



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 martes, día 18 de octubre de 1983, con asistencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Lluch Martín).

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

El señor PRESIDENTE (Cercas Alonso): Señoras y señores Diputados, iniciamos la sesión que, como podrán observar en el orden del día que ha sido distribuido, consta de un único punto, consistente en una sesión informativa del excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo que, en principio, se produjo a petición propia, pero que, posteriormente, con fecha 3 de octubre de 1983, tuvo entrada en la Secretaría de la Comisión una iniciativa del Grupo Parlamentario Popular para que esta comparecencia se produjera al amparo del artículo 202 del Reglamento.

Quiero preguntar al portavoz del Grupo Parlamentario Popular si con la sesión informativa que iniciamos en este momento se cumple el deseo del Grupo Parlamentario Popular o bien mantiene vivo el deseo de que hubiera una específica con el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor RUIZ SOTO: Señor Presidente, dada la feliz coincidencia de los puntos de vista del señor Ministro y de la oposición, nosotros nos daremos por satisfechos si tenemos ocasión de hacerle todas las múltiples preguntas que queremos plantear al señor Ministro, dado el interés del tema.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ruiz Soto.

Quiero expresar a SS. SS. que lo avanzado de la hora ha sido debido a los imponderables que todos pueden entender por el trabajo que se acumula en las Cámaras en estas fechas. Vamos a procurar que, efectivamente, haya una posibilidad de tiempo para que todos los Grupos Parlamentarios, con independencia del rigorismo tradicional del Reglamento, puedan plantear todas las cuestiones que quieran al señor Ministro.

En principio, la sesión informativa se va a desarrollar conforme a lo previsto en el artículo 202 del Reglamento; por tanto, habrá una exposición oral por parte del señor Ministro de Sanidad y Consumo, haremos una pequeña pausa —que en principio puede ser de un cuarto de hora, ya lo veremos, según vayamos de tiempo— para que los Grupos Parlamentarios y los Diputados que quieren intervenir preparen las preguntas y observaciones que estimen pertinentes y, a continuación, pasaríamos a la exposición de esas preguntas y observaciones con posterior contestación del señor Ministro.

En consecuencia, tiene la palabra el señor Ministro de

Sanidad y Consumo, al que le doy la más cordial bienvenida a esta Comisión.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Señor Presidente de la Comisión, señoras y señores Diputados, antes del mes de agosto pensé que tenía que ser fiel a la palabra mantenida en mi comparecencia el 18 de febrero de hacer comparecencias periódicas para ir narrando la actividad de mi Departamento, para ir especificando el cumplimiento del programa que entonces presenté aquí, y que con algo más de atención después hemos hecho una pequeña publicación para concretar cuál era nuestra política. Me congratulo también de que, fechas después, mi iniciativa coincidiera con el Grupo principal de la oposición.

Es evidente que puedo incurrir —hoy intentaré no hacerlo— en la tentación de dar una narración detallada de las múltiples actividades que es natural que un Ministerio vaya desarrollando, pero, para dejar posteriormente, tal como ha insinuado el Presidente de la Comisión, tiempo para que los Grupos hagan las preguntas que deseen y crean oportunas intentaré solamente referirme a sus líneas generales, aunque en algunos temas les avanzo que intentaré llegar a concreciones, bien por su importancia o bien como vía de ejemplo.

Llegado al Congreso de los Diputados, parece lógico empezar por el programa legislativo que aquí enuncié. En aquellos momentos anunciamos que durante este período haríamos fundamentalmente cuatro Leyes. La primera era la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios, que era una Ley cuyo anteproyecto decíamos estaría finalizado el 30 de junio de este año, y así fue; el 30 de junio tuvimos ya un anteproyecto acabado que en el mes de julio fue presentado en la Comisión de Subsecretarios. Fue visto a finales de julio por dicha Comisión, y durante el mes de septiembre ha tenido lugar la expresión de los distintos puntos de vista de los Departamentos, hasta conformar en estos momentos un proyecto de Ley definitivo que ya está a la espera de su presentación a la Comisión de Subsecretarios y al Consejo de Ministros.

Este proyecto ha sido largamente elaborado durante este año y hemos iniciado una práctica que vamos a intentar mantener siempre y es que se trata de un proyecto sobre el cual, como ustedes habrán observado, no ha habido ninguna filtración por la razón de que lo hemos difundido tanto que no valía la pena ya hacer ningún tipo de filtración voluntaria —como saben los periodistas que están aquí— ni involuntaria. Lo hemos hecho porque hemos creído que tenía que haber una especificación y una inter-

vinción de los organismos afectados, fundamentalmente, por un lado, organización de consumidores, y por otro lado, las Comunidades Autónomas. Esto ha dado lugar a una correspondencia abundante, y también hay que decir a ideas realmente interesantes. El Gobierno, en la información que transmitió al Presidente del Congreso de los Diputados, incluía esta Ley como una de las que se presentarían el último trimestre de este año y, como ustedes ven, estamos dentro de los plazos previstos y, por tanto, si no surge ningún inconveniente, cumpliremos este compromiso.

Había otra Ley, una segunda Ley muy importante también, que era la Ley Básica de Sanidad. El propósito de esta Ley básica, esta Ley General de Sanidad es presentarla —decíamos el 18 de enero— a principios del año 1984. El estado actual de esta Ley es el siguiente: en el Ministerio se formó una comisión de trabajo que trabajó sobre borradores, y cuando tuvimos ya un borrador definitivamente establecido, nombramos una comisión redactora. En esta comisión elegí personalmente personas que representaran diversas realidades y que conocieran diversas realidades sanitarias. Por esta razón hay personas de la Administración pública, hay técnicos sin adscripción política —diríamos— ni responsabilidades ejecutivas y hay, por último, tres personas vinculadas con Comunidades Autónomas, no todas ellas del Partido al cual pertenezco y, por último, una persona que pertenece al mundo de los municipios, de las Corporaciones locales y además con la doble característica de ser médico.

Esta comisión ha estado trabajando durante las últimas semanas a un ritmo yo diría que muy satisfactorio. Es la primera vez, por ejemplo, y a diferencia de lo que ha señalado el Diputado Marcos Vizcaya, que un Consejero de Sanidad del País Vasco está incorporado en esta Ley, por la cual tan vivamente se interesa. Por tanto, este interés, que encuentro lógico y loable, tiene vías para saber cuál es la marcha de la comisión, como ya le dije personalmente y vuelvo aquí a poner de relieve —cosa que no hice en aquel momento del debate públicamente porque no tuviera un tono polémico, sino el tono de cómo se ha querido que las Comunidades Autónomas participaran en estas Leyes ya mucho antes de que hubiera la sentencia de la LOAPA—. En estos momentos, la discusión de esta Ley yo diría que está bastante avanzada, aunque nunca se sabe lo que son los trabajos de una comisión. Tengo que decir —como algunas veces algunas personas me han subrayado negativamente— que no voy a influir en los trabajos de la comisión, sino que pienso que la buena línea es que esta comisión diga cuál es su opinión y cuando no estén de acuerdo señalen, si es que este acuerdo no es posible, diversas alternativas. Se pretende, por tanto, que los trabajos de la comisión tengan —relativamente, como es obvio— un grado de autonomía y que después se den a conocer.

Con esta Ley ha aparecido un problema que con frecuencia —a lo mejor por culpa mía— no hemos sabido transmitir con suficiente claridad a la opinión pública, y es un problema derivado de la sentencia de los llamados «Decretos Sancho Rof». Estos eran unos Decretos que se

publicaron en octubre y noviembre de 1981; uno hacía referencia a coordinación y planificación sanitaria, y otro a registro sanitario de alimentos. Cuando yo me presenté aquí recuerdo que la Diputada del Grupo Vasco me preguntó qué haríamos con estos Decretos y le dije que estábamos pendientes de la sentencia del Tribunal Constitucional. Esta sentencia ya tuvo lugar y es una sentencia que muy resumidamente se puede definir de la siguiente manera: la opinión del Tribunal Constitucional es que estos Decretos son inconstitucionales por falta de rango, puesto que el rango no es de Decreto, sino que el rango pertinente tiene que ser de Ley; en cambio, en líneas generales, se muestra de acuerdo con el contenido de estos dos Decretos.

En una materia, como la coordinación y planificación sanitaria, donde tengo que decir que a veces se producen —y después daré algunos ejemplos, aunque nuestro mi preocupación— desfases entre las diversas Comunidades Autónomas entre sí en su actuación sanitaria, pero también entre las Comunidades Autónomas y la Administración central, era evidente que éste era un tema cuya especificación y desarrollo era urgente. Por esta razón nombramos una comisión que tuviera por objeto establecer una Ley de Bases de Coordinación y Planificación Sanitaria, donde se comprendiera también la alta inspección del Estado. Esta comisión fue nombrada con los mismos criterios, y, por ejemplo, hay un Consejero de Comunidad Autónoma que pertenece al principal Grupo de la oposición, puesto que medimos, lo que antes he querido decir, la sensibilidad de las Comunidades Autónomas y no con sus colores.

Esta comisión ha trabajado bastante y lo hemos hecho también con el mismo procedimiento, que es el de dar unos esquemas de borradores y después iniciar unos trabajos sobre los cuales ha habido ya, por parte de los diversos componentes de la Comisión, todo un período de presentación de cuáles son sus puntos de vista.

En estos momentos, esta comisión ha llegado a una línea de reflexión, sobre la cual no se ha definido aún el Ministerio, entre otras razones porque hay una toma de posición reciente, que es creer que sería bueno y adecuado no hacer dos Leyes, una Ley General de Sanidad, o Ley Básica de Sanidad, y una Ley de Coordinación y Planificación Sanitaria —una Ley, por tanto, que tiene por objeto central la relación entre Comunidades Autónomas y Administración central—, sino incorporar el trabajo hecho como un gran capítulo de la Ley General de Sanidad.

Esto es algo que hay que establecer políticamente —me refiero a si esta línea es acertada o no— por la razón de que hay algunos problemas planteados, como he dicho, que tienen más urgencia y, posiblemente, aunque lo más lógico sería incluir todo en una Ley única, puede haber algunas razones que aboguen porque sean dos Leyes. De todos modos, es evidente que el criterio de la comisión será tenido en cuenta de una manera considerable.

En esta tercera comisión, a la que he hecho referencia, tengo que decir que los trabajos están bastante avanzados, aunque podría ser que los detuviéramos para incorporarlo como un capítulo en la Ley Básica de Sanidad.

La tercera Ley de la que entonces sí que hablábamos era la Ley del Medicamento, que es una Ley difícil y complicada, que tiene pocos precedentes en Europa, por lo que se juzgó que, aunque no se piensa presentar hasta el año 1985, era necesario establecer la comisión muy rápidamente. Así pues, el día 3 de junio se constituyó ya la comisión redactora, formada por personas yo diría que viven el problema del medicamento desde ángulos muy distintos y que van a trabajar de forma reposada, pero con la intención de tener unos resultados para el año 1985.

Era necesaria la constitución de esta comisión no sólo por la razón que he dicho de que es un tema realmente difícil, sino, además, porque en la Ley de Sanidad va a haber un apartado importante relativo al medicamento y no podía ser que después se desarrollase en la Ley del Medicamento algo en lo que los redactores de la futura Ley no hubiesen tenido parte. Era, por tanto, necesario el engarce y éste ha sido el procedimiento que nos ha parecido más adecuado.

La cuarta y última Ley, de la que ya hablé el 18 de febrero, es la Ley de Sanidad de los Alimentos, que es una Ley cuyos trabajos no pensamos iniciar hasta entrado el año 1984, puesto que nos parece que lo más lógico sería hacerlo cuando sus antecedentes legislativos estén ya establecidos.

Por tanto, en el programa legislativo, que es un primer punto, me parece que la marcha de los trabajos ha sido relativamente satisfactoria, al menos en cuanto al ritmo de los mismos.

Quería decir aquí que si los Grupos Parlamentarios y sus portavoces —a algunos de los cuales ya me he dirigido y, a lo mejor por deficiencia de mi parte, sin resultado— quieren examinar la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios en estas próximas fechas, antes de que se remita al Congreso de los Diputados, pueden hacerlo con toda libertad. A mi Grupo Parlamentario no le hago este ofrecimiento, porque el 22 de noviembre está previsto que tengamos una sesión donde yo explique con detalle esta Ley. Hago, pues, la sugerencia y ofrecimiento a los otros Grupos.

Con respecto a los problemas planteados en el Ministerio, me gustaría empezar con una cuestión que, con frecuencia, se deja para el final y luego no se tocan algunos puntos con la insistencia suficiente. Es éste el problema de las transferencias a las Comunidades Autónomas, por un lado, y el de la coordinación con las mismas, por otro.

Vamos a abordar, en primer lugar, el problema de las transferencias a las Comunidades Autónomas. En estos momentos está transferido a las Comunidades Autónomas prácticamente todo lo que hace referencia al consumo, es decir, que, con excepciones que son el caso de La Rioja, el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid y el de Navarra, el proceso de transferencias en materia de consumo ha sido completado. Restan algunos problemas diríamos de adecuación. Pero, a excepción de los tres casos citados, el nudo gordiano de las transferencias ha sido resuelto.

Lo mismo debe decirse, con las mismas excepciones, respecto a las transferencias realizadas en materia de salud pública. Hay también algunas situaciones peculiares,

pero, en general, las transferencias en materias de sanidad han sido ya efectuadas. Hay retraso en algunas Comunidades Autónomas, a las que nos hemos dirigido para poner en evidencia nuestra voluntad de llevarlas a cabo, aunque sólo fuera por la razón de conseguir una homogeneidad en las transferencias.

Con relación al Instituto Nacional de la Salud, en estos momentos, como ustedes saben, sólo está transferido a Cataluña, estando a disposición de hacer la transferencia muy próximamente a tres Comunidades Autónomas. En la Comunidad Autónoma del País Vasco, la voluntad del Ministerio era transferirlo el 1 de julio de este año, o sea, haberlo transferido ya, voluntad que mantenemos de forma explícita una vez más para hacerlo cuando sea posible. Como ustedes saben, esta transferencia no se realiza en estos momentos por el hecho de que se une el problema de la transferencia del Insalud con el problema general de la Seguridad Social con relación al País Vasco.

La posición de mi Ministerio, como es lógico, es la de no entrar en un tema que, fundamentalmente, tiene relación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Pero nuestra postura, la postura del Ministerio y la del Gobierno, que también ha manifestado en ocasiones públicamente el Ministro de Administración Territorial, es la de que se podría transferir el Instituto Nacional de la Salud inmediatamente, de acuerdo con la misma metodología con que se ha hecho a Cataluña y con la que se está preparando para transferir a Andalucía y a Galicia, dejando el debate peculiar, o planteado por el País Vasco de una manera peculiar, para más adelante cuando tuviera resolución.

Nuestro criterio es que el País Vasco, tanto por la Ley de Sanidad que su Parlamento hizo como por el mapa sanitario que también ha desarrollado, está en circunstancias de recibir esta transferencia y, por tanto, pensamos y mantenemos la posición de que se podía hacer un paréntesis con la situación general de la Seguridad Social y acentuar esta transferencia a corto plazo, por ejemplo, el 1 de enero de 1984.

Con respecto a Andalucía y a Galicia, los Decretos de transferencia están en una fase bastante avanzada. En el caso de Andalucía está prácticamente acabado, en el de Galicia muy cerca de ello.

Nuestra intención es hacer una negociación del Insalud, y como en el caso de Galicia y de Andalucía, los hospitales del AISNA no presentan problemas importantes, pensamos que sería más coherente que, al mismo tiempo que en la red del Insalud que resta en manos del Estado se hace el proceso de integración del AISNA con el Insalud, en este proceso de transferencia del Insalud también estuviera incluido el AISNA.

En fase de estudio, pero menos avanzado y a avanzar durante 1984, está la transferencia del Insalud a las dos Comunidades Autónomas asimiladas al artículo 151, es decir, la Comunidad Autónoma valenciana y la canaria, con lo cual, por tanto, entraríamos en el caso de las transferencias del Insalud en el conjunto del panorama de las autonomías del 151 y de las dos asimiladas, y nos iríamos planteando los otros problemas de manera consecutiva.

Hay algunos otros problemas con respecto a transferencias de otro orden, o a otro nivel. Por ejemplo, el caso de las subvenciones que desde el Instituto Nacional del Consumo hacemos a organizaciones de consumidores y a Corporaciones locales.

Después de una negociación, en las conversaciones con las Comunidades Autónomas se ha optado por el mantenimiento de que sea el Instituto Nacional de Consumo el que distribuya estos fondos, que están contemplados en el Presupuesto del año pasado y también hay fondos en el Presupuesto del próximo año, pero que, tanto en vía de la distribución como en la vía de los criterios de la distribución, se haga de una manera conjunta entre Comunidades Autónomas y Administración central. Por tanto, los criterios se hacen comúnmente, están adscritos al Presupuesto del Estado, pero su distribución se hace a través de las Comunidades Autónomas.

Queda, en último lugar, un problema tan importante como el de las transferencias en relación con las Comunidades Autónomas y sobre el cual, en el futuro, es de desear cada vez más por el hecho de que las transferencias estén ya hechas, que cada vez hablemos más, es el problema de la coordinación de acuerdo con el mandato de la Constitución y con la sentencia de la LOAPA. En esta sentencia se dice que la coordinación debe realizarse y que esta colaboración debe ser presidida por la Administración central.

Los resultados obtenidos en esta tarea de coordinación yo diría que son, en general, satisfactorios. En la rama del Ministerio de Consumo se está en una situación más avanzada que en el de la Sanidad. A partir de finales de enero ha habido mensualmente reuniones entre todas las Consejerías de Consumo, con excepción de la Consejería del País Vasco, y la Administración central. Como ustedes han visto no han salido estas reuniones en los periódicos debido a que han funcionado muy bien, y donde se produce un ambiente de coordinación y de colaboración desde posiciones iguales. Por tanto, tengo que decir aquí que invitaría nuevamente al Gobierno del País Vasco a que se incorpore a estas comisiones, puesto que el trabajo que se hace es un trabajo positivo, en el cual nunca, ninguna Comunidad Autónoma, ha visto visos de lo que se podría llamar, entre comillas, «opresión» en los trabajos que se han realizado durante estos meses, que son uno o dos días cada mes, y que van a dar lugar a una sesión a finales de octubre, si es posible y tenemos los trabajos preparados, o a principios de noviembre para hacer balance de todo el trabajo que se ha hecho, y ver cuáles son los problemas que se han resuelto. Muchos problemas ya están resueltos, como es, por ejemplo, una uniformidad en la toma de análisis puesto que había habido disparidad; había habido disparidades importantes, en el campo del consumo, en el volumen de las sanciones, con lo cual se producía, diríamos, no solamente un rompimiento de unidad de mercado, sino, además, el dar paso a picardías de empresas que sabían que unas Comunidades Autónomas eran más rigurosas y otras menos, con lo que se podía dar movimientos típicos o propiamente oportunistas, y que se han ido solventando.

Nos queda solamente un gran problema pendiente, que querríamos resolver próximamente, y es el problema de territorialidad en las sanciones; es decir, es el caso de un producto, por ejemplo, fabricado en la zona A, que es consumido en la zona B y que en la zona B produce daños en los consumidores. ¿Quién persigue este hecho? ¿Lo persigue la Comunidad Autónoma A o lo persigue la B? Hay ahí tres posiciones: una, que es en la originaria; otra, en la de destino, y una tercera posición, que es que, cuando hay este tipo de situación, las Comunidades Autónomas adopten la decisión de delegar en la Administración central la persecución de esta falta. En estos momentos tenemos una comisión formada por la Comunidad Autónoma de Cataluña, la de Valencia y la de Andalucía al objeto de estudiar una solución a este problema junto con los dictámenes técnicos y la Federación Española de Alimentos y Bebidas, que con tanta frecuencia, y justamente, nos ha pedido solución a este problema. Esperamos, por tanto, que en breve plazo se llegue, por la vía de la reunión o de la negociación, a una solución de tipo satisfactorio.

La coordinación en el campo del consumo, con la excepción que antes he dicho, aunque también tengo que decir que con frecuencia la Consejería de Consumo del País Vasco sigue las conclusiones de estas reuniones, creo que es, en general, un paso importante el que hemos dado y me parece que es el primer Departamento que hace estas reuniones de coordinación con carácter ya estable y donde tengo que decir que quien modera las reuniones no es la Administración central, aunque las puede presidir, sino que se delega la moderación en alguna Comunidad Autónoma, tal como es costumbre hacerlo en algunos países federales, como es el caso, por ejemplo, de Alemania Federal, donde, aunque la Presidencia siempre recae en el Gobierno central de Bonn, con frecuencia, la moderación de las reuniones la lleva alguno de los Estados.

Con respecto al campo de la sanidad, tenemos ahí una labor, como digo, algo más retrasada en este campo, pese a lo cual se han hecho bastantes reuniones sobre temas puntuales, a los cuales sí han asistido, en cambio, representantes del País Vasco y, evidentemente, de todas las demás Comunidades. Por ejemplo, hemos consultado el Decreto de unidades básicas de salud, que próximamente aprobará el Consejo de Ministros, y que va a ser la primera pieza de la reforma de la asistencia primaria, que es un Decreto en el cual se avanza, aunque después lo diré, y va a dar paso al cumplimiento estricto de lo que aquí dice, es decir, el cumplimiento del establecimiento en este mismo año de 50 unidades básicas de salud.

Como era un problema en el cual se tocaban competencias ya transferidas a las Comunidades Autónomas, se ha convocado a todas las Comunidades y ha habido una negociación muy fructuosa en la que, con frecuencia, tengo que decir que si ha habido dificultades, no ha sido con ninguna de las Comunidades Autónomas del artículo 151, sino Comunidades, diríamos, de las que se suponen que están más fraternalmente ligadas con el Ministerio, por ejemplo, la de Madrid o la de Extremadura. Lo digo porque en este tema de las coordinaciones no cabe suponer

que siempre las dificultades se producen de un mismo lado, sino que, en este caso, por ejemplo, no ha sido así.

Ha habido reuniones con las Comunidades Autónomas sobre temas muy importantes, como el Plan de lucha contra la subnormalidad, en el cual, como ustedes saben, hemos puesto un enorme ímpetu, y cuyos resultados se verán en el transcurso del año próximo. Hemos vencido ya en el año 1983 la tendencia que había en el año 1982 de no gastarse el dinero de la prevención contra la subnormalidad; este año nos vamos a gastar ya el dinero presupuestado, y era incalificable no haberlo hecho en el pasado. Hemos ampliado los fondos, y es evidente que esta lucha no se puede hacer desde el centro, sino que hay que hacerlo con la colaboración de las Comunidades Autónomas. Hemos hecho también un programa de moderación y de coordinación importante, igual que el otro, en el campo de la nefrología. Por tanto, estas reuniones van funcionando.

En las dos Leyes de Sanidad, este desdoblamiento que antes he señalado, hay seis representantes de total de Comunidades Autónomas. Por consiguiente, el diálogo con las Comunidades Autónomas es fructífero y, como he dicho, en este campo, la coordinación se da con todas las Comunidades Autónomas, de lo cual, evidentemente, y con el mismo énfasis que digo que en el campo del consumo desgraciadamente hay una Comunidad Autónoma que no se suma, con mucha alegría digo que en este campo, la colaboración es mucho más amplia y mucho más extensa.

Analizados estos dos puntos, querría entrar a tocar elementos más sectoriales y con una cierta brevedad, me gustaría tratar el problema, en primer lugar, del consumo. Este es un campo en el cual me gustaría hablar con alguna brevedad, pero también con bastante concreción. En primer lugar, decir que tal y como ya señaló el Presidente del Gobierno, y me parece que con una confusión terminológica en el debate posterior que me gustaría aclarar, en el campo del consumo se ha realizado el desarrollo del Código Alimentario español en su inmensa mayor parte. Cuando yo me presenté aquí, el Código Alimentario español, que tenía que estar acabado el 30 de junio, según un mandato de las conclusiones con motivo del debate sobre el síndrome del aceite tóxico, era muy difícil, en cambio, alcanzar esta finalización del desarrollo del Código Alimentario el 30 de junio, puesto que en el mes de diciembre, cuando tomamos posesión, solamente estaban realizadas el 31 por ciento de las reglamentaciones técnico-sanitarias. En estos momentos hemos aumentado este 31 por ciento en un 59 por ciento. De las reglamentaciones técnico-sanitarias hay algunas ya publicadas, bastantes ya publicadas y otras ya aprobadas y, por tanto, sometidas solamente al proceso de aprobación que, como saben ustedes, los que conozcan ya la máquina administrativa, se produce a veces con tanta lentitud —ante mi desesperación—, con tanta lentitud como cambiar ya las reglamentaciones técnico-sanitarias aprobadas por la Comisión Interministerial. Por consiguiente, en estos momentos, sumando el 31 por ciento, que se tenía, con el 59 por ciento estamos situados alrededor de un 90 por ciento. Como ya he dicho en alguna ocasión —y aprovecho para repetir-

lo— no se podrá culminar el cien por cien con la misma velocidad. Es decir, que de estas reglamentaciones técnico-sanitarias, al menos cuatro de ellas se van a tener que aprobar con más lentitud por el hecho de ser reglamentaciones técnico-sanitarias que, a diferencia de las aprobadas, tienen pocos ejemplos en la situación internacional, y, por tanto, estamos actuando con algunos otros países y en línea de vanguardia en lo que hace referencia a la reglamentación. Deseo que en el futuro podamos decir lo mismo en cuanto al cumplimiento de la reglamentación. Pero en cuanto a la reglamentación, y matizo, estamos trabajando en vanguardia y, por tanto, de estas actuaciones técnico-sanitarias, cuatro de ellas quedarán durante el año 84 posiblemente sin poder ser finalizadas o se hará al final del año.

Esto no es contradictorio con lo que voy a decir ahora, y es que el 90 por ciento de las reglamentaciones técnico-sanitarias vamos a revisar muchas de ellas durante este año. Nuestra concepción del Código Alimentario es una concepción dinámica y, por tanto, vamos a intentar revisar el 25 por ciento de ellas en el primer semestre y el 25 por ciento, evidentemente, de este 90 por ciento, en el segundo semestre. Nuestro objetivo sería el que es normal en países donde el consumo es altamente seguro, en el cual cada dos años se hace una revisión global del Código Alimentario y nos parece que éste sería un buen objetivo con el cual prometemos cumplir.

Hay otras medidas que nos parecen importantes, como es la reforma del Código Penal. Yo creo que en esta reforma algo se ha hecho, no digo que sea muy importante, pero con frecuencia ha absorbido tanta atención que creo que no ha permitido ver algunos cambios sustanciales, al menos desde el campo del consumo, puesto que, por primera vez, la figura delictiva ha sido incorporada en este campo al Código Penal, lo cual es altamente positivo y es una gran novedad.

Justo con esto hemos publicado un Decreto, no de sanciones de tipo penal, sino económicas. Es un Decreto de sanciones e infracciones y ha tendido a elevar muchísimo las sanciones, exactamente en un número de cinco en promedio con las escalas complicadas, y puedo decir que se han multiplicado en un número considerable.

Es evidente que este campo teníamos que ir equiparándolo con otros, uno de ellos es la mejora de la productividad en la inspección del consumo, donde ha habido ciertos resultados positivos. Podríamos decir, con un índice genérico, que el aumento de la productividad del funcionario que trabaja en la inspección del consumo ha sido de un 20 por ciento y que de una manera aún más considerable ha aumentado la productividad en cuanto al número de expedientes resueltos, puesto que hemos aumentado, en el año 1983, en un 50 por ciento con respecto al año 1982.

Hemos dado publicidad a las sanciones de acuerdo con los criterios que expuse aquí, es decir, cuando las sanciones son muy elevadas, es decir, que la falta es muy grave, o cuando hay reincidencia en las sanciones. En los otros casos hacemos indicaciones personales, directas, a las empresas junto con unas indicaciones a la Federación Espa-

ñola de Alimentos y Bebidas para que haga las indicaciones oportunas con el cuidado que el sector está poniendo en que no se actúe en detrimento de la buena fama del sector. La Federación está actuando de una manera que nosotros juzgamos como positiva y si tenemos en cuenta lo dicho en su última Asamblea, la Federación Española de Alimentos y Bebidas cree también que la colaboración en este campo discurre por cauces adecuados.

En el campo del consumo hemos establecido una coordinación no sólo con las Comunidades Autónomas, sino con el Estado mismo, porque las infracciones estatales de consumo muchas veces no están coordinadas. Por ejemplo, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Industria, el Ministerio de Economía en su rama de Comercio, nuestro propio Ministerio, todos ellos estaban un poco, y cuando digo un poco lo hago con mi forma suave de hablar, porque tendría que decir casi totalmente, descoordinadas las unas con las otras.

Lo mismo que hemos hecho la coordinación con las Comunidades Autónomas hemos hecho una coordinación que, si ustedes tienen afición a las siglas les diré el nombre, se llama CICI, que es la coordinación de las diversas inspecciones del Estado que empieza ya a dar algunos resultados. Está centrado en el Departamento en el que yo trabajo, pero participan los demás Ministerios con resultados que yo todavía no me atrevería a valorar como positivos, puesto que sólo llevamos, si no recuerdo mal, cuatro meses trabajando, pero creo que pueden ser positivos a corto plazo.

En el campo del consumo se ha hecho un intento de valoración de las organizaciones de consumidores. Hemos cambiado la forma de financiación de estas organizaciones que con frecuencia se financiaban de acuerdo con su importancia, cosa muy difícil de calibrar, y, en cambio, ahora lo hemos transformado según el criterio de las actividades que realicen y que pueden tener una utilidad y un control para el público en general. Hemos intentado ayudarlas en el déficit importante que algunas tenían, pero cambiando el criterio, no para su funcionamiento genéricamente, sino para actividades claramente establecidas.

Pasando ya el tema del consumo, podríamos empezar a tratar por temas básicamente sanitarios, digo esto por la razón de que en el campo del consumo, muchos de los problemas son sanitarios. Como ustedes saben, y lo digo a modo de cerrar el tema del consumo, en España el consumo es un tema muy reciente para la Administración pública, y no es un caso excepcional, como ya tuve ocasión de decir aquí. La mayor parte de los países tienen el tema del consumo como algo reciente. El tema del consumo, como tema central de los políticos, no empieza hasta el 15 de marzo de 1962, cuando el Presidente Kennedy hace una famosa alocución que da lugar a que esa fecha sea posiblemente adoptada como el Día Mundial de los Consumidores. Sólo a partir del año 1962, en Estados Unidos se centra el tema del consumo como importante, y a partir del año 1965 es cuando en Europa, los diversos Gobiernos empiezan a introducirlo.

¿Y qué es lo que sucede? Que en buena parte, el consumo, en sus primeras fases, es un Ministerio que controla

alimentos y bebidas como he dicho aquí insistentemente y que, por tanto, deja amplios campos del consumo por analizar y ver. En este último trimestre del año estamos intentando cambiar, acentuando una mayor preocupación hacia otros productos. El propio laboratorio de Barajas está terminando unas obras de ampliación que se utilizarán para analizar productos industriales, por ejemplo, productos electrodomésticos, o productos diversos como material escolar, donde como ustedes saben hemos retirado ya durante este año gomas de borrar, etcétera, y donde el problema del material escolar tenemos que decir que aunque ha saltado a la opinión pública el tema de las gomas de borrar, realmente es mucho más grave y más amplio, puesto que hay un mercado de olores, sabores, inabarcable en el cual estamos concentrándonos mucho.

Otro tema de mucha preocupación, y sobre el cual pediría un cierto cuidado, es con el uso de cosméticos, sobre el cual estamos investigando con resultados en algún campo a veces preocupantes.

Estamos intentando abrir el campo del consumo de alimentación y bebidas a otros productos, haciendo que el consumo no tenga una influencia tan directa en la sociedad, ampliándolo hacia otros tipos de campos.

Vamos a analizar algunas de las cosas que hemos estado realizando en el Instituto Nacional de la Salud. En primer lugar hemos intentado saber qué es el Instituto Nacional de la Salud, que es el señor Fernández Cuevas —que tuvo un trabajo yo diría que denodado en este Instituto Nacional de la Salud, por lo cual después ha obtenido una condecoración—, me dijo en el día en que yo era Ministro que si al final de todo sabíamos cuántas personas trabajaban en el Insalud —cosa que a mí me extrañó muchísimo— me podía dar por satisfecho. Evidentemente no se sabía y lo dije en unas declaraciones. En este momento si tenemos una cierta idea con la colaboración en este caso del Secretario general de Alianza Popular, Jorge Verstryngue, que tuvo a bien preguntarme casualmente —porque no creo que sea una ayuda voluntaria al Gobierno— cuántas personas trabajaban en el Insalud; nos hizo la pregunta el mismo día que supimos cuál era el número: desde el 30 de junio tenemos al menos una idea precisa de cuál es el tipo de personal. En el caso del Insalud tengo que decir que esto es un trabajo oscuro, que yo espero que como en este caso finalmente se puede decir en crudo que ya sabemos este punto, pero es un trabajo oscuro indispensable y que nos va a ocupar bastante tiempo. Por ejemplo, con respecto a la obtención de una valoración de los recursos del material que existe en los distintos hospitales no estaba hecho un balance de recursos exacto. Había aproximaciones. En consecuencia, a veces se producían esas noticias que salen en la Prensa de que en un hospital de una ciudad hay dos «scanner» y que ninguno de los dos trabaja plenamente o que uno no funciona.

El problema está en que esto es muy difícil de establecer, y a veces esto se produce no solamente con material médico, sino con material puro y simple. Por ejemplo, ustedes pueden comprobar, cuando SS. SS. lo deseen, que en Tenerife en el hospital que, si no recuerdo mal, se lla-

ma Nuestra Señora del Pino, no hay prácticamente sillas, y en los servicios de urgencia, los familiares esperan de pie horas y horas. En el hospital que estamos acabando en Ibiza no es que no haya sillas, es que va a ser imposible que este hospital mueva tanto personal como para poder ocupar el día que quieran todas las sillas. Nos sobran sillas y sillas que son muy caras y que están contratadas desde el 27 de octubre del año pasado. En cambio, en Tenerife faltan las sillas más elementales. Mientras en un sitio nos sobran butacones, ésta es la expresión —si alguien las ha visto sabe que aún me puedo quedar corto—, en otro nos faltan las sillas más indispensables.

Esto revela problemas de gestión lamentables, porque en un sitio nos ocupan espacio, están almacenadas y van a quedar almacenadas muchas de ellas y van a ocupar espacio, y en otro, no, aunque en este caso, como es obvio, vamos a intentar hacer un traslado de butacones.

Estos problemas —y quiero señalar un ejemplo concreto— se dan con frecuencia de una manera caótica. Por ejemplo —y ahí viene un problema que es el de la correlación de órdenes sanitarias—, en la misma Canarias hay un «scanner» que es del Hospital Provincial, por tanto, del Cabildo de Las Palmas y, entonces, el Insalud compra otro «scanner» porque cada hospital tiene que tener su «scanner». Resultado: el «scanner» del hospital del Cabildo trabaja cuatro horas al día y el «scanner» del Insalud trabaja cuatro horas al día. Antes, el del hospital del Cabildo trabajaba ocho horas al día, lo cual no es una utilización muy extensa, pero, evidentemente, más satisfactoria que la actual.

Esto no se puede realizar si no es con un balance de todo el material que en estos momentos yo diría que está bastante adelantado, y me gustaría que una próxima comparecencia pudiéramos decir lo mismo que he señalado respecto del personal: que tuviéramos una satisfacción porque lo conocemos.

Con frecuencia, la marcha del Insalud, desde el punto de vista administrativo, es muy deficiente. Por ejemplo, a menudo en estos momentos de las compras directas que hace el Insalud a la industria farmacéutica tenemos deudas pendientes, por lo que Farmaindustria protesta. Pero el problema proviene de que a veces no tenemos —y hay que decir las cosas claramente no sólo cuando se está en la oposición— constancia de toda la deuda. Se reclama una cantidad; nosotros tenemos una cantidad inferior porque las facturas no llegan, y entonces se producen desfases importantes, con lo cual, aunque parezca sorprendente, hemos pedido la ayuda y la colaboración de Farmaindustria para que nos den las copias de las facturas y poder buscarlas en los centros del Insalud y enseñar a las personas que no están funcionando con la suficiente celeridad que se detectan los errores y las deficiencias cuando se producen.

Esto mismo se produce aquí con Seopan. Seopan es una organización de las empresas que trabajan en obras públicas para el Insalud y para muchos otros sectores. Si aquí estuviera el señor López de Letona, que es la persona que se relaciona con nosotros, vería con satisfacción que trato este problema que, evidentemente, tiene en una situación

difícil a muchas empresas. Tengo que decir que cuando alguna empresa de construcción ha presentado suspensión de pagos —como ustedes recordarán a una—, antes de hacer la suspensión de pagos y, enterados, intentamos pagar las deudas para tratar de evitar dicha suspensión de pagos, entre otras razones porque, por ejemplo, nos paralizaba las obras del Hospital de la Virgen del Rosell —aunque se llame este nombre es en Cartagena—, y del hospital de Alcalá de Henares, obras que están interrumpidas. En consecuencia, el cambio de unas empresas con otras es un problema muy largo.

En estos momentos estamos intentando hacer un auténtico chequeo del Insalud —valga la expresión— para saber no solamente cuándo no podemos pagar —que ocurre con frecuencia—, sino también cuál es la parte en la cual no sabemos si ya se tiene un conocimiento adecuado de cuál es su funcionamiento.

Dejando estos aspectos de gestión que tengo que decir son fundamentales y que a mí, para no aburrir, me recuerda mucho a aquel Diputado catalán, de don Alejandro Lerroux, que se llamaba Pich i Pons que hablaba el castellano aún peor que yo y que dijo en el Congreso de los Diputados que lo que había que hacer era la regla de las tres emes: «ministración, ministración y ministración», yo tendría que hacer al menos en el Insalud una labor oscura de las tres ges: gestión, gestión y gestión.

Pasando ya a los temas sanitarios que estamos intentando desarrollar bajo estas normas, tengo que decir que hemos intentado iniciar con las limitaciones presupuestarias que ustedes conocen, puesto que, como SS. SS. saben, ni en el Presupuesto de sanidad del Insalud del año pasado ni en el del año próximo hay un aumento sustancial del gasto, hay un aumento descriptible del gasto y, por tanto, lo estamos haciendo con un aumento bastante reducido del gasto sanitario, lo cual yo personalmente en buena parte no critico, sino que me parece adecuado —evidentemente, me gustaría tener más fondos—, pero a mí me parece que hay que hacer un crecimiento pausado del gasto sanitario, porque esto es lo que sucede en todos los países no sólo por la razón presupuestaria, sino que es un método no muy espectacular y que no permite hacer una política de aplauso a corto plazo, pero que permite aumentar el control del gasto interior que, según lo que acabo de describir, uno de los mecanismos de hacerlo es intentando apretar y mejorar la gestión por el hecho de que solamente por ahorros de gestión se pueda mejorar la asistencia sanitaria; no digo exclusivamente, digo que en buena parte.

Hemos resuelto algunas cuestiones este año 1983. Aquí hablamos de la libre designación de médico. Realmente, esta libre designación que potencialmente existía en el tema sanitario lo hemos simplificado de una gran manera a partir del 1 de julio de 1983 en Cantabria, Zaragoza, Granada y Albacete; estamos comprobando que en el poco espacio de tiempo que llevamos transcurrido, evidentemente, la gente cambia más de médico con esta simplificación de la tramitación. A partir del 1 de enero de 1983, en el campo de la Pediatría, de la Tocología junto con la Medicina General, lo vamos a extender a todo el conjunto de

España con excepción de Cataluña, que no la aplica porque el Insalud está transferido y no ha creído oportuno introducir la libre elección de médico fuera de tres o cuatro poblaciones, si no recuerdo mal. Es evidente que nosotros, en cambio, pensamos ir extendiendo esta fórmula que ha tenido buenos resultados.

Con respecto a la reforma de la asistencia primaria, como bien dijimos aquí, hicimos un programa y decíamos que con ello se crearían en el transcurso de este año 50 unidades y lo hemos cumplido al pie de la letra. En este momento tenemos acabadas 32 y las restantes, 18, a punto de acabar en el transcurso de octubre, noviembre y diciembre. Esto va a suponer la reconversión de 400 médicos; algunos van a ser médicos estatutarios, procedentes de la Seguridad Social; otras plazas —que no sabemos cuántas hasta que no se haga el concurso de reconversión— las van a cubrir unos médicos que no van a provenir de la Seguridad Social porque no tienen trabajo o porque tienen otro trabajo.

Este plan de reconversión para 1984, como ya dije, va a ir acompañado de 100 unidades más, con lo cual vamos a intentar que en el periodo 1983-86 se haga la reconversión de un total, en un periodo legislativo, de 4.400 médicos; es decir, un número muy importante y un número importante de los médicos de asistencia primaria que en estos momentos, si no recuerdo mal, son 20.000. En consecuencia, supone casi una cuarta parte.

Por tanto, es un programa en el cual estos médicos —cuando salga el Decreto se conocerá con todo detalle y no querría insistir en lo que son nuestros conceptos en el área de la salud— quisiera recordar que van a hacer un trabajo de equipo, con un coordinador que va a ser un médico, con ATS, pero que va a haber algunas novedades como la incorporación de un farmacéutico y de un veterinario, junto con la incorporación de una asistente social o trabajador social. Esto, evidentemente, va a dar lugar a un nuevo tipo de Medicina, donde los médicos van a tener un incremento en sus retribuciones que les permita lo que nosotros denominamos dedicación exclusiva. Entendemos por dedicación exclusiva una dedicación de cuarenta horas, lo cual no prohíbe que fuera de las cuarenta horas estos médicos puedan ejercer, naturalmente en pocas horas ya, una cierta consulta privada, en un nivel de horas reducido, pero sin eliminar en los contratos el hacerlo fuera de estas cuarenta horas.

Debido a los problemas terminológicos, que ya se han producido en el mundo de la Universidad entre dedicación exclusiva, plena y normal, que tengo que decir que es una terminología pésima, aquí continuamos con un terminología que a mí me parece mala, que quiere decir que es dedicación exclusiva en lo público y que fuera de estas cuarenta horas puede ejercerla en privado. Solamente con esta aclaración, si algún día nos ponemos de acuerdo con una terminología, todos saldríamos ganando.

Por tanto, éste es el plan. Nuestra idea es que al acabar la legislatura actual, este Gobierno haya ayudado a que este nuevo concepto de unidad de asistencia primaria y, por tanto, de acuerdo con la declaración de Alma-Ata y con las líneas generales de la política sanitaria internacio-

nal, abarque entre el 20 y el 25 por ciento de la población sanitaria española.

En el campo de la asistencia primaria tenemos en previsión —como ya he anunciado algunas veces— empezar a cambiar las cartillas actuales por cartillas individuales, que nos parece un método de redistribución mucho más justo y que, sobre todo, va a dar lugar a un proceso de retribuciones más justas para los médicos. Con algunas excepciones que si hace al caso ya señalaremos, vamos a hacer una redistribución de cupos de asistencia primaria, puesto que con frecuencia algunos de los problemas que existen en la misma no son debidos a la falta de médicos, sino a su mala distribución, puesto que a niveles globales no son cifras, por coeficientes comparados con otros países insuficientes, sino que, sobre todo, estamos en una situación más inadecuada.

En esta vía vamos a hacer una vinculación más estrecha de la asistencia primaria con los hospitales, vinculación sobre la cual ya estamos realizando algunas pruebas en el transcurso de este mismo año. Hace algunos meses ya que en diversas partes funciona el que los hospitales están ligados con la asistencia primaria; de esta manera, especialistas de hospital ejercen una parte de su labor en asistencia primaria. Es un tema que ustedes se acordarán que a principios de año motivó una polémica, yo creo que exageradamente airada, pero que después, con motivo de una política atinada, se ha ido llevando a cabo y cada vez con menos protestas y al revés con más acuerdo. Un caso donde esto se realiza es en el hospital actual de Ibiza —no en el que se va a inaugurar espero que lo más pronto posible—, en el que los especialistas se desplazan un día por semana —uno por especialidad, no quiere decir que sea el mismo— a la isla de Formentera y hacen allí especialidades hospitalarias, hacen consultas en el nivel de asistencia primaria. Este es un modelo que hemos ido repitiendo y que va bien; los médicos lo ven adecuado, hay muchos jefes de servicio que están colaborando con un enorme entusiasmo, sobre todo especialistas jóvenes, por creer evidente que esta experiencia de especialistas de hospital en asistencia primaria es muy conveniente para su formación y, por tanto, estamos obteniendo, incluso, una cosa que a mí me gustaría encontrar casi siempre, que hay más iniciativas en la práctica que las que nosotros hemos introducido.

En el caso del Insalud querría tocar otro tema que con frecuencia produce desazón: la falta de inspección de servicios sanitarios. Con frecuencia, me parece que ya se lo he explicado a ustedes, uno de los problemas que tenemos es que una buena parte de los inspectores de servicios sanitarios no se dedican a la inspección, sino que se dedican a otras tareas. Y esto, ¿por qué? Con mucha frecuencia por una razón: porque son personas muy cualificadas y a la hora de buscar, por ejemplo, directores, suelen ser las personas que uno tiene más tentación de utilizar, lo cual, evidentemente, es positivo para estos inspectores médicos, pero con esto se deja al margen la prestación de esta función tan importante. Hemos hecho ya contrataciones eventuales importantes este año, unos 100 inspectores entre médicos y farmacéuticos, 75 médicos y 25

farmacéuticos, y en el transcurso del próximo año pensamos dotar unas 250 plazas de médicos inspectores —digo posiblemente siempre, porque hay unos Presupuestos en medio—, 30 de farmacéuticos inspectores, 30 de inspectores de servicios administrativos, cuestión muy importante y con frecuencia en estos hospitales falta personal administrativo más que personal facultativo, y 250 de ATS visitantes. Por tanto, realizamos en este campo una tarea importante.

Como ustedes saben, en el Insalud iniciamos una labor de búsqueda de cumplimiento de la legislación vigente en lo que hace referencia a incompatibilidades horarias. Esto es algo que en un primer momento tuvo un eco importante en los medios de comunicación, bien por iniciativa de los propios periodistas o bien por algunas reacciones ante estas medidas. Lo cierto es que han ido pasando los meses y estas medidas han ido cayendo en el mejor de los mundos posibles, que es en la búsqueda continuada de las incompatibilidades horarias más allá de las polémicas e incluso de la atracción. En estos momentos se han establecido alrededor de unas 2.600 bajas por incompatibilidades horarias; es una cifra yo diría que satisfactoria, está yendo a un ritmo satisfactorio; hay algunas provincias, como en ocasiones he señalado, donde hay más retraso, por ejemplo, Canarias, y algunas ciudades de la actual región de Murcia, pero en general es un ritmo que ha ido bien, nosotros hicimos una estimación y la estamos cumpliendo a un ritmo pausado, pero a un ritmo continuado, que es lo importante, ya que solamente podemos acelerar el ritmo, y pensamos hacerlo, cuando algunos obstáculos como es la disposición de locales y, por tanto, el no cumplimiento de las dos horas y media, tiene un respaldo menos formal en un hecho cierto y es que todavía tenemos algunos problemas de locales que iremos resolviendo. Por tanto, estas medidas que han dado ya unos resultados importantes las vamos a continuar; no estamos en el final del camino; pensamos que el final del camino es alrededor de las 5.000; por tanto, hemos pasado el ecuador y en plazo de tiempo realmente limitado podemos realizar y culminar lo que eran las incompatibilidades horarias.

Me adelanto para hablar de incompatibilidades en otros campos, en el campo de mi Ministerio, en el campo que no es de personal estatutario, por tanto, que no es el Insalud, aunque hay también en el Insalud personas del campo de los funcionarios, en estos momentos debemos tener, si no recuerdo mal, 1.089 expedientes por incompatibilidades, ya no horarias, de los cuales ya se han resuelto alrededor del 15 por ciento. Es evidente que vamos a trabajar más intensamente cuando las medidas que en estos momentos se están discutiendo con los Grupos Parlamentarios representados en este Congreso hayan tenido lugar y presentemos el proyecto de Ley pertinente, este ritmo podrá tener, al menos en nuestro Ministerio, no su inicio, sino su continuidad.

Otro tema que con frecuencia también desencadena y ha desencadenado pasiones es el tema de las auditorías. Evidentemente, auditar el Insalud es imposible por su tamaño, y hemos optado por un método de la auditoría-muestreo del Insalud. Estas auditorías están teniendo lu-

gar. Yo quiero decir que las auditorías no se hacen, como con frecuencia se designan, con el objetivo principal de denotar anomalías, sino que las auditorías se hacen para mejorar la gestión fundamentalmente, hasta tal punto que en la mayor parte de países, las auditorías se hacen con frecuencia periódicamente, y hay sociedades ya en España, y alguna de ellas la conozco yo bastante de cerca, que ya hacen auditorías anualmente sin que haya ningún tipo de crispación a su alrededor.

En estos momentos tenemos algunas auditorías, por ejemplo, en el caso de la ciudad de Madrid se han hecho auditorías sobre aspectos propios del Ministerio, sobre la Dirección Provincial, sobre la Ciudad Sanitaria La Paz, sobre los servicios sanitarios de la Seguridad Social ubicados en el pabellón 8 de la sociedad universitaria y la sectorial 8.ª de Madrid, y en estos momentos estamos haciendo auditorías en otras siete instituciones sanitarias de fuera de la ciudad de Madrid.

Este próximo año 1984 lo vamos a dedicar a la profundización de las auditorías hechas y, si dan buen resultado, a un inicio normal y a un cumplimiento normal de un servicio rotatorio de hacer auditorías.

Con respecto a problemas de la Administración, como ustedes saben hemos tenido algunos problemas que en estos momentos están en vías de solución, sobre todo con la Generalidad de Cataluña. La Generalidad de Cataluña inscribía en sus Presupuestos cantidades superiores a las que nosotros creíamos oportunas, y esto ha dado lugar a diferencias notorias, diferencias tan notorias que en este año, teniendo en cuenta la población asistida que hay en Cataluña, que era un porcentaje normal, había una diferencia prácticamente de 17.000 millones en más en el Presupuesto de Cataluña.

He mostrado mi preocupación ante el Presidente de la Generalidad repetidamente, y ante el Consejero de Sanidad, y finalmente se ha adoptado ya una conclusión provisional, a mi entender positiva, de este problema. La posición es la de establecer como porcentaje provisional el de la población de Cataluña y mejorar la información sobre población asistida. Esto, obviamente, ya dice algo, que la cantidad inscrita que hay en los Presupuestos de Cataluña es mucho más alta que la de la población catalana, cosa que yo ya había anunciado a la opinión pública en alguna ocasión, pero me alegro mucho de que se haya llegado a una solución, de acuerdo con que se fije un porcentaje poco discutido y que se mejore la información de la población asistida.

Esto era un problema, evidentemente, porque dado que el Presupuesto de la sanidad es limitado, lo que va a una zona de España es en detrimento de otra y, por tanto, hay que establecer la máxima claridad y no tiene que haber polémicas en este tema, si es que no se buscan polémicas. Yo me alegro muchísimo de que en la conversación entre el Presidente del Gobierno y el Presidente de la Generalidad así fuera entendido y, por tanto, estemos ya en un camino que en estos momentos podamos hablar de este problema como un problema de reajustes del pasado, pero no ya un problema que deteriore relaciones en el futuro.

Problemas de información, aún tenemos; la informa-

ción económica del año 1981 por parte del Insalud de Cataluña no está cerrada, lo cual es un retraso muy elevado. No está cerrado, por tanto, el año 1982, y estamos trabajando para que, igual que hemos resuelto este problema, resolvamos también los que en el futuro se puedan presentar.

Evidentemente, para que las transferencias del Insalud se puedan hacer de una manera justa a todas las Comunidades Autónomas que hay en España, estos problemas es importante resolverlos y, por tanto, me alegro que al menos el de los Presupuestos se haya resuelto y espero que el de las liquidaciones se pueda resolver.

Me podría extender a otros problemas sobre el Insalud, pero lo voy a hacer muy brevemente.

Con respecto al campo de la prestación farmacéutica, que es un campo sobre el cual yo creo que a veces hay demasiada sensibilidad incluso, creo que, al margen de otras medidas, hemos culminado con un acuerdo con la industria farmacéutica para cancelar la deuda que durante tantos años se había arrastrado y no se había encontrado salida. Una buena parte de esta deuda va a financiar el FIS, pero el FIS no solamente va a tener esta financiación, por primera vez lo aclaro.

Hemos intentado actuar sobre el gasto farmacéutico de una manera directa. Se hizo con una generalización de algo que se había iniciado en Málaga a iniciativa del Director provincial del Insalud en Málaga, que había tomado la iniciativa de regular la dispensación del número de recetas de los médicos. Esto en Málaga había dado buenos resultados. Es un método en el cual se salva la libertad del médico, se establece cuál es el número normal de recetas que cada médico dispensa mensualmente, se le da y se le da además cualquier número de recetas adicionales cuando justifique y explique por qué razones epidemiológicas se tiene que extender un número mayor de recetas.

Este sistema, que también en sus primeras semanas estuvo unido a algún tipo de polémica, no por nuestro lado, porque ya ven ustedes que mi actitud es de responder poco a estas polémicas, sobre todo por una razón, esta medida no es una medida que se haya adoptado exclusivamente en España; en Estados Unidos, por ejemplo, un país que aquí algunas veces pasa como muy liberal, las medidas son mucho más radicales, a los médicos se les da la cantidad que pueden recetar en número de dólares. Es una medida experimentada en otros países. Experimentada ahora en Málaga, se está aplicando con buenos resultados desde el punto de vista del gasto farmacéutico y sin que haya ninguna tensión con los médicos.

Había otro problema que con frecuencia se denunciaba a la opinión pública, que era médicos que recetaban en demasía; los pocos casos que había se han corregido ya, se han establecido, y los médicos continúan en estos momentos recetando. Estos médicos que recetaban en demasía, sobre todo saltó a la opinión pública un médico que en un mes hizo 12.500 recetas, cosa más difícil porque cuando se abrió el expediente se demostró que a partir del día 10 del mes había estado de baja por enfermedad (*Risas.*), y eran casos tan singulares como el que estoy ex-

plicando, tan singulares que no representaban a la inmensa mayoría de los médicos y ha hecho que, estudiando estos casos singulares, no haya vuelto a aparecer afortunadamente en la opinión pública, porque no se dan abusos de este orden. Era una pura minoría de médicos que empañaban un funcionamiento normal y que en estos últimos tiempos, en el caso de las recetas, ha dado lugar a buenos resultados.

En el próximo año vamos a hacer, si ustedes aprueban los Presupuestos (*Rumores.*), algo que era necesario hacer, que muchos médicos con motivo de la polémica de las recetas habían pedido, que era...

Se van a aprobar porque tenemos mayoría, pero es que yo entendía de la inteligencia de la oposición, y así lo entiendo, que esta partida la votaría con un enorme entusiasmo. Es la partida para dotar de una importante cantidad a la difusión del uso de los productos farmacéuticos frente a la población en general. Yo, como no dudo de que esta partida la van a votar con el mismo entusiasmo que el Grupo Socialista, por eso decía «el Presupuesto». No me refería en su conjunto, sino que me refería a esta partida, puesto que es una de las que se puede pedir votación separada. No quería hablar del corrillo y del hecho de que francamente tenemos mayoría, y puedo pedirles una cosa a muchos de ustedes, dado que saben que yo he estado toda mi vida en minoría, resulta que al tener ahora algunos años también la mayoría tendrían que comprendernos un poco más psicológicamente. (*Risas.*)

Pero hecho este breve inciso, quería referirme en el campo del Insalud sobre la situación del Fondo de Investigaciones Sanitarias. Sobre el Fondo de Investigaciones Sanitarias, como ustedes han visto, hemos hablado poco en público, y fuera de esta intervención mía, que va a ser corta, sobre el FIS, les voy a decir que no va a ser muy extensa hasta finales de noviembre o principios de diciembre. ¿Por qué? Porque el FIS ha pasado por problemas importantísimos. En primer lugar, porque desde marzo de 1982 se interrumpió la entrada de cualquier recurso al FIS, porque la industria farmacéutica ya no estuvo de acuerdo con el descuento y, por tanto, no había fondos en el FIS, mientras se iban dando becas del FIS. Por consiguiente, cuando nosotros nos hicimos cargo resulta que no había entradas y, en cambio, sí que había promesas de salidas de recursos. En consecuencia, hemos financiado el FIS con recursos generales del Insalud para mantener los compromisos adoptados.

Ahora hemos resuelto este problema, ¿por qué? Porque una parte de la deuda de la industria farmacéutica, una parte importante, va a ir a parar al Fondo de Investigaciones Sanitarias, pero el Ministerio, como ustedes verán, tendrá también una partida, si el Grupo Parlamentario Socialista tiene a bien hacer un cambio de partidas que les vamos a proponer, para que algunas dotaciones de otros sectores vayan al Fondo de Investigación Sanitaria.

Por otro lado, en el FIS existían algunos problemas en su funcionamiento. En principio había, como ustedes saben, una presión, a veces de los medios de comunicación, que en este año ha disminuido; hemos intentado, se había intentado ya con anterioridad, justo es decirlo, pero se ha

intentado que haya una mayor claridad y, por tanto, esta mayor presión sobre el origen del llamado «misterio» del destino de los fondos del FIS creo que se ha mejorado, creo que en estos momentos no existe esta presión, porque hay pocos casos para hacerla. Hemos introducido en el FIS cambios en el Comité científico; hemos establecido el estilo anglosajón de que los fondos de investigación dependen directamente del Ministerio, posición con la cual todos los miembros del Comité científico mostraron su acuerdo en su momento, y hemos incluido a nuevas personas en el FIS que tengan formaciones distintas. Es decir, que el FIS no solamente sea algo que se dedique a la formación biomédica, tiene que continuar dedicándose a ella, pero también hemos introducido en el Fondo de Investigaciones Sanitarias personas que abarcan tres tipos de origen. Primero, para insistir en la investigación biomédica, hemos nombrado una persona que forma parte de la joven generación de científicos españoles que investigan en el extranjero, en este caso, la persona que está en la base del origen de las investigaciones sobre el cáncer y en el método de la separación de los genes, el doctor Angel Pellicer. Por tanto, igual que hay personas que están en la edad ya madura, en el sentido pleno de la palabra, científicos como los doctores Grande Cobián o Severo Ochoa, por decir dos ejemplos de los científicos de primer orden que están, se han incorporado unos jóvenes españoles que están en Estados Unidos; se han incorporado también personas ligadas al estudio de las ciencias, de la salud y de la asistencia primaria. En este país aún había aspectos de la asistencia primaria, o bien aspectos como, por ejemplo, razones por las cuales la gente no da sangre —porque estamos en niveles tan bajos en España—, etcétera, que era un cambio en el cual, aunque el FIS siempre había puesto énfasis en él, justo es decirlo, en cambio no se cubrían las necesidades por razones que ahora si quieren puedo explicar, pero que no es el momento de hacerlo.

En último lugar, hemos introducido una persona ligada con los que han trabajado más duramente en los últimos quince años para introducir dosis de racionalidad en la investigación científica, es decir, en lo que se denomina la ciencia de la ciencia, un núcleo que sobre todo tiene un enorme peso en la Facultad de Medicina de Valencia, donde los estudios de la ciencia de la ciencia, como también de la historia de la ciencia, es en Valencia y por Valencia, donde en España se han introducido de una manera notoria en los últimos años. Una persona que entiende de productividad de la investigación, que es un campo que también ha sido incorporado.

El Comité científico del FIS, en el transcurso del mes de noviembre, va a redactar un documento sobre una estrategia científica-médica para la España de los próximos años, no solamente de los años de la legislatura, sino con una cuestión más amplia, y que va a dar lugar a completar esta fase de transición del FIS, que esperamos ver acabada lo más pronto posible.

Querría tocar, aunque fuese brevemente, algunos problemas. Hay tantos problemas que me temo que no todos van a ser tocados, pero querría que algunos no quedaran

en el tintero. Uno es el futuro de los médicos en España, su presente y su futuro. Este es un tema a veces extremadamente polémico, y tan polémico como que se desconocían los datos básicos del problema; es decir, no se estaba trabajando, al hablar, por ejemplo, de especialidades, con ningún tipo de cifra con respecto a la necesidad de especialistas en España. Normalmente se utilizaba la palabra «especialista» como equivalente de especialista de hospital, pero no se comprendía especialista en asistencia primaria, con algunos elegidos en ese campo; no se comprendía especialistas médicos en investigación, y tengo que decir, por ejemplo, que en el FIS, en los últimos años ha crecido el número de biólogos y químicos que trabajaban en el FIS, y pese a que la mayor parte de las personas del Comité científico son médicos, el porcentaje de médicos ha ido en retroceso, es una vía de especialidad en retroceso entre los médicos en los últimos años. No se consideraba tampoco como un tema central el de la especialidad en odontólogos-estomatólogos, que es un campo en el que seguro que tenemos más déficit en España, y, por tanto, era necesario un replanteamiento general del tema de las especialidades en un campo más amplio.

Por tanto, nosotros no establecemos el tema de las especialidades en el tema de MIR, sí, o MIR, no; este es un tema que hace referencia a las especialidades hospitalarias, pero no es el único y, por tanto, está en estos momentos en el Consejo de Estado, como también está en el Consejo de Estado el Decreto de unidades básicas, un Decreto de especialidades médicas que no solamente va a ser, como en el pasado, un Decreto de especialidades de tipo hospitalario, sino que va a entender que también son especialidades las extrahospitalarias, y a este efecto hemos hecho un esfuerzo, por ejemplo, en la dotación de becas para estudiar salud pública en Estados Unidos, donde hay un mínimo de 30 becas aseguradas ya para el próximo año y posiblemente se puede casi duplicar esta circunstancia. También hemos empezado a entrar en este Decreto en el tema de la resolución del problema de la falta de unos 14.000 ó 16.000 odontólogos-estomatólogos en España; vamos a tratar, no ahora, sino más adelante, el tema de la especialidad psiquiátrica, y, por tanto, lo vemos como un Decreto en general.

No voy a explicar, porque no tengo tiempo, los rasgos de este Decreto, pero sí tengo que decir que en él vamos a utilizar toda la capacidad de docencia hospitalaria y universitaria que hay en España, en diversos niveles. Por ejemplo, una especialidad hospitalaria de un año para los médicos que después se quieren dedicar a la asistencia primaria. Pero vamos a utilizar toda la potencia de docencia que tenemos en estos momentos en España, y, por tanto, este Decreto va a intentar permitir que se especialicen en España una cantidad bastante elevada, mucho más elevada que en los últimos tres años, y, por tanto, vamos a sobrepasar la cota de los 3.000. Si alguno de ustedes quiere especificaciones, las puedo hacer también más adelante.

En el campo hospitalario sólo querría referirme a algunas cosas. En asistencia hospitalaria tenemos en estos momentos acabado un mapa, que nosotros llamamos el mapa negro español. En España, como todo el mundo

sabe, el nivel hospitalario es satisfactorio en líneas generales, tenemos problemas en algunas partes de España donde sobran camas de hospital, mientras que en otras zonas de España faltan camas de hospital. Hay zonas como Madrid, que sobran camas, o en el Vallés, en Cataluña, que también sobran, mientras que tenemos zonas como Lanzarote, Cartagena, algunas otras zonas de Canarias, en general, en bastantes zonas de Canarias, que faltan. En Cuenca —para que vea que me estudio los temas—, que están en 2,2 camas por 1.000 habitantes, si no me equivoco, de memoria, en Cuenca, que cuando he ido a Albacete he dicho que en Cuenca estaban peor, como usted debe haber leído en el periódico, cosa fácil de decir en Cuenca y más difícil de decir en Albacete. La situación en algunas provincias gallegas es muy delicada también, pero hemos hecho un contramapa, diremos, para intentar concentrarnos ahí. También hay un problema importante en Orihuela y en Lorca, en la región de Murcia. Por tanto, queremos hacer acciones puntuales, intentar hacerlo lo mejor posible.

En estos momentos tenemos acabado un documento de gestión hospitalaria, de reforma de la gestión hospitalaria para enfocar de una manera ya no con cara de inspectores, sino que en cada hospital se haga una inspección hospitalaria. Hemos cambiado bastante directores de hospital, siempre dentro de la Ley, y cuando alguien ha dicho que lo hacemos fuera de la Ley, a los pocos días, poco a poco, han ido cayendo en un silencio estas posiciones, porque lo hemos hecho dentro de la Ley, y muchos inspectores no sólo están dentro de la Ley, sino que encima no tienen contestación y funcionan, diríamos, con normalidad, como pasa en algún hospital, también en Madrid. El otro día en un programa de radio me interpelaban diciendo que el hospital de El Ferrol, que el nuevo director funcionaba mucho mejor que el de antes, y me alegraba, etcétera. Es decir, que hay una mejora.

Hay que cambiar la gestión. Tenemos ya un documento de cambio de la gestión. Este documento lo vamos a acabar de discutir en el Ministerio, pero dentro de unos quince días vamos a originar una discusión amplia sobre la organización hospitalaria española para que esto se haga. Y este nuevo modelo de gestión lo vamos a aplicar lo más inmediatamente posible en 15 hospitales, donde cambiemos la dedicación de los médicos, la acentuemos con los cambios de retribución correspondientes, donde estos atisbos, estos inicios de integración para atención primaria ya se realicen, y donde haya fortalecimiento de los equipos directivos y, sobre todo, administrativos.

Tengo que decir que afortunadamente hay más de 15 hospitales que piden ser considerados entre estos 15 primeros. Pensamos a finales del próximo años extender este nuevo sistema hospitalario a otros 25 centros, con lo cual tendríamos una experiencia que se podría palpar por parte de quien interesa, que son los hospitales.

Aquí podríamos plantear algunas cuestiones en este sentido, por ejemplo, lo que estamos haciendo en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, donde estamos avanzando mucho en la cobertura de servicios. En el año 1984 queremos alcanzar una cobertura en servicios pro-

pios del 45 por ciento que llegue al 66 por ciento en el año 1986.

Hay otras muchas cosas que me gustaría explicar. En el campo de planes, aparte del de tratamiento de enfermedades crónicas del riñón, me gustaría tratar algunos problemas, aunque sea con brevedad, como el del AISNA. Hemos planteado cuestiones importantes, si alguien de ustedes me lo pregunta lo puedo explicar. Sobre política farmacéutica, al margen de lo dicho, no diré más por una razón —aunque el Grupo de la oposición dice con tanta frecuencia que el Gobierno no valora suficientemente el Senado—, porque acabamos de dedicar una sesión de la Comisión correspondiente de tres horas y media sobre el tema farmacéutico y a mí no me gustaría duplicar las intervenciones, puesto que todos los Diputados recibimos la documentación sobre el Senado y ahí verán ustedes que se explicó con mucho detenimiento ese problema; lo cual no obvia para que si ustedes quieren hacer preguntas sobre estos temas, las pueden hacer.

Podría explicar algunas cuestiones de salud pública, pero no lo hago porque no dejaría tiempo para el debate, y podría explicar lo que ha sido la línea caliente que se hizo en la campaña electoral. Nosotros tenemos establecida la línea caliente por tres caminos. En primer lugar, la del Defensor del Pueblo, que, como ustedes verán, una gran parte de las preguntas que se le plantean viene del Ministerio de Sanidad y Consumo, y me parece que en el informe que ha presentado a este Congreso, nuestro Ministerio aparece como altamente colaborador, de lo cual nos alegramos. En segundo lugar, la del Presidente del Gobierno, en la cual se nos han planteado por escrito a nuestro Ministerio mil cuestiones. Como ustedes también sabrán, en el mes de enero hicimos una línea directamente desde el Ministerio, donde se ha planteado un número superior de cuestiones por esta tercera vía caliente.

Son tres vías que funcionan y tienen un ritmo muy continuado. Si tenemos en cuenta las estadísticas, son muy diversas las protestas en el tema de la sanidad. Es un tema importante de por sí, aunque con esta explicación me parece que al menos queda claro que las líneas calientes de la sanidad funcionan por tres cauces y que continúan existiendo.

Querría hablar de bastantes otros temas, como ustedes comprenderán. Querría hablar de algunas cosas que hemos hecho en el tema de la asistencia psiquiátrica. Hemos formado una Comisión Nacional de Reforma Psiquiátrica. También aquí tengo que agradecer, en este caso a la parte comunista del Grupo Mixto, que me preguntara cuándo constituiríamos una Comisión Nacional de Psiquiatría, diez días después de estar ya nombrada. Estas colaboraciones siempre son de agradecer. Tenemos un programa mínimo de actuación; mínimo porque en el campo de la psiquiatría —y yo querría ser muy realista— no podemos abrir más expectativas de las que se pueden cubrir. Por tanto, tenemos un programa mínimo que vamos a dar a conocer este mismo mes para intentar mejorar los recursos psiquiátricos en funcionamiento, en el que el Ministerio va a colaborar todo lo posible.

Por tanto, no hablamos de expectativas con respecto a

la psiquiatría. No hay caudales suficientes como para hacer frente a este problema, pero sí para mejorar la situación. Nosotros pensamos que en los próximos meses, este programa mínimo de medidas que hemos hecho va a poner de manifiesto que no solamente nos preocupamos de ello, como se ha visto en esta jornadas, sino que empezamos modestamente, insisto, a hacer cosas en este campo.

Por tanto, aunque me gustaría extenderme sobre muchos otros puntos, pediría al Presidente que diese por finalizada mi intervención.

El señor PRESIDENTE: Muchísimas gracias, señor Ministro, por su exhaustiva explicación. No sé si habrá agotado los problemas, pero tengo la duda de si habrá agotado la resistencia física de las señoras y señores Diputados.

Siguiendo el orden que hemos establecido al principio de la sesión, pasaríamos a hacer un pequeño receso de un cuarto de hora, si les parece a SS. SS. que es suficiente, para que los Grupos Parlamentarios preparen sus preguntas u observaciones a la intervención del señor Ministro. *(Pausa.)* ¿Menos de un cuarto de hora, dice la señora Gorroño? ¿Con cinco minutos sería suficiente? *(Pausa.)*

El señor Ministro tiene la palabra.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Como yo no pongo el horario del inicio y aunque he sido un poco extenso, desde mi punto de vista no he sido demasiado, me brindo a venir otro día, no sólo un cuarto de hora, para que ustedes me hagan las preguntas que quieran.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Gracias, señor Presidente.

Yo creo que como el tema es de un interés total —el señor Ministro, incluso, ha habido temas que los ha pasado sobre ascuas—, si los otros Grupos Parlamentarios no tienen ningún inconveniente, y dada la hora, porque esto se puede extender hasta las tres de la tarde como estamos ahora en las comparencias pedidas por la oposición, por lo que estamos todos ocupados, y mañana viene parte de los Directores generales del Ministerio de Sanidad, pediría que la comparencia pudiera ser pasado mañana para que pudiéramos discutir esto largamente, dada la benevolencia del señor Ministro, y yo pido lo mismo del señor Presidente y de otros grupos políticos.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Tengo que aclarar que pasado mañana no puede ser, porque tengo que hacer un viaje oficial, tendría que ser la próxima semana.

El señor RUIZ SOTO: Cuando ustedes digan.

El señor PRESIDENTE: En cualquier caso, también habría la posibilidad de continuar la sesión esta tarde.

El señor RUIZ SOTO: Es que hay comparencias.

El señor PRESIDENTE: Mejor la próxima semana. Parece que en esto hay un cierto consenso.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Socialista.

El señor GIMENO MARIN: Señor Presidente, nuestro Grupo no tiene ningún inconveniente y estaremos encantados de poder estar mucho más rato con el señor Ministro para que nos aclare la política de su departamento.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra la señora Gorroño, por el Grupo Vasco.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Me gustaría, ya que el señor Ministro se ha presentado ante la Comisión antes del plazo de entrega de enmiendas, que se realizara la comparencia del señor Ministro unos días antes del día 26, que finaliza el plazo, porque personalmente me gustaría centrarme en la realidad presupuestaria, aparte de la política general de un enfoque de enmiendas, que puede cambiar según lo que diga el señor Ministro. Por eso, cuanto antes sea es mejor para los grupos minoritarios que tenemos que trabajar día a día en el Presupuesto.

El señor PRESIDENTE: Es evidente que en la intención de la Presidencia al convocar esta reunión estaba muy presente el trámite de la Ley de Presupuestos. También coincido con la señora representante del Grupo Vasco en que sería conveniente que continuara la sesión informativa antes de esa fecha. Por eso, quizá —tengo el calendario encima de la mesa— se podría llegar a la convocatoria formal. ¿A ustedes les parece bien que el próximo martes día 25, a las doce, continuemos la sesión informativa? *(Asentimiento.)*

En cualquier caso, creo que podría darse un pequeño turno de explicación al señor Ministro para que agotara los temas que en este momento ha pasado por encima; un turno breve con objeto de que hubiera al menos un par de horas en las que pudieran intervenir ampliamente los Grupos Parlamentarios.

La sesión continuará el próximo martes, a las doce. Haremos la convocatoria formal por escrito, pero ya quedan ustedes convocados.

Antes de que se levante la sesión quería informarles que me han trasladado una nota de la Dirección de Relaciones Interparlamentaria en la que se me comunica que los días 25 y 26 de octubre hay una audición sobre la salud que organiza el Consejo de Europa y que, en principio, cabe la posibilidad de que dos Diputados de esta Comisión asistieran a esta audición en París. Obviamente, este tema tiene que ser resuelto por la Mesa del Congreso en su reunión del próximo jueves y no da tiempo a que la Comisión tome en consideración los posibles nombres. Yo propondría a ustedes, si no es un exceso de las funciones de la Mesa, que dejaran esta decisión a la Mesa.

En consecuencia, lo único que pediría a los que formarían este grupo que iría a París porque, como les reitero, la Mesa del Congreso tiene que decidir este asunto el próximo jueves, y con objeto de que tenga la Mesa del Congreso la opinión de la Comisión de Política Social y Em-

pleo, si al término de la sesión los portavoces de los Grupos Parlamentarios hicieran una propuesta consensuada a la Mesa, ésta lo tramitaría a la Mesa del Congreso.

En consecuencia, esperando esa nota de los Grupos Parlamentarios en la que diga qué Diputados podrían asistir a París los días 25 y 26 de octubre para esta reunión

del Consejo de Europa, sin otras cuestiones se levanta la sesión hasta el próximo martes a las doce de la mañana.

Muchas gracias.

Era la una y cuarenta y cinco minutos de la tarde.