



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Año 1984

II Legislatura

Núm. 52

COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ALEJANDRO CERCAS ALONSO

Sesión Informativa

celebrada el martes, 29 de mayo de 1984, con asistencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Lluch Martín).

Orden del día:

- Pregunta relativa a personas que trabajan en el Hospital de Galdácano, formulada por doña Ana Gorroño Arrizabalaga.
- Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo, al amparo del artículo 44 del Reglamento, y de conformidad con las solicitudes del Grupo Parlamentario Popular.
- Comparecencia del señor Director General del Insalud, al amparo del artículo 44 del Reglamento y de conformidad con la solicitud del Grupo Parlamentario Popular.

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

El señor PRESIDENTE: Buenos días, señoras y señores Diputados. Se inicia la sesión que, como conocen SS. SS. por el orden del día remitido, va a constar de tres puntos. Una pregunta formulada por doña Ana Gorroño y, a continuación, dos comparecencias solicitadas por el Grupo Parlamentario Popular, una de ellas del señor Ministro de Sanidad y Consumo, para que explique la política del Gobierno relativa a transferencias del Insalud a la Comunidad Autónoma de Canarias y la situación de la sanidad exterior en puertos y aeropuertos canarios, y otra, tam-

bién del señor Ministro de Sanidad y Consumo y del señor Director General del Insalud, para que expliquen la gestión, el funcionamiento del Insalud y la política general del mismo.

PREGUNTA RELATIVA A PERSONAS QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL DE GALDACANO, FORMULADA POR DOÑA ANA GORROÑO ARRIZABALAGA

El señor PRESIDENTE: Vamos a iniciar el orden del día con la pregunta relativa a las personas que trabajan

en el hospital de Galdácano, que ha sido formulada por doña Ana Gorroño Arrizabalaga, que tiene la palabra para exponerla.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente.

Buenos días, excelentísimo señor Ministro, señoras y señores Diputados. De entrada, agradezco la siempre grata presencia del señor Ministro de Sanidad, no sin manifestar mi pesar por la espera de tres meses, un día y algo más para la respuesta a esta pregunta.

De antemano, quiero dejar constancia de que he recogido esta pregunta puntual como representante del pueblo en el Congreso y de que es una preocupación y un pesar patentes tanto en Vizcaya como en Guipúzcoa. Por esto la transmito al señor Ministro y espero su contestación lo más concisa posible.

Una vez dicho esto, me centraría en esta pregunta, que es bastante amplia y que tiene varios apartados que se refieren a los hospitales de Galdácano y Zumárraga, pertenecientes al Insalud.

Como sabe el señor Ministro, la Comunidad Autónoma del País Vasco tiene hecha ya su comarcalización, su sectorialización y la ubicación de su cadena de hospitales, tanto en lo referente a áreas de salud como a centros subcomarcales, comarcales y demás, dentro de este mapa sanitario, de lo que podría ser la arquitectura de la Sanidad, sus ubicaciones se harían como hospitales comarcales. La primera pregunta, dentro de este contexto, es si el señor Ministro conoce cuántas personas, tanto en cuanto a personal sanitario como técnico sanitario y no sanitario, trabajan en el hospital de Galdácano actualmente, con qué criterios han sido seleccionadas y con qué Presupuesto se están pagando estas nóminas.

Dentro del personal no sanitario —y tras la espera de tres meses voy a tener que modificar un poco esta pregunta, porque precisamente ayer se realizó el examen para estas plazas—, las personas que van a ocupar las plazas correspondientes a la convocatoria del 10 de noviembre de 1983 (venía a decir la pregunta): ¿concurrirán en igualdad de condiciones, salvo sus propios méritos, o por las aproximadamente 45.000 solicitudes presentadas? Había 45.000 solicitudes presentadas, y la pregunta va en el sentido de que si hay gente trabajando, cómo lo está haciendo y si tiene las mismas condiciones que éstos que han solicitado y que ayer realizaron el examen. Esto era anterior, porque se presentaron las preguntas el 20 de febrero y ayer fueron realizadas las pruebas.

Otra pregunta podría ser: ¿cómo van a cubrirse las plazas de médicos del hospital de Galdácano? ¿Cuál ha sido el criterio de selección de los que actualmente trabajan? Me estoy refiriendo al personal sanitario. ¿Se les ha concedido la plaza en propiedad a estos médicos que están trabajando allí actualmente?

Y luego, dado el número de solicitudes, que han llegado hasta 45.000, refiriéndome al personal no sanitario, para estas plazas que han salido y cuyo examen se reali-

zó ayer, preguntaría: ¿qué control sindical o de otro tipo existirá en las mesas de este concurso-oposición?

Refiriéndome, por último, a Galdácano, ¿qué criterios se han empleado y cuál ha sido el modo de acceso de los técnicos de gestión, los economistas, en los hospitales de la Seguridad Social a nivel de Estado y, en concreto, a nivel del hospital de Galdácano? Estas son las preguntas referentes al hospital de Galdácano.

Sobre el hospital de Zumárraga, de entrada me gustaría decirle al señor Ministro que allá por el mes de febrero estuvo en Guipúzcoa e inauguró una de las partes del hospital de Zumárraga, que eran radiología, laboratorio y urgencias. He de comunicar al señor Ministro que radiología, laboratorio y urgencias no están abiertos, siguen cerrados, y que se inauguraron sin el permiso de la Comunidad Autónoma Vasca, porque todavía no se había efectuado el trámite correspondiente, que creo que es una cuestión un tanto delicada.

Dejando esto aparte, me gustaría preguntar al señor Ministro qué criterios de acceso del personal se han establecido en el hospital de Zumárraga para esta gente que trabaja, y vuelvo a decir que siguen cerradas las tres secciones que el señor Ministro decía que inauguró el 19 de febrero de este año.

Por último, le comentaría al señor Ministro —que me figuro lo conocerá— el Plan de Coordinación que establece el Gobierno Vasco entre lo que es la Ciudad Sanitaria de Cruces y Galdácano. ¿Qué opinión le merece al señor Ministro este estudio de planificación del Departamento de Sanidad del Gobierno vasco en relación con Cruces y Galdácano? Como él sabe, se han establecido unas pautas para racionalizar Cruces y Galdácano, y hasta este momento no se ha hecho ningún tipo de afirmación sobre qué le parecen al Ministerio y, sobre todo, al señor Ministro, estas pautas para racionalizar lo que es Cruces y lo que es Galdácano. Lo mismo proponemos en cuanto a las residencias de Zumárraga y Aránzazu.

Esto, más o menos, es lo que pregunto al señor Ministro, y espero su contestación lo más concisa posible. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Gorroño.

El señor Ministro de Sanidad, a quien damos la bienvenida en la Comisión, tiene la palabra para responder.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluís Martín): Señor Presidente, señoras y señores Diputados, voy a intentar contestar a la Diputada Ana Gorroño con la máxima precisión posible, puesto que de las preguntas que hace arrancan diversos extremos muy concretos.

La primera pregunta es si conozco el número de personas que trabajan en Galdácano. Son 57 personas. Hay nueve personas de plantilla, tres técnicos de gestión, un economista, un sociólogo, un abogado, ocho personas en comisión de servicios, de las cuales cuatro son médicos y uno farmacéutico, y el resto, hasta 37, es personal eventual, respecto de lo que quiero destacar el hecho de que

hay un número elevado de personas relacionadas con la lavandería por la razón de que las tareas de lavandería de Cruces ya se están haciendo en este hospital. Por tanto, la contestación a la primera pregunta es que son 57 personas. Estas 57 personas se han ido incorporando a partir de un plan que se hizo en junio del año 1983.

La segunda pregunta es con qué criterios han sido seleccionados y con qué Presupuesto se les está pagando las nóminas. Con respecto a los criterios, no hay nada desconocido. Se ha hecho de acuerdo con las siguientes normas: Orden ministerial del 5 de julio de 1961, que es el Estatuto Jurídico del Personal no Sanitario; circulares de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, del 30 de septiembre de 1982 y de 1 de marzo de 1982 y, supletoriamente, el Estatuto de los Trabajadores y Real Decreto de 17 de octubre de 1980, que desarrolla el Estatuto de Contratación Temporal. ¿Cómo se paga? Se paga con el Presupuesto asignado para 1984 al hospital de Galdácano. Para ver su localización, es el código 902-15, que es el del centro, y con los epígrafes del 1.121 al 1.152 y del 1.251 al 1.259; el 1.710, el 1.810 y el 1.910, según el tipo de personal a que se refieran.

No quiero dejar de señalar que usted hace estas preguntas por alguna razón. Una de ellas es que ha habido tensiones sobre cómo se nombraban estas personas, debido a que en el Ayuntamiento de Galdácano hubo un Pleno en el que se pedía algo que yo creo que no está dentro de la Ley, que no vamos a tener en cuenta, y es que el 30 ó 35 por ciento de las personas contratadas fueran de la propia población, cosa que, desde un punto de vista laboral general, en este tipo de plazas no se puede hacer pese a que, evidentemente, hay personas de las contratadas que son de la misma población. Esto se dijo en el mes de febrero, pero después este tema se ha pacificado con el Ayuntamiento y yo mismo he hablado con el Alcalde en una situación de absoluta y total normalidad.

La tercera pregunta es sobre si estos trabajadores van a ocupar las plazas correspondientes a la convocatoria del 10 de noviembre de 1983. Evidentemente, se hizo la convocatoria el día 10 de noviembre de 1983; salió en todos los periódicos vascos, por tanto, es algo conocido, así como también que no sólo había plazas para Galdácano, sino para algunos otros hospitales. Por tanto, era un total de 296 plazas y se presentaron —por eso salió mucho en la Prensa— 45.472 solicitudes, por lo que los exámenes —tal como usted ha indicado— se han tenido que ir prolongando.

Se pregunta si los que estaban trabajando allí tenían algún trato de favor. Sí, es lo que está legislado. Lo que está legislado es que los que se presentan van a tener una peculiaridad, y es que van a tener un incremento de 0,35 puntos por cada mes completo de servicios prestados como contratados hasta la fecha en que terminó el plazo de presentación de instancias. Dado que el contrato más antiguo tenía vigencia desde el 8 de agosto de 1983, han acumulado muy pocos puntos y, por tanto, hay una plaza de Director General que tiene 1,05 puntos, que, realmente, es muy poco. Comparemos con la antigüedad con que se presentan los contratados normalmente en este tipo de

convocatorias, en cuyas plazas suelen llevar años y, por tanto, la diferencia es mayor.

Evidentemente, nosotros no vamos a hacer lo que hizo el Gobierno vasco, que pidió al Gobierno de España que los contratos de un año fueran prolongados con una duración indefinida, por lo que nosotros no vamos a adoptar una postura como ésta, sino que vamos a hacer algo mucho más «descriptible».

Se pregunta cómo se van a cubrir las plazas de médico del hospital. Se van a cubrir de acuerdo con el Estatuto Jurídico para Personal Médico de la Seguridad Social, modificado por Real Decreto de 2 de octubre de 1981. Cuando he dicho algo sobre cómo se nombra al personal, nunca he citado fechas posteriores al 28 de octubre del año 1982; siempre son anteriores y en este caso también. Ello ¿qué supone? Que los facultativos que hay —creo que se pregunta sobre todo por los facultativos— tienen plaza en Cruces y están ahora en Galdácano en comisión de servicios. Son cuatro médicos, un farmacéutico, un jefe de equipo administrativo, un ATS y un celador, que están en comisión de servicios y, por tanto, cuando las plazas se concedan en propiedad entrarán en todas las normas.

Con respecto a la quinta pregunta, tengo que volver a reiterar lo siguiente: es legislación anterior. Se pregunta sobre qué control sindical habrá. El que dispone la regulación de 22 de febrero de 1980 sobre elección general del Insalud. (Aprovecho para decir al Presidente de la Comisión que en castellano se dice «insalud» y no «insálud»; el Presidente de la Academia de la Lengua Española, que es un conocido y reputado médico, me ha dirigido hace ya algunas fechas una carta, indicándome que las personas públicas tendrían que hacer un esfuerzo por decir «insalud» como decrepitud o salud, y no «insálud», por lo que aprovecho para comunicarles a todos ustedes la opinión de la Academia de la Lengua Española.)

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro. Se tendrá en cuenta en lo sucesivo.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluçh Martín): Dice esta resolución del Insalud que tiene que haber un representante de los miembros en el comité de empresa. Aquí tampoco querría soslayar la explicación. ¿Por qué se discute cuando hay un representante? Porque hay una disputa entre los «solidarios» y los «ugetistas»; es decir, hubo una primera votación en la cual ganaron los «solidarios» —como se llamaban en la época de la clandestinidad a los de ELA-STV—; en una segunda votación fue impugnada esta decisión y ganó un «ugetista», un hombre de la Unión General de Trabajadores; después hubo una nueva elección ante Notario en la cual no hubo posibilidad de acuerdo, y ahora esta resolución no está en nuestras manos, sino en las de la Delegación de Trabajo, que tiene que convocar una nueva elección, que se intentará hacer en las mejores condiciones, y sea «solidario», «ugetista», de «Comisiones», de otro sindicato o independiente, la persona que

salga elegida lo será con todas las garantías, y se va a cuidar de ello la Delegación de Trabajo.

En la pregunta cuarta hay una parte que no he contestado referente a si a los médicos que están en comisión de servicios se les ha concedido la plaza en propiedad. Evidentemente, no.

Criterios de acceso del personal al hospital de Zumárraga. La contratación de personal se ha hecho igual que en Galdácano y, por tanto, de conformidad con la legislación vigente y, específicamente, con la Circular 9/1982 de la Dirección General del Insalud, de 30 de septiembre.

¿Qué criterios se han empleado y cuál ha sido el motivo de acceso de los técnicos de gestión en los hospitales de la Seguridad Social a nivel de Estado y, en concreto, en el hospital de Galdácano? En este caso tengo que decir, en primer lugar, que los técnicos de gestión del hospital que nos ocupa son tres: un economista, un denominado sociólogo y un abogado. Se ha hecho con los criterios normales que se siguen en todos los otros hospitales del Estado, que son: primero, situación laboral; segundo, experiencia en Administración sanitaria; tercero, historial académico y profesional; cuarto, servicios prestados en la Seguridad Social o fuera de la misma; quinto, otras actividades relacionadas con la vida académica, profesional y científica de los solicitantes, y, sexto, entrevista personal. En este caso, estos criterios se sentaron por la actual Administración el 14 de noviembre de 1983, por parte de la Subdirección General de Personal del Insalud.

¿Qué opinión me merece el estudio de planificación del Departamento sanitario del Gobierno vasco en relación con Cruces y Galdácano? En principio, debo decir que éste es un informe presentado el 10 de noviembre de 1983, que es el resultado —si lo he interpretado bien— de un estudio hecho por una empresa que se llama ETPH, que se desarrolló en los años 81-82, que se parece mucho a la posición del Gobierno vasco y que el Director de Cruces participó en la confección de este estudio en los años 81-82. Es un estudio que, a nuestro entender, tiene interés, pero ya que me pregunta mi opinión personal, me parece que tiene un defecto que hay que corregir (llevo años dedicándome a planificación sanitaria y, por tanto, creo que sé algo de esto) y es que no se considera el Hospital de Basurto, y si uno mira la carga asistencial de este hospital, puede ver que el 20 por ciento proviene, precisamente, de la zona de Galdácano, por tanto, habría que tomar en consideración a Basurto. Esto no va a cambiar las conclusiones, sino, simplemente, las va a matizar. Me parece un estudio correcto; hay puntos de acuerdo entre el Gobierno vasco y el Gobierno de España; este hospital tiene que ser comarcal, no tiene que superar las 500 camas y hay que coordinarlo con Cruces. Estamos de acuerdo con lo que dijo el antiguo Viceconsejero —me parece que ahora no lo es, S. S. me corregirá—, el señor Gorricho, que afirmaba que entre Cruces y el Hospital de Galdácano tiene que haber un traslado fluido de personal.

Creo que con mejor o peor acierto he contestado a las preguntas que se me han hecho.

En lo que respecta al punto octavo, querría concretarle cuál ha sido mi posición. Yo creo que hay que atender a todas posiciones del Gobierno vasco, no por una razón de buena voluntad, que también existe, sino porque, a mi entender, habiendo hecho ya todas las transferencias a la Comunidad Autónoma vasca de todo lo que se puede entender como sanidad en términos clásicos, es lógico y obligado que antes de tomar decisiones como éstas se oigan las posiciones que piensa adoptar el Gobierno vasco, primero por el estado actual de la Ley —y hay que acatar la Ley— y, segundo, porque es sabida la voluntad de este Ministerio de traspasar el Insalud a la Comunidad Autónoma vasca, es lúcida y clara, y lamento, una vez más, que esta transferencia no se haya podido realizar el uno de enero pasado. Por tanto, es mi voluntad intentar llegar en todo a acuerdos con el Gobierno vasco y, como sabe muy bien la Diputada, con la Consejería de Sanidad pasada hubo siempre unas relaciones muy fluidas, como decía este Viceconsejero, señor Gorricho, y vamos a mantener la misma línea.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Ministro.

La señora Gorroño tiene la palabra durante cinco minutos para replicar o pedir ampliaciones a las explicaciones dadas por el señor Ministro.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente. Voy a ir por partes, ya que el excelentísimo señor Ministro me ha contestado muy concisa y escuetamente.

A la primera pregunta, si sabe cuántas personas trabajan, me ha contestado que trabajan 57 personas y se ha referido a los Decretos por los que dichas personas están ocupando estas plazas. Querría decir simplemente que tenían un contrato eventual de nueve meses, sin meterme en nada más, y que ese plazo ya ha finalizado. Querría dejar esto claro, porque yo misma he llevado un control exhaustivo en ese aspecto. Se están contratando a través del INEM, como bien ha dicho el señor Ministro con otras palabras. Yo le querría dejar patente al señor Ministro que una de estas personas continúa con el contrato eventual de nueve meses y ha sido nuevamente recontratada. Sería cuestión de revisar este tema, porque resulta bastante escandaloso, máxime cuando se ostenta un cargo político, y me imagino que el señor Ministro, por mediación personal, podría corregir estas irregularidades. Es un hecho que está ahí y que yo dejo en manos del señor Ministro. En lo demás, en lo del contrato eventual y en lo del INEM, estoy absolutamente de acuerdo, pero ese hecho está ahí. No voy a decir nombres, es cuestión de que mire la plantilla del Insalud de Vizcaya.

Siento decir que no estoy completamente de acuerdo con las afirmaciones que ha hecho el señor Ministro sobre el Alcalde y los problemas que ha habido con Galdácano. La falta de acuerdo con el Alcalde fue en relación con un suministro de aguas. El Insalud de Galdácano llamó al Gobernador Civil sin llamar al Alcalde y es cuestión de preguntarse a quién hay que llamar primero, porque no hay ni licencia municipal para la apertura del

hospital ni permiso de industria, ni permiso de la Administración sanitaria correspondiente. Es otro el problema, tampoco vamos a decir que sea cuestión del Alcalde. Creo que el problema del Alcalde no tiene nada que ver en este aspecto.

Sobre la puntuación, 0,35 en los servicios prestados, no tengo nada que decir, simplemente que mis votantes se darán por enterados del hecho.

En cuanto a la comisión de servicios, usted me contestaba que los médicos que están en el hospital de Galdácano actualmente están en comisión de servicios. Completamente de acuerdo. Pero mi pregunta era si esta comisión de servicios se va a mantener perenne o si se va a convocar, y cuándo y cómo se va a hacer ese concurso a plazas en propiedad de estos médicos.

Le ruego al señor Presidente un poco de paciencia, porque estoy ordenando las preguntas.

En cuanto al comité de empresa, que tendría que estar presente, comentaba el señor Ministro que ya no está en manos del Ministerio de Sanidad el hecho de que esté un sindicato u otro, sino que está en manos del Ministerio de Trabajo. A mí me gustaría constatar —y es un hecho que debería estar ya bastante claro para un control sindical o no— que ante estas 45.000 solicitudes para cubrir estas plazas de servicios de personal no sanitario, el examen se realizó ayer.

A la pregunta número 7, qué criterios se han empleado y el modo de acceso de estos técnicos de gestión, yo le afirmaba que estos contratos de técnicos de gestión no se han dado sólo en el hospital de Galdácano, sino a nivel de todo el Estado y usted me ha dicho cuáles han sido los criterios de personal que se han establecido para estos técnicos de gestión. Pero yo le quería preguntar si va a haber una oposición, si estos contratos ya están fijos o si van a salir a concurso público, ya que, como usted ha dicho, no han salido todavía a concurso público, sino que han sido contratados por los criterios que usted ha mencionado.

Sobre lo de Zumárraga, usted me comenta que es igual que lo de Galdácano y no voy a entrar en ello, pero me gustaría dejar patente que aquello sigue parado y, dadas las expectativas de la zona del Goierri (el problema sanitario usted sabe que es muy grave en la zona), nos gustaría saber qué va a pasar con la presunta inauguración de urgencias, laboratorios y radiología, y digo presunta porque aquello sigue cerrado.

Sobre la última pregunta, me decía usted que la planificación del Departamento de Sanidad estaba realizada por una empresa. Puede estar realizada por una empresa o puede ser que el Gobierno contrate a cualquier empresa para que haga un estudio sobre cualquier cosa. Qué mejor que tener varios criterios, pero el Gobierno vasco ha asumido una planificación. Da igual quién lo haga, lo importante es que se asuma. Ante esta asunción, me ha parecido entender que a usted le preocupaba que Basurto no estuviera en esta planificación, y luego ha dicho que esta coordinación y racionalización de los hospitales del Insalud significaba fluidez de camas. Esto supondría que una residencia que tuviera 1.500 camas, lo que re-

presenta un gasto inasumible, tendría que rebajarlas a 1.000, y que Galdácano asumiera 500 camas, atendiendo a criterios de racionalización.

En el último momento me ha parecido entender que usted estaba de acuerdo con esta planificación. Me gustaría que me concretara más por la importancia que tiene que el Departamento de Sanidad haya hecho esta planificación y que esté de acuerdo con ella. Desearía conocer que vías se van a seguir y cuál es la postura del Departamento sobre ello.

Finalmente, voy a hacer un breve comentario sobre una afirmación del señor Ministro en la que se refería a la transferencia del Insalud. Tengo un recorte de Prensa y de su lectura se puede concluir que tenemos miedo a la transferencia sanitaria. En la opinión del señor Ministro, hay que tener mucha cultura de gobierno para asumir una transferencia del Insalud. Estas afirmaciones que ha hecho el señor Ministro en un momento que todos sabemos cuál pudo ser me parecen un poco extrañas, sabiendo cuál es la negociación que, como usted afirmaba, ha habido entre el Gobierno vasco y el Gobierno central y su fluidez.

Me gustaría hacer referencia a otro punto del que he hablado con usted en alguna otra Comisión. Me refiero a nuestra postura respecto a este convenio de Seguridad Social. Nosotros queremos asumirlo. Estamos hablando de convenio de Seguridad Social, no de la transferencia puntual del Insalud. Por supuesto, pensamos que dicho convenio hay que hacerlo en términos de solidaridad y no pensando nunca en una discriminación de cualquier español o de todos los españoles. Consideramos que dicho convenio hay que hacerlo en términos de solidaridad y teniendo en cuenta siempre lo que señalan el Estatuto de Guernica y la Constitución.

Gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señora Gorroño. El señor Ministro tiene la palabra.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluçh Martín): Puestos a hablar del Ayuntamiento, hablemos de todo. Puedo hablar con conocimiento de causa, porque he tenido contactos con el Alcalde, con los Concejales, tanto con los de Euskadiko Eskerra como con los del PNV, los del PSE-PSOE, etcétera. Si hablamos del Ayuntamiento he de decirle que tampoco usted tiene información de los problemas con los que nos hemos encontrado. En primer lugar, existe un problema de aguas que considero que es general. Yo pienso que no depende del Insalud. En repetidas ocasiones hemos instado al Ministerio de Obras Públicas y al Ayuntamiento para que resuelvan este problema. El Insalud puede tener muchas responsabilidades, pero no en este punto concreto. Lo que sí le puedo señalar es que lamentamos que se solucione con tanta lentitud.

Hay un segundo problema respecto al cual yo no digo que tenga toda la culpa el Ayuntamiento, pero sí le incumbe. Se trata de los accesos directos al hospital, tema al que usted no ha hecho referencia y, después, entrando

ya en un diseño muy concreto, la comunicación con dos caseríos, el de «Kiskibil» y el de «La peña la Mena». El Ayuntamiento ha ido solventando lentamente este problema.

Respecto a que el Ayuntamiento pidió que se premiara a las personas que vivieran en la propia población cuando hicimos concursos, yo no tengo dudas, preo si usted quiere puedo hacer referencia a algunos periódicos como el diario «Eguin», de 5 de octubre, en cuyo número se señala que el Ayuntamiento de Galdácano se queja también de que Insalud no haya tenido en cuenta su solicitud para que un porcentaje del 30 al 35 por ciento de las plazas, a indicar cuáles, fueran adjudicadas a vecinos del municipio. «La Gaceta del Norte» del mismo día dice: «Sin tener en cuenta tampoco la solicitud del Ayuntamiento de que un porcentaje aproximado al 30 o al 35 por ciento de las plazas, a indicar cuáles, se adjudicaran a vecinos del municipio». También podría citar el diario «Deia». Como ustedes pueden comprobar, la opinión que he dado en esta Comisión es la misma que la manifestada por dos periódicos a los que se les atribuye ideologías muy distintas. Estos dos periódicos señalan la misma afirmación, lo cual quiere decir que dos periodistas recogieron una información del propio Ayuntamiento y la reprodujeron. Sería extraño que ambos periódicos coincidieran si la información no fuera exacta, aparte de que sé que el Ayuntamiento en ningún momento lo planteó, y yo he hablado con el Alcalde. Asimismo tengo que decir que en este sentido no se ha planteado ningún tipo de tensión.

Puestos a tratar en profundidad esta cuestión, existe un cuarto problema con el Ayuntamiento. Se trata de que este tema abarca a Zumárraga, debido a que en aquellos meses en el País Vasco no se actuó con la tranquilidad con la que ahora podemos actuar. ¿Por qué? Porque las inundaciones estaban muy recientes y, como sabe usted, enviamos a la residencia parte del personal que he señalado para solventar las dificultades que se habían producido como consecuencia de dichas inundaciones. En algunos casos nos hemos granjeado el agradecimiento de sus votantes y de nuestros votantes por intentar solventar esta situación lo más rápido posible. Hace meses que la rehabilitación se hace con toda normalidad. Actuando con prontitud se da salida a un problema de interés social, pero a veces no se hace con el sosiego necesario.

Con respecto a la impresión que he podido dar con alguna aseveración mía, he de afirmar que no lo he dicho con un mal tono. Me parece muy bien que el Gobierno vasco lo encargue. Lo que he puesto de relieve es que, a mi entender, el hecho de que no se haya tratado el tema de Basurto puede estar influido por el hecho de que ninguna de las personas que hicieron el estudio era de Basurto y a lo mejor descuidaron el problema. Ya he dicho que, aunque no es un problema fundamental, un 20 por ciento de la carga asistencial de Basurto viene de Galdácano y su comarca; no obstante, este porcentaje no es el decisivo. Es mucho más importante el peso de Cruces. Creo, ya lo he dicho, que esta cuestión tiene que ser con-

templada en el estudio. Aun cuando fuera este 20 por ciento, también he dicho que, respecto al resto, estoy básicamente de acuerdo; básicamente quiere decir con nueve meses.

La pregunta respecto a los técnicos de gestión me parece oportuna y, además, tengo que decir a su señoría que tendría que haberle dado la respuesta no ahora, sino la primera vez. ¿Qué se va a hacer con estos técnicos de gestión que ahora están contratados? En principio, voy a hacer una aclaración para aquellos miembros de la Comisión que no se han apercibido de este problema. Una de las muchas cosas que no funcionan debidamente en nuestros hospitales en general se ha debido a que han faltado técnicos de gestión. Hemos hecho un esfuerzo el otoño pasado, tanto es así que es el único punto respecto al que contratamos el personal con nuestras determinaciones, por el hecho de que antes era un campo que no se había tratado. En consecuencia, he de señalar a sus señorías que estamos trabajando respecto a este punto de una manera continuada. Esto está relacionado con uno de los hechos al que en estos días se hace referencia en los periódicos, y ustedes me entenderán. Se trata de que los auxiliares administrativos del Insalud piden que haya una argumentación sobre cuál es el futuro de su carrera, tanto los que son funcionarios como los que no lo son. Esta situación ha motivado una larga negociación, que hicimos en el mes de septiembre. Ha sido muy prolongada, porque cuando se quiere hacer una remodelación de un colectivo de 12.000 personas, que son las que existen actualmente, aparte de que dicho número se incrementará, siempre se encuentran intereses y derechos adquiridos muy complicados. El viernes pasado llegamos a un acuerdo. Ayer se perfiló, y ya he firmado la Orden ministerial que va a dar un asentamiento a esta cuestión. Esta Orden ministerial va a ser la base que va a servir para convocar concursos oposiciones normales para los técnicos de gestión, en el futuro. Aprovecho para responder a la pregunta que me hacía el Diputado señor Puig, para decirle que en catalán también hay que decir «Insalud» y no «Insálud», por el mismo criterio que en castellano.

Respecto a la expresión «cultura de gobierno», encuentro que es una buena frase, está bien; pero no la aplicaba al Gobierno vasco, sino en general. Creo que el Insalud exige una cultura de gobierno muy amplia, porque es un organismo muy difícil de absorber, razón por la que nosotros, mayoritariamente, hemos sustituido a pocos cargos en el Insalud, porque hay que tener una enorme experiencia para llevar a cabo un cambio. Estoy de acuerdo en que esta transferencia asusta. Esta afirmación la hice en el período electoral y la volvería a hacer ahora. Esta es una transferencia que asusta no solamente a quien la recibe, sino incluso a quien la traspassa. Si usted habla con los consejeros catalanes y andaluces, a los que ya se les ha hecho dicha transferencia, le confirmarían lo que le estoy diciendo. Asimismo, quien la transfiere tiene una sensación de alivio en el momento de efectuar la transferencia. Por eso le digo que me hago cargo que el que la recibe tiene que estar asustado, por el mismo alivio que

uno tiene al darla y, por tanto, esto exige cultura de gobierno.

El Gobierno vasco —a diferencia de Cataluña y Andalucía, como ya he hecho constar en otras declaraciones— ha hecho más cosas por recibir el Insalud como, por ejemplo, el «Euskadidetxa» (intento pronunciarlo bien), que a mí me parece que es una buena Ley que, como la señora Diputada conoce, fue apoyada por los votos socialistas, en la que yo tuve alguna participación personal, con motivo de algunos viajes al País Vasco, con el fin de facilitar las relaciones entre el Partido Nacionalista Vasco y el Partido Socialista en Euskadi, y me pareció positivo que mis compañeros de allí votaran afirmativamente esta Ley. También habría alegrado que en Andalucía y Cataluña se hubiera hecho una Ley igual antes; lo he dicho allí y se han enfadado. Asimismo, me parece positiva la idea de que el Gobierno vasco haya hecho el mapa sanitario, que ni en Andalucía ni en Cataluña existe, porque desde el Gobierno Tarradellas hasta ahora se ha avanzado muy poco, y repito estas declaraciones a pesar de que, cuando las hice en otras ocasiones, sé que no gustaron. En resumen, creo que esta clase de hechos son los que importan para la formación de una cultura de gobierno. Pero, aun así, le aseguro que en el momento que el Consejero vasco firme, tendrá un poco de temor.

Respecto al caso de Zumárraga, voy a hacer lo posible para que no continúe cerrado, aunque usted no haya querido decir su nombre, y lo lamento, porque, al igual que sé cincuenta y siete casos de memoria, quizá se lo hubiera podido aclarar. No obstante, voy a enterarme, porque me preocupa que exista algún tipo de irregularidad. *(La señora Gorroño pide la palabra.)*

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro.

Señora Gorroño, no puedo darle la palabra, porque hemos terminado los turnos de la pregunta.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, AL AMPARO DEL ARTICULO 44 DEL REGLAMENTO Y DE CONFORMIDAD CON LAS SOLICITUDES DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR.

El señor PRESIDENTE: Pasamos al segundo punto del orden del día: comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo, solicitada por el Grupo Parlamentario Popular, para que informe sobre la política del Gobierno en cuanto a transferencias del Insalud a la Comunidad Autónoma de Canarias y la situación de la sanidad exterior en puertos y aeropuertos canarios. Vamos a seguir la tramitación que prevé el artículo 203 del Reglamento. En primer lugar, intervendrá el señor Ministro, durante media hora aproximadamente y, a continuación, los Grupos Parlamentarios tendrán un turno de diez minutos para hacer las observaciones que estimen pertinentes. Eventualmente, abriríamos un turno extraordinario de

preguntas, por si algún señor Diputado quisiera añadir alguna puntualización.

Tiene la palabra el señor Ministro para responder a esta interpelación del Grupo Popular.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): He de decir con toda sinceridad, en primer lugar, que estas dos preguntas me parecen de entidad suficiente como para pedir una comparecencia. Si no lo creyera así, también lo diría.

La contestación a cuál es la situación de las transferencias del Insalud a la Comunidad Autónoma de Canarias, es voluntad política. ¿Y cuál es la definición de una voluntad política? Intentar hacer, en un plazo razonable, las transferencias a las cuatro Comunidades, al amparo del artículo 151 (ya se han hecho a Cataluña y Andalucía; faltan el País Vasco y Galicia), y también a las dos asimiladas al artículo 151, que son Valencia y Canarias, que, a través de estas dos Leyes de nombre estéticamente horroroso, llamadas «Lo traca» y «Lo traba», están en el campo sanitario, según la interpretación del Ministerio, en el mismo nivel del artículo 151. Por tanto, la voluntad del Gobierno, expresada por mí, es intentar hacer, en los plazos correctos, dentro de esta legislatura, las transferencias a estas cuatro Comunidades Autónomas que faltan, de las seis que había que realizar.

Como saben ustedes, en el País Vasco —al margen del intercambio de opiniones con la señora Gorroño, y espero llegar a una coincidencia de puntos de vista algún día— se ha avanzado bastante, gracias a las negociaciones habidas entre el Presidente González y el Presidente Garaicoechea, con los que hemos dado pasos realistas hacia delante, y en cambio, con Galicia, la Comunidad Autónoma Valenciana (como siempre digo País Valenciano me cuesta un poco pronunciar Comunidad Autónoma Valenciana, aunque, como mi respeto por la legislación es absoluto y total y, por tanto, siempre intento decir Comunidad Autónoma Valenciana) y la Comunidad Autónoma de Canarias, no se está todavía a niveles políticos en los que se haya podido avanzar, como en el caso del País Vasco. Esta es la situación de voluntad política demostrada en cuanto al artículo 151 y las dos Comunidades Autónomas asimiladas.

En segundo lugar, paso a informar sobre el proceso de Canarias en concreto. La Junta de Canarias pidió, el 25 de octubre de 1982, el traspaso del Insalud; el 29 de octubre, día siguiente a las elecciones, se le comunicó la disponibilidad del Ministerio a tal propósito, y, desde entonces, el Ministerio ha hecho todo lo posible para llevarlo a efecto, a pesar de que hay que reconocer que es en Canarias donde la sanidad pública está en peores condiciones y donde más esfuerzo hay que hacer para solucionar este problema. No obstante, por ejemplo, en Lanzarote ya hemos tomado alguna decisión para resolver estas dificultades. De todas formas, todo lo que es documentación básica para la iniciación de lo que llamamos proceso de transferencias está en marcha, y ya tenemos preparadas y actualizadas al 31 de marzo de 1984 las listas de centros y establecimientos sanitarios, centros en

fase de construcción, centros adscritos a funciones administrativas, y obligaciones derivadas de los conciertos vigentes con distintas entidades. Tenemos también el resumen numérico del personal existente al 31 de diciembre de 1983 que, como saben todos ustedes, en especial los Diputados andaluces aquí presentes, es lo que mayores dificultades comporta, por el tiempo que se necesita para compulsar estas listas y que, incluso, como en el caso de Andalucía, al final, se realiza una lista, pero pendiente de rectificaciones posteriores, dada la complejidad de esta Institución.

La parte del régimen económico-financiero es responsabilidad del Ministerio de Trabajo, pero la Dirección General de Régimen Económico y Social ha mostrado su buena disposición entregándonos el resumen del Presupuesto del año 1983 con mucho detalle para lograr este objetivo.

Así pues, tenemos, en primer lugar, voluntad política de hacer el traspaso y, en segundo lugar, se va correspondiendo a la solicitud, realizando por nuestra parte los trámites oportunos, pero es necesario que entre el Gobierno de la nación y el Gobierno canario se acuerde todo lo pertinente para llevar a cabo esta transferencia.

Finalmente, quisiera dejar constancia de que por parte del Gobierno de la nación existe la voluntad de confeccionar un documento específico, tanto para la Comunidad Autónoma de Canarias como para otras Comunidades Autónomas, y también para el Gobierno vasco, por lo que yo le pediría a la señora Gorroño prestara un poco de atención, ya que le puede interesar lo que voy a decir, y no fuera molestada por mi compañero. *(Risas.)* Se trata de un juicio de valor. El mes pasado, representantes del Insalud tuvieron unas conversaciones con representantes de las Comunidades Autónomas de Valencia y de Canarias, y si quisieran las tendrían también con la del País Vasco, sobre el tema por el que usted me preguntaba de establecer unos mecanismos estables de relación, mecanismo que mientras no haya transferido el Insalud no se pueden hacer. En el caso vasco ha habido contactos con la Diputación de Alava, donde su primer Diputado, Juan María Ollora y yo, hemos firmado un acuerdo para mantener reuniones continuadamente, y en Canarias es algo que está a punto de hacerse. Pero insisto en que mientras en el Insalud no haya unos mecanismos de diálogo permanente y no ocasionales, como ahora, no se puede hacer nada más. Esto también lo tenemos previsto con Valencia y con Asturias de una manera inminente.

Por tanto, así es como está en estos momentos la transferencia a Canarias, y no puedo añadir nada más.

La segunda pregunta es la situación de la sanidad exterior en puertos y aeropuertos de Canarias; es decir, la sanidad exterior en Canarias. Creo que esta pregunta está bien motivada por diversas razones. En primer lugar porque en España tenemos algunos problemas. Ayer en el Ministerio, en un acto semipúblico, expuse cuáles van a ser las líneas de reestructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo que ya tenemos acabadas, y al anunciar dicha reestructuración yo decía que hay que hacerla por una simple razón, porque en algunos Ministerios, y el

mío es un ejemplo, desde el año 1978, en que queda aprobada la Constitución, hasta ahora, no se ha adecuado su organización a las competencias exclusivas del Estado que marca la Constitución.

Con frecuencia —y contraste esto con una opinión— se dice que hay que reestructurar los Ministerios porque se han hecho transferencias a las Comunidades Autónomas. Es cierto, pero no es el único criterio. Otro sería, desde el punto de vista del Estado, de los que tenemos responsabilidades en la Administración central, un criterio abandonista y, a mi entender, equivocado. Creo que hay que reestructurar porque había unas exigencias de las Comunidades Autónomas, pero hay que hacerlo también porque la Constitución da unos mandatos que hasta ahora no han tenido, en muchos casos, como por ejemplo en mi Ministerio, su traslación política concreta. Por ejemplo, cuando el artículo 149.1.16 de la Constitución dice que es competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior, hay que pensar, en primer lugar, que en nuestro Ministerio no hay un organismo que directamente tenga la responsabilidad concreta de una atribución a la que la Constitución le da tanta importancia que la numera específicamente. Puede haber aquí algún sanitario —yo lo conozco— que de buena fe diga que a lo mejor esto no tenía que estar en la Constitución con este subrayado, pero cuando una cosa existe, existe, y, por tanto, hay que adecuarlo. Por eso vamos a hacer una adecuación para que la sanidad exterior tenga algo que ahora —tengo que decirlo con toda claridad— no posee: unas organizaciones orgánicas en el Ministerio, unas organizaciones claras que asuman un mandato, ni más ni menos, de la Constitución española.

Este es el primer punto importante para contestar esta pregunta, porque mientras no tengamos esta organización habrá que decir que no poseemos un instrumento idóneo, no sólo en Canarias, sino que generalizo el problema, y aprovecho la ocasión que me da el Grupo Popular para decirlo. Tenemos que adecuar el sistema y tiene que haber un responsable de sanidad exterior en el Ministerio, con todo lo que ello significa.

En segundo lugar, la legislación que ahora tenemos es muy anticuada, como en general toda la legislación sanitaria que figura en muchos campos; es un Decreto del año 1934 —y no busco ningún significado político, porque no me acuerdo de qué mes del año 1934—, es un Decreto anticuado, repito, que hay que rehacer urgentemente. Por eso es voluntad mía y del Departamento muy a corto plazo sustituir esta legislación anticuada por un Decreto nuevo.

Por tanto, tenemos, en la sanidad exterior, el problema previo del Estado como Estado, sin buscar la excusa de las transferencias a las Comunidades Autónomas, etcétera. Lo que sí es cierto es que hay otro problema enlazado, evidentemente, con éste, porque si no se plantea el primero, el segundo queda confuso. Al no haber un tratamiento ni orgánico ni legislativo suficiente en el tema de la sanidad exterior, resultaba que esta sanidad exterior se hacía con poco personal y a tiempo parcial, es decir, con personal que estaba dedicado a otras tareas y que,

parcialmente, hacía trabajos de sanidad exterior. ¿Qué es lo que ha sucedido? Que en el momento de transferir a las Comunidades Autónomas se ha transferido en función de las tareas que se hacían, no de las tareas que se debieran hacer. Y en España la sanidad exterior ha sido uno de los aspectos de la sanidad peor cuidados o más descuidados. Por tanto, en el momento de las transferencias, como no se podía discutir sobre ideales con las Comunidades Autónomas, porque no hubiera sido justo, hemos discutido de realidades y hemos transferido el personal de acuerdo, repito, con las tareas que hacía, no con las que debieran hacer, porque el argumento de decir que ese señor se tenía que haber dedicado más a la sanidad exterior no es válido por parte de las Comunidades Autónomas, que con bastante razón, creo, decían: «Ustedes, con la excusa de las transferencias, van a obligar a un personal a hacer un trabajo que antes tenían que hacer, pero no hacían, y que el Estado se acuerda de que lo tienen que hacer porque hay transferencias, ya que, si no, el problema no se hubiera planteado». ¿A qué situación nos ha llevado esto? A que la sanidad exterior se ha quedado con un personal escaso, a pesar de la importancia que tiene esta sanidad exterior y a pesar, además, de que no sólo tiene importancia sanitaria, sino que, insisto, tiene una importancia constitucional.

¿Cuál es nuestra situación de sanidad exterior en general? Me perdonarán ustedes que me extienda tanto, pero todo lo que digo es útil y eficaz para Canarias, porque si en un sitio la sanidad exterior es importante es, evidentemente, en Canarias, mucho más que, por ejemplo, en las islas Baleares. Por tanto, todo lo que digo es relevante específicamente para Canarias.

Nos hemos encontrado con poco personal no solamente en Canarias, sino que recientemente estuve en Algeciras y existe el mismo problema. Nos hemos encontrado con que buena parte del personal que sabe hacer esas tareas en estos momentos está transferido a las Comunidades Autónomas. Por ello, hoy por hoy, el analizar bien o el intentar hacer lo mejor posible las tareas de sanidad exterior, quiere decir llegar a buenos acuerdos basados en la buena fe con las Comunidades Autónomas. En consecuencia, según la voluntad de colaboración de estas Comunidades Autónomas, se puede cubrir mejor la sanidad exterior en estos momentos, y si hay menos buena colaboración, como no hay medios suficientes, se cubre de una manera más insuficiente.

Estos argumentos exigen que hagamos un Decreto y, además, pienso otras dos cosas para explicar exactamente cuál es en su totalidad mi punto de vista sobre este tema. Primero, una vez aprobado este Decreto por el Gobierno y rubricado por el Rey, con una base jurídica que ahora no tenemos, habrá que reestructurar, ampliando los servicios de sanidad exterior, porque hoy día no tenemos el personal suficiente. Pero, además, tenemos que hacer, en todo caso, tareas y acuerdos de colaboración entre Comunidades Autónomas y sanidad exterior. ¿Por qué? Porque si ahora examinamos el problema con mayor detalle veremos que hay algunos problemas de sanidad exterior, como es el de las vacunaciones, en el

que no es lógico sanitariamente que nosotros organicemos como Estado, con independencia de lo que pudiéramos denominar sanidad interior, ya que va a ser una duplicación de costos y de gastos de todo tipo, y, por tanto, una parte, no toda, de los puntos que existen en este Decreto no la tenemos que hacer de acuerdo con lo que antes hemos expresado de fortalecer nuestro servicio de sanidad exterior, sino que hay que hacerla mediante acuerdos de cooperación con las Comunidades Autónomas.

Hemos tenido ya reuniones con todos los Consejeros de Sanidad para decirles que vamos a intentar, por la vía de la cooperación o de la delegación (posiblemente, por la vía de la cooperación), llegar a acuerdos con las Comunidades Autónomas, para que algunos servicios de sanidad exterior pasen a éstas aun cuando la titularidad, la competencia, continúe en manos del Estado. Por tanto, esto es un introito al problema, pero, evidentemente, está relacionado con lo demás, y aprovecho la ocasión para decirlo.

Vamos ahora al problema de Canarias. Este tema tiene diversas vicisitudes y algunos elementos coyunturales recientes que han llevado a la palestra el problema y que no quiero esconder. Primero, la aparición de algunas enfermedades infecciosas, que es un problema que en estos momentos está solventado. Segundo, que hay una parte de importadores, no todos, que realizan importaciones a Canarias y que estaban acostumbrados a no ser sometidos a ningún tipo de control sanitario, y cuando hablo de control sanitario en importaciones supongo que a nadie se le escapa que éste es siempre un control sanitario de importaciones, porque nadie ignora tampoco que en la vida comercial de los pueblos, a veces, se utiliza el control sanitario con objetivos no únicamente sanitarios, y así hay varios países especialmente conocidos en este campo, como Francia, como la propia Alemania y, sobre todo, los Estados Unidos de América, que son de un proteccionismo sanitario a veces muy marcado.

¿Qué es lo que sucede en Canarias? Que buena parte de los importadores no estaban habituados a que hubiera control de sanidad exterior y en estos meses (con la debilidad que he anotado pero con una voluntad política de llevar el mandato constitucional a la práctica), ha habido algunas tensiones porque tenían que prescindir de algunas prácticas que hasta ahora existían.

¿Cuáles son los medios personales que tenemos en Canarias en estos momentos? Ahora tenemos, exactamente, 55 personas: 13 médicos, ocho practicantes, dos auxiliares de clínica, dos farmacéuticos, un veterinario, dos agentes de inspección, tres administrativos, cuatro auxiliares y 20 celadores. Es evidente que son cifras pequeñas, y, sobre todo, hay algunas faltas absolutamente estratégicas e indispensables, como es el caso de Santa Cruz de Tenerife, donde lo único que tenemos es un veterinario cedido a tiempo parcial por la Comunidad Autónoma, el cual, en esta parte de tiempo, no puede realizar su trabajo plenamente, y como es una persona con un contenido de exigencia ética muy elevado en su trabajo, esto le lleva a que a veces prefiera hacer el control sani-

tario bien hecho en su limitación de tiempo, a hacerlo con mucha rapidez, lo cual ha provocado algunas demoras que han suscitado quejas, que yo comprendo, de los importadores, pero que, en cambio, sanitariamente no están justificadas. Por tanto, estamos en estos momentos ultimando —no sé si está ultimada ya— la tramitación del nombramiento de otro veterinario, con lo que este problema del puerto —porque estamos hablando del puerto de Tenerife— quedaría solventado. Y una vez solventado esto, vamos a intentar que continuemos teniendo un veterinario a tiempo parcial, un veterinario para el puerto, y vamos a estudiar el tener otro veterinario para las exigencias derivadas del aeropuerto de Tenerife.

Pese a esto, también me gustaría decirle, sobre todo por esas 55 personas (muchas de las cuales han trabajado en estos tiempos más de lo que a su sueldo o su dedicación les obligaba), que están realizando una importante labor. Por ejemplo, partidas rechazadas y destruidas en kilos de carne en el primer trimestre de este año, en el conjunto canario han sido de 64.553 kilos, mientras que en el transcurso del año 1983 habían sido 124.987. O sea, que o bien es que ha empeorado mucho la calidad de la carne introducida, o bien es que se ha hecho un esfuerzo notable. Se han rechazado y destruido —aspecto importante y supongo que ustedes se alegrarán— 110.000 kilos de aceite de colza, y hay algunas otras partidas inmovilizadas, de carne y también de licores de baja calidad. Por consiguiente, en algunos campos, pese a esta escasez, realmente se ha hecho un tipo de trabajo considerable.

Tenemos algún otro problema que ya está en vías de solución, que es la habilitación de un laboratorio en el edificio de sanidad exterior de Santa Cruz de Tenerife, donde contamos con espacio, puesto que dada la cantidad de análisis que se hacen, es muy costoso ir a otro tipo de análisis. Tengo que decir que, mientras tanto —como ya se lo he dicho a los miembros de su Gobierno—, yo quisiera que la Comunidad Autónoma nos prestara —nos lo han venido prestando hasta ahora— su colaboración hasta que podamos hacer la reestructuración que he dicho al inicio de mi intervención.

Querría aquí recordar algunas cuestiones, no para los que son canarios o para los que conocen Canarias, sino para los que no lo conozcan. Piensen que casi el cien por cien de la carne que se importa viene a través de Canarias. Algunas de las cosas que he dicho son relevantes, porque el caso canario es realmente muy importante. Por otro lado, podría decir que muchas de las importaciones que se hacen por Canarias, al llegar a la Península tienen otra revisión aduanera, con lo cual hacemos una segunda inspección de tipo sanitario, por lo que aun cuando el panorama que he descrito de sanidad exterior no es favorable, estamos haciendo todo lo posible para que, dentro de nuestros medios, no se provoque ningún tipo de problemas.

En resumen, hemos tomado algunas medidas ya y otras se están tomando para que la sanidad exterior en Canarias sea resuelta, pero además estamos planteando el problema de sanidad exterior en todas sus dimensiones, porque tengo que decir a los Diputados en general

que no sean canarios que este problema, desgraciadamente, no solamente tiene que ser motivo de preocupación de dicho archipiélago, sino que es motivo de preocupación en otras partes. Yo recuerdo algunos puertos, algunos aeropuertos y puntos de frontera, sobre todo, que los vigilamos atentamente. Por las razones que ustedes comprenderán no vamos a dar la lista en público de los sitios en los cuales hay peor atención, aunque algunos núcleos de importadores desaprensivos los conocen ya.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro.

¿Qué Grupos Parlamentarios piensan intervenir en este turno? (Pausa.) Este primer turno les recuerdo que es de Grupos Parlamentarios, luego haremos un turno de preguntas de Diputados.

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente, muy escuetamente ya que las preguntas son realizadas por el Grupo Popular, que ha asumido totalmente la problemática del hecho de contratación y demás de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A mí me gustaría decirle al señor Ministro, ya que hemos hablado nuevamente de lo que son transferencias a la Comunidad Autónoma vasca, que él sabe la peculiaridad de este hecho en dicha Comunidad. Usted tiene conocimiento del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma Vasca. Digo estas cosas más bien para aclarar y no hablar del hecho de la transferencia si o la transferencia no, o la transferencia en enero. Yo quiero comentarle al señor Ministro que nosotros hablamos dentro de un contexto más amplio, dentro del Convenio de la Seguridad Social.

Luego me gustaría decirle que no es una cuestión de asumir miedo o no, sino que yo hablaría de precaución...

El señor PRESIDENTE: Señora Gorroño, yo le rogaría que se atuviera a la cuestión. Estamos hablando de las transferencias del Insalud a Canarias, de la situación de los puertos y de la sanidad exterior.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, le agradezco su aclaración, pero el señor Ministro ha puntualizado la transferencia al País Vasco.

El señor PRESIDENTE: Me da la impresión, señora Diputada, de que muy hábilmente está hablando de otra cuestión.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, usted dirá si continúo.

El señor PRESIDENTE: Debería usted ceñirse a la cuestión, señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente. Acatando sus palabras, ya le he indicado al

señor Ministro la conveniencia de aclarar este aspecto de las transferencias puntuales y no del convenio. En cuanto a las preguntas del Grupo Popular, sumarme totalmente a ellas por la importancia que tienen en general, y por la aclaración que ha hecho el señor Ministro, y no entro más a puntualizar porque ya está ampliamente hecho por el Grupo Popular.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Gorroño.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Benítez Barrueco.

El señor BENITEZ BARRUECO: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Ministro, en principio acepto toda su buena voluntad de intenciones. Espero y deseo que todas sus palabras se cumplan y nos concretaremos a una cuestión que le ha faltado, y que vamos a ver si nos la aclara.

A partir del Estatuto de Autonomía de Canarias, en su artículo 34, la Comunidad Autónoma tendrá las competencias de ejecución de servicios de la Seguridad Social, y también, según el artículo 32 del propio Estatuto, tendrá capacidad de desarrollo legislativo en materia de sanidad e higiene, sobre la base de que tiene que haber esa cooperación entre la Comunidad Autónoma y el Gobierno o el Ministerio de Sanidad.

En base a la reglamentación laboral vigente, el personal de las clínicas privadas percibe un 15 por ciento de incremento en sus salarios por el concepto de plus de residencia. Es decir, el costo del personal en general en las clínicas u hospitales, privados o públicos, es de un 15 por ciento más alto que en el resto del territorio nacional. En estos momentos se plantea la transferencia de los servicios del Insalud a la Comunidad Autónoma canaria. En ella están previstos los salarios de las clínicas u hospitales de la Seguridad Social con estos incrementos, pero las clínicas privadas, que tienen conciertos con la Seguridad Social y que están pagando esos salarios más altos por dicho plus de residencia, en sus precios de contratación con la Seguridad Social no contemplan esta diferencia de costo.

Por otro lado, se ha alegado reiteradamente por este Ministerio, en contestación dada a preguntas por escrito de un Diputado de nuestro Grupo, que existen otros costos, como las medicinas, que resultan más baratas en Canarias por su régimen económico fiscal especial, olvidándose que casi el cien por cien de los productos farmacéuticos que se consumen son nacionales y sujetos a precios unitarios en todo el país.

Igualmente, se ha aducido que las clínicas privadas no han planteado este problema hasta hace poco tiempo, pero lo cierto es que es un problema latente al que el Ministerio no ha dado todavía solución, y que está creando constantes tensiones entre las clínicas privadas y el Ministerio. Como consecuencia de ello, estas tensiones están fomentándose entre dichas clínicas y su personal laboral, debido a que aquéllas no pueden incrementar los salarios de su personal porque las tarifas que paga el Insalud no cubren ese costo diferencial del plus de resi-

dencia que no tienen las clínicas privadas de la Península. Tal es el caso, aún sin resolver, de la Clínica de los Remedios en los Llanos de Aridane, isla de La Palma, y otros varios que han originado tensiones laborales, llegando, incluso, en algunos casos, a la huelga o al cierre patronal, sin que se aborde el problema de fondo por ese Ministerio, que no es otro, insisto, que la diferencia de costo salarial que existe entre el personal de las clínicas de la Península y el de Canarias.

El señor PRESIDENTE: Perdón, señor Benítez Barrueco, también creo que se está alejando S.S. de la cuestión. Yo le rogaría que se atuviera a lo que ha preguntado su propio Grupo Parlamentario, que es la política de transferencias y el tema de sanidad exterior de las islas.

El señor BENITEZ BARRUECO: Lo comprende señor Presidente.

Terminando ya, en esta situación se plantea la transferencia a la Comunidad Autónoma de Canarias de las instituciones dependientes del Insalud, con lo cual lo que realmente se está haciendo es transferir un problema latente y sin solución a corto plazo, y eso bien lo sabe el señor Ministro, a no ser que previo a dichas transferencias, ese Ministerio dicte las normas oportunas para que se contemple, en los precios de contratación con las clínicas privadas, dicha diferencia de costo, y de acuerdo con ello se doten económicamente esas transferencias.

Por todo ello, yo le haría la siguiente pregunta: ¿Cuándo piensa el Ministerio adaptar las tarifas contratadas por las clínicas privadas de Canarias a esa diferencia de coste salarial existente en las mismas, incrementándolas en la proporción adecuada?

Por lo que respecta a la sanidad exterior de puertos y aeropuertos canarios, ha dicho usted algo realmente importante. Yo le invito de verdad a que todo lo dicho lo ponga en funcionamiento en un plazo que no sea demasiado largo, incluso le rogaría que lo aclarara lo más posible, sobre todo teniendo en cuenta la problemática que también ha indicado, y no ya solamente para Canarias, sino para el resto de España.

En el puerto de Las Palmas de Santa Cruz de Tenerife entran anualmente cerca de 20.000 buques, entre los cuales casi el 50 por ciento son extranjeros. En el aeropuerto de Las Palmas y de Tenerife entran al año miles de aviones que transportan los cerca de tres millones de turistas que visitan el archipiélago canario anualmente. El 40 por ciento de los bienes de consumo que entran en Canarias son de procedencia extranjera, como todos sabemos. En visita efectuada por el señor Ministro el pasado año a Santa Cruz de Tenerife pudo comprobar personalmente las grandes deficiencias que tienen los servicios de sanidad exterior, como usted mismo ha reconocido, y el estrangulamiento que dicha deficiencia produce en la importación y control sanitario de las mercancías importadas, tanto por vía marítima como por vía aérea. Pudo comprobar también personalmente que los laboratorios son inadecuados y el personal insuficiente para el enorme trabajo que significa el control sanitario de estos ali-

mentos importados. La inmediata puesta en marcha de la Ley de Consumidores y Usuarios y la reciente aplicación del Decreto sobre etiquetado de productos y alimentos, supone a su vez una mayor necesidad de personal y de medios para el correcto control de la aplicación de las normas establecidas en estas disposiciones legales. Parece que mientras no se dote adecuadamente de estos servicios de sanidad exterior, difícilmente podrán tener aplicación efectiva esas disposiciones legales mencionadas.

En relación con todo esto, yo desearía hacerle solamente dos preguntas. Como usted muy bien ha reconocido, el personal consta de trece médicos, ocho ATS y veinte celadores y la verdad es que con este personal especializado no se puede llevar un control realmente técnico. Por ello, mi primera pregunta sería: ¿Cuándo piensa el Ministerio completar las plantillas de personal, especialmente técnico y dotar los laboratorios de sanidad exterior de ambas provincias canarias? La segunda sería: ¿Piensa el Ministerio aplicar en su totalidad las normas previstas en el Decreto de etiquetado y en la Ley de usuarios y consumidores antes de dotar del personal y de los medios adecuados a la sanidad exterior de ambas provincias canarias?

Y ya para terminar, señor Ministro, me gustaría hacer una pequeña reflexión sobre el tema que usted ha indicado, relativo a la carne importada. Aunque el señor Ministro me pueda llamar la atención por salirme un poco del contexto, la reflexión sería —aprovechando la circunstancia de que él ha hablado en general de esa importación de carne— que no hace muchos días la Comunidad Económica Europea nos ha dicho: «no a la carne española». Merca-Zaragoza es uno de esos sitios. Usted sabe que hace unos meses se tuvieron que quemar muchísimos kilos de carne, y era carne nacional, como se suele decir, no era importada. Si, además, en los controles sanitarios de ese 40 por ciento que se consume en Canarias, como en la mayoría de toda España, nos encontramos sin esas personas totalmente técnicas para la vigilancia, señor Ministro, estamos corriendo un grave peligro. Vayamos más a prevenir.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Benítez.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Gimeno.

El señor GIMENO MARIN: Brevemente, señor Presidente, porque creo que no es salirse del tema, puesto que el señor Ministro ha dado una explicación global para referirse al tema de Canarias. Para que no quede en el aire, a mí me parece importante hacer una referencia o una pregunta al señor Ministro, ya que se ha hablado y se ha diferenciado entre lo que es, dentro de la política global, las Comunidades del artículo 151 y asimiladas y el resto de las Comunidades, de alguna manera yo querría plantearle el tema de que dentro de la voluntad del Ministerio cuál es el tipo de relación que se considera

adecuado, puesto que las Comunidades que no son de dicho artículo 151 tienen transferidas competencias, dígame de salud pública o de sanidad pública, en relación con lo que es el Insalud, y es evidente que se interfieren muchas veces todo este tipo de problemas. A lo mejor esas relaciones que se plantean para el 151 no se sabe si serían o no convenientes pero, para que no quede en el aire ninguna laguna respecto a esta posible coordinación con el resto de las Comunidades, sería preferible que lo aclarase el señor Ministro.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Ministro, haciéndole notar que no tiene ninguna obligación de contestar a temas como el de las tarifas en las clínicas privadas, que, obviamente, está muy lejos de la pregunta que, por escrito, existe en la Cámara en este momento.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Voy a decir solamente unas frases saliendo del tema, para que no le dé tiempo al Presidente a interrumpirme.

La señora Gorroño hablaba del santo temor de Dios; yo de lo único que hablo es del santo temor del Insalud, que es una cosa muy comprensible. Sólo digo una cosa, por experiencia, y es que quienes más transferencias han recibido son los que más insistieron una y otra vez sobre el tema.

No tengo ningún inconveniente en hablar un día de las tarifas privadas técnicas; pero tengo que decir que es un tema que no me lo he preparado, aunque por algunos casos que se dan me lo conozco, desgraciadamente, con tanta proximidad que podría contestar ahora. Si alguien ha dicho en el Ministerio que los precios sanitarios de productos farmacéuticos son tal como usted lo ha expresado, lo ha manifestado mal, y supongo que esta persona estaría dispuesta a corregirlo.

Con respecto al problema central, que es el de la sanidad exterior, yo le diría que estoy bastante de acuerdo con que tenemos unas situaciones de sanidad exterior poco interesantes de explicar, e incluso de interpelar, porque las personas que lo hacen saben que lo que uno puede exponer aquí son sólo problemas exteriores que siempre tienen repercusiones y, por tanto, precisa que se tenga una cierta delicadeza al plantearlo, delicadeza que agradezco.

Es cierto que la Ley de Consumidores y la Ley de Etiquetado, que son dos buenas decisiones de este Gobierno —y no escondo que en la Ley de Consumidores su Grupo, como otros, ha tenido una importante participación— exige más personal, cosa difícil de hacer intentando no contratar gente y practicando la política no de austeridad, pero sí de sobriedad de costes, que se va implantando en el Ministerio. Hay que buscar una solución. Estamos intentando buscar personal que quiera ir a trabajar voluntariamente a la sanidad exterior, en vez de estar destinado a otra parte de España donde hace menos falta. Vamos a hacer un plan para que, sin aumentar las plantillas, este tema se resuelva.

Estoy totalmente de acuerdo con que hace falta perso-

nal de formación universitaria fundamentalmente. Por ejemplo, de los 13 médicos, nueve están en los aeropuertos, lo cual quiere decir que hay cuatro en dos puertos importantísimos. Evidentemente, las cifras que ha dicho el Diputado son ciertas. El despacho de buques del año pasado fue de 21.254 en los puertos canarios y en el primer trimestre de este año fueron ya 5.483. Es decir, no solamente es un volumen alto, sino que va aumentando, y, por tanto, tiene una dimensión importante. Junto con los aviones, el tema adquiere bastante importancia.

El señor Benítez dice que ojalá lo que yo digo se lleve a cabo. Lo mismo digo yo, que ojalá lo que yo diga se pueda llevar a cabo, porque me tiene de verdad preocupadísimo. Creo que es uno de los problemas más preocupantes que hay en mi Ministerio y que vamos a intentar mejorarlo para el próximo año más de lo que hemos hecho el año pasado.

El problema de la carne con la Comunidad Económica Europea es otro problema fundamental, como también sabe el Diputado médico que me pregunta —digo lo de médico, aunque es sorprendente que en esta Comisión continúen ustedes fumando—. Tiene toda la razón. El sabe que este tema no pasa por el Ministerio, pero como miembro del Gobierno sé que es un problema que viene de atrás, el cual exige una colaboración de las Comunidades Autónomas, porque nadie quiere ceder en lo tocante a los mataderos, y hay que ceder. Hay que poner también allí un personal que sea facultativamente experimentado, formado y, además, independiente del resto. Este es un problema, repito, de todos los que estamos tocando, de los más graves. Tengo que decir —no sé si lo he dicho ya, pero lo vuelvo a repetir— que es la primera vez que hay un debate en esta Cámara sobre sanidad exterior. Que yo recuerde, desde el año 1977 nunca ha habido ninguno, y es un tema importantísimo. Ello supone un descuido. Por tanto, es bueno que llamemos la atención sobre el tema. Ustedes hacen su papel y espero que nosotros sepamos hacer el nuestro, según las líneas que aquí he definido.

Con respecto a la deficiencia del Insalud, tengo que decir que igual que tiene que haber un santo temor en aceptar esta transferencia, lo hay también en hacerla. Nosotros no tenemos capacidad para ir transfiriendo el Insalud, pero, sobre todo, no podemos hacerlo unánimemente a todo el mundo; quisiéramos que fuera así, pero no tenemos personal para ella. Por tanto, hemos establecido un cierto orden de prioridades, transfiriendo, en primer lugar, a las Comunidades formalizadas por el artículo 151 más el tema de las dos Comunidades Autónomas asimiladas. Nuestra voluntad es hacerlo a corto plazo, dado que las transferencias de mi Ministerio se están haciendo muy rápidamente, a pesar de que a veces leo juicios en los periódicos que a mí me dejan atónito sobre que hay parón en las transferencias autonómicas. En mi Ministerio repito que no, porque no nos queda nada que transferir, fuera del Insalud, a las Comunidades Autónomas. Menos a Cataluña y a Andalucía todo lo demás está transferido. Quedan flecos, pero la cuestión es mínima.

Todo esto exige que demos otros pasos antes que trans-

ferir al Insalud. A mí me parece que el artículo 143 se podía desarrollar con calma y bien. Nuestra voluntad es hacer unos acuerdos estables de colaboración entre Comunidades Autónomas e Insalud. Lo vamos a hacer, en primer lugar, con el Principado de Asturias, y vamos a intentar hacerlo en el transcurso del año con todas las Comunidades Autónomas.

No crean los Diputados del Grupo Popular que hago discriminaciones. Habrá una reunión que me parece que será el jueves con el Consejero de Sanidad del Gobierno cántabro para tratar esta misma cuestión. Es decir, lo iremos generalizando. Es decir, como hemos traspasado lo referente a la Dirección General de Salud Pública y el tema de la política sanitaria, y, sin embargo, el Insalud no, habría que establecer un puente con cada Comunidad Autónoma.

Después hay otro problema que tampoco quiero esconder que es el de AISNA, del cual no hemos hablado y que, sobre todo, en Madrid presenta algunas dificultades. Me parece que todos los Grupos están de acuerdo en este tema. Es un problema que estamos estudiando. Personalmente me voy a definir claramente, aunque esto va a costarme protestas, incluso dentro del Grupo Socialista —me temo que más del Grupo Socialista que de otros—. Creo que las transferencias de AISNA hay que hacerlas de manera acompañada con las transferencias del Insalud. A mí no me parece coherente pedir las transferencias de AISNA solas, cuando al mismo tiempo estamos defendiendo que al menos las redes públicas se coordinen.

En estos momentos hemos hecho algún cambio en la reestructuración del Ministerio, a la cual he hecho antes referencia. Uno de los cambios es volver a una fórmula anterior, que es que la Dirección General de AISNA no dependía de la Subsecretaría del Ministerio, sino del Director General del Insalud. A mí me parece que ésta es una buena medida a adoptar para una integración de Insalud y AISNA, porque mal vamos a propugnar coordinación si los primeros que no nos coordinamos somos los que tenemos que hacer la reestructuración del Ministerio. Por tanto, lo vamos a hacer en ese sentido que a mí me parece que sanitariamente es más lógico.

El señor PRESIDENTE: Vamos a abrir la posibilidad, tal y como previene el párrafo tercero del artículo 203, de que algunos otros Diputados que han manifestado el deseo de preguntar lo hagan, aunque lógicamente es un turno no ya de debate, sino de preguntas o aclaraciones.

Sobre el tema de las transferencias del Insalud a Canarias y de los problemas de sanidad exterior, ¿algún Diputado quiere hacer alguna pregunta? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Benítez Barrueco.

El señor BENITEZ BARRUECO: Solamente intervengo para dar las gracias al señor Ministro y volvería a hacerle una pequeña reflexión sobre el tema de la sanidad exterior, porque antes ha hecho una referencia muy corta, muy somera a la problemática grave que en estos momentos tiene Aragón con la Comunidad Económica Europea. Las perspectivas son malas, tal como reza una

contestación del Ministerio, sobre todo para el ganado porcino. El tema de Merca-Zaragoza es un problema que viene ya de muy largo. Yo le invitaría al señor Ministro a que hiciera un poco más de esfuerzo, porque de no hacerlo, la ganadería en Aragón estaría en grave peligro. Por el bien de todos habría que hacer ese esfuerzo de cara no solamente a Canarias, sino a toda España.

El señor PRESIDENTE: Salvo que el señor Ministro quiera en este momento replicar, invitaría a los señores Diputados a que se tomaran un cuarto de hora de descanso y repusieran fuerzas en la cafetería.

Continuaremos a las doce en punto, con el tema de la política general del Insalud.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD, AL AMPARO DEL ARTICULO 44 DEL REGLAMENTO, Y DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR

El señor PRESIDENTE: Señoras y señores Diputados, reanudamos la sesión con el tercer y último punto del orden del día, solicitado también por el Grupo Parlamentario Popular, que trata sobre la comparecencia del señor Ministro de Sanidad para que informe sobre la política general del Insalud, y la del Director General de esta entidad gestora para que explique la gestión y el funcionamiento de la misma.

Vamos a seguir el mismo procedimiento que hemos seguido en el punto anterior. Primero le daremos la palabra al señor Ministro y al señor Director General y, a continuación, iniciaremos los turnos de los Grupos Parlamentarios y de los Diputados que quieran intervenir.

El señor Ministro tiene la palabra.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Si en mi anterior intervención he agotado el tiempo, ahora voy a ser breve, ya que posteriormente hará uso de la palabra el Director General del Insalud, que analizará los problemas de gestión, que son los que más interesan a la Comisión. Por consiguiente, voy a hacer una introducción general en la que voy a desarrollar una serie de reflexiones concretas, que se pueden ir modificando en el futuro.

En primer lugar, he de decir que si tuviera que volver a comparecer ante ustedes, lo cual pienso hacer, tomando nuevamente, al menos es voluntad por mi parte, mi puesto como Ministro del ramo en otras legislaturas, intervendría diciendo cosas parecidas a las que manifesté en mi comparecencia hace unos meses, pero en el caso del Insalud cambiaría algunas matizaciones por una razón, y es porque creo que en el programa que presentamos entonces y que ustedes conocen (existe una publicación del Ministerio en la que figuran los puntos principales desde la página 31 a la 40), había una cierta insistencia en un tema que ahora subrayaría de una manera especial. Se trata de que los problemas del Insalud deben tener una política y unos objetivos sanitarios claros, y

saber cuál puede ser el nuevo modo de ejercer el cuidado y la prevención de la salud de los españoles. Pero me atrevería a decir que insistiría mucho más en el tema de gestión que en esta voluntad de dirección de la Sanidad y en este caso concreto del Instituto Nacional de la Salud.

Algunas veces en Cataluña se cuenta un chiste de un Diputado catalán que dijo en público que lo que había que hacer era poner en práctica la regla de las tres emes. Cuando le preguntaron aclaró que estas reglas eran: «ministración, ministración y ministración». Su conocimiento del idioma no alcanzaba a saber que en castellano ponen antes una «a» y una «d». Yo diría que las reglas se componen de tres ges: «gestión, gestión y gestión». Creo que esto es algo fundamental en lo que hay que insistir de una manera muy peculiar, ya que nos llevaría no solamente a cambiar la intervención o al menos a acentuarla en otra dirección, sino además a que en los próximos meses insistamos contundentemente en el problema de la gestión sanitaria.

Hemos hecho algunas cosas en este campo. Ustedes recordarán que en otra comparecencia dije que no sabía cuántas personas trabajaban en el Insalud. Ahora lo sabemos con bastante exactitud, lo cual es un indicio de lo que hemos realizado en el campo de la gestión. También dijimos que el área técnico-administrativa era débil, y hemos hecho un esfuerzo en cuanto a técnicos de gestión, cubriendo de una manera eventual muchas plazas. Esto hace que la gestión de nuestras instituciones pueda ir mejorando de una manera sustancial.

Existen algunos temas de orden general respecto al Instituto Nacional de la Salud cuya influencia hay que tener en cuenta. Considero que desde el mes de diciembre hasta ahora hemos dado pasos importantes. Hemos elaborado el Decreto de asistencia primaria, cuyo objetivo era adecuar esta asistencia primaria a las nuevas líneas que nosotros hemos señalado, que no son exclusivas, sino todo lo contrario, son líneas que están dentro del espíritu de la declaración de Alma-Ata de 1975. Creo que este Decreto es positivo. Ustedes saben que sobre él se aventuraron malos vientos, porque se dijo que no estaba dentro del ordenamiento legal, pero no se dijo por qué. No se dijo que la Ley de 1944 impedía hacer sanidad preventiva; aunque supongo que nadie se alegrará de esto. Tendrán la razón jurídica, pero ninguna otra. Se buscaron intersticios de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, y de la Ley correspondiente a la década de los setenta hicimos un Decreto que podrá ser modulado, pero no creo que, pase lo que pase en la historia de España, este Decreto sea modificado de una manera sustancial. Llegamos a un acuerdo con todas las Comunidades Autónomas, aunque una de ellas se ha echado atrás, pero en general he de indicar que este acuerdo era necesario y se consiguió, porque este Decreto hacía referencia a competencias transferidas.

Hace unos días se ha iniciado la reforma hospitalaria. Hemos presentado un borrador que está llegando a conocimiento de todo el conjunto del personal sanitario, tanto a los médicos como a los no médicos. Las reacciones que ha suscitado en general han sido positivas, ya que, en

caso contrario, se habría producido una importante polémica, y no ha sido así. Considero que este borrador está bien hecho. En pocas ocasiones o en ninguna, que yo recuerde, algo que tiene que acabar en Decreto se consulta y se discute y todo el mundo puede intervenir teniendo como base un borrador. Vamos a tomar nota de todas las reacciones que se produzcan al respecto en las próximas semanas. En consecuencia, esta reforma alcanzará el nivel hospitalario en el transcurso de un plazo muy breve de tiempo.

Por tanto, ya tenemos un Decreto de asistencia primaria con el que se comienza a andar, que está aprobado y publicado en el «Boletín Oficial del Estado». Asimismo tenemos un borrador de Decreto de la reforma hospitalaria cuya puesta en marcha está teniendo un cierto éxito. Las pocas personas que lo han criticado yo creo que más que otra cosa lo que han hecho es elogiarlo, porque una de las críticas consistía en decir que solamente pensábamos aplicar este borrador a los hospitales del Insalud. Naturalmente, yo considero que esto es un elogio, porque quiere decir que estamos dentro de nuestras competencias. Pero elogioso aun cuando uno sabe que muchos hospitales privados nos han pedido este borrador, porque, aunque no están obligados, lo van a discutir en sus propias instituciones para adoptarlo, ya que les parece que está correcto y bien elaborado.

Por consiguiente, dialogando con quienes quieren hacerlo, no adoptando la vía de la imposición, creo que en poco tiempo tendremos otro instrumento importante. Este es un borrador, y no lo quiero esconder, que lo hemos gestado con lentitud. Estoy arrepentido de ello, porque esta lentitud ha supuesto algunas mejoras, pero a veces esta voluntad de diálogo, de perfilar las cosas tiene sus inconvenientes y es que el tiempo pasa. Por tanto, pensamos que con este Decreto habremos cubierto una segunda parte realmente importante de este proceso que lleva años y que se llama la reforma sanitaria.

También hemos establecido algo que para el Insalud es una cuestión esencial y muy importante. Me refiero a la Ley General de Sanidad. Hace mucho tiempo que empezamos a discutirla. El 13 de diciembre de 1982 nos dirigimos al Consejo General del Colegio de Médicos pidiendo su opinión sobre cómo hacer la reforma sanitaria. A partir de aquel momento hemos hablado con mucha gente sobre el borrador que presentamos. No ha habido ningún agente sanitario que no haya podido participar. Digo más, aunque en este momento no lo concrete, muchísimos de estos agentes sanitarios están de acuerdo fundamentalmente con la Ley. Tenemos también acuerdos respecto a los que vamos a modificar aspectos del borrador, lo cual va a hacer que esta Ley entre por una vía que nos parecía impensable. Cuando en un campo tienes una Ley que viene de 1944, y cuando todos los intentos de reforma sanitaria que existieron en 1977 vienen fracasando, debe haber algún motivo, porque hay inercias o porque hay obstáculos. Yo creo que en estos momentos esta Ley es un instrumento muy importante para el mundo sanitario. Creo que se va a avanzar. Incluso me agrada decir que hay personas que mantienen discrepancias con algu-

nos puntos de la Ley. Así, en las jornadas internacionales, a las que algunos de ustedes han asistido y son testigos de lo que voy a decir, personas que no están de acuerdo totalmente con la Ley así lo han manifestado, manifestando que se corrija en uno o en otro sentido, pero sobre todo han expresado el deseo de que el Ministerio tenga el coraje suficiente para que esta Ley salga adelante.

En cualquier caso, aun incluyendo estas modificaciones, creo que esta Ley va a salir adelante. Y aprovecho esta ocasión para decir nuevamente en público que cualquier Grupo Parlamentario que quiera discutir con nosotros la Ley a partir de este momento lo puede hacer. Algunos de los Grupos Parlamentarios que están representados en esta Comisión han intervenido en la comisión redactora; personas pertenecientes al PNV, a Convergencia Democrática de Cataluña, al Grupo Socialista. Por tanto, justo es decir que por esta razón ha habido un mayor conocimiento de concordancias y discordancias. Discordancias que en estos momentos han disminuido a partir de las negociaciones que ha habido respecto al borrador. Le he dicho privadamente al portavoz del Grupo Popular que estamos dispuestos a que en el mes de junio discutamos este borrador de la Ley antes de que se formalice en un anteproyecto. Se tiene la voluntad de hacerlo de forma inmediata. Ahora se lo digo en público: estamos dispuestos a hablar de este proyecto. ¿Con qué talante? He de decir con toda sinceridad que considero que esta Ley va a tener dificultades, pero también tengo que recordar a todos ustedes, los que sean más veteranos —y ya veo caras veteranas en esta casa— que la Ley del Consumidor tuvo tantas dificultades que acabó no saliendo en la anterior legislatura, y ahora se ha conseguido su aprobación con un amplio margen favorable en la mayor parte de sus puntos.

Yo creo que sería bueno que esta Ley abarcara tres órdenes de cosas: primero, que sea una Ley fundamentalmente modernizadora —no creo que haya prácticamente un Diputado que piense que la Ley de 1944 pueda continuar siendo vigente— y, en este sentido, creo que hay un campo de modernización muy útil a tener en cuenta. En segundo lugar, quisiera dejar de manifiesto —y me gustaría que el señor Trias Fargas estuviera presente para decirle cuatro cosas, porque lo sé desde hace muchos años y lo practico desde hace muchos años— que los conceptos de alternancia alternativa nadie me los tiene que enseñar. Yo soy de los que creo que si no hay alternancia alternativa no hay democracia, y, por tanto, en esta Ley General de Sanidad vamos y voy a intentar, ya que desde hace muchos años soy socialista, lo mismo que soy democrata —aun cuando el programa socialista ya es conocido y publicado, pero también los socialistas somos democráticos—; vamos a intentar, repito, hacer una Ley que se base en la alternancia alternativa, para que la democracia, en la medida que sea posible, esté inscrita en el proyecto. Con esto no quiero decir que se pueda llegar a un acuerdo general, pero que sí, aunque con algunas discrepancias, se pueden lograr muchas concordancias.

A este respecto, yo diría que estamos intentando conseguir para el Insalud el establecer el marco legal más adecuado. Al mismo tiempo, estamos intentando que las condiciones profesionales en el Insalud, que van ligadas tanto a los responsables del Insalud como a la política general del Ministerio, tengan importantes mejoras, poniendo un cierto orden en el ejercicio de las profesiones sanitarias, que, aunque creemos que van a originar tensiones, no hay más remedio que modificarlas. Por ejemplo, ya no hay un monopolio absoluto del título de especialistas en manos del Insalud —que era uno de los monopolios que tenía—: el Decreto de especialidades médicas —aunque todavía quedan personas que prefieren las cosas como hace años— significa el final del monopolio del nombramiento de especialistas por el Insalud. Algunas personas creen que se ha perdido demasiado monopolio —no todas del mismo color, sino que hay de todo, como ustedes saben—, que dicen que este Decreto es demasiado liberal; otros dicen que aún mantiene demasiado, pero es evidente que ya no es lo de antes: hay otras vías para obtener el título de especialista. Hemos acordado un porcentaje del 5 por ciento, que unos creen que es reducido, otros que es abusivo; para los que se formen fuera del circuito del Insalud, se ha abierto otro camino, que es el universitario, para evitar que haya plazas de ayudantes de clases prácticas que pudieran llegar a aberraciones, como hubo un caso en España, en el que dos personas que ganaron plazas en la Universidad para enseñar a los estudiantes de especialidades sin tener el título de especialistas, por lo cual hemos preferido esta vía, que, insisto, se puede decir que vamos demasiado rápidos o demasiado lentos, pero no que no nos hemos movido, para que estas plazas universitarias puedan servir para especialistas; hemos creado la especialidad de salud pública, que es una especialidad que no existía (todo esto ya fuera del sistema MIR); hemos creado el título de estomatólogo, campo en el cual llevamos un gran retraso; también hemos multiplicado las matrículas en los cursos, menos en Cataluña, en todos los demás centros; prácticamente, habremos doblado las matrículas con una colaboración de los estomatólogos, que muchos no esperaban, y hemos abierto la posibilidad de que especialistas españoles formados fuera de España puedan tener, a través de este Decreto, mayor facilidad para su convalidación del título en el interior.

Ahora, tenemos un problema con algún colectivo, que nos ha traído bastante tensiones, que yo lamento, evidentemente, al intentar regular un campo muy delicado, como es el de los ATS y de los técnicos, lo cual, a su vez, conecta con la Formación Profesional Sanitaria en su nivel dos, lo que se llama rama sanitaria; modificaciones que, evidentemente, son muy difíciles de llevar todas al mismo tiempo de acuerdo con todo el mundo, porque en este momento los Colegios de ATS no están de acuerdo con alguna decisión que tiene que adoptar el Ministerio, pero que aún no ha adoptado, y tengo que decir que si lo saben es porque nosotros hemos tenido una voluntad de diálogo, que creo que no han interpretado correctamente; los técnicos están de acuerdo, pero hay algunos ATS

que no, pero, en general, la gente profesional de la rama sanitaria y de Formación Profesional Sanitaria están de acuerdo. Entonces, vamos a hacer una delimitación con unos criterios, que a nosotros nos parecen lógicos: por un lado, vamos a incluir la presencia de ATS en la asistencia primaria, donde tenían poco campo abierto, y en este sentido vamos a convocar este mismo año plazas; en cambio, vamos a regular los derechos de los técnicos. A este respecto, tengo que decir que recibo continuamente cartas de médicos que trabajan con técnicos y dicen que la regulación que vamos a hacer la conocen y están de acuerdo. Si lo hiciéramos —seguramente vamos a hacerlo—, yo creo que haremos bien incluyendo este tipo de medidas que a veces llevan alguna tensión por desconocimiento, por rumores, muchas veces falsos, pero creo que con esto le daríamos al Insalud un marco general positivo.

Tengo que añadir también que nos ha preocupado muchísimo la situación de la estructura de ingresos del personal sanitario. Creemos que la estructura salarial del personal sanitario que se dedica fundamentalmente a la sanidad pública no es la que la opinión pública percibe, es inferior, y a veces se puede confundir —unos u otros médicos por su profesión tienen ingresos muy elevados— con los ingresos del médico que está trabajando en el Insalud, que tiene unos ingresos relativamente reducidos comparados con otros profesionales, y, en este tiempo que llevamos, hemos hecho esfuerzos muy considerables, y hoy, por primera vez, vamos a dar su cuantificación. Cuando hable el Director General del Insalud verán que no es como la situación de otros profesionales, pero hemos dado pasos importantes en retribuciones de médicos, sobre todo de algunos colectivos de médicos, en retribuciones de ATS, que el año pasado hay muchos que han tenido aumentos muy sustanciales, igualmente los médicos, también muy sustanciales, que, en el caso de los médicos, sobre todo en algunos campos, creo que esto sólo es el inicio de todo un tipo de etapa de lo que hay que hacer; pero se equivocará quien crea que el tema de los salarios en el campo de la sanidad es sólo un tema salarial, también es una cuestión de perfeccionamiento.

Quiero referirme aquí a algunos hechos que a veces pasan desapercibidos en los Presupuestos, y que son los que a mí personalmente me tienen más orgulloso. La cantidad de dinero que fue a docencia e investigación en el Insalud en el año 1983 fue de 12.000 millones de pesetas; este año 1984 se ha aumentado a 17.000 millones de pesetas; se ha aumentado lo que se dedica a investigación y docencia en el Insalud en un 42,3 por ciento —no tengo aquí los datos; yo, normalmente, lo digo de memoria y después, cuando me pongo el papel por si me falla la memoria, resulta que lo que me ha fallado es poner el papel—, si no me equivoco y, por tanto, ha sido un esfuerzo considerable. Hemos iniciado un campo que importa mucho a los médicos, que es el de la investigación. Era un 42,7; me equivocaba en contra de los intereses del Gobierno; es algo más. Esto ha sido un esfuerzo muy grande, que hace que en estos momentos casi no se sepa como utilizarlos; la semana pasada, reunidos con los res-

ponsables de investigación y docencia de los hospitales españoles, decían muchos de ellos, y con razón, que en estos momentos más que tratarse de cantidad de dinero es capacidad de gasto, de poder organizar un incremento de gasto tan importante como éste.

Por tanto, no se trata sólo del caso salarial, sino de la retribución, diríamos, profesional, porque soy de los que creo que los que hemos tenido la suerte, por familia o por esfuerzo individual, de tener una carrera universitaria, consideramos que una parte importante de nuestro salario es la satisfacción que tenemos de ejercer nuestra profesión. En este caso, un aumento de dinero tan importante no puede ser subvalorado.

En cuanto a otros colectivos que están en el mundo sanitario, como los auxiliares administrativos, ya me he referido antes a los cambios importantes que estamos haciendo y a la Orden ministerial que va a salir en el «Boletín Oficial del Estado» en pocos días. Pero, evidentemente, el problema de los fondos que aún no tiene la sanidad, no puede dejar de tomarse si no se habla en dos direcciones. En primer lugar, en periódicos de enorme tirada se puede ver que continuamente se habla de la explosión de los costos sanitarios, en un periódico que periódicamente —valga la redundancia— publica artículos sobre la explosión de los costos sanitarios; esto debe ser en otros países; incluso ha invitado a escribir a británicos sobre este problema, cuando en España, en estos momentos, creo que veremos los costes de la operación, pero este Gobierno ha demostrado que es posible controlar el crecimiento de los costos sanitarios y que no exploten. Tanto en el año 1983 como en el año 1984 nos vamos a desviar poco del Presupuesto inicial, nunca en cifra superior al 3 ó el 4 por ciento, y, en segundo lugar, que el crecimiento del costo sanitario ha sido positivo, pero en una cifra no muy superior al aumento de precios, lo cual nos va a colocar en una situación, en los años 1985 y 1986, buena y estable financieramente, mejor que en muchos otros sectores de la vida pública española. Como ustedes saben, estoy muy preocupado por el crecimiento del gasto público y del déficit de España, y creo que hemos llevado una contribución desde el campo sanitario sin que las variables sanitarias quedaran perjudicadas, y, por primera vez en el mundo de la sanidad, tenemos un boletín de indicadores sanitarios, que se publica mensualmente y que ustedes reciben, en el cual se demuestra, y va a demostrar en los próximos meses, que los indicadores sanitarios han ido mejorando, pese a esta política de mayor rigor, no de austeridad, pero sí de sobriedad.

Destacado este hecho, que tengo que decir que nos coloca en una situación bastante comparable a los países más rigurosos en el gasto público en Europa, en el campo sanitario no hemos hecho reducciones brutales, como se ha hecho en otros países, como en Gran Bretaña, donde se han reducido los precios de los productos farmacéuticos por dos veces, etcétera. Por tanto, sin hacer este tipo de cuestiones, hemos intentado hacer nuestra aportación a los problemas globales con una mejora de indicadores sanitarios, que son la única cosa objetiva que hay.

Evidentemente, no solamente hemos actuado sobre el montante global del gasto, sino sobre la estructura. Creo que de la estructura del gasto, en cuanto a su modificación, se nos puede decir una u otra cosa, pero está absolutamente de acuerdo con el programa con el cual el Partido Socialista se presentó a las elecciones. Mirémoslo por partidas. En atención primaria, hablo de modificación cuando las cantidades suman cien. Por tanto, las modificaciones, como son sobre estructura cien, son siempre muy lentas; por consiguiente, lo que menos mide la velocidad de la modificación, pero la que lo mide, eso sí, con mayor precisión. En atención primaria, digo, de cada cien pesetas antes, en los años 1982 y 1983, iba el 18,4 por ciento del dinero; de cada cien pesetas, el 18,4 iba a atención primaria. Dijimos en el programa, lo dice la orientación sanitaria en todo el mundo progresista, que tiene que ir a más, y en un año hemos pasado del 18,4 a un 21,7 por ciento. Dijimos también que, en atención hospitalaria, había que continuar haciendo esfuerzos, pero que teníamos una situación hospitalaria más adecuada y, por tanto, aun aumentando el dinero dedicado a atención hospitalaria, hemos pasado del 37,3 al 36,8, con un descenso del 0,5 por ciento; por tanto, con los costos que supone decir que aquí o allá no se va a emprender un hospital prometido en algún momento determinado. Se dijo también que íbamos a utilizar mejor los hospitales públicos, lo cual hemos hecho. Ya lo he expresado en anteriores comparecencias, y dentro de poco vamos a tener mucho material de cómo la utilización de los hospitales públicos ha aumentado, lo cual nos ha permitido hacer una reducción en la estructura denominada conciertos, en un 1,7 por ciento. En prestación farmacéutica —cosa que tengo que decir, con la misma claridad, que no podremos cumplir en el transcurso del año en la intensidad prevista— va a disminuir su participación en la estructura presupuestaria en un 2,5 por ciento, mientras que en investigación y docencia, que son campos en los que todo el mundo está de acuerdo hasta que se hacen los presupuestos, el ritmo de crecimiento —lo he dicho antes— es del 42,7 por ciento, lo cual, en términos de estructura, supone haber pasado de un 1,4 por ciento a un 2 por ciento; por tanto, es un aumento de un 0,6 por ciento, a partir del 1,4, y en la última partida donde se muestra este cambio es la de la Administración general, donde la gestión estaba muy subvalorada, y hemos pasado del 2,1 al 2,9 por ciento, que significa una modificación del 0,8 por ciento.

En conclusión, siendo cien en el año 1983 y cien en el año 1984, más 3,3 por ciento dedicado a atención primaria, más 0,6 por ciento a investigación y docencia —I más D—, más 0,8 por ciento de Administración general, que han sido las partidas que hemos premiado, mientras que en prestación farmacéutica es donde hay más parte de este esfuerzo, como decíamos, menos 2,5 por ciento, queda bien entendido que es un presupuesto creciente, lo que quiere decir que el gasto farmacéutico no va a disminuir, que va a permanecer en términos absolutos y reales, relativos, pero es dentro de la estructura que ha disminuido; en conciertos se ha disminuido, en atención

hospitalaria ha disminuido. Por tanto, la prioridad que decíamos en el programa a la atención primaria se cumple que eran las líneas generales que entonces remarcamos. Y con esto va a acabar mi intervención, repasando lo que yo decía hace un año y pico y lo que hemos hecho.

Digamos que las líneas generales del Insalud eran, lo primero, prioridad en la atención primaria, que se ve en las cifras, para lo cual se ha hecho un plan de creación de centros de salud, con la necesidad de hacer un Decreto —que está publicado hace meses— que le dé la viabilidad jurídica.

En segundo lugar, reforma y mejora de la situación hospitalaria. De acuerdo con ella ya presentábamos, hace días, un borrador, que se basa en los siguientes ejes: estructura de gestión y dirección potencial y complementada; organigrama y líneas de autoridad del centro, casi definidas, y mejora de la estructura y adquisición de los centros; autonomía creciente de los hospitales; criterios de planificación, de acuerdo con las necesidades de la programación de las áreas de salud, y definición de los derechos y obligaciones de los usuarios y enfermos de los centros hospitalarios.

En tercer lugar, criterios de integración con el resto de las redes sanitarias públicas. Hemos avanzado la Ley, estamos haciendo un proceso, lentamente, y lo digo también, entre la ISNA y el Insalud, y al margen de la Ley general.

Decíamos también que íbamos a tener en cuenta el Insalud respecto a las Comunidades Autónomas, y ya he dicho que desde que estamos lo hemos transferido a Andalucía. Hemos resuelto el problema de una deuda pendiente en Cataluña de 21.000 millones de pesetas. Tengo que decir que este Gobierno, junto con la Generalidad de Cataluña, hemos cerrado con un montante espectacular de 52.000 millones de pesetas en un año. Al margen de lo que tocaba, hemos hecho un enorme esfuerzo en el sentido de 52.000 millones de pesetas, y hemos preparado, como les he dicho, todo lo referente a las cuatro Comunidades Autónomas.

Por otro lado, hemos integrado la orientación familiar dentro del Insalud, con un plan que en algún momento ha determinado reacciones, a veces basadas en rumores, pero que cuando los planes se han conocido, las diferencias han disminuido, plan donde a veces se ha tratado de una manera, que a mí me gustaría, como ya he dicho otras veces, resaltar lo que significa de lucha contra la esterilidad, que es uno de los aspectos que con los años, al menos yo personalmente, más positivos voy a encontrar de lo que hemos hecho, porque ha sido un aspecto muy importante, que nunca había sido tocado, y que puede dar lugar a que muchas personas que querían tener hijos y no los podían tener —jamás nadie se había preocupado de que la sanidad pública ayudara a estas personas, en las cuales hay entre un 10 y un 13 por ciento de parejas en España entre veinticinco y treinta y cinco años que quieren tener hijos y no los pueden tener— y nadie se había preocupado nunca de ello, y aun uno ve con escándalo cómo hay gente que habla de estos problemas y aún no hablan de este tema, que afortunadamente

lo hemos integrado en el Insalud, y que no vamos a hacer ni más ni menos que lo que hay, y lo vamos a integrar como un servicio más, que se está haciendo con una enorme suavidad.

Por tanto, estos cinco principios generales creo que los estamos cumpliendo, de la manera más concreta que ahora el Director General del Insalud les va a indicar.

Para acabar, tengo que decir que una de las líneas que estamos pensando en cuanto a la organización es que, posiblemente, el Instituto Nacional de la Salud tendrá que tener alguna reorganización en el futuro; creo que habrá que darle, a su vez, y tal como lo hemos dado a los hospitales, una mayor autonomía desde el punto de vista presupuestario y organizativo. Posiblemente haya que tratarlo más como un Instituto Nacional, con su Presidente, con sus Directores Generales, etcétera, y es algo que aún no está en el nivel de maduración que tenemos del resto del Ministerio, pero también es algo en lo cual estamos pensando.

Y ahora yo pasaría la palabra al Director General del Insalud.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro.

El señor Francesc Raventós tiene la palabra. Le damos también la bienvenida a la Comisión y le rogaría que, dado que ya estamos tan mal de tiempo, si pudiera, se atuviera a un periodo de media hora en su exposición. En todo caso, tiene todo el tiempo que necesite.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Señor Presidente, señoras y señores Diputados, primeramente manifestar que para mí es una satisfacción estar hoy presente aquí, en la Comisión, para poder informar sobre la gestión y funcionamiento del Insalud y, al mismo tiempo, conocer los criterios y las críticas que por parte de los señores Diputados puedan hacer a la gestión del Instituto y, por tanto, poderlos tener en cuenta en la mejora del mismo.

Antes de entrar en la exposición quisiera hacer algunas pequeñas observaciones que permitan enmarcar mejor la intervención que seguidamente voy a desarrollar.

En primer lugar, si analizamos el momento actual, diría que es el punto en un proceso largo de reforma y que, por tanto, habría que evaluar quizá la intencionalidad de que es un momento determinado en el cual se han hecho y se han puesto las bases para todo un proceso de reforma, parte de las cuales empiezan a dar frutos, pero que muchas de ellas los darán en el futuro. Por tanto, un análisis de este tipo habría que hacerlo a una perspectiva un tanto más larga, a un periodo de cuatro años, por ejemplo, que quizá en un momento puntual como éste, pero, no obstante, pienso que con lo que se ha andado ya hay los indicios suficientes para empezar a juzgar la actuación que se está desarrollando en el Instituto.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el Instituto es una entidad gestora de la Seguridad Social y, desde un punto de vista jurídico, está sujeto a una doble dependencia: desde un punto de vista de política sanitaria, al

Ministerio de Sanidad y Consumo y, desde un punto de vista presupuestario y de gestión financiera, al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Yo voy a referirme muy poco a criterios generales de política sanitaria, criterios que ha expuesto repetidamente en esta Comisión el propio Ministro de Sanidad y Consumo, y de los cuales él mismo acaba de hacer hoy ya una pequeña introducción, y, por tanto, voy a referirme básicamente a temas de gestión y de funcionamiento, que, por otra parte, es la comparecencia que se ha pedido.

En esta intervención, y más teniendo en cuenta la premura de tiempo, vamos a tocar sólo algunos aspectos del Instituto y van a quedar otros muchos fuera, porque todos conocemos la amplitud y complejidad del Instituto Nacional de la Salud. No obstante, en intervenciones posteriores podríamos profundizar en cuantos aspectos estimen oportunos.

Unicamente, y para terminar esta breve introducción, hacer referencia a una situación conocida de todos, y es la situación en que se hallaba el Instituto en el momento que la actual Administración asumió esta responsabilidad y, por tanto, las deficiencias de tipo sanitario que existían y que en muchos aspectos siguen existiendo, sobre los cuales estamos trabajando para intentar corregirlas.

Al mismo tiempo, la limitación presupuestaria con que nos hemos encontrado. A pesar de la importancia de los fondos públicos que estamos manejando, es un presupuesto limitado el que estamos gestionando, así como, en su conjunto, una situación administrativa y de otra índole que han dificultado también la gestión en estos períodos de inicio en el Instituto.

Una vez hechas estas pequeñas observaciones, pasaría a entrar ya en el contenido de la intervención, y hacer una primera referencia obligada al artículo 43 de la Constitución, artículo que supone un mandato ineludible en cuanto a la voluntad de reconocer el derecho a la salud de todos los españoles, y a partir de este mandato, por nuestra parte, deriva la necesidad de poner toda la organización sanitaria al servicio del ciudadano. Y esto no debe quedar en una mera declaración formal, sino en una voluntad que debemos saber traducir en la aplicación práctica sanitaria de realmente poner toda la organización sanitaria, en este caso el Insalud, al servicio de los ciudadanos.

Para traducir la gestión y el funcionamiento del Instituto, debemos de partir también del conjunto de voluntades que orientan nuestra actuación. En primer lugar, una voluntad clara de solidaridad sanitaria en el sentido de la distribución de recursos. Conocemos todos, y comentaremos después, los grandes desequilibrios que existen en la asignación de recursos sanitarios, y, por tanto, expresamos nuestra voluntad, en aplicación del principio de solidaridad, de ir corrigiendo estas desigualdades. Queremos manifestar también que en la gestión sanitaria no deben existir fronteras sanitarias y, por tanto, con independencia de la organización política y administrativa de este país, el principio de atender al ciudadano desde

el punto de vista sanitario, donde la sanidad esté lo más cerca posible, pienso que hay que tenerlo en cuenta en esta voluntad de que no existan fronteras sanitarias en atender al ciudadano.

Estamos tendiendo a la universalización de la prestación sanitaria y, en este caso, en el año 1984 se da un paso importante con la incorporación de los autónomos, lo cual va a suponer un aumento aproximadamente de un 7 por ciento en la prestación, situándose ya alrededor del 93 por ciento. Queremos, y estamos luchando por ello, tener una sanidad pública más eficaz y eficiente, y esto hemos de traducirlo también en la actuación que estamos desarrollando.

A partir de estos principios y de la política que emana del Ministerio hemos definido, pues, una estrategia de actuación, tanto en los ámbitos sanitarios como en los económicos. Hemos intentado compatibilizar estas estrategias, porque todos sabemos que no siempre coinciden los intereses desde el punto de vista sanitario y económico, pero precisamente hemos intentado buscar un equilibrio en dichas estrategias para encontrar la compatibilidad.

A nivel de estrategia sanitaria, hemos fijado dos objetivos muy sencillos: el primero, mejorar la calidad sanitaria que presta el Insalud, y, en segundo lugar, y lo he dicho ya antes, poner la organización sanitaria del Insalud al servicio del ciudadano. Esto, traducido en una triple línea de actuación. En primer lugar, introducir mejoras en la prestación sanitaria que estamos dando, a partir de los recursos sanitarios de que hoy disponemos. El Insalud tiene una potente red asistencial, que ahí está y, a través de la mejora de esta red, debemos dar ya de inmediato mejoras de servicios a los ciudadanos. Una segunda línea de actuación es ir adecuando la actuación del Instituto a los criterios de reforma sanitaria que el Ministerio va aportando, y, por tanto, modificar paulatinamente la estructura del Insalud, de acuerdo con los nuevos criterios que emanan del Ministerio. En tercer lugar, y a ello ya se ha referido el Ministro, desarrollar una política para prepararnos para las transferencias a las Comunidades autónomas en el momento oportuno.

Si nos referimos a una estrategia económica, nosotros partimos del principio, al menos a corto plazo, de que no prevemos muchos más recursos para el ámbito sanitario del Insalud y que, por tanto, todo el desarrollo de mejora en la actuación del mismo y toda la aplicación de principios de reforma sanitaria se han de gestionar a partir de la mejora en la gestión de los recursos de que dispone el Instituto actualmente.

Evidentemente, ésta no es la situación que más deseáramos, pero, a partir de un realismo y de un posibilismo, es la estrategia económica que tenemos pensada, con independencia de que, si en futuros presupuestos se asignasen mayores recursos, intentaríamos gestionarlos lo mejor posible también para dar un mayor nivel de atención sanitaria.

Evidentemente, unos presupuestos limitados suponen y configuran una estrategia de máximo rigor y aplicación de austeridad y racionalidad económica en toda la toma

de decisiones que constantemente estamos aplicando y, por tanto, también en la necesidad de ir incorporando, progresivamente a todo el sistema, criterios de eficacia y de eficiencia, y, por consiguiente, aplicar técnicas cada vez más avanzadas en criterios, por ejemplo, de coste-eficacia, coste-beneficio, que precisamente permitan racionalizar la toma de decisiones.

¿Cómo se va a aplicar en la práctica esta estrategia de tipo sanitario que acabamos de apuntar? En primer lugar, quiero hacer una referencia a que la razón de ser del Instituto —y no queremos perder de vista esto ni un momento, a pesar de las limitaciones económicas— es dar una adecuada atención sanitaria a los 35 millones de españoles, que es la población protegida que tiene actualmente el Instituto. En este aspecto, con independencia de las iniciativas que se vayan poniendo en marcha en un presente o en un futuro, nosotros vemos ya la necesidad de actuar con los recursos que tenemos. Por tanto, se abre una doble línea de actuación, en el sentido de mejorar la atención sanitaria que tenemos en nuestros actuales ambulatorios, consultorios, hospitales, etcétera, y también ir incorporando estos nuevos conceptos a los que me he referido antes.

Si entramos ya en el campo de la atención primaria, en el cual los recursos de que hoy disponemos también son importantes (el Insalud tiene hoy 801 consultorios, 320 ambulatorios y 369 servicios de urgencia, es decir, que tenemos casi 1.500 centros de atención primaria), el proceso que estamos desarrollando en esta línea pasa por el desglose de una serie de programas de actuación. Al primer grupo de programas de actuación le denominamos de mejora física y dotación técnica en nuestros ambulatorios y consultorios. En este aspecto, voy a referirme únicamente al ámbito de gestión directa del Instituto y, por tanto, voy a excluir los programas de actuación que puedan desarrollar en este momento la Generalidad de Cataluña o la Junta de Andalucía, cuyas competencias ya tienen transferidas.

En nuestro ámbito de actuación estamos haciendo ya unos programas de acondicionamiento físico de nuestros locales, ambulatorios y consultorios, y para el año 1984 vamos a acondicionar 250 consultorios y 100 ambulatorios, con un programa de 1.500 millones de pesetas, para hacer que los que están más deteriorados se acondicionen y se mejoren de cara a la asistencia que están prestando.

Desde un punto de vista de mejora técnica, estamos desarrollando un plan de radiología, en el cual vamos a incorporar en 50 de nuestros ambulatorios, con un coste de 1.000 millones de pesetas, unos equipos de radiología que permitan dotar a aquellos que no los tienen. En el mismo nivel estamos dotando a 50 ambulatorios de planes de laboratorios modernos que, con un presupuesto de 750 millones de pesetas, van a potenciar también este tipo de funciones en nuestros centros. Hemos puesto en marcha también unos programas de rehabilitación por 215 millones de pesetas, que estamos desarrollando. En definitiva, un programa de acondicionamiento y mejora

de los ambulatorios y consultorios que hoy tenemos por 3.465 millones de pesetas.

Con este programa, y teniendo en cuenta que parte de nuestros ambulatorios y consultorios ya están en las debidas condiciones, podemos afirmar que en el año 1986 toda la red de atención primaria del Insalud, todos sus ambulatorios y consultorios, reunirán las condiciones técnicas y físicas adecuadas para dar una buena atención primaria a los ciudadanos.

Vamos a ver ahora otro bloque de programas de mejora de la atención primaria en los ambulatorios y consultorios, pero ya intrínsecos a la atención que estamos dando. En primer lugar, estamos poniendo mucho énfasis en un tema elemental, pero difícil, cual es que se cumplan los horarios que legalmente están establecidos. Si esto no se ha hecho en el pasado, o no se ha avanzado más en esto, muchas veces ha sido por dificultades de tipo físico, de falta de locales y, en algunos casos, de dotaciones de personal. Nosotros pensamos que en el año 1984 este programa estará en la práctica totalmente desarrollado, si no totalmente, en buena parte desarrollado, con lo cual, esto supondrá una ampliación de las horas de consulta y de visita a los pacientes y, por tanto, una mejora en la atención y una desmasificación.

Se ha introducido ya en toda España, excepto en este caso en Cataluña, la libre elección de médico, que en algunas áreas ha supuesto avances importantes y flexibilización del sistema. Se está desarrollando la citación previa para consultas de especialistas en nuestros centros, lo cual supone también una desmasificación y, al mismo tiempo, una mayor comodidad para el ciudadano. Hemos implantado también en muchos centros la cartilla para enfermos crónicos, lo que supone una comodidad para el paciente y, evidentemente, para el propio médico. Hemos simplificado con carácter general los procesos administrativos, aunque en este campo habrá que seguir avanzando, y hemos ampliado horarios de ambulatorios y consultorios, desdoblado la jornada —muchas veces atendían sólo por la mañana— por la mañana y por la tarde, lo cual permite una desmasificación y también una mejora de atención.

Hay que entender este conjunto de medidas como un proceso de medidas que estamos desarrollando. Por tanto, hemos iniciado unas pruebas piloto en algunos aspectos y en algunos ambulatorios. Este programa va a tener una duración de varios ejercicios. En concreto, 1985 puede ser un año de un gran avance, pero en el año 1984 se ha puesto en marcha la mayoría de estos programas.

Hay una filosofía que también estamos defendiendo, nos parece muy importante la mejora del modelo, y es acercar la atención sanitaria al ciudadano. En este aspecto hay dos tipos de medidas que nos parecen importantes en el desarrollo de esta filosofía. Por un lado, estamos haciendo unos programas de extracción periférica de sangre para evitar que el ciudadano tenga que desplazarse desde los medios rurales a nuestros ambulatorios, y hemos organizado, en núcleos importantes de población, la extracción periférica de sangre, porque entendemos que es mucho más sencillo, y realmente presta un

mejor servicio, el que se desplacen las muestras y no los pacientes. En este aspecto se hace ya la extracción en estos núcleos, circulan las muestras y, finalmente, se analizan en nuestros laboratorios centrales de ambulatorios y luego se vuelven a remitir los resultados.

También, desarrollando esta filosofía de acercar la atención al ciudadano, teníamos pendiente de firma —la práctica ya está estudiada— una Orden que va a permitir los desplazamientos de especialistas al medio rural. Pensamos que para algunas especialidades hay que establecer un calendario de desplazamiento para que en ciertas localidades, una vez a la semana o una vez cada quincena, en función de la especialidad, sea el médico el que se desplace y no tengan que ser precisamente los ciudadanos.

En cuanto a la incorporación del nuevo concepto de reforma sanitaria, y en concreto de los centros de salud, tenemos un plan de puesta en marcha de centros de salud para el año 1984. Concretamente, sin contar Andalucía y Cataluña, vamos a poner en marcha este año 205 centros de salud. Como cifras importantes, vale la pena destacar que en Castilla-León se van a poner en marcha 34 centros de salud y en Galicia 25, para poner unos ejemplos. Evidentemente, yo tengo aquí la relación uno por uno; son centros perfectamente establecidos y si posteriormente se solicita aclaración de cuáles son, con mucho gusto podremos profundizar en este aspecto.

Pensamos que la puesta en marcha, ya en el año 1984, de 205 centros de salud, algunos nuevos y algunos transformados, va a suponer un primer paso importante en la aplicación del nuevo concepto de salud en todo el receso de reforma sanitaria.

También estamos poniendo en marcha un programa de centros de orientación familiar, y en este año 1984 el Insalud, en su ámbito de competencia, va a poner en marcha 38 centros, ocho de los cuales en Galicia, cinco en Castilla-León, cuatro en Castilla-La Mancha y cuatro en Aragón, por citar algunos ejemplos.

Pasemos seguidamente a cuál es la actuación que estamos desarrollando en el campo de la atención hospitalaria. En primer lugar, y como punto de partida fundamental, tuvimos que hacer una evaluación de recursos hospitalarios, porque el Insalud —hay que decirlo porque es cierto— desconocía el número de camas que estaba gestionando y lo primero que hemos tenido que saber es cuántas camas tenía el Insalud. Se sabía con aproximaciones, pero bastante burdas, y hemos tenido que hacer una valoración de recursos y, a partir de aquí, definir una política de asignación de recursos en función de los principios de solidaridad y de voluntad de redistribución de recursos a que antes me he referido. En este aspecto se han definido unos parámetros orientativos, cuales son el establecer que para una debida atención sanitaria en el contexto socio-político y sanitario actual el Insalud debería poder garantizar una asistencia del orden de 2,5 a tres camas por mil habitantes para enfermos agudos y 0,5 camas, aproximadamente, para procesos de larga estancia. Nos vamos a fijar un parámetro entre 3 y 3,5 camas necesarias para dar la debida atención sanitaria.

El Insalud tiene actualmente 56.266 camas y tiene en construcción 10.207, es decir, 66.473 camas tendrá en un futuro próximo el Instituto, a las cuales habría que añadir las de las instituciones administradas por el Insalud, que básicamente son los hospitales clínicos y algún hospital más, que suman 11.431 camas y, por tanto, nos situamos en 77.904 camas. Esto equivale a un ratio de 2,4 camas por mil habitantes y, por tanto, no muy distante de este nivel de atención que definimos como el que debe garantizar el Instituto. No obstante, hay que decir que estas camas no están regularmente distribuidas, hay grandes desequilibrios en la asignación de recursos hospitalarios y así, si hemos dicho que entre 2,5 y 3 sería el índice normal en el que debíamos movernos en camas de agudos, tenemos provincias españolas como Valladolid, que tiene un índice de 4,39; Salamanca, 3,88; Alava, 3,64; Asturias, 3,18; Castellón de la Plana, 3,17, o Madrid, que tiene 3,07. Pero al mismo tiempo hay provincias españolas que tienen una dotación muy por debajo de los índices que hemos marcado: Albacete tiene 1,49 camas y por eso estamos, en colaboración con la Comunidad Autónoma, en disposición de que se haga un hospital en Hellín para corregir este tipo de desequilibrios; en Pontevedra, con un ratio de 1,68 y por eso se ha cedido la construcción de un segundo hospital en el área de Vigo; o en Las Palmas de Gran Canaria, cuyo ratio, 1,77, ha aconsejado también reforzar la dotación y por eso se va a construir un hospital en Lanzarote.

Por tanto, estos son los recursos de que disponemos y estos son los desequilibrios. A partir de aquí hemos fijado unos criterios para fijar nuevos hospitales, y en este aspecto hay que decir, primero, que deberán hacerse muy pocos hospitales más en España, porque en general se dispone de casi suficiente número de recursos hospitalarios. Yo diría que, si hay que hacer algunos hospitales, serán pocos y serán hospitales de tamaño reducido para regularizar algunos desequilibrios, especialmente en comarcas que han estado muy desasistidas. He mencionado los desequilibrios que existen a nivel provincial, pero es que dentro de las mismas provincias un desequilibrio permanente es que todos los recursos hospitalarios normalmente están concentrados en la capital de la provincia y las zonas rurales están muy desasistidas, y es en este aspecto donde habrá que hacer un esfuerzo de dar dotaciones a algunas áreas comarcales que realmente, desde un punto de vista técnico-sanitario, se justifican.

De los hospitales en construcción, como he dicho, son 10.207 camas. Las Comunidades Autónomas que tienen más hospitales en construcción en este momento serían la Comunidad Valenciana, con 1.528; el País Vasco, con 1.310; Madrid, con 1.250, y Galicia, con 1.124, por mencionar unos casos.

Como resumen del tema de la dotación hospitalaria, nosotros tenemos en este momento diez hospitales con la obra terminada que se están equipando y que, por tanto, podrá ser inaugurados básicamente a lo largo de 1984. Estos diez hospitales totalizan 2.093 camas. Tenemos 14 hospitales en ejecución de obra que se terminarán en los años 1985 y 1986 y que importan 3.103 camas; tenemos

11 hospitales en los cuales se está ampliando el número de camas que tienen y que se terminarán en los próximos tres años, con 1.757 camas; tenemos 14 hospitales en remodelaciones importantes, que no modifican sustancialmente el número de camas, y tenemos 14 hospitales de nueva construcción, que suponen 1.030 camas, y aquí no sumo, evidentemente, las de Cataluña y Andalucía. En total, en este momento, el Insalud tiene 49 hospitales en su ámbito de competencia que están creándose nuevos o ampliando el número de camas, 14 hospitales remodelándose con obras importantes y estamos construyendo 29 nuevos hospitales, es decir, donde no había ninguno. Por tanto, a partir de todo este programa de construcciones, pensamos que España estará dotada ya de una buena estructura hospitalaria, la cual merecerá únicamente pequeñas correcciones o rectificaciones de desequilibrios que puedan existir.

No voy a alargarme hablando de las camas de larga estancia, prácticamente el Insalud no las tiene y las concierta con otras instituciones básicamente públicas. La política de concertación que está siguiendo el Instituto es de optimización de los recursos propios. Es evidente que no tiene ningún sentido que el Instituto concierte la prestación de servicios con medios ajenos cuando tiene sus centros en algunos casos con baja ocupación. La política que está siguiendo el Instituto en este caso es, primero, optimizar los centros propios del Insalud; en segundo lugar, los centros públicos; en tercer lugar, los centros benéficos privados, y, en cuarto lugar, los centros privados. De todas maneras, al tema de la concertación me referiré más adelante.

¿Cuáles son las mejoras en atención hospitalaria que hemos ido introduciendo? Hay dos líneas de actuación: una, a la que se ha referido el Ministro, la reforma hospitalaria, en la cual no voy a entrar para no alargarme más, creo que es suficientemente conocida...

El señor PRESIDENTE: Señor Director General, permítame que le haga una interrupción. Creo que el tema está siendo muy interesante. Me apuntaba el señor Ministro que él no tendría inconveniente en venir esta tarde, incluso, para seguir hablando del tema. Con objeto de que usted no tenga tampoco ninguna restricción mental de tiempo, ¿podría venir esta tarde? (*Asentimiento*.) En ese caso, yo creo que los Diputados con mucho gusto escucharían a lo largo de toda la mañana una intervención amplia y podríamos esta tarde entrar en el turno de preguntas, si no hay ningún inconveniente por parte de algún Grupo Parlamentario. Me parece que el tema es de la suficiente entidad como para que no tenga que restringirse en este momento y lo exponga con toda la amplitud que desee.

Perdone la interrupción, pero creo que era importante decirlo y puede usted tomarse todo el tiempo que necesite.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Se lo agradezco, señor Presidente, porque realmente estaba intentando abreviar, pero pienso que

vale la pena que, aprovechando esta comparecencia, la hagamos lo más pausada posible.

En el tema de la mejor atención hospitalaria hay una doble línea de actuación: una, la que podríamos decir inmediata, la actuación con los recursos hospitalarios de que disponemos, y otra más de cara al futuro, que es precisamente la aplicación de la reforma hospitalaria en nuestros centros, a lo cual se ha referido el Ministro. ¿Cuáles son las características básicas de esta reforma hospitalaria que van a configurar el modelo de futuro —y no muy futuro— de gestión de nuestros centros? En primer lugar, se definen dos niveles sustanciales: uno de atención primaria y otro de atención hospitalaria, y dentro de la atención hospitalaria hay dos niveles hospitalarios: uno de atención hospitalaria general básica, que es la que podríamos dar a una configuración de hospitales comarcales, y, en segundo lugar, unos hospitales, que llamaría más complejos, que deben tener un número adecuado de especialidades en función de la patología que deban cubrir en el área de referencia.

Una pieza esencial de la reforma hospitalaria será, primero, crear equipos de dirección —y no hablo de Directores, sino de equipos de dirección— que tengan mucha mayor autonomía y capacidad de gestión, y, por tanto, responsabilidad. Habrá que fijar unos objetivos sanitarios y económicos claros para el centro, que tiendan, evidentemente, a la mejora del funcionamiento del mismo en todos sus aspectos. Habrá que poner mayor énfasis en la mejora de la calidad asistencial, creando las comisiones de control de calidad adecuadas, a las que luego también me referiré.

Habrà que buscar una mayor vinculación de los médicos al propio hospital, lo cual pensamos que podrá conseguirse con todo el sistema de acreditaciones que se va a desarrollar, con el tema de la jornada partida que se prevé —jornada de mañana y tarde—, con la incentivar profesional que debe de existir. Se va a fomentar también la docencia e investigación, que entendemos es una pieza clave de la mejora de todo el sistema hospitalario. Pondríamos mucho énfasis en todos los aspectos que supongan la humanización de la asistencia que se da en nuestros centros, y se harán esfuerzos importantes en la profesionalización de todo el personal.

Pero mientras se aplica y se generaliza la reforma hospitalaria —en el año 83 hemos realizado ya un conjunto de actuaciones que tendiesen a la mejora del funcionamiento de nuestros hospitales y vamos a seguirlo haciendo—, se ha tendido a una integración de los servicios de urgencia al hospital. Pensamos que hay muchas áreas en las que no está justificado y supone una gran descoordinación y un perjuicio para el ciudadano el que los servicios de urgencia estén totalmente desvinculados de los hospitales. Esto es válido para provincias, yo diría, de nivel de población medio o bajo, pero quizá no sea tan válido ya para los grandes núcleos urbanos.

Al mismo tiempo, se ha intentado una coordinación mayor de la atención primaria y hospitalaria, ya que sabemos que un defecto importante que tiene la asistencia actual es que la atención primaria no actúa de filtro

adecuado para remitir al hospital aquellos enfermos que realmente así lo requieran, sino que muchas veces nuestros hospitales actúan de ambulatorios de lujo, de ambulatorios de altísimo coste para patologías que no lo requieren.

Hemos actuado —y es algo que nos preocupa mucho— en el tema de las listas de espera; es motivo de gran preocupación por nuestra parte. Lo primero que se ha hecho ha sido identificar los puntos negros de listas de espera que tenemos. Podemos decir que tenemos ya identificados nueve hospitales en España, cuyo problema de listas de espera podemos calificar de grave, y entendemos por grave listas de espera de más de un año. Por tanto, esta definición de puntos negros nos parece importante porque es a partir de aquí de donde podremos empezar a actuar. No son estas esperas generales ni de centros, son de algunas especialidades. ¿Cuáles son las especialidades en las cuales tenemos más listas de espera y más problemas y que, por tanto, debemos abordar? Son especialidades muchas veces un tanto, vamos a decirlo así, no generales, como podrían ser la cirugía maxilofacial, la cirugía plástica, la alergia, la reumatología. Pero luego tenemos también patologías de tipo general en las que también tenemos lista de espera en algunos casos, como puede ser la oftalmología. Por tanto, yo diría que hemos identificado el problema. Sabemos en qué situación se hallan los centros, sabemos las especialidades en que hay problemas y estamos actuando para corregir esas desviaciones que realmente nos preocupan, porque es una desatención sanitaria importante a los ciudadanos.

Hemos procedido ya —y estamos desarrollándolo ya a partir de una normativa que ha publicado el Ministerio de Sanidad y Consumo— a la jerarquización voluntaria de los especialistas de ambulatorio en nuestros hospitales. Pensamos que esto va a permitir una mejor coordinación y una mejor profesionalización en la actuación, lo cual será útil de cara a la mejora de la atención que prestamos. Estamos desarrollando también una política de integración funcional paulatina de los especialistas quirúrgicos de cupo al hospital, dentro de esta voluntad de coordinación también de toda la especialidad hospitalaria y extrahospitalaria. También en esta línea estamos desarrollando un método de humanización de la asistencia, a la cual, por su importancia, me referiré globalmente con posterioridad.

¿Cuáles han sido los resultados que el Instituto ha conseguido en algunos aspectos y que así lo demuestran los indicadores funcionales hospitalarios? Nosotros pretendemos, cada vez más, referirnos a temas objetivos y, por tanto, a partir de indicadores, y no tanto a temas cualitativos, que siempre permiten valoraciones subjetivas. En este aspecto yo podría decir que el índice de ocupación de nuestros centros, que en el año 82 estaba en el 70 por ciento, en el año 83 aumentó ligeramente poco, porque la actuación se ha hecho mucho más en la segunda parte del año, y nos hemos situado alrededor del 72 por ciento, y en el primer trimestre del año 84 estamos situados en el 81 por ciento. Hay que hacer la observación —y eso es de todos conocido— de que en el primer semestre del

año, la asistencia es mayor y, por tanto, los indicadores suelen ser más elevados. Pero el paso que se ha dado en la mejora de la ocupación de nuestros centros es importante.

También se ha progresado mucho en el tema de los indicadores de estancia media. Mientras en el año 1982, la estancia media era de diez días, en 1983 se fijó en 9,1 y en el primer trimestre del año 84 se ha reducido al 8,3; la rotación ha sido en el año 82 de un 2,1; en 83, de un 2,3, y en el primer trimestre del 84, un 2,9. Es decir, que todos estos indicadores están hablando de una mejor optimización de los recursos del propio Instituto. Pero yo diría que, para seguir en la línea de optimización y de actuación en los mismos, hay un tema que nos parece de gran importancia.

Nosotros tenemos en este momento un conocimiento claro de los rendimientos de todos los servicios hospitalarios del Insalud; nosotros sabemos, servicio por servicio, de todos nuestros centros qué rendimiento están sacando, y yo les puedo asegurar que hay muchos casos en los que hay rendimientos muy bajos; también hay casos de rendimientos correctos y perfectamente adecuados, pero en muchos casos, el rendimiento es muy bajo. Esta información nos ha sido muy útil y preciosa para la toma de decisión de las plantillas que hay que cubrir, porque antes muchas veces se dotaban las plantillas y las vacantes en función de las informaciones o desinformaciones que existían, cuando en este momento pueden tomarse las decisiones con buen conocimiento de causa.

A efectos de todos estos temas es interesante conocer también un índice indicador importante, que es la frecuentación hospitalaria, que se está desarrollando en este momento alrededor del 75 u 80 por ciento, según los distintos centros. Esta ha sido un poco la actuación que hemos desarrollado hasta hace poco.

En el mes pasado iniciamos ya unas reuniones con todos los directores de hospitales, con todos los jefes de enfermería y con todos los administradores de nuestros centros, desarrollando este concepto de equipo de dirección de los centros a los cuales se les ha presentado lo que denominamos «nuevo modelo de gestión hospitalaria». Las presentaciones que se han hecho —se han hecho distintas para poder hacer reuniones más o menos restringidas y poder, por tanto, entrar en un debate en profundidad— pienso que han supuesto y van a suponer un cambio importante en la manera de dirigir los hospitales del Insalud.

El principio básico que ha inspirado el nuevo modelo de gestión hospitalaria que estamos desarrollando es el de cambiar el concepto de administrar nuestros centros por el de gestionar nuestros centros. Este concepto es capital; antes se seguía esta filosofía puramente administrativa, lo cual supuso que nuestros centros estuviesen totalmente carentes de dotación de técnicos administrativos y de gestión, así como de recursos para los mismos; por tanto, partir de la implementación del criterio de gestionar implica, por un lado, dotar de recursos humanos, de profesionales preparados y, por otro, proporcionar recursos técnicos, como puede ser la informatización,

que es imprescindible para empresas de la envergadura de nuestros hospitales.

En segundo lugar, hay que crear una infraestructura de información homogénea para que los datos que nos sirvan de referencia sean homogéneos, comparativos y, por tanto, gestionables a nivel agregado. Estas cosas, que parecen elementales, realmente no existen y hay que hacer un esfuerzo para ponerlo al día.

Se desarrolla el concepto de introducción sistemática del control de calidad, porque entendemos que es un proceso fundamental para la mejora de la atención que se debe desarrollar en nuestros centros. ¿Qué entendemos por control de calidad asistencial? En primer lugar, hay que hacer un análisis del proceso asistencial, siempre en términos objetivos, para evitar valoraciones subjetivas o juicio de valor. Nos vamos a basar, primeramente, en todo el sistema de estadísticas clínicas y en la valoración cuantitativa de las historias clínicas. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que vamos a medir, a través de las historias clínicas y de los procesos desarrollados, las tasas de mortalidad general y postservicios, los porcentajes de necropsias, las tasas de cirugía innecesaria, las tasas de infecciones quirúrgicas, etcétera. Disponiendo ya de estos datos, vamos a crear y potenciar las comisiones de calidad formadas por el personal facultativo y directivo para que le permitan analizar con profundidad cada una de las comisiones. Porque ¿qué pasa con las historias clínicas, la comisión de mortalidad, la de tejidos, de las infecciones, etcétera? Es decir, queremos que se pueda profundizar en la calidad de la asistencia que estamos prestando, pero siempre en términos de objetividad, ya que es el único punto de referencia con rigor para avanzar en estos campos.

En segundo lugar, vamos a desarrollar un análisis de los resultados asistenciales. Hemos puesto en marcha una encuesta de poshospitalización preguntando a los pacientes que han pasado por nuestros centros cuál es el criterio que les ha merecido la atención que han recibido en distintos aspectos. De los resultados de este tipo de encuestas poshospitalizadoras, podremos sacar consecuencias para mejorar el funcionamiento de nuestros hospitales.

Hemos puesto también —y luego me referiré a este tema— un servicio de atención del paciente que, en función de las informaciones que nos dan, nos permiten también mejorar el control de calidad de nuestra asistencia.

Pieza clave de la atención hospitalaria es fijar objetivos asistenciales y económicos. En este aspecto hemos orientado —y digo orientado, porque estas cifras nunca son cifras cerradas— a nuestros Directores diciéndoles que un índice de ocupación correcto entendemos que está alrededor del 85 por ciento. Hemos dicho que la estancia media oscila de seis a catorce días, depende del tipo de especialidad, y como media ponderada hemos fijado unos nueve días. Hemos dicho también que la rotación debe estar alrededor o por encima de tres. Aquí yo podría alargarme con una serie de indicadores y «ratios» que les

hemos dado para que ellos mismos puedan medir los resultados que están consiguiendo.

Finalmente, una vez más, el nuevo modelo de gestión hospitalaria hace referencia a la humanización de la asistencia.

Hay otros programas sanitarios, ya fuera del ámbito estrictamente hospitalario. Estamos dando mucha importancia al plan de diálisis que, como todos sabemos, es un problema importante que tiene nuestro país, como otros, y, por tanto, estamos intentando actuar en relación con él. En España hay 230 enfermos con insuficiencia renal crónica por millón de habitantes. Esta es una cifra normal si la comparamos con la de otros países, Alemania tiene 246, Francia, 223, Italia, 218, quizá la única excepción a estas cifras será el Reino Unido —luego comentaremos el porqué— u Holanda, que también comentaremos. En España teníamos al final de año 8.698 enfermos de insuficiencia renal crónica; en el año 1983 se han hecho 700 trasplantes —si queremos datos más exactos, 698—, y, aparte de que ha habido una cierta mortalidad, el aumento de incidencia anual se calcula alrededor del 10 por ciento. Es decir, que tenemos una situación casi estabilizada de «stocks» de enfermos de insuficiencia renal crónica. A medida que aumenta el nivel de trasplantes —y en el año 1984 confiamos en que puede aumentar—, podríamos estabilizar ya el nivel de enfermos en esta especialidad. El Insalud disponía, a final de año, de 625 puestos de diálisis en todos sus centros, cubriendo el 35 por ciento de los enfermos totales. Un 8 por ciento más lo cubren otros centros públicos y el 56 por ciento lo cubren centros privados. La política que está desarrollando el Instituto en el año 1984 es la de instalar en nuestros centros 350 riñones más, es decir, un aumento del 56 por ciento, con lo cual el Insalud al final de este año podrá cubrir el 50 por ciento de todos los enfermos que se tratan a su cargo. Pensamos que esta mayor dotación de riñones a nuestros centros va a suponer una mejora importante en la atención que reciben —en algunos casos, no en todos— los enfermos que se están tratando en otros centros.

Quisiera poner un poco de énfasis también en que sólo en alguno de los aspectos a los que me he referido se ha podido llegar a esa mejora sanitaria a través de una voluntad política y que dicha voluntad política se tradujo ya en el momento de hacer los Presupuestos. El señor Ministro se ha referido ya a los cambios de la estructura presupuestaria en que se hallaba el Instituto, y ahí es donde mejor se expresa esa voluntad política de asignar recursos y, por tanto, de desarrollar algunos aspectos.

En el Presupuesto del año 1984 respecto a la liquidación del año 1983, el Insalud aumenta únicamente un 3,6 por ciento, por tanto, es un aumento muy reducido; pero si la media general aumenta un 3,6 por ciento, en atención primaria vamos a aumentar este año un 21,9 por ciento. Se ve que se está poniendo un énfasis extraordinario en el ámbito de la atención primaria.

En la atención hospitalaria aumentamos ligeramente por debajo de la media, un 2,3 por ciento; en investigación y docencia se hace un gran esfuerzo aumentando un

42,7 por ciento, y otra área donde también hacemos un gran esfuerzo es el área de la Administración general, informatización y gestión, que aumenta un 43 por ciento, porque entendemos que es la pieza clave del buen funcionamiento de nuestros centros: que tengan personal preparado, profesionalizado y que tengan unos instrumentos de informática que nos permitan esta gestión.

Yo he dicho las cifras que suben, pero, evidentemente, hay que decir también las que bajan. En el ámbito de conciertos, la previsión es que este año van a aumentar un 4,8 por ciento, y la prestación farmacéutica aumentará un 9,1 por ciento, aunque, como ha indicado el señor Ministro, tenemos una desviación en prestación farmacéutica y este porcentaje será menor del que estamos indicando.

Para cerrar el capítulo de la atención en general y de la estrategia sanitaria que estamos aplicando, quisiera hacer una referencia —me parece obligada— a un concepto fundamental dentro de la atención sanitaria del Instituto. Es el concepto de la humanización de la atención sanitaria. Yo diría que en el sistema sanitario actual del Insalud —y casi en general, y no es un problema específico nuestro ni de España— es un problema a nivel internacional que ha denunciado la propia Organización Mundial de la Salud— tenemos dos grandes déficit, por un lado, la masificación en algunos de nuestros centros y, por otro, la deshumanización en la atención que prestamos. Por tanto, vamos a poner gran énfasis en ir mejorando estos aspectos.

En primer lugar, la pieza fundamental es ya la proclamación de la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, que, definitivamente, debe aplicarse en nuestros centros, y esperamos que se aplique pronto; a continuación me extenderé un poco más en este punto. ¿Qué es lo que dice la Carta de Derechos y Deberes del Paciente? En primer lugar, les decimos que tienen derecho a una atención sanitaria integral de sus problemas de salud; que no han de tener discriminación por razones de tipo social, económico, moral o ideológico; que tienen derecho a la información completa y continuada del diagnóstico y del proceso sanitario; que deben tener una libre determinación entre las distintas opciones que les presente el responsable médico; que tienen derecho a negarse al tratamiento; que tienen derecho a tener su historia clínica; que tienen derecho a que no se realicen en su persona investigaciones o experimentos sin dar, previamente, su consentimiento; que tienen derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos; que tienen derecho a unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene y alimentación y el respeto a la intimidad, y que tienen derecho a presentar quejas, reclamaciones y sugerencias.

Estos son algunos de los aspectos de los derechos del Código de Derechos y Deberes, y vamos a hablar también de deberes, porque tienen su contrapartida. En primer lugar, como deberes, se prevé el cumplir las normas que estén establecidas en cada centro, el tratar con respeto al personal, el cuidar de las instalaciones que sirven para

su atención y el exigir que se cumplan sus propios derechos.

Publicar una Carta de Derechos y Deberes del Paciente es una cosa muy sencilla. Conseguir que se cumpla, es algo más difícil. Y, por eso, no hemos querido hacer todavía la publicación, por decirlo así, oficial, de esta Carta de Derechos y Deberes del Paciente, sino únicamente anunciarla, porque pretendemos que, a partir del momento en que se publique, se ponga en marcha de forma inmediata y con plena eficacia. En este sentido, estamos tomando una serie de iniciativas en nuestros hospitales. Estamos reorganizando algunos aspectos que nos van a permitir que esta Carta de Derechos y Deberes no quede en una mera declaración de intenciones, sino que pueda adquirir su plena eficacia. Estamos reorganizando los servicios de admisiones de nuestros hospitales, y queremos que todos tengan un servicio de admisiones único, centralizado, las veinticuatro horas del día, para que haya un conocimiento perfecto de la situación del centro. Pensemos en la importancia que tiene esto, no sólo para la atención del centro, sino también para una buena coordinación de los servicios de urgencia y para evitar sucesos que pasan a veces, cuando un enfermo va a un hospital, donde no hay camas, y luego hay que mandarlo a otro, y es por una falta de coordinación y de un buen funcionamiento de los servicios de admisión. Eso permitirá, al mismo tiempo, avisar con anticipación suficiente a los enfermos y evitar estas estancias largas en nuestros centros para preoperatorios. Algunas veces tenemos enfermos que han de estar más de siete días en nuestros centros por falta de un buen servicio de admisión. Por tanto, a partir de aquí podremos hacer una buena asignación de listas de espera, cuando las haya, y fijar unas fechas, asignar camas, planificar la atención, etcétera.

Vamos a crear un servicio de atención al paciente, porque queremos que el paciente, cuando entre en nuestros centros, se sienta debidamente atendido y debidamente protegido, si esta es la palabra necesaria. Y, por tanto, el servicio de atención al paciente va a tener como misión fundamental la acogida y orientación del paciente y familiares que se hallen en nuestros centros. Les va a informar del funcionamiento de nuestros centros, de cuáles son las reglas, los horarios, de dónde están los distintos servicios, para que sepan exactamente con qué pueden contar y qué servicio estamos prestando. Vamos a conocer las propuestas y sugerencias que nos quieran hacer llegar, y vamos, evidentemente, a canalizar sus reclamaciones, que serán estudiadas una por una y serán contestadas, por escrito, una por una, firmadas por el Director del centro.

Y un tercer elemento que nos parece también clave en la humanización es el crear en todos nuestros hospitales una comisión de humanización de la asistencia, cuyo objetivo fundamental, precisamente, es velar por el cumplimiento de la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, y aquí estarán representadas todas las personas que tengan capacidad de decisión en ámbitos que afecten directamente a la humanización. Y otro objetivo es cuidar ya aspectos mucho más específicos que puedan mejorar

la calidad de la asistencia que estamos prestando y que pueden parecer triviales, pero que son muy importantes, como la dieta alimentaria, temas de hostelería, visitas de familiares, información al paciente, etcétera. Por tanto, la humanización es un tema en el cual hemos puesto mucho interés, y en el futuro vamos a seguir poniéndoselo, porque entendemos que es precisamente y en buena parte a través de este concepto cómo los pacientes van a notar un cambio fundamental en el funcionamiento de nuestros hospitales y nuestros centros de atención primaria.

Y con esto yo terminaría la exposición de lo que denominaba aplicación, en la práctica, de una estrategia sanitaria. Y ahora voy a referirme ya también a la aplicación práctica de una estrategia económica y que supone, por tanto, y en definitiva, la aplicación de una objetividad, de una racionalidad y de un mayor rigor en el gasto sanitario.

El Presupuesto del Insalud es un Presupuesto importante, de 875.215 millones de pesetas, pero, al mismo tiempo que afirmo que es un Presupuesto importante, digo que es limitado. El aumento del Presupuesto respecto a la liquidación del año 1983 representa un 3,6 por ciento, y hay que tener en cuenta que en el Instituto vamos a aumentar, en el año 1984, la población protegida en alrededor de un 7 por ciento. Por tanto, se ve a todas luces que este aumento es extraordinariamente limitado. En el año 1982, el Instituto liquidó, respecto al año 1981, un aumento de un 21,9 por ciento. En el año 1983, un 14,1 por ciento; es decir, que hubo una sensible disminución, y en el año 1984 el aumento representa un 3,6 por ciento. No obstante, estos son Presupuestos liquidados, pero a mí me parece que tiene mayor rigor y mayor coherencia hablar de Presupuestos periodificados, porque aquí precisamente, por afectar a la Ley 3/83, en la cual hay algunas partidas de años anteriores que se aplicaron en el año 1984, podríamos desorientar con las cifras. Una vez periodificadas las cifras, que yo pienso que reflejan mucho mejor el gasto sanitario, el Instituto aumentó sus Presupuestos el año 1982, respecto al año 1981, en un 16,5 por ciento; el año 1983 bajó a un 10,7 por ciento, y, por tanto, un punto y medio por debajo de la inflación, y en el año 1984 se sitúa el Presupuesto en un aumento del 3,6 por ciento.

Pero para ir incorporando mayores dosis de rigor en el análisis, pienso que tendríamos que hablar en términos reales, porque hablar de pesetas corrientes puede desfigurar un poco el análisis de las propias cifras. En términos reales, es decir, descontando la inflación, el Presupuesto del Instituto aumentó en el año 1982 un 7,9 por ciento, y en el año 1983 ha aumentado sólo el 1,9 por ciento, y para el año 1984, de cumplirse el Presupuesto (que ya prevemos que va a tener algunas desviaciones), supondría un aumento negativo del 4,4 por ciento.

Y, para dar ya un último paso en este tipo de análisis, vamos a ver lo que representa el coste por persona protegida, en términos reales, que yo diría que es el indicador más fehaciente que pueda medir la eficacia y eficiencia, básicamente la eficiencia, del sistema. Por persona prote-

gida, el año 1982, y en términos reales, aumentó un 5,6 por ciento. En el año 1983, disminuyó ya un 0,5 por ciento, y en el año 1984, de cumplirse el Presupuesto, disminuiría un 11,4 por ciento.

Yo solicito disculpas por este baño de cifras, pero me parece que, para un análisis riguroso de la evolución de la gestión económica del Instituto, es importante dar estas cifras, para que luego queden reflejadas y en su momento se puedan analizar.

Por tanto, podemos afirmar ya de manera rigurosa que la eficiencia ha aumentado considerablemente en el Instituto en el año 1983 y está aumentando mucho más considerablemente en el año 1984. Todo eso, a pesar de la asignación de recursos que se le han hecho al Instituto, supone una contribución importante de la política general de austeridad del país y, por tanto, de contención del gasto público, y por ello hay que decir —porque esto es una realidad— que el peso del Presupuesto del Instituto respecto al producto interior bruto está teniendo una ligera disminución, pasando en el año 1982 del 3,72 por ciento, al año 1983, con un 3,70 por ciento, y el año 1984 podría bajar a alrededor del 3,6 por ciento, dependiendo un poco de cómo se liquide el Presupuesto. La misma disminución que está experimentando con respecto al producto interior bruto la está teniendo con respecto a los Presupuestos Generales del Estado, aunque aquí la relación tiene menos que ver; si que tiene que ver, en cambio, con respecto a los Presupuestos de la propia Seguridad Social, en los que en 1982 representaba el 31,6 por ciento y en 1983 bajó 0,8 décimas, situándose en 30,8 por ciento, y en el año 1984 podría situarse en alrededor del 29,5 por ciento. Estas cifras son las cifras generales, pero pienso que ahora es interesante que analicemos algunos aspectos fundamentales de lo que supone el gasto sanitario en el Instituto, y quisiera referirme a los temas más importantes.

Por un lado, la política de personal, que con un peso del 47 por ciento del Presupuesto es la partida más importante del Instituto; luego, los conciertos, que representan aproximadamente un 19 por ciento y, por tanto, es una partida también fundamental en la gestión económica del Instituto; el tema de la gestión farmacéutica, que está alrededor de un 17 y décimas y, finalmente, el tema de las inversiones, aparte de unas consideraciones generales. Pienso que, analizando el comportamiento de estas partidas, que reflejan casi un 90 por ciento del gasto del Insalud, podríamos ver qué tipo de política se está aplicando en general en el Instituto.

Por un lado, vamos a empezar analizando la política de personal del Instituto. No voy a decir la importancia que tiene el tema de personal en el Instituto. El Instituto tiene un Presupuesto este año para 230.000 personas. No vamos a valorar la importancia que esto tiene, porque, evidentemente, la tiene, pero yo diría que, aparte de los aspectos cuantitativos, tiene una importancia mucho mayor, y es que nosotros seremos totalmente incapaces de dar una buena atención sanitaria si no podemos contar con el propio personal que ha de realizarla; por tanto, esta definición, que nos parece sustancial, es importante

tenerla en cuenta al definir unos objetivos de política de personal. Primera definición en política de personal: voluntad de contar con el personal para la reforma sanitaria; voluntad de profesionalizar el personal y fomentar la formación del mismo; voluntad de mejorar las condiciones de trabajo y resolver gradualmente las disfuncionalidades existentes; tender a la racionalización del funcionamiento sanitario, en el cual hay bastantes desajustes, y voluntad de concertación con las centrales sindicales representativas, a cuyo efecto, y como es conocido, en 1983 se tomaron acuerdos muy importantes para la marcha del Instituto y precisamente para la aplicación de las reformas que hemos apuntado: los acuerdos firmados con UGT y SGAS y, en 1984, los acuerdos firmados con UGT y con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, acuerdos muy importantes, y aunque, en todo caso, tanto el año pasado como este año hemos tenido dificultades en su puesta en práctica, pienso que una vez resolvamos estas dificultades, y las vamos a resolver, con una mínima perspectiva veremos que esta concertación ha sido fundamental para la aplicación de la reforma sanitaria y la mejora de la atención de nuestros centros.

Voy a desdoblar ahora la política traducida ya en aspectos parciales. En los aspectos económicos, se ha intentado hacer mejoras sustanciales a la situación de colectivos y especialmente corrigiendo situaciones injustas que pueden existir, intentando armonizar con criterios de homologación que sean coherentes, porque uno de los grandes desajustes con que nos encontramos en el Instituto es que había sistemas de remuneración poco coherentes que creaban agravios comparativos evidentes y, por tanto, de justa reclamación. En este aspecto, ya en el año pasado se han dado avances importantes. Por un lado, y a ello se ha referido ya el señor Ministro, en términos de remuneraciones se hicieron unos aumentos importantes, por ejemplo, al personal médico. Los Jefes de departamento hospitalario, de media, en 1983 tuvieron un aumento de un 19,4 por ciento; los médicos adjuntos, un 22,2 por ciento, y los médicos ayudantes de equipo quirúrgico, un 18,5 por ciento. El personal ATS tuvo un aumento que osciló en alrededor del 35 por ciento, algunos el 34 y otros llegan al 38, en función de una serie de situaciones. Estos esfuerzos, de los cuales menciono los más importantes, se pudieron hacer en 1983 por una voluntad política precisamente de racionalizar el funcionamiento del Instituto, porque entendemos que para pedir al personal que colabore en todo el proceso de mejora de nuestros centros y de reforma hospitalaria, primero hay que regularizar estas situaciones irregulares que existen.

Los aumentos salariales de media y el aumento de masa salarial en 1983 supusieron el 16,1 por ciento en todo el Instituto. Esta ha sido un poco también la política que hemos intentado seguir en 1984. Aparte de los aumentos salariales previstos, hemos entendido que hay una serie de homologaciones mucho menos importantes, pero que hay que seguir haciendo. En este sentido, si el coste de las homologaciones para 1983 se situó en alrededor de 16.000 millones de pesetas, la cifra que estamos barajando este año es de 3.787 millones de pesetas; es decir, una

reducción mucho más importante, pero que permite seguir regularizando colectivos que en justicia debemos regularizar, y entendemos que —insisto en este punto— es clave hacer estas regularizaciones y homogeneizaciones para dar coherencia al propio sistema de remuneraciones del Instituto.

Además, se ha intentado hacer correcciones, como regularizar situaciones que venían de antiguo, por ejemplo, las deudas de guardias médicas de los años 1980, 1981 y 1982, o del personal de oficio, a los que también se les adeudaban cifras de años anteriores, y la política que hemos intentado desarrollar en el sentido de aumentar más los salarios más bajos, por ejemplo, en la remuneración salarial de este año hemos hecho que, a partir del 6 por ciento general, en función inversa del nivel salarial, se aumente del 6 al 12 por ciento para ir subiendo los salarios más bajos. En este aspecto se ha intentado desarrollar una política progresista de mayor remuneración a estos salarios más bajos.

El tema salarial, evidentemente, es únicamente un aspecto de la política. Hay otros aspectos importantes, como son todos los ámbitos vinculados a las mejoras profesionales, y en este sentido la equiparación de los ATS o del personal de enfermería a técnicos de grado medio, en que se consiguió una reivindicación que planteaba el personal de enfermería desde hacía veintidós años, fue un logro importante de este personal por voluntad de la actual Administración y porque pensamos que el personal de enfermería está jugando y va a jugar un papel fundamental precisamente en todo el proceso de la mejora de la calidad de la asistencia.

Al mismo tiempo, con los auxiliares de clínica se ha diseñado también una política de homologación y formación, convirtiéndoles en personal de enfermería, lo cual implica unos procesos de unos cursos voluntarios de formación que permitan profesionalizar este personal y, por tanto, dar mayor calidad asistencial y, en definitiva, también una mayor satisfacción a este propio personal, por el mejor nivel y la mayor responsabilidad que va a tener. Tengamos en cuenta que estos cursos, que hemos iniciado ya en siete centros, suponen formar aproximadamente a 30.000 personas en un plazo de tres años, y a nadie se le escapa el importante esfuerzo que significa querer formar, en las estructuras propias de los Institutos, a 30.000 personas en un plazo tan corto como éste. Porque, además, en paralelo queremos ir implementando otros procesos de formación para otros colectivos.

Hemos regularizado también ya la función administrativa, porque afortunadamente la Orden ya está firmada. El Ministro de Sanidad y Consumo procedió ayer a la firma de esta Orden y, por tanto, yo espero que esta misma semana pueda aparecer en el «Boletín Oficial del Estado», en la cual disponemos de instrumento jurídico para dotar de responsables administrativos y de gestión vinculados a nuestros centros, que nos permitan dar un paso fundamental en la mejora de gestión y de funcionamiento de nuestros centros. Esta Orden, esperada por todos, es un paso fundamental, no sólo por el personal que está en estos centros, por el que pienso que es de

justicia que se haya aprobado esta Orden, sino también en interés del propio Instituto, para hacer posible una gestión adecuada del mismo.

No me voy a referir a la incorporación en nuestros centros, a partir del momento en que el Ministerio aprueba la normativa adecuada, de los técnicos especialistas, siguiendo las recomendaciones del Consejo de Europa y de la propia Comunidad Económica Europea, lo que supone también una modernización en la atención de nuestros centros, y se ha planteado un conflicto, a mi entender innecesario, precisamente por falta de una visión global de todo el planteamiento de enfermería, que, a nuestro modo de ver, estamos apoyando en profundidad por la importancia que tiene la enfermería en el sector sanitario.

Vamos a hablar también de mejoras en el ámbito laboral y en el ámbito funcional. Son medidas que se han tomado y a las que, a veces, no se les da importancia y pasan un tanto desapercibidas. En el Instituto Nacional de Salud se aprobó en el año 1983 la jornada laboral de cuarenta horas, que ya está plenamente en vigor, y esto es fundamental, porque el Estatuto de los Trabajadores no es de aplicación directa en el Instituto Nacional de la Salud, sino indirecta, y al no ser de aplicación, no tenía el Instituto por qué aplicar la jornada de cuarenta horas. La jornada legal era de cuarenta y dos horas y, a partir de la política de concertación con UGT y SGAS, se fijó ya la jornada laboral legal en cuarenta horas. Se ha establecido la jornada nocturna de treinta y cinco horas en nuestros hospitales, es decir, una jornada avanzadísima. Todos sabemos que en Europa se está planteando en estos momentos la reivindicación de la semana de treinta y cinco horas; nosotros la tenemos ya en nuestros centros desde hace meses. Esto ha permitido al mismo tiempo una regularización del funcionamiento y una corrección de las disfuncionalidades que existían. Tengamos en cuenta que antes el personal ATS femenino tenía una jornada de veintisiete horas, lo cual realmente es disfuncional, y el personal masculino tenía una jornada nocturna de cuarenta y dos horas, lo cual, evidentemente, era anticonstitucional. Así pues, se ha hecho una corrección de la jornada nocturna, situándola a un nivel avanzadísimo, que simultáneamente permite corregir estas disfuncionalidades. Ha permitido también, a través de las modificaciones legales oportunas y de los Estatutos correspondientes, racionalizar los turnos de noche eliminando en la práctica casi la totalidad de las horas extras y creando puestos de trabajo, porque en algunos casos ha habido que dotar las plantillas al suprimir las horas extras.

Se ha avanzado también en la flexibilización de los horarios. Uno de los acuerdos importantes de este año es la posibilidad de librar los sábados con compensación horaria, para todo el personal. Se trata de cumplir todas las horas que se tengan que cumplir, pero, en función de que haya habido una mayor dedicación durante la semana que esté verdaderamente reconocida, se podrá librar los sábados, con lo cual flexibilizamos y damos mayor

comodidad al propio personal y al mismo tiempo garantizamos una calidad asistencial adecuada.

Se ha desarrollado también, dentro de la política de personal, dos elementos que también me parecen importantes. Uno es la política de mayor participación del personal y de sus sindicatos representativos. En este aspecto se han creado las Comisiones farmacoterapéuticas provinciales, constituidas, por una parte, por el Insalud y, por otra, por las centrales sindicales firmantes de los acuerdos. A través del personal facultativo que va a estar en estas comisiones se va a poder hacer un análisis a fondo de cuál es la evolución y el comportamiento del gasto farmacoterapéutico de cada una de las provincias. Por tanto, en el propio proceso de adecuación terapéutica a las necesidades de la provincia hay una participación del personal involucrado a través de sus representantes. Entendemos que estas Comisiones farmacoterapéuticas van a tener una importancia grande también en la racionalización del consumo farmacéutico de cada una de las provincias.

Hemos constituido también las Comisiones de ordenación de guardias médicas. El tema de las guardias médicas es importante. Existen muchas disfuncionalidades que, en algunos casos, tienen una razón de ser por motivos extrasanitarios. Queremos aplicar en un tema tan importante y delicado como éste la moderación, pero simultáneamente queremos que haya una ordenación, que es necesaria. En este aspecto, la participación de todas las centrales sindicales representativas en el Instituto va a ser una garantía de ordenación en un aspecto y, en otro, de moderación en la aplicación de esta ordenación que se hace necesaria.

Finalmente, para terminar con las políticas que hemos diseñado en el ámbito de personal, hay que destacar otro tema muy importante que ha pasado un tanto desapercibido: que gracias a la concertación con UGT y SGAS se incorporó, a través también de las oportunas modificaciones legales, el principio de la movilidad de plantillas, movilidad limitada, pero que supone una flexibilización en un proceso que nos parece fundamentalmente de redistribución de recursos humanos.

Si hacemos un análisis de las plantillas del Instituto —en el que no vamos a entrar para no alargar excesivamente esta intervención— la primera constatación es que las plantillas, al igual que en los hospitales y en otro tipo de recursos, tienen grandes desequilibrios. Mientras a algunos centros les faltan plantillas, en total o en algunos estamentos, en otras las plantillas son excesivas. Por tanto, precisamos unos mecanismos que tiendan a una redistribución, propiciando siempre la redistribución voluntaria en el personal, para que realmente la dotación asistencial sea la conveniente. Nosotros no nos pronunciamos por que haya ni más plantilla ni menos plantilla; nos pronunciamos porque haya la plantilla adecuada que deba tener cada centro. Por tanto, en los centros donde la atención no sea adecuada porque falta plantilla debéremos cubrirla, y así lo estamos haciendo, y donde sobre plantilla tenemos que poner mecanismos en marcha para que progresivamente se vayan redistribuyendo.

En este aspecto, pienso que ha sido importante fijar unos índices o unos «standars» indicadores de cuál sería la plantilla correcta en nuestros centros. Hemos fijado los indicadores por estamentos y por tipo de centros. A título de referencia, por ejemplo, podemos decir que en hospitales de hasta 250 camas hemos señalado que 1,68 personas por cama es el nivel adecuado, y esto está desglosado por estamentos; en hospitales de más de 1.000 camas hemos fijado el «ratio» de 2,1 personas por cama. En este momento nos está ayudando mucho conocer, como decía antes, los rendimientos de todos y cada uno de los servicios hospitalarios de nuestros centros. Por tanto, en función de los rendimientos de los servicios, vemos si realmente están justificadas las listas de espera, vemos si están justificadas las peticiones de aumento de plantilla y, en consecuencia, podemos tomar decisiones objetivas en cuanto a todos estos aspectos. A partir de aquí hemos podido proceder ya a la convocatoria de plazas para ir cubriendo los déficit que existan o que prevemos que pueden existir en el futuro.

Voy a referirme seguidamente al segundo aspecto, relativo al rigor en el gasto sanitario, a cuál es la atención sanitaria con medios ajenos al Instituto, y, por tanto, al tema denominado normalmente de conciertos. Hay que decir, en primer lugar, que el Instituto tiene muchos servicios concertados —camas para larga estancia, camas para enfermos agudos, ambulancias, servicios de rehabilitación, oxígeno, etcétera—, pero voy a referirme básicamente, por su importancia, al tema de las camas hospitalarias para enfermos agudos. He dicho antes la importancia que tiene —y es una lógica de rigor económico yo diría elemental— que antes de pensar en la concertación hay que pensar en la capacidad que tenemos con los recursos propios y, por tanto, proceder a la optimización en el uso de nuestros recursos y considerar la concertación como subsidiaria y complementaria una vez tengamos recursos públicos. También he señalado antes que los criterios para la concertación que estamos aplicando son, en primer lugar, la utilización de los propios recursos disponibles del Insalud; en segundo lugar, los recursos públicos; en tercer lugar, los recursos benéfico-privados, y en cuarto lugar, los recursos privados.

Es fácil, a partir del momento en que se han fijado los parámetros, establecer qué necesidades de concertación puede tener el Instituto. En este aspecto, si partimos de que la población protegida del Instituto en este momento es de alrededor de 35 millones de españoles, aplicando un «ratio» 3 de camas de agudos —y digo 3 porque como existen desequilibrios un dato inferior no compensaría a corto plazo las necesidades que pueda haber—, se configuran unas necesidades de 105.000 camas hospitalarias para enfermos agudos. El Insalud tiene en este momento —por tanto, no cuento las que están en construcción— 56.266, a las que habría que añadir las camas públicas, como pueden ser las administradas por el propio Instituto, las de hospitales clínicos, las de AISNA, las de hospitales provinciales y municipales, que suman 29.943, y con esto nos situamos en unos recursos públicos de 86.209 camas. Por tanto, hay un remanente que debemos

contratar o concertar hasta estas 105.000, de 19.791; redondeando, precisamente unas 20.000 camas a concertar entre el sector benéfico-privado y el privado. *(El señor Ruiz Soto hace signos negativos.)*

De cara a una futura universalización de la prestación, en la que situamos el nivel en 38.200.000 españoles, veríamos que aplicando el mismo «ratio»...

El señor PRESIDENTE: Perdona un momento. Parece que alguna cuestión no se ha entendido en su literalidad. Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Muchas gracias, señor Presidente. Era para preguntar algo al señor Raventós. Ha dicho que el Insalud tiene 56.266 camas; y camas públicas, es decir, en clínicos, AISNA, municipales, ¿9.243 camas?

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): No, 29.943.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ruiz Soto. Puede continuar el señor Director General. Le rogamos, en cualquier caso, que vaya resumiendo, si es posible, a pesar de que tiene todo el tiempo que quiera para seguir esta tarde ampliando los datos.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Yo decía que de cara a una futura universalización si partimos de un nivel de españoles de 38.200.000, hoy —los que haya en un futuro tampoco va a cambiar esto excesivamente—, y aplicando el mismo «ratio», se precisarían 114.600 camas. Si tenemos en cuenta que entre el Instituto y otras camas públicas hay en construcción unas 12.000 camas, vemos que prácticamente las necesidades existentes en un futuro no serían muchas. Por ello, aquí ratifico la afirmación que he hecho anteriormente de que en España hay suficiente número de camas, entre públicas y privadas, como para poder prestar una adecuada atención y, por tanto, no hay un problema específico de construcción de nuevas camas, sino, en todo caso, de corrección de algún pequeño desequilibrio.

Lo mismo podría decir de camas de larga estancia, pero voy a abreviar mucho. Unicamente quiero decir que aplicando un «ratio» de 0,5 se precisarían unas 16.500 camas, que están en buena parte cubiertas también con recursos públicos que ya existen.

¿Cuál ha sido la evolución del gasto en conciertos por parte del Instituto? Esta es una partida muy importante: en el año 1983 ha representado 179.000 millones de pesetas. Por tanto, esta es una partida de la que hay que hacer un seguimiento preciso.

El aumento de los conciertos en el año 1981 fue del 20,2 por ciento; en el año 1982, del 10,4 por ciento; en el año 1983, de un 6,7 por ciento, y esperamos bajar en el año 1984 a -4,8 por ciento. Se ve, pues, claramente que en la política de concertación el Instituto ha hecho un esfuerzo importante para reducir el gasto y optimizar su propia utilización de centros.

Podía entrar, pero no lo voy a hacer por la premura del tiempo, en los distintos puntos de conciertos en función de instituciones, abiertas, cerradas, ordinarias, hospitales clínicos y hospitales públicos, privados, etcétera, pero no tenemos ya mucho tiempo. *(El señor Ruiz Soto pide la palabra.)* Voy a entrar en el tema...

El señor PRESIDENTE: Un momento, por favor. Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Perdone, señor Presidente. Yo rogaría al señor Raventós que nos facilitara ese dato de los conciertos porque es muy importante para nosotros, aunque sea en una fotocopia o que nos lo dijera oralmente.

El señor PRESIDENTE: En cualquier caso recuerdo a los señores Diputados, y al señor Director General, que esta tarde vamos a tener tiempo de hacer todas las preguntas puntuales que SS. SS. quieran y quizá no haya por qué agotar todos los temas, porque esta tarde podría haber este tipo de preguntas. Se podría terminar esta primera intervención y esta tarde, en la medida de lo posible, se puntualizaría más.

El señor RUIZ SOTO: Apunto, señor Presidente. Muchas gracias.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Voy a entrar ya en el tema de la prestación farmacéutica. En primer lugar, quiero hacer una afirmación y es que el nivel de prestación farmacéutica que existe nos preocupa. Nos preocupa no sólo en el aspecto sanitario, porque entendemos que un exceso de prescripción es perjudicial para la salud —así está constatado en muchos casos—, sino también en el aspecto económico y, por tanto, por la falta de rentabilidad social en el importante concepto de prestación farmacéutica, al que se destinó el año pasado, en el Insalud, 166.800 millones de pesetas, sin contar la prestación farmacéutica hospitalaria.

El por qué no siempre se adecua la prestación farmacéutica a las necesidades terapéuticas es un tema que merecería un análisis profundo y voy a mencionar algunas causas rápidamente. En primer lugar, no existe un sistema de registro basado en la eficacia de los medicamentos, sino únicamente en la prestación que el laboratorio hace de los medicamentos que propone. Existe una desinformación interesada en la información terapéutica que se hace llegar a los facultativos. Muchas veces se utiliza la prestación farmacéutica como tranquilización del paciente, por el mero hecho de medicarse; es el conocido placebo. El propio deficiente funcionamiento de la atención primaria es también causa de que no haya muchas veces una adecuada prestación terapéutica, lo mismo que la carencia de rigor en cumplir las normativas que existen y, también, evidentemente, la presión comercial que los propios laboratorios desarrollan.

¿Cuánto tiempo tengo, señor Presidente?

El señor PRESIDENTE: Lo que no sé es cuánto tiempo le darían los señores Diputados. Está haciéndose muy tarde, por lo que le agradeceríamos si pudiera terminar en cinco minutos.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Es que hay algunos datos que me parece importante destacarlos. No me falta mucho, pero casi seguro que más de cinco minutos.

El señor PRESIDENTE: Continúe usted durante cinco minutos. Si faltara mucho trataríamos de darle una breve entrada esta tarde antes de empezar el turno de preguntas.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Voy a hacer un esfuerzo para terminar.

En la prestación farmacéutica durante el año 1983 y esta primera parte de 1984, el Instituto ha desarrollado una serie de iniciativas, que no voy a especificar dada la carencia del tiempo, para intentar alcanzar un mayor rigor en la prestación farmacéutica. ¿Cuáles han sido los resultados de la aplicación de esta política de mayor información a los propios médicos y de responsabilización de los mismos en el tema de la prestación? En el año 1981 el aumento del coste de la prestación farmacéutica, respecto del año anterior, fue de un 26 por ciento; en el año 1982, de un 22,5 por ciento; en el año 1983 la hemos disminuido a un 10,4 por ciento. En el primer trimestre del año 1984 ha bajado al 1,9 por ciento por encima del año anterior. Por tanto, se ha conseguido una disminución importantísima en el incremento de gasto respecto al año anterior.

Si analizásemos el comportamiento del número de recetas efectuado veríamos que, mientras en el año 1981 aumentaron el 3 por ciento, en el primer trimestre del año 1984 ha tenido una disminución del 12,4 por ciento.

Nos preocupa el aumento de precio medio por receta. Mientras en el año pasado fue del 12 por ciento, en el primer trimestre del año 1984 se está disparando al 16,5 por ciento y éste es un tema que nos preocupa. En cuanto al número de recetas por mes y asegurado hay que tener en cuenta también el aumento del 7 por ciento de autónomos, lo que va a suponer un aumento en el coste de recetas.

En definitiva, el aumento de coste por asegurado de estos últimos años tiene una disminución importante. Mientras el año 1981 aumentó un 22 por ciento, el año 1982 un 10 por ciento, en el año 1983 el aumento ha sido de sólo un 8 por ciento.

Es difícil saber cuál es el nivel adecuado de prestación farmacéutica desde un punto de vista terapéutico. Este problema lo tienen planteados todos los países, no solamente España. Tengo una serie de indicadores internacionales en los cuales se ve que algunas veces, con independencia de los propios sistemas sanitarios que están aplicando los países, la incidencia sobre el producto interior bruto de la prestación farmacéutica es muy distinta. Así, por ejemplo, Estados Unidos está gastando 0,81 por

ciento sobre el producto interior bruto; Gran Bretaña, con un sistema completamente distinto, el 0,72; Holanda, todavía menos, un 0,66 sobre el producto interior bruto. A estos países yo los denominaría de incidencia baja, pero hay países de incidencia alta, también a nivel europeo, como puede ser Francia, cuyo coste sobre el producto interior bruto es del 1,28 por ciento; Alemania, el 1,21, y España, el 1,14 por ciento.

Esta preocupación por la prestación farmacéutica no es una preocupación únicamente española y prueba de ello es que recientemente —creo que fue la semana pasada— la propia Organización Mundial de la Salud aprobó una resolución, con 120 votos a favor y uno en contra, en la que expresaba su preocupación por la necesidad de luchar contra el abuso en la comercialización de los medicamentos. La resolución expresaba también la preocupación sobre la alta proporción de los presupuestos de Sanidad que se gastan en medicamentos, especialmente en los países en desarrollo.

Pensamos que esta preocupación —que compartimos— traducida a nuestro país supone que tenemos que ir tomando medidas adicionales para ir adecuando la prestación farmacéutica a las necesidades terapéuticas y no a otro tipo de motivaciones.

Hay un tema que nos preocupa fundamentalmente, entre otros, que es el tema de las prestaciones a los pensionistas. Este tema es grave porque en él hay un claro ejemplo de desviación de lo que debería ser una correcta prestación. Mientras el número de pensionistas, sobre el total, es del 17 por ciento, la prestación que se está desarrollando en estos momentos es del 63 por ciento. Voy a repetirlo, el 17 por ciento, sobre el total, de pensionistas supone el 63 por ciento del gasto total, y el número de recetas casi el 50 por ciento.

Podríamos analizar también que, en términos anuales, mientras a una persona activa se le hacen 8,4 recetas, a un pensionista y beneficiarios, 39,8 recetas, que, además, son recetas bastante más caras. Como resumen final, el coste por persona activa y beneficiarios del Insalud es de 2.242 pesetas/año, cuando el coste por pensionista y beneficiarios son 18.491 pesetas; es decir, que un pensionista nos cuesta el 725 por ciento más que una persona activa.

Nosotros no sabemos dónde está el nivel de prestación terapéutica adecuada, pero lo que sí podemos afirmar con rotundidad es que hay una desviación, en este caso, que se presta a través de las cartillas de pensionistas, que nos preocupa y sobre la que habrá que actuar.

¿Y cuál va a ser la actuación futura del Instituto respecto al tema de la prestación farmacéutica? Voy a apuntar únicamente las líneas principales de actuación: por un lado, corregir las desviaciones al cumplimiento de las normativas existentes (acabo de mencionar un caso); una política de mayor información terapéutica y para la gestión, de los propios médicos, farmacéuticos, etcétera; una puesta en marcha de las Comisiones terapéuticas provinciales; elaboración de listas de transparencia que informen al propio personal médico sobre los productos disponibles y el coste de los mismos; campaña de informa-

ción al ciudadano para responsabilizarle directamente de su salud; y replanteamiento de la estructura de prestación farmacéutica actual con estudio de posibles alternativas.

Voy a saltarme el Capítulo de inversiones. Unicamente les diré que las inversiones, los presupuestos aprobados del Instituto en el año 1982 fueron de 51.500 millones de pesetas; en el año 1983, 30.200 millones de pesetas, y en el año 1984, 34.021 millones de pesetas; es decir, que, a nuestro entender, las inversiones que se destinan al Instituto son bajas, y donde sería más importante hacer un esfuerzo presupuestario sería en el Capítulo de inversiones para ir adecuando los centros al nivel asistencial que creemos deben dar.

No voy a referirme al capítulo de transferencias, al que el Ministro, de alguna manera, ha hecho ya referencia. Unicamente quiero decir que hemos desarrollado una política importante, yo diría, en mejorar la información, en el fomento de la transparencia informativa del Instituto y en la participación de los órganos colegiados.

Para terminar, voy a resumir la actuación que hemos hecho en seis ejes principales, que son los siguientes: en primer lugar, definición de objetivos y estrategias sanitarias y económicas que guíen nuestra actuación; en segundo lugar puesta en marcha de la mejora a la atención sanitaria con los recursos disponibles, y esto pasa por introducir mejoras inmediatas en los recursos ya disponibles e introducir paulatinamente la reforma sanitaria; en tercer lugar, incorporar una mayor racionalidad, rigor y control en el sistema sanitario; en cuarto lugar, definir una política de relaciones con el personal, tanto por la importancia económica que tiene el mismo como porque el apoyo que el mismo debe prestar a la reforma sanitaria es fundamental para el éxito de la misma; definir una política de transferencias y una voluntad de transparencia informativa y de participación.

Como punto final, yo diría que, en el año 1983 y hasta hoy, se ha trabajado duro, se han puesto las bases, pienso yo que importantes bases, de lo que va a suponer una mejora importante en el sistema sanitario. Ha sido una labor, a nuestro entender, interna y callada, a pesar de que haya aparecido, por desgracia, muchas veces el Insalud en los medios de comunicación precisamente como expresión de la conflictividad y de los desajustes que el mismo lleva incorporado, y que nosotros estamos trabajando con ilusión y fe. Pensamos que el año 1984 será un año importante, en el que habrá cambios relevantes en el Instituto y en la mejora de la sanidad que presta, y que, por tanto, será en el año 1984 en el que el ciudadano empezará a notar el cambio en la sanidad.

Muchas gracias, señor Presidente; muchas gracias, señores Diputados.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Director General.

Creo que le puedo expresar por parte de la Comisión el agradecimiento de todos los señores Diputados por la extensión, la intensidad y la importancia de la comunicación que nos ha hecho.

Esta tarde continuaremos con el turno de preguntas. Si les parece bien a SS. SS. empezaremos a las cuatro y media de la tarde, con tiempo suficiente para la colación de mediodía.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y veinte minutos de la tarde.

Se reanuda la sesión a las cuatro y treinta y cinco minutos de la tarde.

El señor PRESIDENTE: Buenas tardes, señoras y señores Diputados, reanudamos la sesión. Vamos a entrar en el primer turno, en el que tendrán la palabra los distintos Grupos Parlamentarios. Como la exposición ha sido extensa y son dos las personalidades que nos visitan, la Presidencia va a duplicar los tiempos reglamentarios, de modo que daremos un tiempo de veinte minutos por Grupo Parlamentario y a continuación abriremos un turno de preguntas por si algún Diputado a título personal quisiera solicitar alguna aclaración.

¿Que Grupos Parlamentarios piensan intervenir? (Pausa.)

Para su turno reglamentario, por el Partido Nacionalista Vasco, tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente. Buenas tardes al excelentísimo señor Ministro de Sanidad y a las señoras y señores Diputados.

Dentro del marco de la intervención del excelentísimo señor Ministro, me gustaría hacerle unas preguntas referentes a lo que ha comentado del Real Decreto de estructuras básicas de salud, dos pequeñas cuestiones para su matización en general: Su incidencia en la capacidad organizativa de las Comunidades Autónomas y la situación a que puede verse abocado el personal sanitario dependiente del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Me gustaría una aclaración sobre estos dos puntos dentro del marco del Real Decreto.

En cuanto a la intervención del señor Ministro sobre la política general del Insalud, mi Grupo y yo compartimos la imperiosa necesidad de esta nueva Ley, de este borrador que todos esperamos que entre en trámite. Y no sólo nosotros, sino todo ciudadano siente la necesidad de una organización del sistema sanitario, la necesidad de una línea clara de sanidad ministerial. Dentro de este marco compartimos totalmente las iniciativas que ha expuesto aquí el señor Ministro de Sanidad. No obstante, me gustaría comentar lo positivo que supone el 42 por ciento más de presupuesto en comparación con el año pasado en lo referente a investigación. Ahora, resulta realmente alarmante la cuota tan baja que tenemos si la comparamos con otros países. Esto quiero dejarlo claro y patente, porque la investigación en general viene a suponer un uno por ciento escaso del producto interior bruto, y en sanidad estamos a años luz. Quiero poner de manifiesto la posibilidad de este 42 por ciento más, pero, no obstante, quiero dejar patente esta gran preocupación por la importancia que tiene la investigación en el futuro de la

sanidad del Estado español. Estamos más o menos de acuerdo en las líneas generales marcadas en esta Comisión.

Desearía que el señor Raventós nos informara sobre la política gestora del Insalud. No voy a entrar en los datos porque esto requiere sentarse a estudiar este tema y más bien corresponde a una política presupuestaria. Me gustaría insistir sobre los índices de calidad asistencial. En lugar de hacer referencia a la estructura, a los costes por cama que, como he señalado, corresponden a una política presupuestaria, desearía hacer hincapié en los índices de morbilidad y mortalidad, así como en la calidad asistencial hospitalaria. Me ha parecido entender que existe algún proyecto de tomar en cuenta los índices de mortalidad, al menos, de los servicios de la asistencia sanitaria.

Nuestro Grupo querría saber si se han hecho estudios sobre estos dos índices en los diferentes servicios tanto de cardiología, como de cirugía cardíaca, como respiratorio, y si se han elaborado estudios comparativos con otros países para saber a qué nivel estamos respecto a estos dos índices de mortalidad y de morbilidad. También he de señalar que respecto al índice de mortalidad se ha efectuado un gran avance, ya que existe un proyecto por el que en estos servicios se van a realizar unas encuestas para saber estos índices de mortalidad.

Con arreglo a las líneas generales que se han señalado anteriormente y sin entrar en el coste y en la regulación porque hay que estudiar muy detenidamente todos estos datos, quiero manifestar que nuestro Grupo comparte la misma esperanza que ha mostrado el señor Raventós.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Gorroño. El señor Ministro prefiere ir contestando Grupo por Grupo para no mezclar las cuestiones.

Por tanto, el señor Ministro tiene la palabra para responder a sus observaciones y preguntas.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluçà Martín): La señora Diputada ha tocado tres temas. Respecto al tercero de ellos, investigación y docencia, que es muy importante, es evidente que se puede alcanzar un porcentaje de crecimiento rápidamente porque se parte de cifras bajas, lo cual no subvalora el esfuerzo. Estoy de acuerdo con esta valoración. Lo que sucede es que el Presupuesto destinado a investigación y docencia había crecido en los últimos años tres veces más lentamente que el Presupuesto general del Insalud. El año pasado creció al mismo ritmo y este año ha aumentado considerablemente. Es indudable que tiene que seguir aumentando. Quiero contestar muy específicamente a esta cuestión porque no quiero que sus señorías tengan la impresión de que solamente estamos trabajando en este sentido. Hasta ahora el fondo de investigaciones sanitarias había tenido como origen el descuento de la industria farmacéutica. El año pasado hicimos un acuerdo con la industria farmacéutica para el pago de una deuda, que tiene que ser regulado por un Decreto que está a punto de aparecer, lo cual permite afirmar

que estos fondos de la industria farmacéutica estén asegurados en el transcurso de cuatro o cinco años, pero al margen de esto por primera vez, y muchas de sus señorías lo recordarán, en el Presupuesto del Ministerio, no del Insalud, hay una partida pequeña dedicada ya al FISS. Esto tiene importancia no ya por la cifra, sino, sobre todo, porque es un fondo de maniobra que nos puede permitir tener estos requisitos a partir del uno de enero.

Asimismo, hay otra vía de financiación —cuando se hacen esas estimaciones en relación con el producto interior bruto no se incluye— que consiste en lo siguiente: el aumento de los productos farmacéuticos fue del 8 por ciento el año pasado, y establecimos un 1 por ciento para aquellas industrias, españolas o extranjeras, que realizan investigación en España, lo cual significa un montante de una cierta consideración, pero, desde luego, no hay que exagerar.

Aprovecho para decirles que sus señorías recibirán uno de estos días un folleto que hemos publicado, cuyo título es: «La creciente aportación española a la ciencia». Normalmente, el tema de la investigación en España se ha desarrollado en términos estrictamente literarios. Hay opiniones para todos los gustos, pero, en general, existe una gran desesperanza respecto al nivel de investigación en España. La posición que se adopta respecto a este tema se asemeja al tono empleado en la «generación del 98», que tiene bastantes aspectos negativos y uno de ellos es tratar los problemas científicos con un cierto subjetivismo. En este folleto que ha publicado el Ministerio, pero que no lo ha elaborado, nos hemos hecho eco de un grupo que lleva más de veinte años trabajando en España; es un grupo que trabaja en la Universidad de Valencia en la Facultad de Medicina, que está dirigido por un Catedrático que se llama José María López Piñero. Supongo que algunas de sus señorías por ser médicos lo conocerán. Este grupo ha hecho una labor, y aprovecho la ocasión para destacarlo, que no se toma en consideración. Dicho trabajo consistía en la cuantificación de la ciencia y en este folleto aparecen sus investigaciones de una manera resumida. De dichas investigaciones se ha deducido que la parte de la ciencia que en España avanza más rápidamente y que tiene más peso es la que se refiere a las ciencias médicas, sean médicos o no los que intervienen en estas investigaciones. El 45 y pico por ciento de la aportación científica española es sobre ciencias médicas. Por tanto, cuando se habla de investigación científica en general y cuando se habla con el Ministro de Sanidad hay que tener la responsabilidad de reconocer que casi el 50 por ciento de las investigaciones que se hacen en España corresponde al campo de la sanidad, al campo de las ciencias médicas, y esto, a veces, no se pone de relieve.

Por esta razón hemos hecho este esfuerzo, y por lo que ustedes podrán leer en este folleto se demuestra que en estos momentos, cuantificándolo, en España se está avanzando en la aportación científica mundial un lugar por año. En la cuantificación de naciones cada año se avanza un lugar. Actualmente ocupamos el lugar número

dieciséis o diecisiete del mundo. Este lugar no es el que nos corresponde por industria o por algunas capacidades, tendríamos que estar en un lugar más avanzado, pero el ritmo que estamos llevando no es nada despreciable. No hay que alegrarse de ello, pero tampoco hay que hacer afirmaciones como la que he podido leer en algún ensayo o en algún periódico respecto a que éste es un país de analfabetismo científico, porque en estas afirmaciones subyace el tono de subjetivismo que con respecto a las investigaciones científicas esgrimía la «generación del 98», pero la realidad es que estamos avanzando rápidamente, y aunque creemos en la coordinación del Gobierno, también consideramos que el campo fundamental de la investigación en estos momentos se refiere a las ciencias médicas. Si sus señorías quieren que explique-mos esto con detalle, con mucho gusto lo podemos hacer, porque considero que los que nos ocupamos de este campo tenemos la responsabilidad de estar trabajando en lo que hay. Piensen ustedes que entre matemáticas, biológicas, químicas, físicas, agronómicas, etcétera, no llegan al 55 por ciento, mientras que Medicina significa más del 45 por ciento. Por tanto, por la razón que sea, es el campo más dinámico y no solamente es el más importante, sino que es el que crece más rápidamente. Es cierto lo que su señoría ha afirmado, pero también es cierto que utilizamos otras vías y que habría que añadir otras en el futuro.

Con respecto al área de sanidad espero que la realización del anteproyecto en cuanto a las competencias autonómicas le guste más a la señora Diputada de lo que se señalaba en el borrador. Hemos hecho cambios sustanciales en este sentido, y espero que, si no se llega a un acuerdo total, al menos pueda haber unas aproximaciones notorias.

Respecto al Decreto he de señalar que nuestra postura ha sido la de no inmiscuirnos. Ha habido un acuerdo. Creo que hasta ahora no ha habido problemas con el Gobierno vasco por una razón: porque este Decreto en cierta manera podía impedir competencias; yo era consciente de ello. En consecuencia, el Decreto ha sido concertado. Así, las medidas que el Gobierno vasco va a tomar van a ser muy similares a las que hemos adoptado, porque las hemos tomado de acuerdo. Creo que he dicho ya en muchas ocasiones que aquí puede haber lo que llamamos un autonomismo concertado; es decir, que cada uno tendrá sus competencias en sus respectivos campos, pero se pueden poner de acuerdo entre sí, como, por ejemplo, con este Decreto que no ha ocasionado ningún tipo de tensión, simplemente porque había una confluencia. En la aplicación de este Decreto hay puntos más complicados, pero, como en la filosofía fundamental estamos de acuerdo, no tiene por qué aplicarse, como, por ejemplo, en el caso vasco, pero sí en otros casos diferentes. Entonces, como se dice claramente en el Decreto, mediante esto queda salvado.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro.

Tiene la palabra el señor Raventós.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Yo quisiera informar a la señora Diputada que compartimos con ella la importancia que da a los índices de calidad asistencial, porque es un tema fundamental y, por tanto, relacionado directamente con el nivel de calidad asistencial.

Sí existen comparaciones a nivel internacional, a partir de datos que publica el propio Ministerio: hay estudios epidemiológicos, informaciones periódicas y también el Instituto Nacional de Estadística publica informaciones de tipo de morbilidad y mortalidad, que permiten hacer estas comparaciones a nivel internacional, y el propio FISS, a través de múltiples investigaciones que está desarrollando, hace estudios comparativos.

Pero yo diría que lo que se pretende, a nivel del Instituto Nacional de la Salud —con referencia a lo que hemos comentado esta mañana—, es que este tipo de comparaciones y estudios se hagan tanto a nivel de centro para ver qué evolución tiene el propio centro, como comparándolo con otros centros de España y también con otros centros extranjeros, para ver un poco a qué nivel nos encontramos en las distintas especialidades, qué es lo que estamos consiguiendo gracias a él.

En realidad, podemos decir que el nivel asistencial en general y el nivel de calidad técnico-sanitaria es elevado; estamos a nivel europeo en algunos aspectos y en otros estamos muy avanzados; por tanto, este tipo de comparaciones por el que usted se interesa es de gran utilidad, precisamente para ver el nivel en que nos encontramos.

Ha visto usted la importancia que dábamos esta mañana a las comisiones de control de calidad, que hay que desarrollar en todos los centros, que han de estudiar aspectos específicos para profundizar, apoyándose en la voluntad de aumentar la calidad e ir avanzando en el proceso de investigación y docencia de conformidad con el nivel de asistencia que el país requiere. Por tanto, compartimos totalmente su inquietud, manifestándole que sí que existen instrumentos comparativos que los profesionales utilizan con mucha frecuencia.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Raventós.

Por el Grupo Popular, don Carlos Ruiz Soto tiene la palabra.

El señor RUIZ SOTO: Gracias, señor Presidente.

Señor Ministro, señor Director General, agradecemos su presencia y su comparecencia ante esta Comisión, aunque la verdad es que hacía tiempo que estábamos interesados en que ustedes vinieran. También quiero agradecer al señor Ministro de Sanidad el celo que un catalán como él tiene por aprender el castellano e indícarlos que es «Insalud», en vez de «Insálud», un madrileño le agradece su interés por el idioma.

Y, sin más rodeos, pasaremos a su intervención. Yo creo que hablaré del informe de los dos: el informe del señor Ministro ha sido más breve, porque el del señor Raventós ha sido particularmente largo, y, luego, cada uno podrá contestarme según su leal saber y entender.

Yo quisiera, primero, señor Ministro, ofrecerle, des-

pués de transcurridos, creo, ya dieciocho meses de gobierno socialista, de Ministerio de Sanidad socialista, un poco la impresión desde la oposición. Quiero decirle que todas las palabras que voy a dedicarle no tienen ninguna animosidad personal contra nadie, por supuesto, salvando siempre las personas, pero a mí —como digo siempre— me pagan por criticar, el pueblo español también elige a la oposición para criticar y, de ahí, puede salir entre los dos la verdad. También quiero recalcar que siempre intento evitar la crítica de Partido.

Siempre hemos dicho que la Sanidad no tiene nada que ver con la ideología: la Sanidad es de todos, de los de izquierdas y de los de derechas y de los del centro y de los de arriba y de los de abajo. Por tanto, habrá visto usted que muchas veces acusan de que no hay oposición en la Sanidad, y no es tanto por eso, sino porque hay muchas cosas que me callo de propio intento, no porque sea tonto —ya llevo muchos años en esto y me doy cuenta—; usted sabe que hay cosas como el famoso doctor Amat, o como la colza, que podría utilizar como bandera y que el Partido Socialista utilizó en su día y que este Grupo Popular no ha querido utilizarlo precisamente en su contra.

Dicho todo esto, la visión que se nos da a la oposición, que yo creo que es un poco la que da al pueblo español, es la que ofrecen siempre que hacen comparecencias, o en las múltiples entrevistas: yo creo que usted es el Ministro que más habla, señor Lluç, es el Ministro que más sale en los periódicos y más sale en los medios de difusión. Traigo aquí tres carpetas seleccionadas y le podría traer por lo menos quince: es usted la figura de los periodistas y debe ser por algo, quizá tenga algo que ver su simpatía personal, yo no lo sé.

Le digo todo esto porque, para seguirle a usted, haría falta casi dos o tres personas, leyéndose todos los días todas las cosas que usted dice. Claro, quien mucho habla, mucho yerra, señor Lluç. (*Risas.*) Entonces, la visión que tenemos desde la oposición es que muchas de las promesas que usted ha hecho, que en el seno de esta misma Comisión ha manifestado usted, no se han realizado, no se han llevado a buen fin y que lo que tiene su Ministerio es un exceso de verbalismo, es un exceso de promesas, una buena voluntad —yo creo que innegable, no voy a dudar ni un momento de la buena voluntad de nadie—, pero poca capacidad no de gestión, sino de efectividad, haciendo referencia a su famoso chiste que ya ha repetido otra vez aquí en esta misma Comisión, y que ya nos sabemos de memoria: en vez de «gestión, gestión, gestión», debería ser «efectividad, efectividad, efectividad». La gestión, casi va a hacer dos años, con el verano entramos en punto muerto, y ya los efectos de la gestión socialista se tenían que ver.

Está muy bien decir «vamos muy retrasados», que «las etapas anteriores», que «las deudas contraídas anteriormente», pero todo es historia de España: ustedes no parten de cero, como nosotros en nuestro día, tampoco partiremos de cero, tendremos que arrastrar la gestión socialista (*Risas.*), porque hasta ahora somos la alternativa, y, entonces, si miramos debajo de la alfombra, también

encontraremos lo nuestro, pero tendremos que ser solidarios con la carga que ustedes nos van a dejar, que yo creo que es mucha y muy variada.

Entonces, la famosa cifra que usted había dicho de los funcionarios del Insalud, por lo visto ya parece ser que se sabe, ya nos la anunció usted en octubre y creo que ya la tenemos. Yo creo que en los Presupuestos del Estado estaba desde el primer día, pero parece que no, que ha habido que contarlos otra vez. Recuerdo aquel famoso chiste del león que se alimentaba de funcionarios del Instituto Nacional de Previsión, y que nadie se enteraba. También la impresión que nos da a nosotros desde la oposición y a muchas buenas gentes del pueblo español es que ustedes han reformado mucho, pero en los ambulatorios sigue existiendo una asistencia masificada en los hospitales (*La señora ABASCAL Y CALABRIA: ¡Qué gracioso!*) No sé si será muy gracioso a la señora Diputada, pero es lo que yo pienso. En los hospitales se ha aumentado las listas de espera. Aquí nos citaba el señor Raventós en nueve hospitales, pero yo le puedo decir que en hospitales de Madrid o en cualquier otro sitio para operarse de un menisco o de una hernia puede usted esperar un año, o sea, que el famoso ahorro se ha hecho en previsión a que ustedes son economistas y van por la economía, señor Ministro —y esto ya se lo dije a usted una vez— y en que hacen planteamientos generales. La Medicina es individualizada, va a la persona. Yo comprendo que esto es muy difícil y que habrá siempre la pugna entre la parte sanitaria y la parte administrativa, y que hay que comprenderlo desde el punto de vista de la clase sanitaria, que es la que ejerce de verdad sobre la enfermedad, no desde el punto del despacho. Mucha de la planificación de ustedes es de despacho. Es muy bonita en teoría, pero es muy mala en la práctica.

Ustedes dicen que han ahorrado, pero yo digo que han perdido calidad y que han aumentado la lista de espera. Y, ¿cómo han ahorrado? A costa de quitárselo a los hospitales concertados, sean ya privados, que casi están ya dejados de la mano de Dios, que yo calculo que cuando usted deje de ser Ministro habrá acabado con los hospitales privados, señor Lluç; ésta será una cosa que se apuntarán usted y el señor Raventós, porque prácticamente dejarán de existir, aparte de que ya se van dando cuenta —usted mismo lo ha expresado— de que la Medicina privada prácticamente está en muy pocas manos. Serán diez o quince médicos en toda España, quizá veinte o treinta, pero que entre casi 70.000 médicos, me parece que somos, usted comprenderá que es una minoría y que es la excepción que confirma la regla. La Medicina privada se ha acabado en España y, entonces, no está nada más que en manos de la sanidad pública; se está convirtiendo además en el monopolio que tendrá que cargar sobre su responsabilidad, sobre sus hombros la tremenda responsabilidad —valga la redundancia— de que tiene que controlar a toda la clase sanitaria, porque se van a quedar solos.

No se podrá generar nunca una reforma sanitaria sin la clase sanitaria. Creo que el señor Raventós lo ha dicho, lo ha reconocido; en esto han cambiado ustedes, tengo

también, a mi vez, que reconocerlo, les ha costado un poco, pero ya van aprendiendo que sin la clase sanitaria es imposible realizar esa reforma. La clase sanitaria, quiero decirle otra vez, señor Ministro, por enésima vez, que está prácticamente desmoralizada con los temas de la reforma sanitaria. ¿Por qué? Porque no se le consulta, porque están mal pagados, porque encima parece ser que todas las culpas de cómo marcha la Sanidad son suyas. Eso que se ha llamado otras veces aquí la corrupción administrativa, no la han traído ustedes, es que ya la había en el Insalud antes y que la sigue habiendo, porque lo que falla es la Administración sanitaria, la forma de ejercer la salud y la sanidad dentro del Insalud, y entonces, toda la clase sanitaria se ve inmersa en esa tremenda maraña burocrática, en la cual no se puede ejercer una medicina acompañada al tiempo que tenemos.

Usted ha hablado, señor Ministro, de la investigación. ¿Usted sabe, señor Ministro, por qué el cuarenta y tantos por ciento de la investigación que se realiza en España es médica? Por el esfuerzo de los médicos. Quizá los médicos son la clase profesional que más asiste a congresos, que más está interesada en las materias en las cuales somos competentes, sin ninguna ayuda del Estado, por pura intención vocacional; quizá no se dé en otras carreras tanto afán investigador como en la medicina, la farmacia, la veterinaria o los ATS, incluso, por amor a su profesión y por la entrega que esto supone hacia los enfermos; sin ninguna demagogia, esto es así porque así es.

Esta es la impresión que tenemos, desde un punto de vista general, de su Ministerio. No se ha avanzado en lo que se llama la asistencia primaria. ¿Qué pasa con la asistencia primaria, señor Ministro? Tengo que decirle que el señor Raventós nada más entrar, en diciembre —¿se acuerda usted, señor Raventós?—, hizo un Decreto o una Ley de orden interno, de las convocatorias de los médicos de medicina primaria —y alguna pregunta le he hecho al señor Ministro en el Pleno sobre este tema, que estoy seguro se la habrá transmitido—. Lleva usted ya casi dos años y prácticamente se están atendiendo las plazas con interinos, cosa que yo creo que no se puede hacer, hay un Decreto anterior, y creo que es un Decreto-ley, por el cual se tenían que ocupar las plazas a los quince días, a los quince primeros días las que se habían hecho en los quince últimos del mes anterior, etcétera.

Ese es otro capítulo en el cual se ha ahorrado en la economía, que es la parte más importante en los famosos presupuestos del Insalud que elabora el Ministro de Trabajo. Y aprovecho, señor Lluç, para decirle otra vez que el Ministerio de Sanidad y Consumo —y en eso creo que casi estamos de acuerdo, y estamos dispuestos a ayudarlo— de una vez por todas tiene que tener su presupuesto, no puede ser que otro Ministerio le haga a usted su presupuesto; tiene que hacerlo usted y cargar con su responsabilidad, porque así muchas veces no sabemos si es el señor Almunia el que tiene la culpa de los déficit del presupuesto del señor Lluç, o del señor Raventós, que tiene que apenar con la parte que le dan de los Presupuestos Generales del Estado. Además, no es que lo diga yo, es que la señora Diputada, en esto me da la razón,

que casi nunca está de acuerdo conmigo, pero ahora sí, decía que en el Partido Socialista también estaban clamando por que de una vez por todas tuviera el Presupuesto el Ministerio de Sanidad.

Todo esto iba, señor Ministro, a que en la asistencia primaria usted prometió los cinco centros de salud, creo que lo recordará, aquellos que dejó la UCD ya con sus presupuestos y a punto de salir, que no han salido quizá porque fueron de otra época, de otro Partido; las 20 unidades de medicina de familia y comunitarias; aquellos 400 médicos jerarquizados y con aumento de sueldo que usted prometió; todo esto eran promesas para finales de 1983; las 50 unidades básicas para final del año, que pensaban completar 18 y las otras 50 estarían para este verano; la psiquiatría, por la cual ustedes han pasado como si no existiera, sin verla. Quiero decirles que de la psiquiatría hay que hablar. Han hablado ustedes en el borrador de anteproyecto de la Ley General de Sanidad, que ahora pasaremos sobre él, y del cual aceptaremos lo que el señor Ministro tan amablemente ha tenido a bien brindarnos.

Pero antes de hablar de esto, al margen de ello, quisiera citar también la cartilla individual que usted prometió y que en su comparecencia del mes de octubre explicó que iban a implantar enseguida. Ya sé que es difícil todo esto, que es complicado, pero yo no he tenido la culpa de que usted lo diga, y además lo diga en el Congreso ante la Comisión. Muchas de las cosas que dice usted en las revistas las tengo aquí apuntadas, pero no se las echo en cara, sólo echo en cara lo que usted ha dicho aquí; que tampoco es echárselo en cara, sino decirle, señor Ministro, que si habla usted aquí delante de los Diputados, que son los representantes del pueblo, lo que dice tiene que transmitirse luego, no basta sólo la buena voluntad, nosotros juzgamos los hechos; de buenas intenciones sabe usted que está empedrado el infierno, aunque no sé si será usted agnóstico, señor Ministro. *(Risas.)*

Lo que también quiero decirle es que me parece que es usted un Ministro que gobierna mucho a golpe de Decreto-ley; ya se lo han dicho en una revista, pero es que es cierto. La Ley General de Sanidad, el famoso borrador de anteproyecto que usted presentó ante los periodistas el día 27 de diciembre todavía no sabemos dónde va, no sabemos dónde está, no sabemos cuándo lo va a presentar. Usted nos ha dicho eso amablemente y yo acepto el reto, señor Ministro, pero quiero decirle que no es para que usted nos lea la Ley y que luego salgamos en los periódicos, mi Grupo y yo estamos dispuestos a hablar, a pactar, porque lo he dicho en público, y lo que digo en público lo mantengo en esta Cámara, que creo que la Ley General de Sanidad tiene que ser una pacto parecido al que se hizo en la Constitución, porque la Sanidad es de todos; porque no puede ser, señor Ministro, que dentro de dos o tres años tengamos que cambiar otra vez la Ley de Sanidad porque ustedes ya no estén en el poder y empecemos otra vez a estar dos años tratando de organizar y gestionar y, mientras tanto, los ambulatorios llenos a tope y los hospitales haciendo peor calidad en su medicina hospitalaria.

Creo que en algunas cosas, en la mayoría, y últimamente he dicho que incluso en algunos nombres, no nos importaría estar de acuerdo, siempre que no entablemos una guerra que nosotros no queremos entablar; nosotros no queremos una medicina de Partido, vuelvo a repetirlo, y no queremos entablar la guerra de medicina pública o medicina libre, sino que creemos firmemente que son dos medicinas complementarias, como se hace en muchos países, donde el índice de gasto de que nos hablaba el señor Raventós, me parece que era en Inglaterra, era el 0,8 por ciento. El famoso Servicio Nacional de Salud inglés, es un servicio, que recientemente ha hablado un directivo de cómo funcionaba, complementario de las dos medicinas. Al principio los laboristas quisieron borrar del mapa la medicina libre y vieron que no podían, han ido aumentando los índices paulatinamente. Nosotros queremos eso, que coexistan las dos, que sean complementarias y que no sean subsidiarias, sino que sean complementarias que las dos contribuyan a ejercer mejor la medicina para los españoles y para su salud pública.

En cuanto a la Ley General de Sanidad, señor Ministro, tendrá usted noticias nuestras, ya le llamaré a su Ministerio para que inmediatamente nos pongamos en contacto. Nosotros tenemos elaborado también nuestro texto alternativo que puede, creo, enriquecer en muchas cosas su texto, si es que ustedes aceptan esta especie de pacto para la Sanidad que va a alegrar a mucha gente.

Quiero decirle que teníamos pensado llevarlo a todas las clases sanitarias para servir, de alguna forma, de puente este Partido político, entre las clases sanitarias y usted, señor Lluch, porque ahora sus relaciones me parece que están un poco deterioradas, sobre todo, con la clase médica y con los ATS. Por lo menos, por lo que dicen los periodistas de las huelgas (claro que es posible que nos engañen), pero lo que yo sí veo es que los ATS están un poco, diría, dolidos por la actitud del señor Ministro, porque cuando se toca cualquier cosa (y ya se lo he dicho antes, no parten ustedes de cero, había gente antes, ya existía gente desde hace veinte siglos en este planeta y en esta Península Ibérica), si usted hace, por ejemplo, un Decreto dando una facilidad a unos técnicos de grado medio puede usted perjudicar a los demás, lo que se trata es de encajar a los dos y no perjudicar a ninguno. Para eso existen las mesas redondas, señor Lluch, y quizá sea necesario que se sienten en una mesa usted, o la persona en quien delegue, los ATS y los especialistas o técnicos en radiología, y yo quiero decirle aquí, y sabe que les tengo un gran cariño porque la mayoría de ellos salieron de mi hospital, que no pueden competir dos clases sanitarias, sino que tiene que estipularse el sitio donde está cada una. Estoy seguro, que con el Presidente del Consejo de ATS usted puede entenderse perfectamente, igual que con los otros.

Exactamente igual ocurre con los Colegios de Médicos. Yo comprendo que a veces es difícil, todos los políticos dicen que alguna vez tenemos que desayunarnos con algún sapo, el señor Ministro seguro que lo hace con uno o dos todos los días, pero no puede el Ministerio de Sani-

dad tener cortado el diálogo con los Colegios de Médicos, y se lo digo con toda sinceridad, señor Lluch, porque ellos son la parte importante de la reforma sanitaria. Si usted no cuenta con los médicos, despidase, señor Lluch, de la reforma sanitaria, y esto vuelvo a decir que ya lo ha comprendido el señor Raventós, pero se lo digo con toda sinceridad y con toda la buena voluntad de que soy capaz.

En cuanto a la reforma hospitalaria, ha presentado usted un borrador hace poco tiempo; estamos estudiándolo todavía. Veremos qué es lo que usted hace, pero esto funciona también a golpe de Decreto-ley. Yo creo que debía usted esperar a la Ley General de Sanidad, tratar de sacarla, para que todas las reformas que está haciendo correspondieran a Sanidad, ya que si no va a parecer que como saben seguro que van a aprobar la Ley General de Sanidad, están haciendo ya la reforma de la Ley, señor Lluch, y esto no es normal; por lo menos, hay que guardar las apariencias.

Decretos-ley, que se sepa, entre los que ha prometido y los que ha sacado, han sido la Ley de estructuras básicas de salud, que tuvo algunos problemas en el Consejo de Estado; la Ley de especialidades; está en marcha la de reforma sanitaria; la Ley de Sanidad exterior, la Ley de Colegios profesionales (usted no tiene nada que ver, pero yo oí una vez al portavoz socialista de Sanidad, que la Ley General de Sanidad no saldría si antes no estaba la Ley de incompatibilidades y la de Colegios profesionales, pero, en fin, esto pertenece a la comidilla médica). El Decreto-ley de formación médica, el Decreto-ley de estructura del Insalud, el Decreto-ley de jerarquización de ambulatorios, y no sé si me queda alguno más.

Esa es, por tanto, mi principal pregunta. ¿Cuándo va a sacar, señor Lluch, la Ley General de Sanidad? Aunque antes, por supuesto, y como ha prometido, tendrá que hablar conmigo, pero si la va a sacar en este verano, hasta la oposición puede esperar a que usted haga la reforma. Mientras tanto, lo que yo tengo que decirle en principio sobre esa reforma hospitalaria, aunque no le hayan hecho ninguna crítica —yo todavía no la he estudiado—, es que me parece que es una fórmula muy general. Mire usted, de una vez por todas, y con valentía, hay que dar la autonomía hospitalaria y yo creo que el señor Ministro es autonomista, de verdad, para eso es catalán, aunque no todos los catalanes lo sean, pero la mayoría sí, como se ha visto. Hay que dar autonomía, y no hay que dar fórmulas muy meticulosas de gestión, porque hasta en la gestión se está investigando y cada día aparecen nuevas fórmulas. Hay que dejar a los hospitales a su propia iniciativa, a la propia investigación de cada hospital, que cada uno tiene su peculiaridad, porque es como una persona, como un recién nacido, que se desarrolla y crece y tiene su personalidad; igual pasa en estos hospitales, en estas instituciones que se acogen al entorno, que tienen su propia peculiaridad, y yo creo que están un poco encorsetados, y ésta es una tendencia que tiene siempre, no el señor Ministro, sino todo el partido socialista, a plantificar una especie de corsé, una unifor-

midad, que repele un poco con el ansia de libertad que nos anima en toda esta normativa médica.

Y tengo que decirle, señor Raventós, que en estos dos años —el señor Ministro es un poco culpable, pero por arriba—, usted ha cambiado prácticamente todos los directores de los hospitales de la Seguridad Social. Yo me voy a referir únicamente a Madrid, a Valencia, a Huesca, y tengo aquí las declaraciones —usted sabe que ha cambiado todos, menos uno, señor Ministro, el de Puerta Hierro—, pero, por ejemplo, el doctor Sobrino, que es el Director de La Paz, dice: reconocemos nuestra ignorancia total en los temas administrativos. Está aquí para que los Diputados socialistas puedan leerlo, y en los otros exactamente igual. Pero es que todavía no se había aplicado eso que usted intenta aplicar y a lo que luego me referiré, señor Ministro, porque ese modelo lo conozco, ya que no es más que el modelo del Hospital Provincial de Madrid un poco reformado. Conozco perfectamente el modelo de reforma sanitaria que ustedes van a presentar, es casi el mismo, es la hipertrofia de directores y de subdirectores, y luego hablaremos de ello, pero lo que si le digo es que el Cuerpo de Directores Generales Médicos es un cuerpo que tiene dos partes muy importantes, y que se unen precisamente en el Director Médico, no en el Gerente, y donde están perfectamente implicadas lo que es la asistencia sanitaria y lo que es la administración, y que esto requiere una especialización y ustedes tienen una Escuela de Gencia hospitalaria que podía haber sido el embrión de una gran escuela de gerentes de hospitales, que yo veo que duerme el sueño de los justos.

Yo soy Director de hospital por esa Escuela, recibo la propaganda que me envía, y en este tiempo en que está usted, señor Ministro, he visto que tiene poca actividad.

En fin, ésta es una especialización, y no puede ser un Director de hospital, si es sólo un profesor médico, aunque yo no sé la capacidad técnica, me figuro que será un buen técnico médico, un buen profesor de servicio, un buen médico, pero eso no quiere decir que sea un buen Director de hospital. Para eso hay que formarse, para eso hay que prepararse, y para eso hay que llevar muchos años ejerciendo esta profesión, por que si no puede ser que se dedique sólo a hipertrofiar el aparato médico en contra del administrativo y al revés, ya que lo mismo ocurre cuando encima del Director médico hay un gerente, pasa lo mismo, se hipertrófica el aparato administrativo, los órganos de control, las direcciones, las subdirecciones. Como yo he padecido las dos cosas en el hospital donde tengo la suerte de haber transcurrido toda mi vida médica, lo conozco perfectamente, y ésta es una de las cosas que yo quisiera decirle. Ha cambiado usted funcionarios que tenían la titulación, que nunca han sido aprovechados porque los pobres estaban haciendo de frontón, recibiendo quejas del hospital y luego transmitiéndolas al Insalud, sin tener ningún poder de gestión ni de dirección, y a pesar de eso, a pesar de su difícil situación, habían logrado sobrellevar con bastante dignidad la dirección de estos macrohospitales, que han prestado grandísimos servicios a la sociedad y al Insalud.

Pues bien, todos éstos han sido decapitados; esto forma

parte del cambio, creo que el cambio ya ha entrado en los hospitales, ya veremos ahora cómo va a entrar en el funcionamiento, y esto ha desalentado a mucha gente. Luego están las cosas de nepotismo. Las jefaturas de enfermería de todos estos hospitales —sobre lo que también le hice una pregunta, señor Ministro— en estos meses, las doce o trece que había en Madrid, las decapitaron, al igual que en otros sitios, y han sido sustituidas por enfermeras corrientes y molientes, algunas de ellas enfermeras de los Directores, sin otros conocimientos. Pero, en fin, esto es lo anecdótico, ustedes han ganado, ustedes sabrán lo que hay que hacer, lo que no quisiéramos es entrar en esa dinámica, señor Raventós, porque podríamos ganar nosotros las próximas elecciones, y entonces ¿qué hacemos? ¿Venimos a cambiar por los nuestros porque tengan el nombre en la boca? Yo creo que de una vez por todas la Sanidad es para el que sabe ejercerla, tenga la ideología que tenga. Si hay un señor, funcionario del PSOE, que sabe dirigir un hospital, bienvenido sea, y que dirija el hospital, pero no puede ser que por ser del PSOE tenga la ciencia infusa que da la cualificación de Director de un hospital.

También quiero hablarle, ya que yo soy de Madrid, de la Fundación Jiménez Díaz. Querido señor Ministro, sé que no se ha arreglado la Fundación Jiménez Díaz, y voy a ser pesado con usted en esto, porque hay que arreglar su situación.

Ese hospital sé que no es un modelo muy agradable en el sentir de ustedes, pero es un hospital de medicina mixta. Ustedes ya tienen otro hospital con medicina mixta, que es el autonómico de Madrid, el Hospital Provincial, y se cargaron la medicina privada de un plumazo, acusando de corrupción a los médicos. Pero nosotros creemos que es un buen modelo; hay un alto nivel de cualificación técnica, un alto nivel de cualificación en investigación con el propio Patronato y la verdad es que la política de conciertos, el pagarles tarde, el pagarles poco, ha ido aumentando la deuda pública y quiero decirle que la anterior dirección, a la que usted echa las culpas, hizo una auditoria que está a su disposición. Lo que pasa es que si usted no le va pagando, la ahoga hasta que no tiene más remedio que dimitir, y si es de Alianza Popular, con más razón.

Ya se han dado más casos en estos cambios, señor Raventós, de que da la casualidad de que hombres de Alianza Popular que estaban en estos cargos directivos y que los ejercían por ser funcionarios, no por ser de Alianza Popular, con bastante cualificación, han sido decapitados. Yo no quiero ver intencionalidad, ni una guerra de partidos en esta batalla, señor Lluch, pero siempre es desagradable tener que manejar esto. Alguno de ellos, concretamente el Director de La Paz, ha tenido que ir a Argel, porque tenía que mantener a sus seis hijos y tenía 40.000 pesetas de cualificación de dirección que le hacían falta para vivir, y ha tenido que coger un contrato e irse a Argelia un miembro de la Comisión de Sanidad de Alianza Popular.

Pero ésta es una anécdota, señor Raventós. Yo creo que nosotros no haremos lo mismo, pero es una mala política,

sobre todo por la cualificación, no porque sean de PSOE, ya se lo he dicho.

No sé cómo voy de tiempo...

El señor PRESIDENTE: Mal, muy mal. Se ha pasado ya siete minutos. A ver si puede terminar en cinco o diez minutos como máximo.

El señor RUIZ SOTO: Se lo agradezco mucho, señor Presidente. Es que es tan vasto el tema... Incluso muchas veces me he quejado y he dicho que esta Comisión debía tener una Comisión especial sola, por la importancia de su Presupuesto.

El señor PRESIDENTE: Voy a ser todo lo flexible que pueda con S. S., pero quedan todavía peticiones de palabra.

El señor RUIZ SOTO: Muchas gracias.

En el proyecto he querido leer que cada cuatro años van a poner ustedes en solfa a los jefes clínicos y a los profesores jefes de Servicio. Yo le quiero recordar a usted una anécdota de un hospital sueco que era un modelo de hospital, un hospital que inauguraron en Suecia hace años y entonces reunieron a todo el personal. Era un modelo de hospital sueco socialista y reunieron a los médicos, a los farmacéuticos, a las ATS, a los auxiliares de clínica, a los sanitarios, a los porteros, a todo el mundo. Dijeron: «Este es un modelo de hospital socialista y aquí todos vamos a ganar igual y todos vamos a tener las mismas responsabilidades y aquí se van a dar los puestos por riguroso orden de antigüedad.» Entonces, llegó el Decano de los médicos, que iba a ser el Director, y dijo: «Yo soy el Decano, llevo cuarenta años de ejercicio profesional, y entonces elijo yo.» «Pues muy bien, pues elija usted.» «Pues yo elijo ascensorista».

Pues esto es un poco lo que puede pasar, caricaturizando, con los sueldos en los hospitales.

He de decirle que los médicos de hospitales de España —le he hecho una pregunta por escrito al señor Ministro— son los que menos ganan de toda la Comunidad Económica Europea. En eso vuelvo a repetir que ya va reconociendo que, efectivamente, están mal pagados y que hay que arreglarlo, porque si no, no se puede exigir el tremendo esfuerzo que supone toda esta reforma hospitalaria, toda esta reforma de los ambulatorios, no ya en cuanto a Europa, sino a los funcionarios españoles; hay un trabajo reciente en una revista, que aseguro que lo ha visto el señor Ministro, donde hay una diferencia ostensible entre los ingenieros, abogados, economistas, etcétera. ¿Por qué? Porque hay más médicos, será, seguramente, y entonces cuestan más, pero son unos profesionales que están todos los días trabajando por la salud de los españoles y tienen que estar atendidos con arreglo a su responsabilidad. En esto, señor Ministro, me tendrá siempre a su lado, apoyándole, si es que quiere que le apoye. Esta es una reivindicación que no puede dejarse de hacer porque ahora, además, si van a dar la dedicación exclusiva, usted me dirá los emolumentos que tienen que pagar, la

subida que tiene usted que dar, los presupuestos que tendrá que aumentar, sin duda, el señor Raventós, para pagar todo esto.

En cuanto a la medicina hospitalaria, ya le he dicho antes lo que ha pasado. Creo que desde que ha entrado el Partido Socialista, ha disminuido el gasto. Yo no lo niego, señor Raventós, pero lo que ha disminuido es la calidad asistencial en los hospitales, y ha disminuido porque se ha masificado, y en medicina la cantidad va en contra de la calidad, como en casi todas las esferas de la vida, y al aumentar aquella han aumentado ustedes los autónomos, prácticamente han congelado casi todos los conciertos. Hay sitios como Andalucía donde prácticamente van a tener que cerrar todos los hospitales privados. Usted mismo ha reconocido el número de camas que tienen, que en eso habría que entrar en una discusión técnica en cuanto al número de camas que creemos necesarias por mil habitantes. Usted cree que el 3 por mil es una cifra buena; nosotros creemos que los países normales en Europa, el que menos tiene cuatro. Luego entran consideraciones sobre los hospitales monográficos, hospitales de agudos o de crónicos, que por cierto usted ha reconocido que no tienen ningún hospital. Usted sabe que se están utilizando mal estos hospitales porque muchos enfermos crónicos están en camas de agudos, que son mucho más caras, pero lo que si quiero decirle, señor Raventós, es que, claro, como ustedes conciertan, el gasto suyo no lo evalúan. Todavía no tenemos un dato —a lo mejor lo tiene usted ahí y no nos lo ha podido decir— sobre cuánto vale la cama en el Ramón y Cajal, o cuánto vale la cama en el hospital de Belvitge, por no poner sólo un hospital madrileño.

Equiparar lo que vale la cama en un hospital de esos y en un hospital bueno concertado, benéfico privado, que usted ha dicho con muy buen sentido. Pues mi hospital no es un hospital con ánimo de lucro. Yo cuando hablo de medicina libre no me refiero sólo a los hospitales privados con ánimo de lucro, que es también un motor de la sociedad, siempre que sea dignamente ejercitado, sino que también me refiero a estos hospitales, como el Patronato de la Fundación Jiménez Díaz (el señor Ministro me tendrá muy pesado con la Fundación hasta que lo solucione, y yo estoy dispuesto a ayudarle en lo que él quiera, pues es incluso el hospital donde yo ejerzo la medicina).

En cuanto a las unidades básicas de salud, a que ya me he referido antes, sólo quería decirle por encima que, efectivamente, puede ser que por ahí vaya el futuro de la medicina, que haya arreglos de una cosa o de otra, y que esto es cuestión de presupuestos, señor Ministro.

Ya le he dicho que no quería tocar el tema de la colza, pero tiene usted ahí un problema que tendrán que solucionar. Este es un problema que planteó el Partido Socialista. Yo en aquel entonces no era parlamentario. Podría desde los periódicos haber hecho demagogia, pero me pareció que era una desgracia nacional, que a cualquier Ministro que le cayera aquello era terrible para él, pero es un problema en que ustedes tienen una responsabilidad, y siento que no esté aquí nuestro compañero Ciriaco de Vicente, porque él, subido en aquel estrado —yo me

acuerdo, como espectador entonces de la televisión—, aparecía como un arcángel furioso, con aquellas barbas al viento, machachando a aquel pobre Ministro de la UCD, y sacaron 61 propuestas.

Yo sé que es un problema tremendo este, señor Lluç, pero ustedes están comprometidos, no es nuestro compromiso. Nosotros no quisimos, y nosotros en este aspecto vamos a tener una actitud colaborante, no una actitud demagógica, para llegar a la solución de esto que le digo, y estoy seguro que usted estará conmigo, porque es una excelente persona, que es una desgracia nacional, y que se va complicando con las declaraciones de unos y otros, de si ahora resulta que no es por la colza, y hay gente procesada por la colza... En fin, es todo un problema en el cual yo no quiero entrar. Lo conocemos y lo tenemos, pero desde el punto de vista de la sanidad sepa usted, señor Ministro, nada más la responsabilidad que tiene, que, sin duda, no la ignora, y que algún día tendrá que darle la cara.

Quisiera que nos explicara, señor Raventós, con qué filosofía maneja los conciertos. Usted ha hablado de cuatro órdenes de cosas; pero quiero decir que luego dentro de lo que es privado (porque hay algunos de los Presidentes provinciales, de los directores provinciales del Insalud que lo hacen según su amistad o la ideología de uno y otro; esto se está dando mucho en la sanidad) tienen ustedes que vigilar un poco esta cuestión.

Señor Ministro, en las elecciones catalanas —a las que yo fui llamado por la sanidad nada más— estuve en el Hospital de la Alianza. Ese hospital desde que aparecieron los autónomos va a tener que cerrar; yo creo que es una institución que ustedes, los catalanes, deben conservar, y yo también estoy dispuesto, como en la Fundación Jiménez Díaz y para corresponder, a ayudar para la manutención de ese hospital que prácticamente han dejado en la ruina.

Quería decirle que si ustedes después de hablar sobre la Ley General de Sanidad están dispuestos a mantener la liberalización de las cuotas en la sanidad en las sociedades de medicina libre, para no agostarlas, que no haya, señor Lluç, juego sucio, sino que en el uso de la libertad que nos ha dado la Constitución a todos los españoles y también libertad de libre empresa y de aseguración, ustedes no controlen (y eso además ya es una disposición anterior que todos nosotros rechazamos y que proviene de la época del franquismo) el estar con la cuota. Debemos liberalizar un poco sobre todo a las partes que han elegido este sistema de libertad para no coartar y ahogar económicamente estas instituciones como la Alianza o como la misma Muface, para la cual ustedes en las Disposiciones transitorias de la Ley General de Sanidad —será un punto a tratar— han dispuesto su defunción, ya que cuando salga la Ley General de Sanidad pasarán todos los funcionarios al régimen general. Creemos que no con 2.200 pesetas que decía el señor Raventós en las que estaba la medicina primaria, sin contar ahí los cuatro millones de pensionistas que no cotizan a la Seguridad Social y que ejercen ese tremendo gasto, pero —y no hay que irse fuera, señor Ministro— con unas 1.300 ó

1.400 pesetas atenderíamos igual, con medicamentos, lo mismo, a la medicina primaria de esos asegurados, lo que permitiría un ahorro dinerario extraordinario para dedicarlo a esas otras cosas de las que usted ha hablado antes como la investigación. Quiero decirle que la investigación efectivamente ha subido pero que significa el 1,9 del presupuesto general de la Seguridad Social; todavía no estamos a esos niveles y habrá que mejorarlo más.

Para terminar voy a decir una cosa que a todos nos mueve mucho y con la que todos los Grupos estamos de acuerdo. Quiero decirle en la investigación, por favor, ahora que se van a hacer las transferencias a las autonomías, que no se transfiera el investigar cómo se puede mantener la patata frita. Hay que ponerla a un nivel adecuado. Lo ha dicho ya el doctor Barbacid, al cual ha llevado usted a alguna conferencia, con muy buen sentido. Ha dicho que ellos no pueden ponerse ahora a investigar aquí porque no tienen base, infraestructura. Tenemos que ponernos al nivel que están en el extranjero para que desde ahí partan. No consiste en dar el dinero, sino en darlo bien, señor Ministro; y ahí, en la investigación como en la mejora de la sanidad, no tenga duda el señor Ministro que nos tendrá siempre a su lado.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ruiz Soto.

Para responder tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): En primer lugar, debo decir que aprovecho para manifestar que es cierto que en algunos temas el Grupo Popular ha hecho un tipo de oposición clara y nítida, pero al mismo tiempo tengo que decir que honesta, y como lo creo, lo digo.

Con respecto a los dos temas en los que ha dicho que no quería influir, tengo que decirle que la colza —usted no intervino porque no era Diputado; yo no intervine y lo era— en estos momentos depende del Ministerio de la Presidencia. Yo no sé muy bien si esto en el futuro va a continuar siendo así, es una decisión del Gobierno, pero hoy por hoy la única parte que depende del Ministro en el tema de la colza es la parte que con frecuencia se deriva de la evaluación de las investigaciones que se han hecho. Mi postura sobre esto le digo que siempre es la misma. Tengo que decirle que algunas declaraciones que un periódico me ha atribuido no han existido. Un día asistí al Congreso de los Diputados y ante un grupo de periodistas dije que al día siguiente iba a hacer un informe; puestos a no acertar nada, ni siquiera estuve en el Congreso de los Diputados aquel día. Lo que dije es que la Organización Mundial de la Salud ha hecho un informe del estado de la cuestión, que es resultado en parte de las jornadas que hubo en Madrid en las cuales estuvieron muchos investigadores extranjeros y también españoles, sobre lo que se sabía hasta un determinado momento referente a la investigación de la colza.

Estos resultados hasta ahora no han sido publicados,

pero van a ser publicados a finales de junio o principios de julio, simultáneamente en castellano y en inglés, bajo la propia responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud aunque con nuestro permiso, porque saben ustedes que no publica nada una organización internacional si no es con el permiso del país miembro y sin ver el informe hemos dado el acuerdo de que se publique con las consecuencias que allí haya. Igual que le dije que sin leer el informe, ahora le tengo que decir que he leído el informe y que a finales de junio o principios de julio va a salir. En mi opinión ésta es la única evaluación de muchas investigaciones que se han hecho por gente seria y por gente que proviene de distintos ámbitos. Esto es lo que se sabe. La cuestión es que se hizo a través de estas jornadas y de otros estudios de la Organización Mundial de la Salud; yo me atengo a ellas.

Con respecto a otro tema, que es el del doctor Amat, no tengo ningún inconveniente en explicar sobre él. Ya que usted por delicadeza no lo trata, yo por delicadeza le voy a contestar. En el caso del doctor Amat le tengo que decir que en principio los Colegios de Médicos y las Comisiones de Oncología no han actuado. No subrayo si es positivo o negativo; si yo fuera colegiado, tengo una idea clara de cuál sería mi postura. Como ellos no han actuado, yo me he encontrado con la necesidad de afrontar este problema y de hacerlo con cierta sensibilidad. ¿Por qué? Porque siempre cuando se ve afectada una persona o un médico en ejercicio es delicado. Más delicado que por esta razón lo era porque había bastantes personas que dependían de este médico y creían que él tenía la solución y estaban convencidos de ello.

Nosotros hicimos un procedimiento que un día puedo explicar en extensión. Hicimos un seguimiento durante bastantes meses, tres o cuatro meses, de todos los enfermos que pudimos localizar y que habían sido tratados por el doctor Amat para saber si habían obtenido o no mejoras, si habían obtenido o no avances en su enfermedad. No me acuerdo si el número es de 21 o de 27. Asimismo preguntamos si efectivamente había algún caso de curación y se nos dijo que sí, que era uno. Por tanto seguimos a algunos enfermos que continúan siéndolo, así como el caso de curación.

El caso de curación resultó que no era tal. Se dijo además, para darle más fuerza al documento, que el curado era un médico —esto le daba más seriedad al caso—, pero resultó que ni era médico ni estaba curado ni había estado enfermo; era un podólogo que precisamente ejercía en Bilbao aplicando a enfermos por encargo dicha medicina.

Con estos historiales poco a poco fuimos viendo a las personas afectadas contándoles que no había resultado. Asimismo tuve contactos personales con diversos medios de comunicación, como la radio, que habían apoyado a este doctor y que le habían dado cierta popularidad, que se habían enfrentado con los médicos, los cuales no le querían reconocer porque así perdían un dinero que si no ganaban, etcétera. Fuimos explicando uno a uno a estos medios de comunicación, sin aparecer nunca ante ninguno, la realidad y estos apoyos de los enfermos; se lo expli-

camos a unos medios de comunicación que en unos momentos determinados habían dado apoyo explicando la verdad. Fuimos actuando en un problema que a mí me preocupaba mucho, que en un momento determinado no hubiese un grupo que se sintiera agredido por el Ministerio y agredido por los médicos en general. Usted me ve más alejado de los médicos y otras personas me ven como defensor de los médicos; la vida ya sabe usted que es completa.

Hicimos todas estas cosas. Agotamos también el tema del protocolo. Estas cosas no se pueden hacer de ninguna manera. Le instamos en repetidas ocasiones a que presentara un protocolo. Finalmente presentó un protocolo, y éste no fue aceptado por el centro de Majadahonda. Pero a mí que soy —usted tiene razón— poco estatista no me pareció que ésta fuera una solución suficiente, y llamamos y convocamos en el Ministerio —otra buena prueba de relación con los médicos— a las sociedades médicas especializadas en oncología y a médicos que están al frente de servicios de oncología en la misma zona.

Por tanto, había catedráticos de la Comunidad Autónoma valenciana, y como prefieren estar en el anonimato, no digo sus nombres, aunque usted a lo mejor los sabe ya, porque hay gente que habla más que yo. Había un catedrático de esta zona, dos jefes de servicio de dos hospitales de esta zona, el Presidente y el Secretario general de una sociedad médica de esta zona que dieron su opinión negativa a que el doctor Amat persistiera en sus tratamientos. Y nosotros tomamos una decisión entre lo que decía el Centro Nacional de Majadahonda y lo que decía este grupo de médicos, que hicieron un informe que firmaron, pero prefirieron reservarse la firma. Tengo que decir que si yo hubiera sido uno de los consultados hubiera sido partidario de firmar, porque así como con esto ya se sienta un precedente de esta colaboración, firmando yo creo que se sentaba más.

Posteriormente se han dado otros hechos, y usted debe haber leído en «El País» que el único catedrático de oncología que no fue consultado —entre otras razones, si usted quiere, porque es amigo mío— y que es una gran autoridad, sobre todo en la epidemiología del cáncer, como usted conoce, ha hecho una carta diciendo que el Ministerio había actuado bien.

Entonces, ¿qué es lo que hemos hecho? Yo creo que a lo mejor hemos actuado con dos o tres meses de retraso, y esto es fácil decirlo, pero yo creo que en estos otros meses hemos aquietado el panorama de los enfermos, porque fíjese usted que no ha habido ninguna reacción airada cuando nosotros hemos tomado nuestra decisión, ni del propio —hay que decir las cosas como son— doctor Amat. Por tanto, éste es un asunto en el que yo estoy muy agradecido a que en aquellos momentos ustedes no hicieran de él una bandera, y por ello yo les doy las explicaciones, y creo que se ha aquietado el asunto con toda claridad.

Con respecto al catalán, usted no se extrañe de mi aportación, por una razón, y ustedes me perdonarán: desde hace muchos años la literatura en lengua castellana que se hace en España, la de mayor calidad estilística,

la han hecho fuera, a mí se me ocurre, de Miguel Delibes, personas que son de otras áreas lingüísticas. Vea el caso de Cela; en el caso vasco, Unamuno, Luis Martín Santos, Ignacio Aldecoa; el caso de Azorín, que hablaba el catalán como lengua propia; Gabriel Miró, que es el mismo caso, etcétera, y junto con los colombianos y los argentinos, se está haciendo aportación a una lengua que en Madrid tengo que decir que sí que es cierto que a los que no somos de aquí nos sorprenden en un cierto descuido en el hablar, que también preocupa a otras personas madrileñas que acaban de formar la Asociación de Amigos de la Academia de la Lengua Española, hace pocas fechas, entre ellas el embajador La Serna.

Con respecto a algunas cuestiones sobre los médicos, yo no creo que tengamos en estos momentos un juicio general con los Colegios de Médicos. Hemos tenido problemas en los cuales creo que usted y yo no hemos disentido mucho, además; en alguna ocasión ha habido personas que se han alejado de una vía de diálogo y han emprendido otras cosas con las que yo sé que usted y su grupo no han estado de acuerdo, lo que también me parece positivo.

Por ejemplo, en la Ley de Sanidad, en estos momentos, después de unos avatares que usted ha seguido de cerca, y como digo yo creo que con una buena actitud, ha sido muy difícil tener el diálogo. Yo puedo testificar, y un día lo haré, todo lo que ha sido mi rosario de ofrecimientos, uno detrás de otro, y que durante mucho tiempo chocaron con el vacío. Hasta tal punto que, en algún momento determinado, algunos Colegios de Médicos han estado hablando con el Ministerio de Sanidad, y yo discretamente, sin intentar salir en la foto, sin decir nada, hasta que esto se ha popularizado, pero no por mí, sino por algunos Colegios de Médicos que estaban hablando conmigo. Y no son solamente los Colegios catalanes, hay otros Colegios que han estado hablando.

Ahora, afortunadamente, ya hay una Comisión por parte del Consejo General, cuyo Secretario es el doctor Cedrón, y que va a hablar con la Comisión del Ministerio.

Con todos los otros hemos hablado, y solamente nos hemos hecho una foto con la CEOE, los únicos, pero hemos estado hablando con Comisiones Obreras, con UGT, con las Sociedades de Defensa de la Sanidad Pública, con doce o catorce sociedades científicas médicas, con algunas no hemos estado de acuerdo, con otras sí. Hemos estado hablando con Comunidades Autónomas, con todas las socialistas. Cuando se forme el Gobierno autónomo de Cataluña verán ustedes que se pondrá de relieve que también ahí ha habido acuerdo en este sentido. Por tanto, hemos estado hablando con mucha gente, y la mayoría de los interlocutores eran médicos, muy mayoritariamente. Por ello creo, sinceramente, que, al revés, hemos callado mucho y hemos intentado salir poco, y ahora que estas negociaciones están muy avanzadas, es para mí una satisfacción decirlo.

Con respecto a los ATS es bueno hablar, yo estoy de acuerdo con hablar; lo que pasa es que, a veces, es difícil hablar, no con ellos, sino con algunas personas que yo creo que están acostumbradas a un estilo que es más el

de la confrontación que el de la colaboración, y la colaboración no en un sentido acrítico, sino en un sentido crítico.

Yo creo que lo que estamos haciendo, usted lo conoce, porque todo esto, además, son cosas no definitivas ni definidas, y los sabe. A mí me han preguntado algunas de esas personas si vamos a eliminar 15.000 ATS, yo he dicho que no, y después han salido fuera y han dicho: «El Ministro nos ha dicho que van a eliminar 15.000 ATS». Entonces, hay momentos determinados en que uno dice que no puede continuarse hablando en estas condiciones. Pero me temo que no estará usted muy en desacuerdo con lo que estamos preparando para delimitar ATS, a los cuales les ampliamos competencias en asistencia primaria de una manera bastante espectacular. Nadie duda del papel de los técnicos, y hemos hablado con técnicos. Yo he hablado con ATS, concretamente con el Presidente del Consejo General de ATS recientemente, cuando le dije que no a lo de los 15.000. Lo que pasa es que en los diálogos hay que pedir un mínimo de normalidad en las relaciones.

Quiero hacer una referencia a mis entrevistas. Yo creo que sinceramente hago muy pocas. O sea, que se ve que deben tener algún eco, porque en Televisión soy el segundo Ministro, me parece, si usted lo mira en el minutaje, que he salido menos, salgo poquísimo. Estoy contentísimo de dar esta impresión. Lo que pasa es que hay muchas revistas sanitarias que me piden entrevistas, pero la verdad es que si usted mira, por ejemplo, en Televisión Española, soy el segundo empezando por la cola, y estoy contentísimo, pero he salido poco. El otro día salí en Televisión en un programa quince segundos, y algunas personas me han hablado de que salí y que había dicho no sé qué. Pero si usted lo cuenta, hablé diez segundos. Por tanto, procuro hablar poco.

Después tengo que decirle una cosa muy en serio: yo no he publicado, nunca, contra lo que usted ha dicho aquí, un Decreto-ley. Nunca. Soy virgen en Decretos-ley. (Risas.) Y no digo que no los vaya a publicar un día, pero, de momento, de verdad, que soy bastante reacio al Decreto-ley. He publicado algunos Decretos: el Estatuto de Ley Básica de Salud. Por ejemplo.

Las dificultades con el Consejo de Estado. Sinceramente le tengo que decir que he tenido lo que se pueden llamar algunas dificultades con el Consejo de Estado, cierto, pero a mí me gustaría —y si no lo conocen, ahora ya se puede hacer público— que leyera el informe del Consejo de Estado, donde había una unanimidad en decir varias cosas: primera, que el Decreto estaba muy bien hecho, y segunda, que le parecían absolutamente loables todos los objetivos. En lo que había una posición mayoritaria era en que, cuando decía lo arcaicas que eran las Leyes, aquello no era claramente legal. Mientras que había una posición minoritaria que lo creía, pero tengo que decir que en esta posición minoritaria estaba el Presidente del Consejo de Estado, al cual, cuestiones aparte, con carné o sin carné (que no tiene carné, por otro lado) una cosa no se le discute, y es su categoría jurídica.

También es cierto que yo no mantuve el Decreto y no

lo enmendé, sino que me estudié muy bien el Consejo de Estado, y usted puede hablar con algunos juristas de los que no abonaron mi posición, como el ex Presidente de la Cámara de Diputados, que sabe que hablé con él para ajustar al máximo las opiniones, y recogimos muchísimos de los puntos de vista de la oposición minoritaria.

Por tanto, en este Decreto, en el que sí es cierto que hubo problemas, fueron menores de lo que Lorenzo Contreras, amigo mío, dijo, y, además, había unos elogios considerables, y yo no mantuve el mismo Decreto, sino que lo modifiqué de una manera sustancial, y no sólo lo modifiqué, sino que hay partes de él, como de otros Decretos, en los que yo he trabajado personalmente, y la Exposición de motivos la escribí yo toda de arriba a abajo, después de un estudio muy detallado de las posiciones y teniendo muy en cuenta el Consejo de Estado.

Con el Decreto de especialidades médicas no hubo ningún problema con el Consejo de Estado, aunque yo siempre aprendo cosas del Consejo de Estado y siempre cambio cosas después de haberme leído los informes del Consejo de Estado, que son, normalmente, los que a mí me han hecho de una enorme calidad. Por tanto, no hay ningún problema.

La reforma hospitalaria. ¿Me puede decir qué menos que gobernar por Decreto-ley que someter a la consideración un borrador? Es lo contrario del Decreto-ley; no es dar a conocer un Decreto-ley, sino decirle: esto es un borrador.

Nuestra posición, lo digo con franqueza —yo no olvido que he sido oposición—, y ahora le voy a atacar un poco, es que usted defiende cosas que son contradictorias y en las actas usted lo verá. Usted dice que este Decreto marca demasiado las cosas y que es poco autonómico y después me dice que es poco concreto. Lo que nosotros buscamos es que no sea ni muy concreto ni poco, a lo mejor es que no hemos encontrado el punto justo, pero en eso estamos.

Yo le quiero decir que casi nunca hablo de etapas anteriores, porque nunca hablo de ello ni tampoco de lo de debajo de la alfombra. Soy una persona que casi nunca hablo de la herencia, por lo que creo que usted viene —y es normal— influido por alguna de las personas que si la mencionan. Yo creo que no mandamos por Decreto-ley; nunca hemos hecho ningún Decreto. Los Decretos los hemos consultado con todos y en alguno de los Decretos, al revés, me han acusado de otra cosa. Por ejemplo, el Consejo General me ha acusado que en el Decreto de especialidades médicas les envié un Decreto y han publicado uno distinto. Lo que no han contado es que la mitad de los cambios eran consecuencia de la integración de unos temas enviados por el Consejo General. Esto no lo han dicho, pero lo digo yo, y se puede comparar porque son textos. Por tanto, escuchamos bastante, tanto en el borrador de la reforma hospitalaria que vamos a hacer como lo vamos a hacer con la Ley General de Sanidad.

Con respecto a las listas de espera, en este punto, francamente, no voy a discutir con usted, por una cuestión principal. Usted dice: creo que han aumentado. Yo le tendría que responder: creo que han disminuido. Y como

en estos momentos, ni ahora ni antes, no hay estadísticas para saber cuántos hay en lista de espera, no hay conocimiento serio, dejémoslo. Póngame a mí otra responsabilidad, que asumo, que es ver si algún día sabemos cómo va la lista de espera, y cuando tengamos cifras, hablaremos. Yo soy un convencido de las listas de espera, como explicaré a continuación.

Lo que sí decimos es que en algunas cosas hemos mejorado, y también ustedes lo podían decir. Le voy a poner un ejemplo, y ya sé que usted dirá que este ejemplo lo di otra vez. Sí, señor, pero es que otra vez lo di no tan bueno como ahora. (*Risas.*) En otra ocasión dije que en un año el número de trasplantes renales, que usted sabe que es una cosa sofisticada, lo habíamos aumentado en un 60 por ciento. Ahora rectifico mi posición, me equivoqué: en un año ha aumentado en un 77,6 por ciento. Y en un problema tan crucial, para miles de ciudadanos, tengo que decir que este año —como ya ha dicho antes el Director General del Insalud— hemos alcanzado la cifra de 698 trasplantes en el año 1984. En el año 1982 había 393. Yo creo, sinceramente, que hemos hecho un avance. Si todo nos va bien, en el año 1985 podremos alcanzar la cifra de mil trasplantes, que es la cifra en la que los entendidos creen que llegaremos a una situación normal, que es lo que nos corresponde.

Hay un punto que quiero mencionar aquí, en el cual discrepo, y es que los directores de hospital de Madrid que hemos nombrado son buenísimos. (*Risas.*) La demostración es que en este campo de trasplantes en el que Madrid iba muy retrasado con respecto a otras zonas, como puede ser Barcelona, ha dado un salto extraordinario. Han pasado en un año de 109 trasplantes a 191, y usted sabe que para poder hacer esto se necesita haber vertebrado bien el hospital. Por ello, tengo que decir que son buenísimos, y los resultados están ahí. Los hospitales de Madrid, excepto el Hospital Provincial, que no depende de mí, reconocerá que ahora salen poco en los periódicos; funcionan bien, los hemos aquietado. Por eso usted, siempre que puede, me habla del Hospital Provincial. Yo le tengo que decir que en la reforma hospitalaria ni el Director General del Insalud ni yo hemos mirado el modelo del Hospital Provincial. Si en algunas cosas se parecen, no ha sido por la imitación.

En la implantación de marcapasos estamos alcanzando ritmos considerables, que es otra cuestión que no es sencilla, aunque tenemos problemas de los que un día trataremos, pero creo que por los índices que tenemos (y no tenemos lista de espera) estamos realmente mejorando.

En cuanto a la lista de espera, dentro de poco no tendremos que hablar de creencias, sino que tendremos que hablar de certezas. Lo malo de estos momentos es que no tenemos cifras estadísticas en muchos casos. Este boletín que ustedes deberán recibir a partir de ahora cada mes es un intento de ir dando elementos objetivos. Yo sustento que las listas de espera están cayendo, y estamos tan convencidos de ello que por eso decimos hoy aquí que hay hospitales donde hay listas de espera que aumentan, pero lo veremos cuando lo tengamos.

Con respecto a otros temas, el Director General del Insalud va a contestar.

Con respecto a las declaraciones del doctor Sobrino tengo que decir que no solamente las ha hecho el doctor Sobrino. Yo he quedado sorprendido de la identificación que tengo de él, porque estoy de acuerdo. El doctor Sobrino dice que no sabe de aspectos administrativos. A mí me parecería muy mal que conociera los aspectos administrativos; no es su función. Lo está haciendo muy bien en su cometido y por eso le vamos a fortalecer, poniéndole una persona a su lado que sabe de servicios administrativos. Lo está pidiendo a gritos. Y vamos a intentar hacer una cosa muy complicada que ni en la reforma está, y es que no va a mandar uno más que otro; lo que vamos a intentar es que manden los dos al mismo tiempo, de la mejor manera.

También le quiero decir que o no tiene mi ficha hecha o la tiene mal, pues mi creencia en la economía mixta no es de ahora, es muy antigua. Yo creo en la economía mixta y he dicho bastantes veces que durante una primera época teníamos que ir a fortalecer los hospitales públicos, y cuando los tuviéramos con niveles de utilización (en lo cual también cualitativamente ha aumentado la mejor utilización de los hospitales, y en esto hay números y ya no hay discusiones, pero no tenemos un programa ambicioso de construcción de hospitales públicos) entonces se podría hacer una política de mejor colaboración que la actual con los hospitales privados. Por tanto, yo creo que a partir del año 1985 tendremos ya una situación de mejor utilización de los recursos, tal como ha dicho el Director General de Insalud, y podremos colaborar mejor con otros.

Respecto a la Fundación Jiménez Díaz, usted tiene fijación con ella, pero yo también (*Risas.*), porque es una cuestión muy importante. Le tengo que decir que su versión no es exacta. Una deuda de 2.300 millones de pesetas no viene solamente del Insalud, viene de errores internos de la Fundación; viene de que, en un momento determinado, no supo hacer lo que ahora quiere, que es integrarse en la red pública. Ahora, con la Fundación Jiménez Díaz, hay que hacer una cosa que usted, si ha hablado bien, será el primero en cambiar de posición, y es que si se le ayuda demasiado en alguna medida discrimina a los otros hospitales y si se le ayuda poco, me dirá lo contrario. Encontrar el punto justo es muy difícil. Aprovecho para decir que ninguno de los Directores de hospitales tienen el carné del Partido Socialista, cosa que respeto, pero que también digo que me parece mal, porque se está muy bien en el Partido Socialista, pero no tienen el carné; no vivan ustedes con la obsesión porque no lo tienen. Alguna vez nos han acusado de que hemos nombrado un Director que es demasiado próximo a Comisiones Obreras.

En la Fundación Jiménez Díaz nosotros adoptaremos una solución, pero una solución que no sea discriminatoria. Ha habido errores en el pasado, y no tengo la fijación de un doctor que usted tiene en la cabeza que no es el doctor Perianes únicamente. Que los errores parten de un momento determinado, como cuando se dejó construir

Móstoles, etcétera; que aquél era el momento de haber dicho no construyan Móstoles que nosotros vamos a llegar a un acuerdo, y se equivocaron creyendo que tenían más viabilidad. Hicieron expansión de camas privadas que ahora no llenan, pero no por culpa del Insalud, porque son camas privadas a las que puede ir quien quiera, lo que pasa es que hay crisis económica, que hace año y medio que están mejorando los hospitales públicos y la gente va menos a los hospitales privados, pero nosotros no tenemos la culpa. La gente va menos por problema de dinero y porque los hospitales públicos funcionan mejor.

Podríamos decir que en el mismo caso está la Clínica Universitaria de Navarra, que a mí no me da miedo hablar un día de ella. En la Fundación Jiménez Díaz nunca habían estado tan bajos como ahora. Y le emplazo a que hagamos números comparados y veamos el pasado, en los últimos cinco años, y verán cómo hemos reducido las deudas al Insalud a un mínimo. Vamos a tocar lo que les pagamos, etcétera.

Con respecto al Director de La Paz también estamos de acuerdo.

En cuanto a que los médicos españoles son los peor pagados de la Comunidad Económica Europea, le quiero advertir que en general; también los torneros están peor pagados. *(Risas.)* Si comparamos un tornero de segunda de Alemania con un tornero de segunda español, también vemos que están peor pagados.

De su intervención hay una cosa que me alegra mucho y es que no ha negado que en el año 1983 ha habido los aumentos que hemos dicho. Como yo no niego que desde el año 1973 hasta el año 1982 los fondos públicos de los médicos han ido perdiendo poder de compra, el primer año que ha recuperado ha sido el año 1983. El año 1984 van a alcanzar una igualdad: no van a ganar ni van a perder. Esto es cierto. Para recuperar el poder de compra, pasarán diez años, y que nadie se extrañe, porque no tenemos una varita mágica y no lo podemos hacer.

Yo soy funcionario del Estado, soy de aquel tipo de funcionarios de Universidad que no nos consideramos funcionarios, pero que lo somos, que también estamos en el mismo caso. Nosotros empezamos a perder poder de compra en el año 1973 y en el año siguiente, y sé que ha habido grupos, como los médicos y los catedráticos, que han perdido poder de compra. Yo soy de los que disciplinariamente no soy catedrático, porque Alianza Popular dijo que si los agregados nos hacíamos catedráticos y estábamos en el Gobierno, nos «estampillábamos», y como yo he dicho a su portavoz y lo dijo un hombre que tiene una bibliografía escasa, cosa que ya le he dicho a él personalmente, que no es mi caso, que tengo una bibliografía un poco dilatada, posiblemente, por los años que llevo trabajando en esto.

Con respecto a la investigación, yo le tengo que decir muchas cosas, porque es un tema importante. La organización médica es importante y a mí me gustaría compartir un día aquí y hablar solamente de esto.

Creo que hay que considerar que durante mucho tiempo habrá investigadores españoles en el extranjero, y que sigan estando en el extranjero es lo mejor que pueden

hacer; lo malo sería que se exiliaran de España y, por tanto, hay que hacer lo que estamos intentando hacer y con lo que usted mismo dice que está de acuerdo y es traerlos de vez en cuando aquí y además hacer otra cosa, llevar estudiantes españoles allá y con lo que yo defino como modelo italiano. Cuando un italiano va a una Universidad americana, inglesa, sueca o francesa o alemana, ahí ya no se eliminan a los italianos para toda la vida. Aquel italiano procura que se le dé beca a otro italiano; unos vuelven a Italia y otros continúan allí y uno en la Universidad de Cambridge se encuentra que hay una presencia continuada de italianos. Este modelo de flujo y reflujo es el que, en buena parte, queremos implantar en términos realistas.

Con relación a la Alianza, no depende fundamentalmente de mí. Es algo traspasado y creo que en la Alianza, si yo fuera Consejero de Sanidad de la Generalidad de Cataluña, también intentaría, como usted dice, buscar una solución.

En cuanto al tema Muface, es un tema en el cual tengo que decir que no tenemos una posición cerrada última, porque es un tema muy complejo y muy complicado desgraciadamente en más de un punto de vista.

Al margen de las preguntas que va a contestar el Director General del Insalud, querría decirle solamente sobre una cuestión. Vamos en el futuro a hacer cambios en la Escuela de Gerencia Hospitalaria, porque yo creo que no está en un rendimiento adecuado y que hay que cambiarla en profundidad, porque yo creo que es un instrumento que está allí y hay que sacarle más jugo del que se le ha sacado antes y también en este año y medio, lo digo con toda claridad y lo mismo digo de la Escuela Nacional de Sanidad por si usted no la ha citado. Hay que hacer posiblemente un único bloque y es uno de los cambios decididos por el Ministerio. Un único bloque de las dos escuelas, dos caras, porque tienen dos especialidades, pero con una sola unidad orgánica.

Lo mismo vamos a hacer con los tres centros de Majadahonda y con el laboratorio de Barajas, que vamos a hacer que tenga funcionalidades distintas, pero con una sola dependencia orgánica.

Por otro lado, algunas veces todos nos pasamos. Cuando he dicho «decapitar ATS», lo dije en sentido figurado. Pero quiero señalar una cuestión también y que me aplico yo el primero, cuando a alguien le nombran a dedo, le cesan a dedo. Y no hemos cesado a nadie que no hubiera sido nombrado a dedo. Esto también es algo que está dentro de un juego normal y corriente y en algunos casos podríamos hablar además de cómo algunos quedaron pagados.

Nada más.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro.

Tiene la palabra el señor Raventós.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (Raventós Torras): Señores Diputados, intervengo para ampliar algunas de las pregun-

tas que ustedes han efectuado y a las que no se ha referido el señor Ministro.

En primer lugar, usted ha apuntado el tema de la atención primaria y de las convocatorias de plazas para la misma. Yo le diría que tan pronto llegamos al Instituto intentamos, como lo hemos apuntado en otros ámbitos, ir conociendo la realidad de la situación para tomar las decisiones lo más acertadas posibles. Y en ese sentido vimos pronto que el número de plazas de médicos que había en el Instituto para la atención primaria era un número suficiente, y en este sentido, por ejemplo, en Cataluña, en aquel momento, no era de gestión directa, en medicina general el año pasado teníamos 14.369 médicos, lo cual dividido por la población protegida da un ratio de 1.908 personas de menos de siete años por médico, lo cual es un ratio de muy elevado nivel, y a un nivel avanzado de Europa.

En cuanto a pediatría había 3.034 médicos, que da una media de 1.558 personas de menos de siete años y, por tanto, vimos que a nivel de ratio médico por persona a atender era avanzado y adecuado. El problema está, como en tantas cosas que yo ya he apuntado esta mañana, en los desequilibrios que podían existir. En este aspecto desarrollamos la política de nombrar interinidades para poder cubrir los problemas más acuciantes que había en el tema de la atención primaria.

Nosotros teníamos en mente, y así se dijo en su momento y ahora se ha corroborado, que íbamos a sacar el concepto de centros de salud y, por tanto, un tipo de contratación distinta. En ese sentido yo puedo anunciarle ya que hemos empezado a contratar plazas para hacer una adjudicación definitiva.

Para los 205 centros de salud a los que yo me he referido, hemos empezado a convocar —ya ha salido en la Prensa— para los casos de Murcia, para los casos de Cantabria, etcétera, para Medicina General, 296 plazas; para pediatría, 158; para personal de enfermería, 1.089; para Auxiliares de clínica, 187; para Auxiliares administrativos, 380; para trabajadores sociales, 167, y para Celadores, 229. Es decir, que vamos a sacar en estas próximas fechas, y hemos empezado ya, 2.506 plazas, porque una vez hechos los estudios oportunos hemos visto que son las plazas que deberíamos cubrir, con lo cual aplicamos también un mandato de la propia Ley de Seguridad Social que nos obliga, digamos, al principio de racionalidad, de eficacia y de economía, y hemos intentado no convocar unas plazas que hubiesen podido resultar ociosas si se hubiesen convocado antes de tiempo.

En cuanto al tema de centros de salud que usted ha apuntado, indicando que por parte de la anterior Administración había en marcha cinco centros de salud, 20 centros de Medicina de familia; que el propio Ministerio había anunciado que en el año 1984 se pondrían en marcha 50 centros de salud y 150 este año, esto es cierto y yo debo aceptar que en la incorporación de los 50 centros de salud que teníamos previstos para finales de 1984 ha habido un cierto retraso; pero, en total, estas cifras que usted ha apuntado, y que son ciertas, dan un total de 225

centros, porque con el nuevo criterio se unifica todo en centros de salud.

Nosotros este año —yo lo he anunciado esta mañana— vamos a poner en marcha 205 centros. Pero éstos son los del área de gestión directa del Instituto, a los cuales habría que añadir 40, que va a poner en marcha la Comunidad Autónoma andaluza y que ya estaban programados y, por tanto, este año vamos a poner en marcha, junto con Andalucía, 245 centros, lo cual supera la suma de todos los que se indicaron el pasado año.

Usted ha hecho unas afirmaciones un tanto, permítame que se lo diga así, subjetivas a mi entender sobre que la calidad asistencial ha disminuido. Yo diría que esto no es cierto, y si bien yo le puedo aceptar que la masificación en algunos aspectos subsiste y así lo he reconocido esta mañana y que estamos iniciando un proceso que tienda a la desmasificación, estos procesos duran más de unos meses y, por tanto, vamos a tardar todavía un cierto tiempo en conseguir una desmasificación completa, si que es cierto que en algunos se ha desmasificado ya y tengo relaciones de centros que lo podemos atestiguar.

En el tema de las listas de espera podríamos decir lo mismo. Nosotros hemos identificado plenamente en dónde hay problemas, según he informado ya esta mañana, y sabemos de centros que han corregido los problemas. Lo que no hemos podido hacer es una valoración global y objetivizada como nos gusta hacer con todos los datos.

Vean ustedes que vamos incorporando a los boletines indicadores sanitarios una serie de datos, y éste en cuanto lo tengamos también se incorporará. Hemos hecho grandes avances en el conocimiento y en el funcionamiento de los institutos. Hemos hecho grandes avances, que los necesitamos nosotros para gestionar, pero que es bueno que lo sepan todos los interesados en el sector sanitario y los ciudadanos, de cuál es la situación de los índices sanitarios que tenemos en distintos aspectos.

Yo le podría decir que a través de los boletines indicadores sanitarios hay informaciones del detalle en estos momentos y hay que decir, por ejemplo, que en transporte sanitario, en ambulancias, el Instituto se ha gastado el año pasado 3.113 millones de pesetas y en taxis, por ejemplo, el Instituto se ha gastado 2.041 millones de pesetas. Es decir, que estamos bajando a niveles de información imprescindibles no hace muchos meses.

Pero es más, a través del proceso de auditorías que hemos puesto en marcha en 20 de nuestros centros durante el pasado año hemos empezado a tener información y a partir de aquí permitirán ir ajustando y racionalizando la gestión.

Hoy son datos, si queremos, un tanto anecdóticos, pero nosotros sabemos que nuestros centros, de juegos de sábanas por cama ocupada, están gastando de 4,3 a 9,8 al año; que de piezas de toallas de baño corrientes se están gastando de 1,4 a 5,1; de pijamas por cada cien ingresos de 2,9 a 8,6. Como vemos, hay grandes disparidades en las cifras de consumo de nuestros centros. El primer paso necesario era saber lo que pasaba y a partir de ahí hacer unos estándares normales de consumo y empezar a corregir estas disfuncionalidades.

Nosotros no tenemos toda la información, esto es cierto, pero hemos avanzado mucho. En el tema de la masificación no tengo unas cifras cuantificadas, pero si vemos los centros uno a uno, comprobamos que está mejorando la situación y que irá mejorando con el paso de los meses. Este es el mismo caso de las listas de espera.

En este aspecto me ha preguntado si conocíamos, por ejemplo, el gasto de Ramón y Cajal o de Bellvitge o Valle Hebrón no recuerdo exactamente cuál ha dicho. De los centros gestionados directamente por nosotros, conocemos perfectamente el gasto de la cama y no solamente de la cama, sino de la estancia y, además, descompuesto en distintos tipos de gastos. En este sentido podemos ir conociendo perfectamente la evolución. Retiraría la palabra «perfectamente» porque los sistemas contables de la Seguridad Social no son perfectos y, por tanto, la información tampoco lo es; pero yo diría que tenemos una base suficiente de información para ir enjuiciando lo que está pasando.

Es más, hemos dado ya bastantes pasos y hemos ocupado mejor nuestros centros sin perjuicio de la calidad, porque el objetivo de nuestros centros es no superar el 85 por ciento de media, nivel que consideramos correcto para dar una buena asistencia sanitaria. No sólo nos hemos limitado a conocer los costes, sino que hemos aplicado los mismos baremos que tenemos para la concertación con otro tipo de centros a nuestros propios centros y quizá con cierta sorpresa le podemos decir que una buena parte de nuestros centros, aplicando los criterios de concertación, tienen unos resultados equilibrados o en beneficio, aunque también hay centros con grandes desequilibrios.

Este tipo de informaciones nos permite ir trabajando por excepción e ir corrigiendo aquellos centros donde las situaciones están más desfasadas. Por tanto, también en este campo hemos avanzado mucho en la información, información precisa para mejorar la calidad de la asistencia y para mejorar también la racionalidad en la aplicación de los centros.

La última pregunta de la que he tomado nota para completar la información del señor Ministro se refiere al tema de los conciertos. Me ha preguntado sobre la filosofía que estábamos empleando en el Instituto para la aplicación de conciertos. En este aspecto le he de decir que estamos aplicando una filosofía que ya encontramos en el Instituto y que consta en la resolución de 11 de abril de 1980 de la Secretaría de Estado para la Sanidad, por tanto anterior a la actual Administración, en cuyo punto primero se dice textualmente: «Los conciertos de prestaciones de servicios y actividades sanitarias tendrán carácter subsidiario y complementario de las prestaciones de servicios y actividades sanitarias desarrolladas directamente por la Seguridad Social, dándose prioridad en igualdad de condiciones a los centros del sector público y a los del sector privado no lucrativo.»

Estas son las preguntas que tenía anotadas para contestar a S. S.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Raventós.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Gimeno.

El señor GIMENO MARIN: Gracias, señor Presidente, voy a intentar ser breve, aunque ya no sé si se lo creará el señor Presidente.

En principio, es obvio que la intervención de nuestro Grupo va a diferir en parte de la intervención del Grupo Popular. Yo quiero agradecer tanto al señor Raventós como al señor Ministro, que en estos momentos no está presente, la completa información que nos han dado de la situación del Insalud y de la política sanitaria en el momento actual.

Yo creo que todos somos conscientes de la dificultad de llevar a cabo una reforma sanitaria en un momento de crisis como la que tenemos, porque jugar con los temas de costes y al mismo tiempo intentar aplicar unas políticas que incentiven al personal siempre es problemático e igual en todos los aspectos que se quieren plantear.

Quiero decir que es difícil que se noten los frutos en un espacio tan corto de tiempo como el que ha transcurrido desde que este Gobierno asumió la responsabilidad. Eso es evidente. No son dos años, está más cerca de un año y seis meses, y cuando hablamos de plazos tan cortos es mucho tiempo de diferencia. Esto de alguna manera justifica que no puedan verse los resultados que a todos nos gustaría ver, pero estamos convencidos de que se van poniendo las bases que permiten pensar en unos resultados que sí se van a ver en un futuro próximo.

A nuestro Grupo y a mí personalmente me ha parecido muy interesante la intervención del señor Ministro en las referencias que ha hecho a la Ley General de Sanidad y no sólo la Ley General de Sanidad, sino compaginar esto con el conjunto de Decretos que se están dictando sin esperar a que la Ley esté hecha. Algo muy simple pero que nos preocupa a todos es que las medidas de la reforma sanitaria empiecen a notarse por los propios ciudadanos y muy difícilmente se puede esperar a que esté esbozada completamente la Ley para que unos Decretos empiecen a desarrollar esa Ley. En ese sentido es positivo que al mismo tiempo que se insiste en la voluntad de presentar la Ley General de Sanidad que señale el marco en el cual se encuadre la política sanitaria a nivel nacional, vayan saliendo esos Decretos. Nos parece contradictorio, además, decir, como se dice por determinados sectores, inclusive como se ha venido diciendo aquí, que no se saquen unos decretos sobre hospitales hasta que no salga la Ley y al mismo tiempo se critique que los hospitales no funcionan, con lo cual estamos en una situación de difícil comprensión.

Los esfuerzos racionalizadores de reducción del gasto nos parecen positivos en la medida que esa reducción o ese control de los gastos no perjudiquen a la eficacia y a la eficiencia de los servicios que se prestan a los ciudadanos, y como vemos claramente que esa política va en esa dirección nos parece adecuada, y el señor Raventós ha explicado claramente los resultados que se marcan objetivamente en una serie de indicadores.

Nuestro Grupo es consciente y creo que también el

propio Ministerio, el Ministro y el Director General del Insalud de que las reducciones de gastos tienen también un límite y quizá sea razonable y sea deseable que esos Presupuestos del Insalud vayan mejorando dentro de la globalidad de los Presupuestos Generales del Estado, sin perjuicio de que se siga con esa política de racionalidad, de mejorar la eficacia con el menor gasto posible, ya que eso parece obvio.

La política socialista, la política defendida por el Grupo Socialista de alguna manera creo que se enmarca dentro de esa política de austeridad y de rigor a la que se ha hecho referencia en la definición de la estructura del gasto. Yo creo que quizá sea esa estructura del gasto la que de alguna manera enmarca más claramente a nivel público global los planteamientos de la política que el Grupo Socialista siempre ha defendido y que sigue defendiendo y que creemos que coincide tanto con la política que se está defendiendo por el Gobierno como con la política concreta del Insalud.

A nosotros nos ha parecido muy interesante la intervención del señor Raventós, se lo he dicho anteriormente a nivel personal y se lo quiero ratificar claramente aquí en la Comisión, porque de alguna manera ha desbrozado, por un lado, que ha habido una acumulación de datos suficiente durante todo este periodo para tener una información necesaria, y digo una información necesaria para definir unos objetivos que a su vez se enmarcan en la política que él ha expuesto. Con esa información y con esos objetivos podemos estar confiados en que la aplicación de la política va a ir en una línea que nosotros compartimos y a la cual no voy a hacer referencia, aunque yo pienso que no se pueden pedir aspectos contradictorios. No se puede decir por un lado que el precio de cama es excesivo y por otro lado decir que hay que aumentar la política de concertación. Si realmente estamos aplicando una política para mejorar la eficacia y la eficiencia de nuestros propios recursos, optimizar nuestros propios recursos, necesariamente eso da lugar a una utilización prioritaria de unos recursos públicos frente a unos recursos privados y no consiste en llevar a cabo una política contra el sector privado de la sanidad, sino simplemente en optimizar los propios recursos públicos.

Para terminar, porque quiero ser muy breve intencionadamente, era cierto señor Presidente, quiero decir que nuestro Grupo cree que todos esos aspectos generales y globales de la política sanitaria deben notarse dentro de lo que es el usuario. Y por los datos que ya existen en concreto se puede deducir que en ciertos aspectos se ha empezado a notar esa política. Pero confiamos y estamos seguros de que se han sentado las bases claras para que el usuario empiece próximamente a notar todas las medidas que él quiere de alguna manera ver más directamente aplicadas sobre sí mismo.

Gracias, señor Presidente.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Gimero.

Quiero informar a los señores Diputados que el señor Ministro ha tenido que salir urgentemente para atender un llamada telefónica y ruego que excusen su ausencia

de la Mesa en este momento. Espero que se incorpore rápidamente. En cualquier caso, vamos a seguir con el turno de preguntas y si alguno de los señores Diputados que han pedido el uso de la palabra quería hacer alguna pregunta específica al señor Ministro, se la volveré a dar con objeto de que cuando se reincorpore el señor Lluch puedan formular nuevamente la pregunta.

Tiene solicitada en este momento la palabra para hacer preguntas puntuales el señor Benítez, del Grupo Parlamentario Popular.

El señor BENITEZ BARRUECO: Gracias, señor Presidente. Señor Raventós, aunque luego queda parte del tema para el señor Ministro, me gustaría...

El señor PRESIDENTE: Perdón, señor Benítez, acaba de entrar el señor Ministro y puede preguntarle.

El señor BENITEZ BARRUECO: Se lo agradezco para que no haya que repetir la intervención. Me voy a basar en primer lugar en una pregunta concreta que ya va siendo historia en Teruel, y como bien sabe el señor Ministro y el señor Director General se refiere a la Residencia Sanitaria nueva para la que en su día hubo un compromiso por parte del anterior Gobierno.

Dicho compromiso se suprimió y se paró la obra, y hubo un momento en el que se llegó a preguntar qué intenciones tenía el actual Gobierno. En fecha 16 de abril de 1983 me contesta en los términos siguientes: en estos momentos se está procediendo a la actualización del proyecto por los técnicos autores del mismo, el cual, una vez ultimado, será objeto de los trámites posteriores establecidos, pudiéndose prever que la fecha de iniciación de las obras tenga lugar en el segundo semestre del actual ejercicio. Me gustaría que se aclarara de una vez qué va a pasar con esta residencia, porque, si una vez conocida la postura del Ministerio, el señor Director General se presenta en Teruel y hace unas declaraciones a la prensa en el sentido de que afirma rotundamente que no se va a hacer, yo creo que se podían empezar a poner de acuerdo alguna vez. Desde luego, iría mejor la sanidad en conjunto.

En una pregunta formulada y contestada el 16 de diciembre de 1983 se habla de unas inversiones. La pregunta concreta era inversiones a realizar en Aragón durante 1983 por el Instituto Nacional de la Salud. Por lo que concierne directamente a Teruel especifica: creación de camas hospitalarias, año de iniciación y terminación, 1983; importe en millones de pesetas, 276 millones. ¿En qué se han invertido esos millones? ¿Dónde están esas camas?

Inversiones a realizar en Aragón durante 1983 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales. Como no todo el mundo entiende las abreviaturas, voy a dar los datos literalmente. Respecto a la provincia de Teruel pone: número de expediente 44/70 C. B. Teruel, 82-83, importe 38,7 millones, y el 44/18 R. M. Teruel, periodo de iniciación y terminación 1981-1984, 270 millones de pesetas.

Respecto al Inerser, hay una inversión prevista en 1983

de 300,87 millones, inversión comprometida a septiembre de 1983, 93,8 millones, y nos hace una reflexión en la que entraremos más a fondo si es necesario. En este apartado hay un punto en el que se señala lo siguiente: en relación con las inversiones del Insero en Teruel se desprenden datos al 1.º de diciembre de 1983: los créditos habilitados a esa fecha son 278,7 millones de pesetas, de los cuales se han contraído obligaciones de pago por 104,3 millones. El motivo de este menor compromiso radica en la paralización de las obras de la residencia de ancianos por necesidad de efectuar un reformado de obras. Por su especial significación se han presentado de forma separada los datos correspondientes al Instituto Nacional de la Salud referidos al 1.º de diciembre de 1983, y señala: Teruel, inversión prevista, 348,1 millones; crédito habilitado, 216,4, e inversión realizada, 52,8. Hay otro paréntesis en el que se señala que este menor nivel de inversión realizada está motivado por una paralización de las obras de una nueva residencia sanitaria por rescisión de contrato.

Quisiera hacer una reflexión final. Existen unas obras que usted y yo sabemos y estamos de acuerdo en que se han hecho en el ambulatorio. La fecha de su terminación era el 31 de diciembre de 1983, y esa primera y segunda planta todavía no están en funcionamiento.

En contra de la opinión del señor Ministro se siguen masificando las consultas. El lo sabe porque ha aprendido mucha medicina allí en la consulta, lo dijo en una ocasión. Señor Ministro, en Teruel las consultas siguen estando masificadas. Analizaremos con más detalle este punto si es posible. Creo, señor Ministro y señor Raventós, que este tema lo podíamos plantear abierta y seriamente, decir si se va a hacer o no.

Por otra parte sé que han mandado no hace muchos días un par de técnicos que me da la sensación que son los que hacen funcionar la medicina. No sé si es por la vigilancia, el control, o el miedo, yo creo que se debe fundamentalmente a la excelente preparación tanto de los profesionales como de todo el servicio auxiliar, aunque en este último caso no tanto como se deseara porque creemos que dicha preparación es insuficiente, pero sí me gustaría que se recalcará y se explicara qué va a pasar con la nueva residencia sanitaria, los millones que se han invertido, los que estaban prestados y cuál ha sido su destino. ¿Qué va a pasar con esa residencia sanitaria de ancianos en Teruel? Dicha residencia está paralizada, y se han invertido aproximadamente 300 millones de pesetas. Señor Raventós, usted ha empleado antes las palabras objetivo y subjetivo. En medio hay muchas, yo no voy a utilizar ninguna, pero he de decir que ya es el colmo, como complemento de todas ellas, que después de estar paralizadas estas obras, a la Escuela Normal de EGB, que está con goteras y en unas condiciones no muy buenas, pero este tema no corresponde a esta Comisión, se le ofrece esa residencia de ancianos para que el profesorado imparta las clases de EGB. Creo que esto hay que decirlo en plata de una santísima vez, y vamos a ver si alguna vez nos podemos enterar de qué intenciones tiene el Gobierno. Yo sé que el señor Ministro las tiene muy

buenas. Tiene un buen sentido del humor, que es agradable. Además yo creo que usted, señor Ministro, sería un excelente Ministro de Cultura por las lecciones magistrales de pronunciación que nos ha dado a lo largo del día de hoy, pero si hubiera que tocar el tema con respecto a esos dos enviados sobre la remodelación, que creo que han señalado allí que se va a hacer, si me permite el señor Presidente, le podría dar una pequeña orientación de carácter profesional sobre los servicios más necesarios para que, si lo tienen a bien, se pudiera ayudar a la concesión de los correspondientes objetivos.

Quiero señalar que ni el señor Ministro ni el señor Raventós han tocado un tema que desde mi punto de vista es fundamental. Se trata de la sanidad rural. No se ha hablado absolutamente nada de la sanidad rural. La asistencia primaria no empieza en los ambulatorios. Se ha hablado de unos institutos comarcales y no sé cuantas cosas más, pero no se ha dicho absolutamente nada respecto a la sanidad rural. He de decirle al señor Ministro que todos los médicos rurales están pidiendo que se diga claramente su función, sus horas de trabajo, sus emolumentos, sus competencias en sanidad, señor Ministro y señor Director General de Insalud. En estos momentos se están produciendo gravísimos hechos. Por ejemplo, un médico titular o interino, porque el director provincial o sustituto o personas que llegan no les dan la suficiente entidad, ni responsabilidad, que la tienen, ante una denuncia de un pueblo —y es muy grave, señor Ministro, lo que le voy a decir— de que las aguas no están en las debidas condiciones sanitarias, y se puede demostrar con los correspondientes análisis, sin embargo, se sigue tolerando y se sigue amenazando a los médicos a que ellos no tienen que denunciar absolutamente nada sobre esos problemas. Esto es gravísimo, señor Ministro. Hay que hablar un poquito más de esa reforma sanitaria en el medio rural. ¿Qué pasa con ese servicio de urgencia? ¿Qué pasa con esos trescientos sesenta y cinco días, excepto el mes reglamentario de vacaciones? ¿Qué se hace durante las veinticuatro horas allí? Sabemos cuál puede ser su contestación en parte: que si el núcleo de población, que si la necesidad, etcétera. Yo, en parte, tengo que reconocer que eso es la verdad, que a veces es imposible, pero, como ya casi todo lo tienen preparado de cara al futuro, sería bueno que durante un par de días, cuatro, ocho, un mes o un año, se dediquen al grave problema que existe en estos momentos en la medicina rural.

Hay un tema que no sé si lo ha tocado mi compañero el doctor Carlos Ruiz Soto; si lo ha tocado, lo retiraré porque creo que sería repetirlo.

En una ocasión, señor Ministro, hablamos ya de sus buenas intenciones sobre la integración de los hospitales clínicos dentro de la Seguridad Social. El personal médico, el personal sanitario y nuestro Grupo, todos, queremos esa igualdad; sería bueno que empezara a existir ya esa integración y que tuvieran los mismos derechos y obligaciones que cualquier otro compañero dentro de la Seguridad Social.

Señor Raventós, ha hecho usted esta mañana un gran

manifiesto constitucional. Yo no me puedo callar, habiéndolo oído a usted, no me callaré nunca sobre este tema, pero hoy de verdad le agradezco que haya hecho usted ese gran manifiesto constitucional en defensa de la vida por el artículo 43, etcétera, al servicio de los ciudadanos, etcétera. Ha dicho que hay una potente red del Insalud; que ahí está... ¡Qué pena que no se haya puesto todo eso al servicio de los no nacidos, señor Raventós! Nada más. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Benítez Barrueco.

Señor Ministro y señor Raventós, ¿prefieren contestar o agrupamos todas las preguntas de los Diputados? (Pausa.) Entonces, las agruparemos.

Ha pedido también la palabra don Juan Angel del Rey, que puede hacer uso de la misma.

El señor DEL REY CASTELLANOS: Señor Ministro, quisiera hacer algunas reflexiones sobre determinados puntos de la Orden ministerial del 25 de abril de 1984, en la que se dictan normas para la jerarquización de instituciones abiertas de la Seguridad Social. Quizá sea esta Orden de las más graves para el médico especialista. Por ejemplo, vemos que en el artículo 4.º se dice que las plazas a que opten los médicos especialistas tendrán la categoría correspondiente a la de médico adjunto.

Sin duda, no se ha tenido en cuenta, entre otras circunstancias, que la inmensa mayoría de estos médicos especialistas superan la edad de cuarenta años y que llevan prestando sus servicios en la Seguridad Social de quince a veinte o veinticinco años, o más, dándose la característica de que muchos de ellos han sido maestros de los compañeros que hoy están jerarquizados y de los que hoy se jerarquizarían con menor rango. Hay otros casos de muchos médicos que abandonaron las plazas de Jefes de Sección de los servicios jerarquizados para, mediante concurso-oposición, optar a la plaza de Jefe en institución abierta, por considerarla de igual o superior categoría.

Por otra parte, el artículo 11 supedita a los ayudantes de equipo quirúrgico para optar a poder jerarquizarse siempre que antes lo haya hecho el Jefe de equipo y siempre que queden vacantes, con lo que se establece una evidente discriminación siendo aún más difícil de comprender —pienso que incluso para el propio legislador— que en el supuesto caso de que se jerarquizaran los dos, lo harán con idéntica categoría, pues existiría un claro agravio comparativo en cuanto a los méritos (se refiere a que en ningún caso están representados).

Por último, con el acceso de estos médicos a la jerarquización lo que se conseguiría es el disminuir el número de guardias, de las que actualmente sobrevive el médico jerarquizado. Supongo que el señor Ministro convendrá conmigo en lo exiguuo que resulta el sueldo de médico jerarquizado, sin la ayuda de estas guardias. Tampoco creo que esta sea la forma de crear más puestos de trabajo, caso que a mí me preocupa y creo que será también el desvelo del señor Ministro.

El señor Ministro con esta Orden masifica las residencias, con el entorpecimiento de trabajo, horarios, personal, quirófanos, siendo la pescadilla que se come la cola. Conclusión: masificación equivalente a mala atención, demora, agotamiento de plantillas y mal funcionamiento en general de residencias. Esta es la opinión de este Diputado, de los medios y de los usuarios.

En los casos de permanencia en la plaza de las no jerarquizadas, el riesgo lo ignoro —posiblemente sería económico y de trabajo— y dicha plaza se amortiza con el consiguiente motivo de paralizar los traslados a los que pudieran acceder otros compañeros.

Con esto, señor Ministro, doy por terminadas mis consideraciones sobre esta Orden ministerial recientemente aparecida.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor del Rey.

Con Carlos Ruiz Soto estaba apuntado, me imagino que se refería al otro turno, que me habían pasado al principio de la sesión. (Aplausos.)

Pasamos, por tanto, a darle la palabra al señor González Vaello.

El señor GONZALEZ VAELLO: Muchas gracias, señor Presidente. Solamente quiero hacer una pregunta, señor Raventós, sobre el Real Decreto 400, de 22 de febrero, sobre trasposos a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

En el «Boletín Oficial del Estado» de 7 de marzo de 1984, se publican las listas de personal que se transfieren a la Comunidad Autónoma y observamos con sorpresa que en el personal sanitario de las instituciones abiertas existe una gran diferencia entre las retribuciones que cobran actualmente y lo que pone en este listado. Quisiera saber a qué se debe esta diferencia, porque hay médicos que ganan, según esta lista, 135.000 pesetas al año, o algo por el estilo.

En segundo lugar, con respecto al artículo 10 de la Orden ministerial del mes de abril, sobre jerarquización de los ambulatorios, que habla de que los facultativos que no ejercieron el derecho de opción conservarán su derecho individual con carácter asistencial y económico. Quisiera saber si las retribuciones que asignan en este listado son los derechos individuales de estos facultativos.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor González Vaello.

El señor Palacios tiene la palabra.

El señor PALACIOS ALONSO: En primer lugar, quisiera agradecer personalmente al señor Ministro y al señor Director General del Insalud su presencia aquí, su prolija, solvente y completa exposición.

Después de esta breve introducción, quisiera dejar bien claro que en estos momentos, a año y medio del comienzo de la gestión de la Administración sanitaria

bajo la tutela del Ministro señor Lluich, creo que nadie puede poner en duda en absoluto, desde un punto de vista de un planteamiento objetivo, que se han dado pasos fundamentales para que se vaya definitivamente hacia un cambio sanitario que coloque la sanidad y la asistencia a la salud en los planos de eficiencia, de igualdad y de competencia que todos deseamos.

Creo que en este sentido se ha puesto de manifiesto una clara voluntad política y también —lo que es más importante— una clara voluntad de diálogo que se está traduciendo en dos planos distintos a mi modo de ver las cosas: un primer plano, el plano de lo prosaico, de lo tangible, que podríamos centrar en la exposición detallada que ha hecho el señor Director General del Insalud, es decir, en lo que se refiere a la gestión; y un segundo plano que se refiere al proceso legislador, es decir, al planteamiento de la norma básica legislativa que sea el anclaje jurídico en el cual la reforma sanitaria pueda tener fundamentalmente su desarrollo y su protección. Me estoy refiriendo especialmente a los decretos de unidades básicas de salud, al borrador de hospitales y a la Ley General de Sanidad que en estos momentos está siendo objeto de debate y que centra fundamentalmente la expectación en lo que será el marco jurídico.

Creo que la exposición que ha hecho el señor Director General del Insalud ha sido abundante y lo suficientemente clara para que nadie tenga reticencia. No puede decirse que se haya movido en la nebulosa; ha dado datos concretísimos de proyectos, de realizaciones que ya están ahí, de camas que se van a poner en funcionamiento en muy breve plazo, de planes, de tratamiento de diversos aspectos que se mueven en el marco del personal, realizaciones que ponen de manifiesto que no se ha hecho una labor al azar, sino que tiene un asentamiento, una metodología científica, que es, en definitiva, lo que tiene que guiar un proceso de gestión. Se mueve a niveles de fundamentos epidemiológicos, se mueve a niveles de fundamentos estadísticos, de «ratio», de indicadores de salud, etcétera, y ahí están los resultados que, sin duda alguna, son el sustento, el fundamento para lo que ha de ser en su día la estructura y el quehacer sanitario.

En este orden de cosas, me parece que hay que separar lo que son los árboles de la fronda, y cuando alguien haya de hacer una objeción a esta gestión que se está poniendo en marcha ha de tener en cuenta una cosa. En definitiva, aunque el señor Ministro no lo quiera decir porque no quiere hablar de herencias, yo con toda delicadeza voy a hacerlo: este año y medio representa única y exclusivamente un 3 por ciento en relación con cuarenta años de acción sanitaria del pasado, y en este 3 por ciento de tiempo podemos decir que se ha hecho muchísimo, que se han conseguido realizaciones concretas y que se han sentado bases jurídicas para el tratamiento futuro. En consecuencia, en honor a la seriedad, nadie puede decir que ahí no hay realidades tangibles y proyectos fiables.

Como final de esta breve introducción, que es nada más y nada menos que un planteamiento y una reflexión objetiva de un Diputado del Grupo Socialista, absoluta-

mente objetiva en relación con lo que se nos presenta como gestión de este primer año y medio de Gobierno, he de hacer una pregunta y quisiera dirigirla al señor Director General del Insalud: ¿Cuándo se prevé que vaya a entrar en vigor, a ser efectiva, la carta de derechos y deberes del paciente, que me parece que es un elemento fundamental en el hecho participativo para que todo el proceso de reforma pueda marchar más armónicamente?

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Palacios.
Tiene la palabra el señor Gila.

El señor GILA GONZALEZ: Gracias, señor Presidente, muy brevemente. Un objetivo prioritario del Ministerio para el año 1983, según tengo entendido, era el control de la incapacidad laboral transitoria. Me interesa saber cuáles han sido las cifras finales del año del costo de la incapacidad laboral transitoria, a lo largo de 1983. Hice una pregunta al respecto hace algunos meses y todavía no estaba cuantificada en su totalidad, pero creo que ya es conocida por el Ministerio.

En la línea del Ministerio y del señor Ministro de ir recortando los costos y el gasto público, esa cifra que solicito creo que es muy elevada. Quisiera conocer qué objetivos tiene y si han conseguido disminuir o no esa cifra.

En esa línea, existía la idea de crear 500 plazas de inspectores de la Seguridad Social. Quiero saber si se crearon por fin, si esos inspectores están dedicados a esa importante labor o no es así.

Haciendo también hincapié en la carta de derechos y deberes del paciente a mí me parece difícil que entre esos derechos no figure el derecho a la intimidad, el derecho al secreto de su enfermedad; me extraña. Puesto que todavía no se ha aprobado me gustaría que ese derecho a la intimidad existiese en la futura carta de derechos y deberes del paciente, porque entiendo que no puede existir un mayor humanismo en la sanidad y en la medicina si no existe esa intimidad.

Por otro lado, me gustaría saber por qué se han aumentado los sueldos tanto de médicos como de ATS y de trabajadores intrahospitalarios en unas cifras muy superiores a las de los médicos, ATS y trabajadores extrahospitalarios, a lo largo del año 1983. Creo que precisamente los que producen el costo sanitario fundamentalmente son los trabajadores extrahospitalarios. Me resulta difícil comprender por qué tanto interés en cuidar muy bien a los trabajadores hospitalarios y abandonar, en cierto modo, a los extrahospitalarios. No lo comprendo, cuando los 20.000 médicos, tanto de medicina general como pediatras de zona, o de cupo como se les denomina, son precisamente los que mayores gastos sanitarios producen, sobre todo con sus recetas farmacéuticas.

Entrando en el tema farmacéutico, el Director General del Insalud —o del Instituto, como a él le gusta llamarlo; a mí también me gusta más— ha pasado sobre él muy deprisa, pero ha dicho que está estudiando una modificación en la estructura farmacéutica. A mí me gustaría que aclarase, si es posible, en qué línea va esa modificación

de la estructura farmacéutica. Al mismo tiempo, le recuerdo que hace poco se introdujo un mayor control en cuanto a la dispensación de recetas o de talonarios de recetas a los médicos. Parece ser que no ha resultado nada efectivo, porque, según me acaba de decir, el gasto farmacéutico en el primer trimestre del año 1984 se ha incrementado, a pesar de ese mayor control del recetario.

Por último, me gustaría saber cuándo piensa el Ministerio hacer efectivos los atrasos al personal sanitario que, de acuerdo con el último convenio colectivo, obtuvieron un incremento en sus salarios. Parece ser que no ha sido hecho efectivo aún, lo cual ha producido algunas inquietudes y parece ser que alguna que otra huelga.

Por último, a modo de reflexión, le diré que yo también soy muy partidario de ese cambio sanitario del Ministerio. Creo que este año y medio ha sido de gobierno de esta estructura socialista de la sanidad española, y entiendo que el cambio en la sanidad española no puede ser entrar, si cabe, aún más en la estructura socialista, sino salirse de ella. Por eso me gustaría mucho que ese cambio, de verdad, se produjera.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señor Gila.
Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluçà Martín): En primer lugar, quiero decirles que el Diputado Carlos Gila no es socialista; sólo constatarlo. (Risas.)

Voy a empezar a contestar a las preguntas. A la pregunta del señor Benítez sobre integración de hospitales clínicos, en principio le voy a decir que, al margen de que le parezca después bien o mal lo que vamos a hacer, está ya ultimado e acuerdo de integración, está pendiente de una reunión entre el Ministro de Educación y el Ministro de Sanidad para ultimarlos, algunos decanos ya lo conocen, etcétera, y me parece que no está mal.

Con respecto al tema de los médicos rurales, como me gusta decir lo que pienso, no es que no hayamos hablado de ello, es que no hemos hecho casi nada sobre el tema de los médicos rurales; no hemos hablado de ello porque no hemos hecho casi nada. Tanto es así, que yo a los médicos rurales, no ahora, sino en el mes de enero o febrero, les dije que era así y que en la segunda mitad de este año vamos a emprender el estudio detallado de lo que es la medicina rural. Estoy de acuerdo en que hay dos aspectos; lo que usted ha dicho es verdad, en parte. Hay unos problemas que serán insoslayables: el que viva en un pueblo de 5.000 habitantes vive ahí y esto tiene una serie de ventajas y de inconvenientes. Pero hay otra cosa; por ejemplo, en algunos países de Europa occidental cuando una persona vive en una población aislada tiene un porcentaje de ingresos que es el de los gastos de gasolina, aquí no hay nada que se le parezca y es una cuestión fundamental. Por tanto, no hemos dicho nada porque hasta ahora no es un problema que hayamos enfocado, y pensamos hacerlo en la segunda mitad del año.

Con respecto a la pregunta sobre los no nacidos, tengo

que decir que en ninguna institución se hace nada que tenga que ver con eso, pero sí estamos haciendo, como antes he dicho, algo a favor de eliminar o reducir la esterilidad de aquellas parejas que lo quieran.

Con respecto a la intervención del Diputado don Angel del Rey, como al problema de Teruel, va a contestar el Director General del Insalud, así como a lo que ha dicho el Diputado González Vaello, yo voy a contestar a otros aspectos que ha preguntado el Diputado Carlos Gila.

Evidentemente, el tema de la invalidez laboral es un problema que preocupa a todo el mundo. Preguntaba qué es lo que ha sucedido sobre las plazas de inspectores. Lo que ha sucedido es que en el año 1983 se convocaron 50 plazas, de las cuales se han cubierto 99, y de visitadoras de ATS se han cubierto 99. Y entre marzo y agosto se van a realizar unas pruebas, para las cuales se han convocado 130 plazas de médicos a las que se han presentado 10.000; 30 plazas de farmacéuticos, a las que se han presentado 2.000, y 100 de ATS visitadoras, para las que se han presentado 10.000. Por tanto, se está iniciando la tramitación de inmediato.

En cuanto a la otra parte de la pregunta, ligada también con la incapacidad laboral transitoria, en estos momentos hemos alcanzado la cifra de 20.000 inspecciones mensuales, que es un cifra que estadísticamente hasta ahora es más alta que en el pasado, y de esto sí que hay estadísticas, aunque posiblemente no tanto como debería serlo, pero ya se han tenido algunos resultados. En cambio, solamente hemos iniciado el proceso de revisión de expedientes ya calificados, de los que hay que hacer revisiones periódicas; ahora lo vamos a iniciar. En cuanto al porcentaje de bajas ha disminuido.

Esto, como usted ve, son precisiones no del todo concretas en este caso, pero como usted comprende cuando se hace una pregunta así, me parece que es suficiente, estamos.

Con respecto a los trabajadores médicos hospitalarios y a los trabajadores médicos extrahospitalarios, algo de razón tiene, y lo que vamos a hacer, lo he dicho ya en el caso de los médicos rurales, es un tratamiento diferente en el futuro en ese sentido.

Con respecto a las recetas farmacéuticas, no le voy a decir con franqueza algunas de las ideas que tenemos en la cabeza, por una razón: porque en estos momentos el problema del gasto farmacéutico no es solamente un problema español. El resto de los países está probándolo todo y al mismo tiempo, y entonces hay que pensar qué es lo que se adecua a España y cuál de estas experiencias extranjeras funcionan bien y cuáles no. Se está volviendo en algunos países al petitorio, como, por ejemplo, en Italia y Portugal, sin muchos resultados. La señora Thatcher ha hecho medidas muy radicales, como es la reducción de precios farmacéuticos con consecuencias amplias. El Presidente Reagan ha tomado medidas muy duras, como, por ejemplo, hacer un presupuesto farmacéutico por médico: usted tiene tantos dólares, la cifra que usted no alcance nos la dividimos nosotros y usted. Y esto yo creo que desde el punto de vista deontológico es un poco..., no quería decir conservador-liberal, sino un

poco radical. Por tanto, estamos estudiando varias cuestiones.

Como usted sabe bien aquí, y es otra demostración, con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos hemos llegado a un acuerdo sobre la cuestión farmacéutica que ha originado también protestas del Consejo General que ahora hemos resuelto. No hemos resuelto las protestas, sino que hemos encontrado un camino, porque hubo un momento en el que fue imposible, de verdad. Podemos explicar por qué las negociaciones con el Consejo General no prosperaron: por el carácter de alguna persona, y nosotros nunca hemos vetado a nadie, dicho sea de paso, contra lo que se ha dicho. Hubo una mesa de negociación, donde había un representante del Consejo General, el doctor Carlos Mesa; las negociaciones iban francamente bien, y a partir de un momento determinado fueron mal. Llegamos a unos acuerdos con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y ha habido protestas por el acuerdo con la CEMS sobre el control sanitario, y vamos a mantener este acuerdo, vamos a ser fieles a nuestra palabra, pero creemos que hay franjas no cubiertas a un nivel general. Se ha formado una Comisión para tratar este problema con una Delegación del Consejo General, que por el talante de algunas personas es posible que vaya bien en esta ocasión. Es una comisión presidida por el Presidente del Colegio de Médicos de Lérida, y forman parte el doctor Aizpiri y el Presidente del Colegio de Médicos de Segovia, de quien no recuerdo el nombre, pero que estoy seguro que el Diputado señor Gila sí. Estos tres representantes del Consejo General, junto con tres representantes nuestros, van a tocar otros elementos sobre el gasto farmacéutico, que es un problema que tiene que preocupar a todo el mundo, porque ya lo he dicho bien claro esta mañana, es una partida que va creciendo.

Y aprovecho para decir ante la Comisión que la idea que a veces se repite tanto de que el gasto farmacéutico en España es uno de los más grandes del mundo, no es verdad. Es una cosa que se va repitiendo, pero no es cierto. Lo digo de memoria ahora, pero no me equivoco. Contra la tesis que quizá sustente el Grupo Popular, cuando hay servicio nacional de la salud se gasta menos en consumo. Si Italia es 100, España es 83,3; Gran Bretaña es 79,1; pero, por ejemplo, en Alemania Federal es 168; en Francia, 186. España ocupa un lugar bastante sensato. Pero, pese a esto, el crecimiento del gasto farmacéutico va en detrimento de otros sectores en un presupuesto cerrado, y además es obvio que hay razones terapéuticas en el sentido de que un exceso de medicaciones es una mala medicación.

En este tema el diálogo con los médicos lo tenemos como nunca, porque tenemos comisiones trabajando en ello a todos los niveles.

Con respecto al problema de los retrasos habidos en este año en los ATS, conozco el problema porque lo sigo de cerca. En este año, y lo he dicho ya ante la Prensa, hemos firmado un acuerdo, y en este momento estamos pendientes del visto bueno del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. En cuanto al cuadro de retribuciones, es cuestión de horas que salga la Orden ministerial, que

será en el sentido que esta mañana ha anunciado el Director General, es decir, esté inmerso del 6 al 10. Después quedará pendiente el tema de las homologaciones. Ahora, a finales de este mes, se va a cobrar un 6 por ciento a cuenta, e inmediatamente, a partir del próximo mes, ya va a haber la tabla de retribuciones que se pactó con la CEMS y con UGT, y va a ser muy próximo. Las cosas van con mucha frecuencia en el sector público muy lentas, y también en el privado.

Yo creo que a lo que puedo contestar ya lo he hecho, y dejaría al Director General del Insalud que contestara al resto de los temas.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Ministro.

Tiene la palabra el señor Raventós.

El señor DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD (Raventós Torras): Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar contestaré al Diputado señor Benítez sobre el tema del hospital de Teruel.

Evidentemente usted ha hecho referencia a una serie de aspectos que no son de mi competencia, sobre la situación de la Escuela Normal de EGB, o del Inersero, o del hospital de ancianos. Por tanto, no me voy a referir a estos aspectos, que en algunos casos desconozco. Sí quiero decirle que cuando nosotros nos incorporamos al Instituto Nacional de la Salud había un proyecto de la anterior Administración para hacer un hospital en Teruel de 500 camas, cuando en realidad la población protegida de Teruel es de unas 127.000 personas, y las camas que había en aquel momento correspondían a un índice de 3,14 por ciento, si bien es cierto que el hospital de Teruel era un hospital de los primeros que se hicieron, lleva construido unos treinta años, y, por tanto, está desfasado y obsoleto en cuanto al tipo de prestación a dar.

A partir, pues, de tener este hospital proyectado la anterior Administración, había unas inversiones programadas, inversiones que en los primeros momentos se mantuvieron, pero a partir del momento en que se empezó a analizar, y se fueron estableciendo criterios de racionalidad, tal y como hemos apuntado antes, en cuanto a estándares de camas por habitantes, se vio realmente que un hospital de 500 camas para Teruel, como era el hospital que se proyectaba, no estaría nunca cubierto, porque es totalmente excesivo para las necesidades de la población de Teruel.

En este sentido, yo quise conocer de cerca el problema y me desplazé a Teruel, un poco contra lo que se ha dicho esta mañana de que estudiamos las cosas en el despacho. En lo que llevamos de año he visitado doce provincias, porque me gusta conocer los problemas de cerca siempre que puedo, y no siempre se puede alcanzar a todos. Pero en el caso de Teruel me desplazé allí, visité la residencia, visité el hospital de la Diputación Provincial, y en ningún caso hice unas declaraciones, contra lo que aquí se ha afirmado, de que el hospital no se iba a hacer. Las declaraciones que hice iban en el sentido de que cabían tres alternativas: una, el que se hiciese un nuevo hospital de

alrededor de 250 camas; dos, el que se remodelase la residencia actual, y tres, el que se entrase en una colaboración con el hospital de la Diputación Provincial, que es un hospital de unas 150 camas —me parece recordar; hablo de memoria—, que está en una muy baja ocupación.

Estas fueron las líneas de actuación que se desprendieron en aquel momento, pero se descartó de inmediato hacer un hospital de 500 camas, porque hubiera sido un despilfarro social que, evidentemente, no podemos soportar.

En este aspecto, se ha profundizado bastante en esta cuestión, se han enviado técnicos allí para estudiar los temas y parece que la vía de la remodelación y la colaboración con el Hospital Provincial es una línea que nos permitiría dotar a Teruel de una asistencia sanitaria correcta y adecuada, con un índice de camas (yo me tengo que referir siempre a los índices, que me parece que es uno de los criterios más objetivos) de 3,14 por mil habitantes y, por tanto, por encima del estándar que estábamos mencionando anteriormente.

Pero además, se aprovechó para insertar Teruel, porque no hay que creer solamente que las provincias son sus capitales, en una zona que sí que está en situación precaria, que es la zona de Alcañiz. En la zona de Alcañiz usted muy bien sabe que el Insalud tiene un ambulatorio en el cual ahora mismo hay 33 camas que salen a un coste elevadísimo, que no recuerdo, totalmente disfuncional, porque está en distintas plantas; y al lado mismo, a diez o doce metros, porque solamente hay una calle, hay un moderno hospital también de la Diputación Provincial que me parece que tiene 90 camas (sigo hablando de memoria). Este Hospital provincial, que es moderno, cubre una zona que está muy desatendida sanitariamente. Se pensó en la posibilidad —en este momento yo diría que por parte del Insalud estamos totalmente de acuerdo en esta línea— de cerrar las 33 camas del ambulatorio e integrar en la red del Insalud el hospital de la Diputación Provincial de 90 camas. Sobre ello se ha llegado ya a un acuerdo pleno con la Diputación Provincial y en este momento estamos en tramitación, por decirlo así, a través de los múltiples pasos que hay que dar en un proceso de este tipo; en este momento está en la Intervención General de la Seguridad Social, pero pienso que esto va a avanzar.

En definitiva, con la propuesta de la colaboración de la Diputación en un doble sentido, uno en el hospital provincial de Alcañiz y otro en la propia capital con su hospital de 150 camas, y con la remodelación de la residencia y aprovechamiento de espacio, que hoy día está muy mal ocupado, en una magnífica escuela de enfermería que está en el propio recinto, pensamos que podemos garantizar, y éste es nuestro objetivo, a Teruel un suficiente y perfecto nivel asistencial en función del «ratio» que estamos aplicando. La remodelación supondría una modernización importante, al mismo tiempo que se dotaría de laboratorio, de rayos y de algún otro servicio que está infradotado y movilizaríamos también algún aspecto que quizá con el tiempo ha quedado obsoleto.

En cuanto a la pregunta del Diputado señor Del Rey sobre la jerarquización de médicos especialistas de ambulatorios en el hospital, evidentemente el objetivo que pretende esta Orden de jerarquización es, básicamente, mejorar la sanidad, a partir de una mejor coordinación entre los médicos especialistas de ambulatorio y de hospital que actualmente han estado totalmente descoordinados.

Uno de los principios generales que estamos defendiendo es la coordinación de la atención primaria con la hospitalaria, precisamente para potenciar la eficacia a través de esta coordinación de especialistas. Pero, al mismo tiempo, pensamos que esto mejora la profesionalización de los propios médicos, que quizás han vivido algo aislados en su trabajo, un tanto individual, y que al trabajar en equipo con los especialistas de la residencia mejoran profesionalmente.

Es cierto y es una ventaja que tiene el médico que entra, que puede participar en las guardias médicas y, por tanto, en algunos casos va a descargar al propio especialista hospitalario del excesivo número de guardias que a veces es difícil de mantener.

Pero, además, en todos estos aspectos no hay que perder de vista otra cuestión, que es que éste es un proceso voluntario y, por tanto, esta jerarquización es para aquellos médicos especialistas que voluntariamente así lo desean y, por tanto, en ningún caso se coarta la libertad de acción de ninguno de ellos.

En ningún caso se va a manifestar más, porque nosotros no vamos a ir a esta integración cuando el nivel de ocupación del centro esté va por encima de los niveles que consideramos adecuados, que hemos indicado que eran el 85 por ciento. Pero es más, estamos alargando los horarios a partir de emplear horarios de tarde, con lo cual estamos rentabilizando también la función que está cubriendo el hospital, y en este aspecto lo que estamos haciendo es conseguir una mayor rentabilidad de nuestros centros y siempre en una colaboración voluntaria de médicos especialistas.

En cuanto a la pregunta que ha hecho el señor González Vaello sobre los traspasos a Andalucía y la lista de personal traspasado, yo diría que hay una confusión. El personal del Instituto tiene las mismas remuneraciones, hay un sistema único y general de remuneraciones, aunque es cierto que es un sistema muy complejo y estamos haciendo un esfuerzo de simplificación, pero las remuneraciones que tiene todo el personal son las mismas, en función de igualdad de criterios. Por tanto, no hay ninguna diferencia de remuneraciones en función de actividades similares.

En cuanto a la jerarquización de especialistas y a la aplicación del artículo 10, ampliando un poco la pregunta anterior, evidentemente, los especialistas que no quieran acogerse a este proceso voluntario mantendrán todas sus condiciones laborales y económicas, que vienen subsistiendo. Por tanto, insistimos en un proceso voluntario, y las personas que quieran mantener su situación actual así podrán hacerlo.

En cuanto a la pregunta del señor Palacios de cuándo

se prevé poner en marcha la carta de derechos y deberes de los pacientes, he dicho esta mañana que hacer una carta y declararla es muy fácil, pero nosotros no queremos hacer una mera declaración de principios, sino que queremos que, a partir del momento en que digamos que se va a poner en marcha, sea eficaz y se pueda cumplir.

Yo diría que con los calendarios que tenemos establecidos es posible que alrededor de octubre o noviembre nuestros centros hayan organizado los servicios de admisión con todo el replanteamiento que hemos hablado esta mañana, los servicios de atención al paciente y las propias comisiones de humanización de la asistencia en los centros, que nos permitirán ya poner definitivamente en marcha la carta de derechos y deberes de los pacientes.

Finalmente, y como ampliación de lo que ha dicho el señor Ministro al señor Gila sobre el tema de la prestación farmacéutica, creo que son valoraciones subjetivas sobre el proceso de información de recetas a los facultativos, en el cual yo pienso que han colaborado muchísimo, y muchos de ellos han estado satisfechos en saber mensualmente cuál era su nivel de prescripción. Quiero repetir unas cifras que he apuntado esta mañana: mientras en el año 1981 el incremento del coste para el Insalud fue del 26 por ciento, en el año 1982 fue del 22 por ciento, en el año 1983 fue sólo del 10,4, y en el primer trimestre del año 1984 ha sido de un 1,9 por ciento. Si esto es un éxito o un fracaso, ya lo dejo a la valoración de cada uno; yo pienso que es una reducción importante y que gracias precisamente a la colaboración de los propios facultativos este logro ha sido posible.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Raventós. *(El señor Gila González pide la palabra.)* Señor Gila, ya hemos terminado el orden del día. Eventualmente, le daría la palabra si fuese a pedir alguna aclaración, pero, desde luego, no para abrir ningún debate.

El señor GILA GONZALEZ: No, no pretendía abrir debate, simplemente, preguntar, porque no me han contestado, sobre el tema de la reestructuración de la farmacia, en el sentido que había expuesto el señor Director General en su exposición de esta mañana. *(El señor Benítez Barrueco pide la palabra.)*

El señor PRESIDENTE: Señor Benítez, ¿era también para alguna cosa que ha quedado en el tintero sin contestar?

El señor BENITEZ BARRUECO: Sí, muchas gracias, señor Presidente. Yo creo que, además, tiene una gravedad manifiesta, y quisiera la aclaración por el bien de todos. En un documento que obra en mi poder, de la Presidencia del Gobierno, hay para Teruel en el año 1983 un Presupuesto de 276,8 millones, para creación de camas hospitalarias. Me gustaría saber, por parte del señor

Ministro o el señor Director General, dónde están esas camas hospitalarias y que no se me salga por la tangente con el tema del Insero. Está el señor Ministro delante. Yo creo que el tema de una residencia sanitaria de la Seguridad Social que está paralizada en las obras después de una inversión de...

El señor PRESIDENTE: Señor Benítez, definitivamente no es la cuestión; el Insero no es competencia del Ministerio de Sanidad, y, en cualquier caso, no le he dado la palabra para que debata absolutamente nada, sino para que pida alguna aclaración, si ha habido alguna omisión. *(El señor Del Rey Castellanos pide la palabra.)* Señor Del Rey, ¿era también para esta misma cuestión?

El señor DEL REY CASTELLANOS: Gracias, señor Presidente.

Solamente era para decir que la pregunta que yo he hecho sobre la Orden ministerial se me ha contestado totalmente de pasada, sin entrar en el tema de lo que he expuesto. Nada más, muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Del Rey.

Señor Raventós o señor Ministro, ¿quieren ustedes concluir? *(Denegación.)*

Muchas gracias por su presencia, señor Ministro y señor Director General.

Quiero creer que, a pesar de lo dilatada que ha sido la sesión, ha sido interesante para todos los señores Diputados.

Antes de levantar la sesión, quería decirles que se me ha hecho llegar un escrito, que ha animado el propio Ministro de Sanidad, en el que se insta a la prohibición de fumar, para prevenir los riesgos de los fumadores activos y pasivos. Yo quiero decirles que este Presidente pretende dirigir la Comisión no con un criterio autocrático, es decir, que mando yo; tampoco con un criterio aristocrático, de que ordenen los más virtuosos y los mejores, y que como son pocas las firmas todavía, cuando con un criterio democrático se pueda ver cuál es el sentir mayoritario de la Comisión, lo haremos seguir con mucho gusto. Yo no sé si la primera firmante, que es doña María Abascal, se puede hacer cargo del escrito para ver si consiguen la mitad más uno de las firmas, con lo cual entraríamos a considerar esa petición.

Reitero mi agradecimiento al señor Ministro y al señor Director General, así como a los señores Diputados por su paciencia, y les adelanto que en sucesivas sesiones informativas tendremos ocasión de seguir ampliando estos datos.

Muchísimas gracias a todos.

Se levanta la sesión.

Eran las siete y quince minutos de la tarde.

