veía caras de sorpresa en tanto que el señor Ministro pronunciaba las palabras— sobre la grave situación de la Administración institucional de la Sanidad Nacional, «res publica» importante, infrutilizada, desconocida y con problemas financieros, como lo ponían de relieve esos débitos de cuotas patronales a la Seguridad Social por el personal que en ella presta sus servicios.

Quiero que quede de entrada, señor Presidente, manifestación expresa del apoyo de mi Grupo y del Partido Socialista y, por tanto, hablo como portavoz del Grupo y del Partido Socialista, porque ya he presenciado, a lo largo de la reunión, dos intentos de cesarme en las responsabilidades de partido, que, sin duda alguna, encubren dos posibles líneas de interpretación. Primero, una valoración de que, para entendernos, no cuenten ustedes con mi concurso por lo que pueda tener de problemático para sus posiciones. En este sentido, tranquilos, que hasta el próximo Congreso del Partido Socialista estaré en el Partido Socialista, y trabajando en él, vaya la expresión por delante. (*Risas.*) Me han entendido perfectamente. En segundo lugar —es análoga (antes también hemos subsanado una intervención del señor Ruiz Soto contraria a la Salud pública, que era claro que no era contraria y a todos nos ha llamado la atención, pero la hemos entendido adecuadamente)—, reiterar que ahí está la cosa clara, que el señor Lluch no es mi antecesor, es mi amigo, es mi compañero, es el Ministro y, por tanto, es la persona a la que el Partido Socialista, y como responsable de él, vamos a apoyar, porque está llevando adelante la política que el Partido defendió en la oferta electoral.

En última instancia, debajo de afirmaciones como ésta, y creo que el tema tiene densidad política, trascendiendo de lo puramente personal, revela que, aparte de Gobierno, que es importante, el país lo necesita, hay una Partido detrás del Gobierno, y nosotros no hablamos del Gobierno del Partido, como se

ha hablado en etapas inmediatamente históricas dentro de la etapa democrática, sino del Partido que está apoyando y sosteniendo al Gobierno, que es cosa distinta. Por tanto, quede clara la distinción, quede clara la subsistencia de la responsabilidad y mucho más claro aún el apoyo a la política que el Ministerio está desarrollando en cumplimiento del programa.

Partiendo de estas consideraciones alementales, yo querría decirles a ustedes que creo que, por parte del señor Ministro, se ha hecho una exposición que, por lo que he visto, ha generado puntos de coincidencia básica sobre, al menos, los principios de la política sanitaria que se está desarrollando. No he visto en las intervenciones anteriores, que no es mi obligación juzgar, pero sí en alguna medida dar testimonio de lo que he oído, ni una sola crítica a los principios inspiradores de la política del Ministerio de Sanidad y Consumo con que el señor titular del mismo inició su intervención. Por tanto, creo que esto es un punto básico de coincidencia y concordancia para la posible solución de los problemas graves que tiene planteados la sanidad española.

En segundo lugar, quiero señalar nuestra total coincidencia con el programa legislativo del Partido, que es el programa que está desarrollando el Ministerio de Sanidad y que aquí nos ha recordado don Ernesto Lluch. En ese sentido, por tanto, ese programa legislativo tiene para nosotros una pieza básica de coordinación y definición del marco sanitario que es la Ley Básica de Sanidad y, por otra parte, una Ley básica, asimismo, para entendernos en cuanto a la expresión de su naturaleza, que es la Ley de Defensa de los Consumidores, que se nos ha anunciado se remitirá a corto plazo al Parlamento, precedida de una sesión informativa en esta Comisión, tema que es de agradecer por lo novedoso de la técnica que, por parte del Ministerio, se desarrollaría respecto de precedentes de otras Administraciones.

Pero yo querría decir, que nuestra coincidencia no es sólo por obvia, aunque por ello ha de ser señalada en el programa legislativo, sino también por algo que me parece muy novedoso en la intervención del titular del Ministerio, que es el planteamiento de una

política de relaciones sanitarias. Creo que el titular del Ministerio, y el equipo que con él trabaja dentro del mismo, ha comprendido claramente lo que significan los distintos agentes sanitarios, profesionales o asociativos, e incluso sindicales, que existen en el sector sanitario. En este sentido, no ya sólo la expresión de una voluntad de diálogo, sino incluso —y se nos ha hablado de ello— la solicitud de informaciones escritas a organizaciones profesionales, amén de los diálogos bilaterales habidos, yo creo que introducen un marco nuevo de desarrollo de la política sanitaria que sería de desear cabalgara en las mismas líneas que en la coincidencia en los principios, al menos por la vía tácita, se ha expresado esta mañana aquí, ya que no han sido cuestionados.

Pero permítanme que diga, en nombre de mi Grupo, que, siendo importante esa política, no se reduce, por lo que hemos visto por parte del señor Ministro, exclusivamente a los colegios profesionales o sociedades científicas, sino a algo (se ha hablado de ello por algún portavoz anterior) como son las asociaciones surgidas en torno a la defensa de la salud pública, e incluso el señor Ministro —y no se ha hecho especial hincapié en ninguna intervención anterior sobre este tema— a las asociaciones de usuarios de la sanidad que crecientemente están desarrollando una línea importante.

Yo, que soy consciente de que este no es un turno de polémica, sino un turno de posicionamiento de Grupo, posiciono al mío señalando que, en cuanto a la estimación de la representatividad de las asociaciones que con carácter voluntario se constituyen para la defensa de cualquier tema, sea la sanidad pública o la defensa del medio ambiente, su comparación en capacidad o dosis de representatividad respecto de otras instituciones pasa por un dato elemental que es la libertad en cuanto a la filiación. Difícilmente se puede decir somos más o menos representativos en tanto los condicionamientos jurídicos que en la práctica obligan en su caso —y no discuto el tema, no es el tema del momento— y en otros son facultativos, porque son el ejercicio de un derecho, permiten, insisto, realidades distintas que difícilmente se pueden homolo-

gar desde la perspectiva de la representatividad, porque es representativo aquello que tiene un eco en la sociedad lo suficientemente relevante para que sea una opinión de un colectivo social asimismo significativo. Pero, repito, la adhesión, la incorporación voluntaria, no la obligatoria, sin perjuicio de que haya, naturalmente, quienes desde la obligatoriedad transformen la norma jurídica en una adhesión a la institución en la que obligatoriamente se encuentran insertos.

Pero quería decir esto, porque sino incurriría, al menos desde el punto de vista político, en una omisión importante sobre lo que significa la posible valoración de la representatividad por parte de mi Grupo.

Dicho esto y, por tanto, apoyando muy positivamente esa línea de diálogo, también señalaría que se ha hecho referencia, y lo entendemos como novedoso y, por ello, como plausible y muy digno de ser apoyado, al diálogo no sólo con organizaciones profesionales o asociativas, sino también con las Comunidades Autónomas, en esa realidad fáctica de la que el señor Ministro nos ha dado muestras cuando se refería al tema de la política de los consumidores en cuanto a una coincidencia casi total respecto de la Comunidad, en cuanto a una serie de puntos en los cuales los que habían estado allí habían manifestado una unanimidad en temas sobre los que fuera la reunión.

Por tanto, esa voluntad de concordia en el tema de las Comunidades, unida asimismo a una referencia que se ha hecho en el tema de los municipios, nos parece lo suficientemente importante como para que se tome conciencia de que los sectores sociales, los sectores profesionales, las instituciones e incluso las organizaciones de empresarios, como ha sido la citada de Farmaindustria, en orden a la solución de un contencioso económico, que ha pasado por variadas situaciones desde el punto de vista jurídico, muestran una voluntad de diálogo, que en todo caso nos parece dato indiscutible para intentar cimentar un sistema de salud pública en base a la primera de las normas que el señor Ministro incluía en su programa legislativo la Ley Básica de Sanidad, que para nosotros es requisito previo de la delimitación de competen-

cias, de delimitación de marcos en lo que ya supone la Constitución, en lo que supone el respeto a los Estatutos, pero que, evidentemente, y como se ha dicho en alguna intervención anterior, plantea un tema de sintonía temporal en cuanto a las normas de las Comunidades Autónomas y que, en todo caso, ha de pasar, claro está, por el respeto a la Constitución y a los Estatutos. Pero si nos lanzamos, por decirlo de alguna manera, a construir sistemas de salud en las Comunidades Autónomas sin previamente haber resuelto, como es voluntad por otra parte del Ministerio, esas medidas a corto plazo, previas e inexcusables en la labor de elaboración de la Ley Básica, podemos correr el riesgo de tener en este país plurales, distintos y contradictorios sistemas sanitarios, a los que llegara tarde, en cuanto a su homologación, una Ley Básica que, por otra parte, requiere un tiempo de elaboración pero, sobre todo requiere, y coincidimos en el planteamiento del Ministerio en cuanto al calendario, un saneamiento que parte del conocimiento de esa realidad que ha sido heredada y, por tanto, de unas alternativas sobre solución de los problemas a corto plazo.

Querría, señor Presidente, sin extenderme mucho más, y ya entrando en el programa a corto plazo, decir que nos ha sido muy grato oír (lo digo con palabras que puede alguien interpretar equivocadamente, y lo repito por si hay alguna duda, grato oír) cómo se va a dar especial énfasis a la dimensión epidemiológica, requisito inexcusable para la planificación sanitaria. No se puede planificar sin epidemiología; sería, en definitiva, adoptar decisiones a ciegas, y en ese sentido la valoración que sobre este tema y sobre el desarrollo del mismo se ha expresado por parte del señor Ministro, nos parece no sólo una lacra histórica la carencia de la misma, sino también una voluntad política de llevarla adelante para hacer una política seria de planificación de los recursos sanitarios.

En cuanto al tema de los hospitales, creo que la política de salvación de los hospitales públicos y de defensa de los mismos está en la introducción de las medidas de diversa naturaleza que se han señalado por parte del señor Ministro, son el apoyo. Pero yo añadiría

asimismo algo de novedoso en la intervención respecto de posiciones de todos, y es que creo que por primera vez, en la intervención de un señor Ministro en esta Cámara, en la etapa posterior a las elecciones del 77, se habla de los derechos de los enfermos, de los derechos de los usuarios. Yo, que he sido, valga la expresión, parroquiano de esta Comisión durante muchos años, les aseguro a ustedes que es la primera vez que un Ministro habla del tema, y yo me siento muy orgulloso de que mi Ministro, el Ministro del Partido que apoya al Gobierno, en este caso el Partido Socialista, haya dicho claramente «derechos de los enfermos», «humanización», porque este es un tema que habitualmente va acompañado a declaraciones puramente verbales, pero que no suele ir desarrollado en líneas de incorporación a la realidad, y ni siquiera, en etapas inmediatas, hemos tenido la oportunidad de oírlo en su dimensión de formulación.

Resaltado esto, quería decir que nos parecen importantes las manifestaciones que se han hecho sobre la política del medicamento. Y también llamaría la atención —en esta línea de resaltar por mi parte lo que de novedoso ha tenido la intervención del señor Lluch— sobre el hecho de que no se nos ha hablado de política farmacéutica, sino que se nos ha hablado de política del medicamento, con una dimensión integral, dentro de la cual, naturalmente, está la política farmacéutica, pero que entraña una diferenciación de óptica y de planteamientos distintos respecto de actuaciones anteriores. En ese sentido el propio señor Ministro recordaba la existencia de normas valiosas de la etapa del Gobierno de UCD, afirmación que compartimos, pero tan valiosas como incumplidas y que determinan que aquello que haya sido valioso haya de ser aplicado ahora en este caso y, por tanto, nos parece muy bueno el planteamiento que se hace, pero, sobre todo, las medidas que dentro de la política del medicamento se han anunciado sobre el análisis de la desviación en el gasto. Yo creo que se ha interpretado mal alguna de las manifestaciones que ha dicho el señor Ministro, aunque ningún portavoz más autorizado para decirlo que él, pero yo no he entendido que se vaya a efectuar ninguna limpieza de nadie que vaya a visitar

los hospitales para información de tipo farmacológico, sino, simplemente, a regular el tema para que la atención a los usuarios en el desarrollo de estas tareas no sufra las interferencias que todos conocemos, como cualquiera que haya pisado con regularidad, en calidad de enfermo o sano, un hospital.

La política de «limpieza de mesa» que supone la definición previa de los datos de precios, deudas y negociaciones con Farmaindustria parece evidentemente necesaria para, a través del diálogo, iniciar una nueva política del medicamento que dé posibilidad a que el incremento constante de los gastos derivados de esta partida pueda situarse en coordenadas con significación sanitaria más clara.

En cuanto al Instituto Nacional de la Salud, otro de los ejes señalados, coincidencia total con la política señalada por el señor Ministro, en cuanto a la definición de sus objetivos, en cuanto al conocimiento de la realidad.

Creo que también (hay que agradecerlo, y el propio señor Ministro decía que quería que esta Comisión hubiera conocido por primera vez algunos datos sobre ese déficit, no definitivamente cuantificado, del orden de 115.000 millones de pesetas) el que estas cosas se digan aquí en el Parlamento es relevante y consecuentemente, con ello, he de señalar que, efectivamente, como el señor Ministro decía, hace falta «ministración», «ministración» y «ministración», al modo del catalán que quitaba el «ad» previo a «ministración», y que eso es una línea en la que parece que se está.

Pero yo también voy a resaltar aquí otra novedad que he oído en esta intervención. Ha hablado el señor Ministro de política de prestigio de las instituciones, y política de prestigio de las instituciones es, para nosotros, no sólo política de prestigio de las atenciones que se prestan a los ciudadanos, sino también a los profesionales que están desarrollando esas atenciones. Dicho en otros términos: prestigiar al Insalud, mediante un mejor funcionamiento del mismo, no es tarea exclusiva de la Administración, no es tarea que se pueda hacer sin los profesionales y demás trabajadores de la sanidad, pero, en cualquier caso, repercute sobre la calidad asistencial y también sobre la propia valoración que la sociedad haga de colectivos profesionales a los

que se maltrata globalmente, en actitudes indiscriminadas, pero que, evidentemente, conviene matizar, como el propio señor Ministro decía en algún momento, porque no se puede hablar de los tal, de los cuál, con carácter indiscriminado, sin hacer referencia (y él lo decía de alguna manera cuando se refería al documento P-29, aunque no formalmente, pero hacía referencia a él en la práctica) al control farmacéutico, a que no son todos los prescriptores —entiéndase, todos los médicos— los que abusan. Evidentemente, lo que no puede hacer ningún colectivo es tolerar que unos cuantos abusones —y perdón por la expresión, que no sé si es admisible en el lenguaje parlamentario— perjudiquen el buen nombre y la identidad correcta de un colectivo ante la sociedad, como es el respetable colectivo de todos los sanitarios que trabajan en Insalud y, específicamente en este caso, porque son los prescriptores de los médicos.

En cuanto al tema del Aisna todo lo que se haga es poco —valga la expresión—, en el sentido de que queda prácticamente todo por hacer. Nos parece muy positivo en la línea de valoración de aportaciones diferenciales a otras actuaciones, ya en un campo puramente técnico, ese respeto para los centros nacionales de soporte en cuanto a los centros de Majadahonda, así como algunas otras atenciones sobre determinadas enfermedades infecciosas que se han planteado por el señor Ministro, porque, evidentemente, son centros que han de servir al resto de las Comunidades Autónomas y a todos los ciudadanos en el país.

Pero como sobre el tema psiquiátrico se ha hablado no sólo por el señor Ministro, sino también en alguna intervención de referencia —y finalizo ya casi, señor Presidente—, quiero decir que, como se ha aludido a la posición del Partido Socialista sobre la integración de la política de salud mental en el Insalud, me limito a leer sucintamente, porque creo que no tiene mejor interpretación la posición del Partido Socialista, lo que el programa del mismo dijo: «Se implantarán nuevas unidades diferenciadas para atender nuevas demandas: psiquiatría...», etcétera. No se ha hablado de integración porque ése es un tema que requiere nada menos que un replanteamiento de la Ley de Régimen Local, una

asunción de la integración de competencias en las propias Comunidades Autónomas, y esto es algo que el Gobierno —al que apoya el Partido Socialista— tiene un calendario para cumplir.

Me ha parecido muy prudente la actitud de SS. SS. que han pedido un calendario, el señor Ministro lo ha dado, pero nadie ha pedido en esta Cámara, en esta sesión, que se cumpla ya todo, porque todos somos conscientes de que para cumplir todo hay cuatro años.

Finalmente, en cuanto a la política de consumo, quiero decir claramente que compartimos la combinación de los principios de firmeza y cautela que se han señalado y que compartimos asimismo la necesidad de la norma urgente sobre infracción y sanciones. Y quiero también expresar que en este punto nuestra coincidencia con la posición del señor Ministro es absolutamente total porque, en definitiva, se viene a prometer una ley que estaba en el programa del Partido Socialista, como el propio señor Ministro señalaba, que ya había sido objeto de importantes trabajos por parte del Partido en etapa anterior y que, sin duda, se está mejorando con las aportaciones que desde el Gobierno se pueden hacer por la legitimidad que da el ostentar la responsabilidad de un Departamento ministerial y, consecuentemente, he de señalar que en este campo concreto nuestras posiciones son asimismo de coincidencia total en orden a la defensa de los cinco derechos básicos de los consumidores.

Finalmente, ya de verdad, señor Presidente, para que así lo sea y no una táctica de intentar calmar el inevitable deseo de la Presidencia de querer parar mi intervención, legítimo por lo demás, quiero decir que también entendemos como novedosa esa parte final de la intervención del señor Ministro relativa a los aspectos de infraestructura del Ministerio, como es la apertura de toda la línea de publicaciones con una dimensión más accesible a los ciudadanos, también en cuanto a la salud pública, tema tradicionalmente abandonado. Permitasenos decir que nos llama mucho la atención, muy positivamente, todo lo que hace referencia a la reordenación del Fondo de Investigaciones Sanitarias, sobre el que han caído los juicios más duros y las acusa-

ciones más lamentables en etapas anteriores, con razón o sin ella, porque lo que es cierto es que no tenemos información para poder decir si con razón o sin ella; pero, evidentemente, hay acusaciones que muchas veces no han tenido respuesta, y todo lo que sea clarificar y orientar la investigación sanitaria y no sólo la investigación médica, sino la sanitaria en sentido amplio en áreas como la acción comunitaria, la psiquiatría, la gestión hospitalaria, etcétera— nos parece no sólo necesario, sino inexcusable, en un país que se caracteriza, no por no tener sanidad, sino por tener medicina, a pesar de que los médicos —valga la expresión, para que quede claro el tema— querrían tener sanidad.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor De Vicente.

Para constestar a las preguntas u observaciones que se le han formulado, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Señor Presidente, señoras y señores Diputados, en primer lugar quiero agradecer el tono personal de todas sus intervenciones y, asimismo, agradecer también las amplias coincidencias que creo que mi intervención ha suscitado.

Dicho esto, y pensando que en el futuro a lo mejor puede haber más discrepancias, pero en el tono personal no empeoremos, voy a intentar contestar a todas las preguntas que se me han hecho.

La señora Garroño me hace preguntas muy concretas y, por tanto, es muy fácil contestarle. A la pregunta de si la Ley Básica de Sanidad se va a presentar dentro de seis meses, le digo que no; se va a presentar en enero del próximo año. Yo sigo los trabajos del Osakidetza —si pronuncio bien, porque he estudiado euskera pero hace mucho tiempo— y pensamos que dentro de un año esta Ley esté. Pensamos —y lo hemos dicho— que es posible y conveniente que en esta Ley haya posiciones de aproximación en el País Vasco y vamos a seguir diciendo que hasta donde sea posible tiene que haber una voluntad de aproximación.

Respecto a mi opinión de los problemas heredados, ésta es una pregunta muy concreta pero muy difícil de contestar, en primer lugar, porque yo he dicho en mi intervención que procuro no hablar de problemas heredados ni de responsabilidades. Lo he intentado hacer y ahora me exigiría casi una reflexión al margen, porque la verdad es que no es que aparente que no hablo de herencias, es que realmente no me planteo los problemas en esos términos, aunque seguramente es bueno hacerlo.

Creo que el principal problema que tenemos, que yo veo, es el de que no se sabe qué hay dentro de esta máquina que se llama In-salud y que yo he intentado antes ejemplificar en el hecho de que a veces, incluso para saber las deudas, tenemos que hacer caso de la información interna, pero también de información externa. Yo diría que es lo peor.

En el caso del consumo lo más preocupante es que aún no hay un marco y, en cambio, lo más satisfactorio es que se está a punto de tenerlo por trabajo pasado, cosa que en ningún momento he negado y con el trabajo futuro. Creo que tenemos este marco, pero es un problema complicado.

La otra pregunta era sobre la universalización. Yo personalmente he hablado con el Consejero de Sanidad del País Vasco con cierto detalle de este tema. Nosotros somos partidarios de trabajar mucho durante los años 1983 y 1984 sin plantearnos el tema de la universalización y hacerlo cuando tengamos una experiencia de dos años y hayamos hecho progresos. Creo personalmente que, si hacemos un buen trabajo, en dos años estaremos muy cerca de la universalización, problema que no sería otro a plantear, y preferimos, en el marco de los cuatro años, dejar éste como problema a plantearse en los dos últimos años. Consideramos que si hacemos las cosas bien, como digo, estaremos bastante cerca de esto que, evidentemente, es un objetivo. Yo comparto con la señora Gorroño que se trata de un objetivo muy fundamental y muy deseable, incluso por el propio sistema burocrático, porque simplifica muchas cosas la universalización; no solamente da un derecho a los ciudadanos, sino que simplifica.

Respecto a la financiación, nuestra volun-

tad es que la financiación por vía del Estado sea cada año creciente; este año lo va a ser. Evidentemente, como fórmula final para solventar este problema no hay otra que la del Impuesto sobre el Valor Añadido. Quiero decir una cosa en la que creo que se insiste poco: que Impuesto sobre el Valor Añadido no es sólo una precondition y una exigencia del Mercado Común; es una figura impositiva que, si se introduce bien, es mejor que las figuras tributarias que quedan derogadas y, por tanto, con Comunidad Económica Europea o sin ella, desde el ángulo, por ejemplo, del que estamos hablando, es deseable la introducción del IVA. Así, pues, el calendario que en este terreno ha dado el Ministro de Economía, mi compañero Miguel Boyer, nosotros lo vemos con muy buenos ojos.

Respecto a la segunda intervención, le voy a hacer solamente una observación personal. Ya que me ha tratado, como ha dicho textualmente, con cariño, le pediría que me escuchara alguna vez en la campaña electoral, donde hablo aproximadamente como lo hago ahora; incluso hay compañeros en el Partido que se impacientan porque utilizo el mismo tono en los mítines y no tengo, parece, suficiente tono de mitin. Por tanto, estoy seguro que no puedo haber dicho nunca que estuviera todo estudiado. Creemos que dimos un enfoque y que no hemos cambiado. Lo que pasa es que —lo siento— no teníamos el informe en las manos y sabemos que los números cambian las cosas, pero el enfoque es exactamente el mismo que decíamos en la campaña. Al revés, algunas veces a mí se me ha atacado por estar demasiado apegado al programa, cosa que para mí es un elogio, porque es un programa con el cual yo personalmente estoy de acuerdo. No es que esté ahí por disciplina, no; estoy de acuerdo con el programa y, por tanto, lo hago y no creo que todo estaba previsto y programado. Creo que este programa es bueno para aplicarlo a una realidad y de ahí vienen líneas que me llenan de satisfacción, líneas de duda, etcétera.

Por otro lado, el temor de la estatificación, mientras yo esté en este Ministerio, no va a existir, sobre todo porque yo no soy estatificador. Muchas veces he dicho que no soy socialdemócrata porque a los socialdemócratas

les gusta mucho el Estado, y a mí menos. Por tanto, no hay ningún riesgo estatificador, mientras yo esté en este Ministerio, como verá después por otras contestaciones concretas. Creo en la iniciativa privada y después voy a matizar más porque hay otras preguntas del Grupo Popular.

La Constitución española, en el tema de sanidad, indica que no puede haber estatificación en su sentido estricto, lo que permite que amplias zonas de responsabilidad sanitaria pasen a las Comunidades Autónomas —y lo indica así— y, por lo tanto, la estatificación, en el sentido estricto de la palabra, la Constitución la prohíbe. Yo diría que no tenemos que hablar de este peligro porque, con toda franqueza, creo que no es constitucional y no estoy de acuerdo con la estatificación. Me parece que en la Constitución española la estatificación de la sanidad no encajaría muy bien.

Respecto a las relaciones sanitarias, usted indica un mundo que yo conozco, que es el mundo en el que hay unas instrucciones que son, yo diría, colectivas, pero no son del Estado, ni son de las Comunidades Autónomas, ni son privadas. Supongo que piensan en La Alianza, por ejemplo, que es una institución que hay en Cataluña, que tiene un número muy elevado de socios. Son 350.000 asociados, entre los que me encuentro. Hay otras en Cataluña de este estilo y en otras partes de España —en Cádiz recuerdo que hay una— hay varias.

Creo que esto, en una concepción de lo que los socialistas creemos que es el ámbito público, entra perfectamente este ámbito. Con todos he tenido relaciones, aunque a veces es complicado integrar, porque la legislación que hay en el Estado no lo considera, diríamos, plenamente y, por lo tanto, tienen más problemas con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que con el nuestro por esta razón. Pero vamos a hacer un examen entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el nuestro con este tipo de instituciones para encontrar un papel dentro de la economía colectiva o no privada. Por lo tanto, estoy plenamente de acuerdo con la intervención del señor Xicoy en tener en cuenta plenamente estas instituciones.

Respecto a la planificación familiar, tengo

que decir que no soy partidario de este término. Nunca lo he utilizado. Aunque hay Leyes que utilizan la expresión «Centros de Planificación Familiar», a mí no me parece una buena terminología, porque me da la impresión de que se puede interpretar como que queremos planificar las familias. Yo creo que es mejor otro tipo de terminología como la que he utilizado, que es la de orientación.

En cuanto a si se va a realizar el aborto en este número de causas reducidas, le tengo que decir que no. Además no está planteado, como he dicho algunas veces.

Respecto al último punto, que es la derogación de los Decretos —llamados, para entendernos—, Sancho Rof, de noviembre y diciembre de 1981, le quiero decir lo siguiente: Nosotros estuvimos a favor de la derogación de estos Decretos. He hecho esta referencia personal, porque pienso que algunas personas, al decir el número del Decreto y el año, a lo mejor no saben qué son los Decretos de esta temporada.

La posición de los socialistas fue su derogación y su sustitución por otros Decretos. Es decir, había dos posturas. Lo digo para matizar, porque creo que es bueno, como usted dice, tener en cuenta si hacemos lo que habíamos dicho en el pasado. Hubo dos posiciones que se sumaron: los que estaban a favor de la derogación pura y simple, con la que nosotros no estuvimos de acuerdo y la nuestra que votamos a favor de la derogación y sustitución por otros Decretos, porque creemos que hay algo de coordinación sanitaria que está en la Constitución y, por lo tanto, que hay que regular.

Cuando nosotros hemos accedido al Gobierno —tengo que decir que nosotros hacía años que queríamos acceder —pero hemos accedido en un momento determinado— nos hemos encontrado con una situación determinada y concreta, y es que han sido presentado recursos de anticonstitucionalidad a estos Decretos y que el Tribunal correspondiente, el Tribunal Constitucional, por la información oficial de que disponemos —porque es una información que tenemos a través de la vía lógica de información y, por tanto, con gran independencia— nos hemos enterado de que está en un estado avanzado y que

puede ir incluso al Pleno en la primera semana del mes de marzo.

A nosotros no nos ha parecido bien el sustituir estos Decretos por otros sin esperar a la sentencia del Tribunal Constitucional, cuando estaba tan cercana y no lo hemos hecho. ¿Y qué hemos hecho mientras tanto? Hemos sustituido una cosa que yo, en todo caso, voy a sustituir siempre que pueda, que son los Decretos por negociación y acuerdo. No ha habido ningún problema con las Comunidades que habían presentado recurso de anticonstitucionalidad porque yo lo aplicara en algún campo abusivamente.

En el mes de marzo, como ya he anunciado —ya que usted es catalán como yo— al Presidente de la Generalidad, en cuanto haya sentencia del Tribunal Constitucional, nosotros vamos a actuar, y vamos a hablar con las Comunidades Autónomas antes de actuar en consecuencia. Después de que el Tribunal Constitucional haya dictado sentencia, que, evidentemente, el Gobierno va a acatar en todos sus puntos, como otras sentencias de otros Tribunales, según después expresaré, vamos a mantener un diálogo concreto con las Comunidades Autónomas.

Aquí, para hablar, como intento yo hablar siempre, aunque a veces me equivoco, con toda sinceridad, tengo que decir, por ejemplo, que en estos momentos estamos haciendo esto con dificultades, porque el mayor número de protestas que hay sobre la sanidad española en estos momentos vienen de Cataluña y llegan al Ministerio de Sanidad y Consumo. Incluso hay, como usted sabe, médicos que piden una intervención del Ministerio en instituciones que han sido ya transferidas con motivo de la alta inspección del Estado. No lo vamos a hacer, porque no hay un mecanismo. Donde hay más quejas en estos momentos de que llegue esta unidad de acción inmediata es en Cataluña, cosa que lamentamos, en un porcentaje mucho mayor que la población. Superan tres veces el porcentaje de población que tiene Cataluña las quejas que llegan, para entendernos. Pero no lo vamos a hacer. Vamos a esperar. Por tanto, creemos que puede que sea necesaria la alta inspección del Estado —es responsabilidad mía aplicarla—, pero la vamos a realizar con este talante: res-

peto a la sentencia del Tribunal Constitucional, escuchando a las Comunidades Autónomas, y entonces, ejerciendo las competencias con toda claridad que el Estado nos da. Me parece, por tanto, que esta pregunta —que es una pregunta, tengo que decir, muy importante y que agradezco que se me haya planteado— la he intentado contestar con precisión.

Con respecto al Grupo Popular, al señor Ruiz Soto le contaría solamente una anécdota. Una vez fui a una población determinada a resolver un problema y se me presentó como la oposición un Senador de Alianza Popular, y le dije: ¿La oposición viene a Menorca a arreglar el problema? Somos los mismos. Porque en los problemas sanitarios sucede que la dialéctica Gobierno-oposición se tiene que producir, y se produce. Pero, evidentemente, cuando se trata, como en el caso de Menorca, de ir a resolver un problema que aseguraba servicios mínimos sanitarios en una población, resulta que esta dialéctica se esfuma, y yo creo que en su intervención ha habido exactamente el mismo proceso.

Estoy de acuerdo con la humildad, a lo mejor dentro de un año no la tendré, porque usted me ha asegurado que dentro de un año estaré más al corriente.

Algunos problemas, como la circular de 15 de diciembre, no los quiero soslayar. Tengo que decir que acepto su primera formulación de que esta circular cayó como un jarro de agua fría, aunque el agua posteriormente se ha ido calentando. Tanto es así que en los datos que yo manejo, el 50 por ciento de los médicos estuvieron en desacuerdo con esta circular en la segunda quincena del mes de diciembre y, en cambio, en una encuesta muy amplia que se hizo en la segunda quincena de enero —y no por parte del Ministerio, sino por parte de una revista, y con una muestra muy amplia—, el 50 por ciento había ascendido la aceptación al 85 por ciento. Quiere ello decir que había un grado de aceptación notorio de esta circular, que es lo más importante, y se está viendo en la práctica, porque la cantidad de médicos que están revalorizando su situación es realmente importante; no voy a decir encomiable, pero sí importante, lo que supone que hay una reacción

por parte de los médicos que lo han comprendido que están revalorizando su situación; que en un número de centenares la han revalorizado, lo cual puede permitir abrir allí una espita importante de creación de puestos de empleo para unos médicos en paro, cuya especificación ahora no voy a decir. Se da la cifra de 18.000, aunque es más compleja, porque la mayoría de esos 18.000 no tienen empleo, pero, afortunadamente, no están en paro. Tienen empleo precario, que es una mala situación, pero no es paro, y puede ser una vía de solución al menos de los que están en paro estricto importante.

Por otro lado, esta circular se publicó en el «Boletín Oficial del Estado», y tengo que decir, aunque nunca lo he dicho, que a solicitud de los médicos, porque creyeron que se tenía que dar mayor publicidad, y ha habido otros médicos que no han estado de acuerdo, porque han creído que la oposición era demasiada. Usted sabe que a veces estos problemas son complejos, pero reconozco que hay necesidades a flor de piel —recogiendo una expresión suya— que hacen que en este mundo uno tenga que actuar con cuidado, cosa que pienso hacer.

Con respecto a la asistencia privada, nosotros no vamos a limitar el papel de la asistencia privada. Es evidente que hay en algunos casos costes superiores en el sector público que en el sector privado, y vamos a hacer todo lo posible para que esta asistencia, como usted comprenderá, sea en condiciones de igualdad y se mejore la asistencia pública sin ahogar la asistencia privada de ningún tipo. Por lo tanto, que ninguna reforma se haga sin consultar en este caso, estamos de acuerdo en que no se me puede decir nada porque lo estoy haciendo.

Con respecto a su opinión de que Alianza Popular tiene que ser un aguijón, yo les agradeceré este papel. Los que creemos que es consustancial con la democracia el concepto de alternancia y el concepto de alternativa estamos totalmente de acuerdo en que ustedes hagan este papel, y lo vamos a aceptar sin ningún tipo de dificultad porque, precisamente, la democracia es esto.

Por otro lado, que sea más asidua la Comisión, he dicho que quiero venir a informar a

la Comisión cuando haya las grandes líneas del anteproyecto de Ley del consumidor. Pienso traer también iniciativas a esta Comisión. Por ejemplo, que esta Comisión, por voluntad directa de la Mesa —cosa que propongo ahora— sea la primera Comisión del Parlamento que prohíba fumar en público en el transcurso de sus debates, que a mí me facilitaría mucho (entonces un Diputado socialista enciende el cigarro en ese mismo momento) (*Risas.*) y que una vez hecho esto sería bueno que se hiciera aquí como primera muestra y que se pudiera ir haciendo como otros Parlamentos del mundo, que se fuera extendiendo a otras Comisiones y, por tanto, pienso que voluntariamente sería bueno que la Mesa pensara en hacerlo. (*Risas.*) Como el Presidente no fuma, espero tener un importante aliado en él.

Con respecto a otros problemas que me ha planteado muy concretos, como las promesas electorales con los ATS, creo que hay que cumplirlas. En estos momentos tenemos una prórroga de los Presupuestos, pero pensamos que en el nuevo presupuesto se tiene que negociar con ellos, y en las posibilidades del Presupuesto, de tal manera que en el transcurso del tiempo más rápido, pero más realista, estas promesas se mantengan.

Con referencia a la libre elección de médico, es muy difícil introducirlo. Usted tiene toda la razón. Lo hemos dicho en el programa electoral. Creo que esta es una verdad, y vamos a intentar que esto se introduzca sin incluir, como usted dice bien, el pago por acto médico.

Con respecto a la Muface, a lo mejor usted supone que por ser profesor numerario de Universidad, soy de Muface, y acierta. Creo que es un tipo de institución que funciona.

En relación con la psiquiatría, yo diría que en estos momentos hay problemas legales, como muy bien ha mencionado el Diputado Ciriaco de Vicente, para hacer un planteamiento como usted decía, pero estamos estudiando y tenemos ya un trabajo acabado sobre los costes que esto significaría, los problemas legales que esto presenta, donde están muy claramente expresados los problemas de la necesidad de cambios en la Ley de Régimen Local y del elevado coste que esto tiene.

Por lo tanto, vamos a dar pasos en este sentido, pero no todos.

Con respecto a su última intervención, a mí me parece lógico, y mal que no lo haya pensado yo antes, que todas las publicaciones que hacemos en el Ministerio las reciba. Esta es una costumbre que con frecuencia en el Congreso de Diputados no se respeta y que creo que es básico que se haga y yo tomo nota para que se realice.

En relación con el Grupo Centrista, en cuyo nombre ha hablado el señor Mardones, que ha demostrado en su intervención que ha pasado, evidentemente, por este Ministerio, tengo que decirle diversas cosas. En primer lugar, yo agradezco la cita que hace de la OMS, porque creo que en el Ministerio de Sanidad y Consumo hay que hacer una política no solamente con la OMS, sino de relaciones internacionales sanitarias mayor de la que hasta ahora se ha hecho. Hay que señalar, por ejemplo, que este año no tenemos ni vamos a tener aún Agregado Sanitario en la Embajada de Ginebra, mientras que tenemos Agregado Laboral, porque está la OIT. Incluso que lleguemos a tener una Embajada específica, idea que no compartí en su momento ni comparto ahora, de una embajada para la OMS específica. Pero es evidente que un Agregado Sanitario en Ginebra sería absolutamente necesario. No se va a permitir, por razones presupuestarias, porque el Ministerio de Asuntos Exteriores, con el que hemos tenido conversaciones, está de acuerdo siempre que sea sufragado por el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este año no lo vamos a presentar, pero, evidentemente, es algo que sería absolutamente conveniente. Y lo sería, como usted señalaba, no solamente en el punto que ha indicado sino en otros, que tengamos la repercusión en la OMS, que nuestra aportación y nuestra cuota merece. Por ejemplo, en los paneles de asesores de la OMS prácticamente no estamos representados, y hay que hacer una política para que nuestros técnicos y asesores estén ahí en los paneles que los diversos países pueden escoger como asesores. Tenemos gente suficientemente dotada como para impulsar esta política. En el transcurso del próximo mes, del mes de marzo, tengo una cita en Ginebra para entre-

vistarme con el Secretario General y plantearle precisamente un hecho, y es que precisamente de todos los países que pagan una cuota el único que está por debajo del porcentaje en paneles, en becarios, etcétera, es España, y tenemos que lograr que la OMS juegue un papel, que además tenemos que compartir entre la OMS, como organización mundial, y la llamada región europea, que tiene su sede en Copenhague, que a nosotros directamente nos interesa. En el mes de marzo se va a celebrar en Madrid una sesión con la OMS, de evaluación científica de todas las investigaciones que se han hecho sobre el síndrome tóxico, que nos parece a nosotros que es la primera evaluación importante que se va a hacer, porque es una evaluación internacional. Nosotros pedimos su colaboración, que va a completarse con la Comisión Científica que el Gobierno aprobó últimamente de cinco miembros, que van personas de probada fama y con estas dos evaluaciones creemos que se podrá hacer la primera evaluación científica sobre las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el síndrome tóxico.

Dejo al margen otras jornadas, también importantes, pero no a este nivel, que va a organizar el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, los días 13, 14 y 15 de marzo, mientras que las jornadas de la OMS se van a producir a finales de marzo y son todo un aprovechamiento de la OMS que creo que hay que realizar.

Lo mismo, aunque usted no me lo ha preguntado, le diría con respecto a nuestras relaciones sanitarias. Tenemos un convenio sanitario con Marruecos, del cual prácticamente no se ha realizado en estos momentos casi nada. Tenemos un convenio sanitario que ha empezado a funcionar en el mes de enero con Austria. Hay una propuesta que ha hecho el actual Gobierno de hacer convenios sanitarios con los países situados al norte de América del Sur, que estamos estudiando. El Gobierno de Guinea Ecuatorial, con la que nos une lazos de idioma, nos ha solicitado que la ayuda que daba el Gobierno español en sanidad, a través de la Cruz Roja Internacional, con cuyo mecanismo no está contento, sea a través de un trato directo. En estos momentos, un inspector muy especializado en cuestiones

internacionales ha estado en Guinea —regresó ayer— para establecer un contacto directo sanitario entre Guinea y el Estado español para que la ayuda que se daba se haga de forma directa, y parece que se va a tener una relación más humana y más directa. Por otro lado, parece que opinan que somos capaces de hacerlo nosotros directamente mejor que a través de la Cruz Roja Internacional. Por lo tanto, ahora este tema — en el que no quiero extenderme, y aprovecharme de que usted ha dicho mundial para explicar las relaciones internacionales— es un tema muy importante y en el que estamos trabajando bastante, porque no teníamos en el concierto internacional mucha presencia. Usted tiene razón en llamar la atención sobre ello, y se lo agradezco.

Con respecto a la planificación familiar, ya he dicho que le vamos a llamar orientación familiar para que sea eso: orientación familiar. Tenemos una serie de medidas concretas de lo que debe ser, aunque no le voy a contestar ahora más porque después voy a hacerlo más ampliamente sobre los centros de orientación familiar.

En relación a su proyecto de infracciones y sanciones, tengo que decir que en estos momentos no hay diferencias con el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Pesca con respecto a este Decreto y, por lo tanto, estamos en situación de decir que se va a aprobar en el tiempo necesario para su tramitación normal, es decir, que va a ir a la reunión de Comisión de Subsecretarios y Consejo de Ministros y depende —diríamos— de la marcha de los trabajos de una y otra el que se apruebe un poco antes o un poco más tarde, pero, para entendernos, estamos muy cerca de su aprobación. Hay un acuerdo ya de nuestro Ministerio con el de Agricultura, Alimentación y Pesca sobre este problema.

Sobre el problema de limitación de competencias entre Cultura y Sanidad, es un tema que estamos tratando en un Decreto que se halla mucho más retrasado. Está a nivel de Proyecto de Decreto, de cooperación en las inspecciones, no solamente con Agricultura. Está mucho más retrasado y, por lo tanto, así se lo digo.

Con respecto a la publicación de multas, nosotros somos partidarios de que se publi-

quen las sanciones e infracciones. Lo que he dicho es que los nombres de las empresas, cuando sean sanciones menores, no muy importantes, creemos que no es buena la publicación nominativa, y vamos a mantener eso, mientras que en las multas muy importantes es bueno que sean públicas y también que la acumulación de multas pequeñas se hagan públicas, cosa que se pretende.

Sé el número de empresas que hay en España, que es muy elevado, pero como la sociedad, y en eso enlace con algo que también decía el Diputado Ciriaco de Vicente, está ahí, tiene sus mecanismos, y estas múltiples empresas están organizadas en alguna institución, creo que es bueno también que estas instituciones ayuden a la Administración Pública a hacer su tarea. Están dispuestas a hacerlo y lo hacen, y si ellas están dispuestas a hacerlo y les es muy complicado, no lo será para nosotros. Será muy complicado a las federaciones empresariales, pero están dispuestas a hacerlo y lo hacen. Es su papel, y los asociados han de pagar una cuota para que la federación en este caso haga estas tareas. Si existen estas cuotas es bueno que haga sus servicios.

Don Ramón de Villegas, con respecto a la deuda de la industria farmacéutica, ha hecho sus números, como se echan las cartas y ha dicho que son 25.000 millones. Nosotros, francamente, creemos que la deuda es menor y creemos que en este campo vamos a hacer una cosa buena. Vamos a establecer, posiblemente se esté estableciendo ahora ya, un acuerdo sobre cuál es la cifra, que ambas partes estén de acuerdo, y que no va a ser una cifra de 25.000 millones, sino una cifra inferior. Que se haga de mutuo acuerdo, y a lo mejor en este mutuo acuerdo juega también alguno de los factores de que ha habido retraso en los aumentos de precios. Sobre incremento de precios, yo creo tiene que ir más normalizado. Estamos de acuerdo porque es más normal que haya negociación de precios y se sepa por qué se piden aumentos de precios.

El problema geriátrico, que ve en Jaén, se ve también en Madrid, en Barcelona y en muchas partes, sobre todo en Barcelona y en Madrid, por otras razones. Se van de vacacio-

nes las familias y las personas que son ingresadas a partir de determinado momento aumentan de una manera, diríamos, muy grande, y a veces, incluso, lo tengo que decir, de manera lamentable. Es un problema gravísimo, porque a veces se ingresan (sobre todo en Madrid es un hecho muy detectado y estudiado) personas de edad avanzada, que han perdido bastante la memoria, sin documentación para que no se puedan devolver a las familias o buscar a las familias. Al terminar las vacaciones, o fin de semana, esas familias van a recuperar al abuelo o a la abuela diciendo que es un señor de tales características, y se recupera. Este es un problema que realmente tiene rasgos tan poco humanos como éste. Es algo que, desgraciadamente, no pasa sólo en Jaén, que ya sería desgraciado, que no se me entienda mal. Lo que quiero decir es que pasa, además de en Jaén, en muchas otras partes. Evidentemente, esto exige un tratamiento peculiar y puntual de este problema que, como digo, al menos, como usted ve, conocemos, y que hay que establecer con la Isna. Ya he citado que hay que tener hospitales geriátricos para dar salida a todo este problema que se plantea con rasgos tan dramáticos como los que yo he dicho. No le constesto a una pregunta expresamente, porque es un tema que me gustaría tratar en el futuro con más profundidad.

El señor Benítez Barruecos me ha planteado un problema realmente curioso, que es el problema de estas oposiciones y dado que aquí hay un catedrático como mínimo, de Derecho del Trabajo, le digo que además esto se ha producido con unas características especiales. Hay una asociación, que a mí me ha hecho mucha gracia, que se presenta como Asociación de Opositores suspendidos en la Convocatoria convocada en junio de 1981. Es más o menos su nombre. Han hecho una asociación de derechos laborales. Yo no sé si tiene como mínimo una cierta novedad el que haya una asociación que se presenta como de derechos sindicales con este nombre. En el mundo debe haber precedentes de casi todo, pero realmente es un caso al menos sorprendente.

A esto le tengo que decir que a su caso le puedo añadir otro. Los últimos exámenes de

los MIR se han corregido tres veces. ¿Por qué? Porque hubo filtraciones, hace unos cuantos meses, de las preguntas. Se descubrió que en algunos sitios algunas preguntas se habían filtrado, y se tuvieron que corregir los exámenes por segunda vez. Después se descubrieron más filtraciones, y se tuvieron que corregir por tercera vez, cosa que, evidentemente, lleva a casos de enorme conflictividad, porque algunos médicos saltan de aprobados a no aprobados, cosa importante. Esto, si se entiende que ha pasado en toda España, afortunadamente no es cierto. Solamente ha pasado en algunas provincias españolas, y muy limitadas, pero ha pasado. Como usted también ha dicho, su caso ha pasado más en unos sitios que en otros. Por eso hay asociaciones en unos sitios y no en otros.

Evidentemente, con algunos de los términos de la convocatoria diré que no estoy de acuerdo, y a lo mejor estoy más de acuerdo con lo que hizo el Tribunal, que fue adecuar lo de los restringidos, moverlo. Lo que me parece mal es que no se cumplan las normas, lo cual no quiere decir que yo esté de acuerdo con las normas planteadas, y que el Tribunal, a lo mejor no ajustándose al derecho, pero sí a su opinión profesional, hizo esto bien.

En resumen, en el caso de los MIR hemos hecho un reestudio de los exámenes, los hemos publicado y la gente ha acatado bastante las revisiones de exámenes. Es decir, tenemos un problema planteado que en estos momentos no estoy en condiciones de decir cómo vamos a resolverlo, porque usted comprenderá que es un problema jurídicamente muy difícil, ya que puede afectar a derechos adquiridos, y realmente hay que resolver este problema y, sobre todo, hay que hacer estas convocatorias mucho mejor. Las nuevas convocatorias que se hagan hay que hacerlas bien, llevarlas bien y con mucho rigor. Por lo tanto, al problema que usted me plantea de los exámenes, no le constesto. Estamos estudiándolo. La Asociación de este nombre tan peculiar está en contacto con nosotros, estamos estudiando a ver si podemos encontrar, dado que se cometieron desajustes —por decir una palabra suave— en la anterior Administración, una salida, siempre que esta salida sea justa.

En cuanto a los representantes del síndrome tóxico, a mí me gustaría decir que en una entrevista arreglo los problemas, pero es que no la hice yo, la hizo el Ministro de la Presidencia, porque el síndrome tóxico depende de su Ministerio y, por lo tanto, no lo puede hacer. Ni hice promesa ni arreglé el problema muy rápidamente.

Con respecto al Diputado Segura, del Grupo Popular, S. S. dice una cosa en la que tiene razón. He dedicado poco espacio al consumo. El día que venga a explicar, si se me pide así, las líneas generales de la Ley de Defensa del Consumidor, voy a paliarlo. He dedicado poco espacio al consumo, porque además iba en la última parte del informe y no quería extenderme más. En la próxima sesión, que será seguramente sobre el consumo, compensaremos lo que usted dice, y tiene razón, que no le hemos dado el espacio que se merece este tema.

En relación al control sanitario de mercancías, éste es uno de los problemas que ahora estamos tratando con las Comunidades Autónomas y con el Gobierno central. Y añadido, además, porque en la intervención de mi compañero y amigo señor De Vicente, hay un aspecto que a mí me ha parecido bien. Me ha hecho una crítica, digamos, solapada que me parece bien, refiriéndose a que en estos contactos hemos tenido poco en cuenta a las Corporaciones Locales. Tengo que decir que es así, y lo vamos a corregir próximamente, pero él lo decía, y me parece muy bien, porque tiene razón, ya que en este caso las Corporaciones Locales tiene una gran importancia, y hay que solucionar este problema, ya que en estos momentos no hay el control suficiente de mercancías. Incluso hay una cierta inhibición. Como aún no está claro, las Comunidades Autónomas dicen que los Ayuntamientos, los Ayuntamientos, que las Comunidades Autónomas; las Comunidades Autónomas que el Estado; el Estado que las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, y hay que sentarse en una mesa porque el problema es importantísimo.

Con respecto al señor Giner, del Grupo Popular, agradecerle que diga que el informe es bastante completo, y todas las indicaciones que ha hecho.

En cuanto a las drogas, señalaría una diferencia entre despenalización. Yo soy de los que creo que el tabaco es una droga. Por eso fumo muy poco. Las drogas llamadas drogas blandas, a mí me parece también que son una droga, aunque el problema, como ha dicho muy bien el señor Mardones, es un problema que científicamente se tiene que deslindar, pero no yo, para decir si es blanda o dura, etcétera. En general, la lucha contra las drogas penalizadas o despenalizadas, a mí me parece que, desde el punto de vista sanitario, es absolutamente necesaria. Lo mismo que en el caso del tabaco, para el que ya he hecho antes una propuesta concreta.

Tenemos un Decreto que vamos a ir aplicando. Por ejemplo, los paquetes de tabaco, a partir del 1 de enero ya es obligatorio que lleven una indicación. Esta indicación, realmente, si ustedes la han visto, se va introduciendo ya. Y digo si la han visto, porque hay que hacer un cierto esfuerzo para verla, ya que la letra es muy pequeña. No se cumple en todos los casos por razones, yo no diría de trampa, sino que hay «stocks» de tabaco que no llevaban esa indicación y que se van liquidando. Pero vamos controlándolo.

Con respecto a todo este Decreto, que es de la Administración anterior, pero que nosotros suscribimos, no vamos a hacer ningún otro ni a enmendarle —en este caso es una buena herencia—, sino que vamos a aplicarlo porque, por ejemplo, hay medidas periódicas, y en junio se empieza a prohibir la publicidad de tabaco en televisión. Lo vamos a aplicar, y cuando se haya desarrollado temporalmente el Decreto, entonces nos vamos a plantear dar más medidas.

Sobre la lucha antialcohólica tengo que decirle que en este caso, en esta Cámara, he dado muestras de ser un convencido, ya que con el compañero Diputado Rodolfo Guerra, que hoy no está aquí, ganamos una enmienda en los Presupuestos Generales del Estado por la cual la propaganda alcohólica está prohibida en la televisión antes de las diez de la noche. Por lo tanto, soy un convencido de esta lucha, lo cual no evita que de vez en cuando lo utilice. A mí me parece bien; yo siempre he dicho que estamos haciendo un dictamen, que

es otro tema que casi sería de una sesión monográfica.

¿Qué significa el Ministerio de Sanidad y Consumo cuando se hayan acabado las transferencias? Es una pregunta que nos estamos haciendo. Estamos haciendo un dictamen. ¿Será como la Dirección General de Sanidad en el Gobierno suizo? ¿Será un Ministerio compuesto de un servicio de estudios y de un servicio de coordinación? Esto hay que pensarlo, porque estoy de acuerdo con usted en que las transferencias a las Comunidades Autónomas no sólo están en la Constitución y de acuerdo con las dosis de autogobierno que la Constitución marca, sino que técnicamente es bueno, que es lo que usted dice, no sólo por creer en las Autonomías, sino, además, dice, y estoy de acuerdo con usted, que es bueno que esto se produzca, porque esto puede hacer difícil una cosa tan grande como el Insalud, y seguro que es positivo. Por tanto, vamos a estar en esta línea que usted indica de transferencias.

En estos momentos, para no soslayar, hay cuatro transferencias planteadas para el año 1983 de cuatro Comunidades Autónomas en grado diverso, y si quiere específico y si no, no; cuatro Comunidades Autónomas que han planteado el problema. La que lo ha planteado más nítidamente es Andalucía. En el caso del País Vasco está planteado también, pero complementado de una demanda de participación en la tesorería de la Seguridad Social, lo cual hace más complejo el problema, al menos por el hecho de que son dos Ministerios y no uno. Es una cuestión que no tengo por qué definirme en ella, pero no es tan simple como las transferencias del Insalud.

La tercera que lo tiene solicitado es Galicia, y estamos en conversaciones con la Xunta de una manera continuada. Y está también planteado por una cuarta, que ahora no recuerdo, pero si quiere le miro la lista; me parece que es Valencia. Efectivamente, es Valencia la cuarta que lo ha planteado.

Yo quiero, por tanto, mostrar mi actitud claramente favorable a hacer transferencias, pero también de hacerlas de forma que no provoquen problemas después. Creo, por tanto, que hay que hacerlo con rigor y adaptando, diríamos, la voluntad autonómica con

rigor. Por ejemplo, se pueden firmar las transferencias y hacerlas efectivas en el transcurso del tiempo para que puedan estar preparadas. Por ejemplo, con el Gobierno vasco hemos creído que es necesario tener primero una ley y un mapa sanitario. En otras zonas no se ha creído conveniente. Y parece que la tesis de rapidez en las transferencias de Sanidad, pero con mayor rigor, es la que se ha abierto más paso. Por tanto, hay un ambiente de voluntad autonómica por ambas partes y también de rigor.

Con respecto a las últimas preguntas, tengo que decir que en el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad vamos a hacer cambios. Estos cambios, muy brevemente expresados, son, en primer lugar, reconversión del actual plan mediante la integración de las selecciones que dice el plan en la red de servicios materno-infantiles que dependen de la Administración sanitaria y de la red asistencial del Insalud. No va a crear, cosa que a veces ha quedado un tanto confusa, dos redes, sino su integración, cosa en la que, como digo, el Real Patronato y el Consejo Nacional están de acuerdo.

Segundo punto. Integrar las acciones de atención materno-infantil a la red normalizada de atención primaria, haciendo las transferencias presupuestarias que estén en el plan de la subnormalidad, hacia el Programa de Orientación Familiar que el Ministerio de Sanidad y Consumo establece. Sería una línea de no dejar cantidades, como el año pasado, de algo más del 25 por ciento no utilizadas.

Estamos revisando las prioridades y las acciones desarrolladas hasta la fecha, para saber por qué no han funcionado, y estamos viendo en qué.

En cuarto lugar, cambiar el papel de las Comunidades Autónomas en el Plan. Para hacer el Plan no eran consultadas las Comunidades Autónomas. Nosotros ahora somos partidarios, y decimos textualmente, de que tengan un gran papel en la fase de programación; por tanto, pedir cuáles son las opiniones de las diversas Comunidades Autónomas, cuáles son sus planes, para poder integrarlos en un Plan general que continúe viéndose necesario, sin que haya opiniones en contra; que haya un plan general para toda España, un

plan nacional, y otra vez intervención de las Comunidades Autónomas como tales en la ejecución de este plan. Por tanto, las Comunidades Autónomas las vemos «ex ante» y «ex pos» en la elaboración del plan.

También vamos a crear áreas-piloto de ejecución del plan; áreas-piloto no entendidas tanto en sentido de desarrollar experiencias y opciones aisladas sobre determinados territorios, sino de desarrollar con especial énfasis en dichas áreas modalidades operativas que abran caminos a la política de integración de las acciones y el plan de la subnormalidad en la asistencia primaria. Ya he dicho que hay una zona, que es Galicia, donde el problema de la subnormalidad, cosa que se ve estadísticamente, es más preocupante que en otras zonas, y la Xunta ha solicitado unas ayudas y vamos a concedérselas. Anteriormente usted pedía datos sobre Jaén. En Jaén ya hay un plan en funcionamiento y vamos a desarrollar y a implementar este plan.

Con respecto al Código Alimentario..., esto de que no pactemos las preguntas con el Grupo Socialista es una cosa mala, porque después no encuentro los papeles; en estos momentos no los encuentro. Fundamentalmente, en este tema tengo que decirle que del desarrollo del Código Alimentario, ya he dicho unas cifras antes, pensamos cumplir el 52 por 100 aprobado el 31 de diciembre, y vamos también a cumplir el 90 o el cien por cien en los próximos meses. Es decir, nos faltan ahora, nos tenemos que situar como si estuviéramos a 31 de marzo y hubiéramos cumplido, por hacer 28 disposiciones, muchas de ellas muy importantes, como la de condiciones generales de almacenamientos frigoríficos, materiales de envase y embalaje, azúcar, salubridad de los moluscos, que ya se sabe que hemos dado algunas medidas, alimentos enriquecidos, etcétera. Por tanto, las vamos a cumplir.

Vamos a hacer otra cosa de la cual se ha hablado poco, que es la preparación de ocho disposiciones de carácter horizontal, que tienen que ser el final, por ejemplo, disposición general de aditivos, que cuando estén todas hechas hay que hacer otras de tipo horizontal, que se puede ir avanzando, pero no se puede acabar del todo hasta que no tengas las verti-

cales todas hechas, y que pueden representar un 10 por ciento. Por eso yo hablaba de 90 o cien por cien; no hablaba de que me faltara un 10 por ciento de las organizaciones técnico-sanitarias de tipo vertical; pensamos tenerlas todas antes de junio; pero como hasta que no están las de sentido vertical no se pueden hacer algunas de tipo horizontal, como aditivos, porque tienes que ir viendo los aditivos de cada una de ellas o de una parte de ellas y resumiéndolas, es lo que da este 10 por ciento final. Estamos arbitrando los medios para que incluso éstas de tipo horizontal estén antes del 30 de junio o muy cercano al 30 de junio y, por tanto, que ese desarrollo esté establecido. Esto es sobre el desarrollo, pero tenemos previsto, y tanto el Diputado, que no lo ha pedido, como los Diputados que lo pidan, les podemos dar el programa que tenemos establecido.

Por último, la intervención del portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, que es, a su vez, portavoz del Partido Socialista en temas sanitarios. Tengo que subrayar, asimismo, la coincidencia que hay en el aspecto que a mí me ha parecido, que lo he interpretado así; a lo mejor, como decíamos en catalán, «quien tiene cola de paja se la enciende»; a lo mejor ha dicho Corporaciones locales. Yo, como he tenido menos contacto con las Corporaciones locales que con otros organismos, a lo mejor por eso me he dado por aludido y no porque él lo quisiera subjetivamente, pero con razón me doy por aludido y pienso que esto es así.

Con respecto a otro tema que se ha suscitado y que el señor Ruiz Soto creía que a lo mejor no le iba a responder, pero que lo voy a hacer al ver que el señor De Vicente lo tocaba, que era el tema de las asociaciones de defensa pública y de los usuarios de la sanidad, yo quería decir lo siguiente. Si he entendido bien al señor Ruiz Soto, éste viene a decir que estas asociaciones son menos importantes y que, por tanto, no se pueden comparar con otras, mientras que la posición del señor De Vicente es que estas asociaciones representan algunas cosas reales.

¿Cuál ha sido mi intervención? Ha sido decir que hay tres troncos de instituciones: colegios, sindicatos y sociedades científicas y, además, una cuarta, para matizar este pro-

blema. Creo que estas asociaciones están teniendo arraigo; estoy convencido de que lo van a tener, y he dicho que en el caso concreto de la sanidad no solamente hay que tener arraigo, sino que es una responsabilidad del Gobierno que lo tenga. Por tanto, si poseen poco, tenemos la obligación de que sea mucho, tanto en lo que se refiere a los usuarios de la sanidad y a los de otros usuarios como en lo que se refiere a los consumidores. Es una de las obligaciones que tenemos. Por esta razón, el Instituto Nacional de Consumo tiene precisamente como uno de los objetivos más fundamentales desarrollar esta línea.

Y con esta última aclaración me parece que he contestado a casi todo, porque nunca se contesta a todo.

Solamente quiero decir que este acto es bueno desde el punto de vista parlamentario y democrático para que los Ministros se expresen, pero, aparte de esto, también tengo que decir que ha sido útil porque, al cabo de los dos meses y pico que hace que estoy en el Ministerio, es bueno de vez en cuando hacer este tipo de balance de su actuación, y uno se da cuenta de lo que está haciendo bien o mal, y no sólo ha sido bueno para mí, sino que también ha sido útil para todo el equipo que hemos nombrado. Y aprovecho la ocasión para decir que en mi equipo hay gente que pertenece a la anterior Administración; hay

un porcentaje considerable de personas que no son el Partido Socialista, y este conjunto de personas han sido nombradas, creo yo, con el mismo criterio que se dijo durante la campaña electoral, con el criterio de que no íbamos a ser un Gobierno de partido. Considero que en mi Ministerio se ha seguido esta línea y creo que este conjunto de personas hemos llegado de una manera creciente, sobre todo en estas últimas semanas, a una confluencia de puntos de vista. Hacer este balance ha sido bueno no sólo para mí, sino para todo el equipo, y confirma que esta mecánica parlamentaria exige estas comparecencias tanto en su letra como en su espíritu y, además, desde un Ministerio es muy útil que esta mecánica parlamentaria tenga lugar.

Finalmente, volver a decir que creo que, a pesar de las discrepancias políticas que podemos tener, que tenemos y que tendremos en el futuro, es bueno que el ambiente de esta Comisión sea el que ha habido hoy.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro. Muchas gracias, señoras y señores Diputados, por su participación.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y quince minutos de la tarde.

