



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

Año 1985

II Legislatura

Núm. 215

---

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. LEOPOLDO TORRES BOURSAULT,  
VICEPRESIDENTE PRIMERO**

**Sesión Plenaria núm. 215**

**celebrada el martes, 11 de junio de 1985**

---

### ORDEN DEL DIA

Dictamen de la Comisión del Estatuto de los Diputados (Sesión secreta):

— Dictamen.

Enmiendas del Senado a iniciativas legislativas:

— Proyecto de Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.

— Proyecto de Ley Orgánica del régimen electoral general.

Votaciones de totalidad:

— De las enmiendas del Senado al proyecto de Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.

Debates de totalidad sobre iniciativas legislativas:

— Proyecto de ley general de sanidad («Boletín Oficial de las Cortes Generales», número 145-I, Serie A, de 23 de abril de 1985).

(Continúa el orden del día en el «Diario de Sesiones» número 216, de 12 de junio de 1985.)

---

## SUMARIO

*Se abre la sesión a las cuatro y cinco minutos de la tarde.*

	Página
<b>Dictamen de la Comisión del Estatuto de los Diputados (sesión secreta)</b> .....	9849
<i>En sesión secreta se somete el mencionado dictamen a la decisión de la Cámara.</i>	
<i>Continúa la sesión con el carácter de pública, para tratar de los siguientes puntos del orden del día.</i>	

	Página
<b>Enmiendas del Senado a iniciativas legislativas</b> .....	9850
	Página
<b>Proyecto de Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España</b> .....	9850
<i>Se someten a votación las enmiendas del Senado al presente proyecto de ley.</i>	

	Página
<b>Proyecto de Ley Orgánica del régimen electoral general</b> .....	9850
<i>Se someten a diversas votaciones las enmiendas del Senado a este proyecto de ley.</i>	

	Página
<b>Votaciones de totalidad</b> .....	9851
	Página

<b>De las enmiendas del Senado al proyecto de Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España</b> .....	9851
<i>Efectuada la correspondiente votación de totalidad, se aprueban dichas enmiendas por 260 votos a favor, uno en contra y dos abstenciones.</i>	

	Página
<b>De las enmiendas del Senado al proyecto de Ley Orgánica del régimen electoral general</b> .....	9851
<i>Efectuada la votación de totalidad, se aprueban dichas enmiendas por 261 votos a favor, uno en contra y tres abstenciones.</i>	

*Para explicación de voto, en relación con el presente proyecto de ley y en nombre del Grupo Popular, interviene el señor Herrero Rodríguez de Miñón. Informa del voto afirmativo de su Grupo respecto de un proyecto en el que se marca parte fundamental de las reglas del juego democrático que obliga a todos y que se han alcanzado de manera consensuada. Con la aprobación de la ley se cumple un mandato constitucional y, si bien no es una norma perfecta, la realidad es que mejora parte de las reglas contenidas en las legislaciones anteriores. Espera, finalmente, que la aplicación de tan importante Ley sea tan garante*

*de la pureza democrática como ha sido la intención de los legisladores que desde todas las latitudes políticas han contribuido a su elaboración.*

	Página
<b>Debates de totalidad sobre iniciativas legislativas</b> .....	9852

	Página
<b>Proyecto de Ley General de Sanidad</b> .....	9852

*Para la presentación del proyecto de ley interviene, en nombre del Gobierno, el señor Ministro de Sanidad y Consumo (Lluçh Martí). Recuerda la antigüedad de nuestro actual marco legislativo en materia sanitaria, al regirse por una Ley que data de 1944, que era necesario acomodar a la realidad actual, tarea que había que realizar sin que tal acomodación llevara a una interrupción o alteración brusca del sistema. Una segunda cuestión importante perseguida en la elaboración del proyecto de ley ha sido el procurar tener en cuenta la opinión de los sectores más directamente afectados, como Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, colegios profesionales o sociedades científicas. Asimismo, se hacía preciso intentar agrupar las distintas redes sanitarias públicas, eliminando burocracia y tratando de llegar a una mejor utilización de los recursos. No podía olvidarse, por otra parte, lo dispuesto en el artículo 43 de la Constitución, que torga el derecho de protección a la salud en favor de todos los ciudadanos, precepto que era preciso desarrollar a través de la ley correspondiente, ley que debía también articular las competencias entre las Comunidades Autónomas y el Poder central.*

*Partiendo de las anteriores premisas, el proyecto de ley se basa en una serie de principios fundamentales, como son los de llevar a la práctica la protección de la salud de todos los ciudadanos, sin ninguna diferenciación en el trato, así como el establecimiento de un concepto integral de la salud con una mayor participación de la comunidad en la gestión de los servicios sanitarios, mediante el establecimiento de una carta de derechos y deberes de enfermos y usuarios, intentando garantizar, en todo caso, algunas atenciones básicas, tanto desde el punto de vista del individuo como de la comunidad.*

*Insiste, posteriormente, el señor Ministro en el tema del respeto de las competencias autonómicas, que no debía menoscabar la imprescindible homogeneidad del sistema, todo ello de acuerdo con los principios constitucionales plasmados en sentencia del Tribunal Constitucional. Al mismo tiempo, habla que ir a una mayor y más efectiva colaboración entre el sector público y el privado, todo ello dentro del respeto al libre ejercicio de la profesión médica, que, en su opinión, queda claramente garantizado en la ley. Agrega que en el tiempo que ha llevado la elaboración del proyecto se han conseguido una serie de avances en materia sanitaria, como son el reconocimiento de los derechos y obligaciones de los usuarios y una mayor participación de éstos en la elección del médico. Termina señalando el señor Ministro que los proyectos*

alternativos presentados coinciden en un alto porcentaje con el contenido del presentado por el Gobierno, como no podía ser menos en materia tan trascendente para los ciudadanos españoles, y espera que en la posterior tramitación parlamentaria se consiga perfeccionar aún más el contenido del mismo.

En defensa de la enmienda de devolución, presentada por el Grupo Popular, interviene el señor Romay Beccaria. Destaca la importancia de la sanidad como una cuestión de Estado demasiado costosa y compleja como para variarla cada pocos años, y de ahí que lamente la falta de consenso de las fuerzas políticas y la ausencia de respaldo de las fuerzas sociales en relación con el proyecto de ley sometido a debate. No discute la necesidad de la ley, toda vez que reconoce los defectos del actual sistema y la insatisfacción general que existe ante la presente asistencia sanitaria. El problema se centra en el sentido y orientación de la reforma que se presenta hoy a la Cámara.

Expone a continuación las razones que llevan al Grupo Popular a pedir la devolución del proyecto, unas de carácter jurídico-constitucional y otras de fondo, a las que después aludirá. Desde el punto de vista jurídico-constitucional, lamenta el doble centralismo que observa en el proyecto, que es centralista, en primer lugar, en favor del Estado y a costa de las Comunidades Autónomas y, en segundo lugar, es también centralista a favor de las Comunidades Autónomas a costa de las Corporaciones locales, las cuales tentan una gran tradición y experiencia en la asistencia sanitaria que ahora se les desconoce, confiscando sus bienes y obligándoles a seguir financiando unos servicios que no van a gestionar. Pero es que se produce también una infracción de los principios que regulan el sistema de producción de normas al presentar una ley ordinaria con preceptos de carácter orgánico, con olvido del tratamiento legislativo y los «quorum» diferentes requeridos.

Más gravedad atribuye aún a las cuestiones de fondo que les lleva a pedir la devolución del proyecto, por entender que parte de un mal diagnóstico de la situación, ya que parece que los redactores del mismo no se han enterado de que la Seguridad Social protege hoy a más del 90 por ciento de nuestra población. Tampoco cabe acudir al tema de la coordinación para apoyar la necesidad de la nueva ley, toda vez que nuestro Estado autonómico no conduce especialmente a técnicas de coordinación. Estima que el problema más grave que tenemos es el de disponer de una mala sanidad, de una asistencia sanitaria burocratizada y deshumanizada que no cuenta con los estímulos que entraña la competencia. Sin embargo, el proyecto de ley, en lugar de afrontar claramente tal situación, contiene como característica más destacada la del miedo a todo lo que no sea intervención estatal o gestión burocratizada. Es decir, que refleja miedo a la libertad y a la extraordinaria diversidad, miedo a las universidades y a los profesionales, miedo a las autonomías y, en definitiva, al cambio. Frente a tal actitud, cree que la plena elección de médicos y centros hospitalarios tiene que ser la gran conquista de nuestra reforma sanitaria, la gran palanca para transformar el sector público y potenciar un

sector privado competitivo y estimulante. Plena libertad de elección ofrecida, por lo demás, por el Partido Socialista en su programa electoral y reconocida en los grandes países del occidente europeo. Al desconocer tales principios, la nueva ley se va a convertir en un instrumento perfectamente inútil y hasta entorpecedor y retardatario del progreso social, desaprovechando la ocasión para conseguir un texto moderno y progresista.

Justamente por estar ante un proyecto que considera anacrónico y continuista, que agrava los problemas existentes en lugar de resolverlos y que carece del apoyo de las fuerzas políticas y agentes sociales, es por lo que pide su devolución al Gobierno.

En defensa de la enmienda de devolución de Minorta Catalana interviene el señor Molins i Amat. Comienza reconociendo la unanimidad existente respecto a la necesidad de contar con una nueva Ley General de Sanidad, toda vez que la vigente de 1944 no se adapta a los cambios habidos en nuestra sociedad, con independencia de estar pensada probablemente sólo para economías débiles e intenta hacer frente únicamente a lo perentorio. Contiene, además, una serie de defectos que pueden resumirse en las pocas satisfacciones que da a los usuarios, todo lo cual, unido a la nueva atribución de competencias diseñadas en el nuevo Estado de las Autonomías, lleva a todos a reconocer la necesidad de contar con una nueva Ley de Sanidad.

Alude a continuación a los objetivos mencionados en la memoria del proyecto enviado por el Gobierno, entre los cuales echa en falta la racionalización del sistema de financiación, sin el que considera difícil resolver muchos de los defectos del actual sistema sanitario, especialmente en lo que se refiere a la universalización de las prestaciones. Otros objetivos recogidos en la citada memoria no se cumplen o lo hacen de forma contraria a lo que sería de desear, todo lo cual lleva a temer por la consecución de cambios sustantivos respecto a la situación actual. Apoya tal afirmación en el hecho de que la propia universalización que se anuncia se reduce a la inclusión de las personas sin recursos económicos a través de unos mecanismos propios de un Estado de beneficencia y no de una sociedad de bienestar.

En cuanto a la distribución de competencias entre las distintas Administraciones del Estado, señala que el proyecto no significa ningún avance; en todo caso, se trataría de un cambio a peor, ya que no satisface a nadie el papel que se atribuye a las Comunidades Autónomas y a las Corporaciones locales, cuyas competencias en muchos aspectos se ven limitadas, condenando a los parlamentos autonómicos a hacer sus leyes a partir de las circulares del Ministerio de Sanidad.

Tampoco se da satisfacción al usuario, ya que si bien en la memoria se habla de aspectos parciales, como la flexibilidad, eficacia y rapidez, no se encuentra en el articulado del proyecto ningún indicio que lleve a pensar que tales mejoras puedan conseguirse. Antes al contrario, parece opinión generalizada que el proyecto significa un paso más en la burocratización del sistema sanitario. Con relación a la creación de un sistema sanitario de

carácter público, no tiene nada que objetar, aunque sí respecto a la plasmación concreta que de ese objetivo se hace en el proyecto al negar o dificultar la posibilidad de utilizar en mayor medida los recursos privados que existen en la sociedad. En definitiva, entiende que el proyecto se preocupa más por la creación de un Estado asistencial, en el que todo lo debe hacer el Estado, que por la creación de una sociedad de bienestar en la que el dinero público procure dar bienestar en relación a los medios públicos o privados que se utilicen para ello.

Finalmente, alude a la enmienda de texto alternativo presentada por su Grupo, cuyos objetivos son los de reconocer la necesidad de hacer una nueva ley, dar fe de la existencia de un modelo alternativo posible, aunque perfeccionable, y, sobre todo, poner, de manifiesto la actitud de su Grupo de oposición al proyecto del Gobierno, y anuncia una actitud constructiva en los posteriores trámites parlamentarios para conseguir la mejor sanidad que el ciudadano merece.

En defensa de la enmienda de devolución presentada por el Grupo Vasco (PNV) interviene la señora Gorroño Arrizabalaga, que comienza recordando lo dispuesto en el artículo 149.1.16 de la Constitución en materia de sanidad, para deducir, a partir de este precepto, que en el proyecto de ley no se tratan de forma adecuada las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas. Concretamente la Comunidad Vasca tiene reconocidas, por el artículo 16.4 de su Estatuto, unas competencias sobre organización de los servicios sanitarios, ratificadas por el Tribunal Constitucional en su sentencia 32/83, competencias que, en su opinión, son afectadas negativamente por la redacción dada a este proyecto de ley. Agrega que la distribución competencial está ya operada con la Constitución y los distintos Estatutos de Autonomía y a ello debe someterse la posterior legislación básica. Análogamente, el modelo de financiación previsto en el proyecto reduce las competencias autonómicas a mera gestión administrativa, siendo la sanidad una materia respecto de la que algunas Comunidades Autónomas pueden legislar y ejecutar.

Otros aspectos del proyecto que a su juicio no reciben un tratamiento adecuado son la extensión de las prestaciones sanitarias a toda la población, principio deseable, pero tratado equivocadamente ante el excesivo protagonismo ofrecido al sector público, prescindiendo de otras iniciativas muy necesarias en la actual situación de escasez. El contar con una sanidad de cierta calidad y para todos supone un reto que requiere la puesta en marcha de todos los recursos materiales y humanos disponibles. Frente a tal actitud, se opta por una burocratización excesiva que perpetuará las deficiencias existentes y llevará a una creciente decepción de los pacientes y a una gestión económica que dejará sin duda bastante que desear. Termina señalando que sólo de una pluralidad de centros pueden surgir los estímulos necesarios para ofrecer una sanidad de calidad y en libertad que redunde en favor de la salud del individuo y en beneficio de la sociedad en general, y solicita el voto favorable a su enmienda.

En defensa de una de las enmiendas de devolución, presentadas por el Grupo Mixto, interviene el señor Rodríguez Sahagún. Reconoce que la reforma de la sanidad es una necesidad ampliamente compartida por la sociedad española para corregir una situación en la que existe un bajo nivel en la calidad de las prestaciones y a un coste excesivo. Sin embargo, no se ha dado a tema tan importante la prioridad que, a su juicio, requería en los Presupuestos de los últimos años, como trata de demostrar con cifras. Con relación al proyecto ahora presentado por el Gobierno, muestra su temor a que no suponga una auténtica reforma de nuestra sanidad ni una respuesta a las necesidades de los españoles, dando lugar incluso a un deterioro importante de la situación presente. Aun reconociendo algunos aspectos positivos del proyecto, como, por ejemplo, los artículos 8 y 9, en su opinión priman los aspectos negativos, ya que ni siquiera se recogen derechos importantes que figuran en resoluciones de carácter internacional.

En resumen, solicita la devolución del proyecto, por entender que no supone una auténtica reforma, no cumple el mandato del artículo 43 de la Constitución y no va a permitir las prestaciones en un nivel de igualdad efectiva ni a corregir los desequilibrios regionales. El proyecto se limita a repetir lo ya dicho en la Constitución, sin mayores concreciones, y pospone la gratuidad con el pretexto de la crisis económica, sin que exista ningún compromiso político por parte del Gobierno. En el aspecto clave de la financiación, no se incorpora ninguna novedad, continuando basándose el sistema en el cauce de las cotizaciones. Respecto a los principios inspiradores contenidos, en el artículo 7.º, de eficacia, celeridad y flexibilidad, cree que deben afectar a todos los servicios públicos, pero no los considera como ejes clave para un sistema general de la salud. En todo caso, podrían incorporarse otros principios de mayor lógica, como son la humanización, calidad de las prestaciones y equidad. Tampoco cabe desconocer como eje clave la actitud de los médicos, de los que naturalmente depende en buen porcentaje el éxito de la ley.

Por las razones expuestas y en aras a evitar un mayor deterioro de la sanidad pública, pide la retirada del proyecto de ley.

Para la defensa de la siguiente enmienda de devolución presentada por el Grupo Mixto interviene el señor Bandrés Molet. Señala que el proyecto sometido a deliberación, desde el punto de vista de Euskadiko Ezkerra, es el resultado de las transacciones realizadas por el Partido Socialista a lo largo del último año y medio con los sectores corporativos y poderes fácticos de la sanidad en busca de un consenso imposible. La consecuencia es un texto desordenado, que rebasa con mucho los límites de una ley de bases y cuyo contenido se aleja de los principios que han inspirado a las administraciones progresistas de otros países europeos en la construcción de sus servicios públicos de salud, principios por lo demás recogidos en el programa electoral socialista.

Respecto a la Comunidad Vasca, considera que el proyecto invade las competencias de la misma, haciéndolo tam-

bién inaceptable desde este punto de vista. Como otros aspectos negativos del proyecto expone la no universalización del derecho a la asistencia sanitaria, tal como preceptúa la Constitución, ya que sólo universaliza aquélla en la medida en que las disponibilidades económicas del Estado lo permitan. Tampoco se deduce de este proyecto de ley que la sanidad vaya a ser gratuita, con lo que se establece una nueva discriminación en el acceso a los servicios al preverse el pago de una tasa por el uso de los mismos, sin aclarar de qué servicios se trata. Se estructura, además, un servicio público de salud único, cuando es conocido el desastre organizativo que afecta a la sanidad española en la actualidad, con diversos organismos públicos implicados en la materia.

Termina refiriéndose el señor Bandrés a otros aspectos, a su juicio negativos, del proyecto de ley, como supone primar una organización territorial basada en la existencia de hospitales en lugar de la asistencia primaria cercana a los ciudadanos, la marginación de las organizaciones sindicales y los trabajadores de la salud en la organización de los servicios, la escasa participación ciudadana en el control de los mismos, la escasez de competencias atribuidas a los órganos de participación previstos en la ley, aspectos todos ellos de suficiente entidad como para oponerse a un texto que califica como inservible para la mayoría de los ciudadanos.

En turno en contra de las enmiendas de devolución defendidas con anterioridad interviene, por el Grupo Socialista, el señor Martín Toval. Coincide con los oradores precedentes en la necesidad de una ley de reforma de la sanidad, cuestión en la que cree existe unanimidad en todos los sectores sociales y representaciones políticas. Sin embargo, es el Gobierno socialista el que ha presentado el proyecto de ley a la Cámara, cuando ha habido anteriormente Gobiernos que pudieron hacerlo y no lo hicieron. Respecto a la unanimidad en la petición de devolución del proyecto, es obvio que ello entrañaría un retraso en la reforma, cuya urgencia ha sido resaltada por todos los intervinientes.

Reconoce que la reforma de la sanidad es un instrumento clave de la política de Estado y de ahí que su Grupo Parlamentario haya intentado —y siga haciéndolo— la negociación y el acuerdo más amplios posibles.

Expone seguidamente las diversas reformas parciales llevadas a cabo por el Gobierno en los últimos tres años, siendo preciso, sin mayor demora, un marco legal básico orientador de toda la sanidad, como reconocen todas las fuerzas políticas y el propio Tribunal Constitucional.

Respecto a la acusación de que la ley es continuista e inmovilista, le extraña tal acusación por parte del representante de algún Grupo Parlamentario, por entender que su fuerza política no predica precisamente el progresismo en todos sus planteamientos y más bien responde a ideas privatizadoras sin un concepto integral de la salud.

En cuanto al representante de Minoría Catalana y su acusación de que no se reforma nada, no deja de ser pintoresca, cuando presentan un texto alternativo en el que la mayoría de los artículos coinciden con el proyecto del Gobierno. Sobre la acusación de burocratismo, alude

a la serie de organismos que hoy intervienen en materia de sanidad, y justamente lo que el proyecto de ley intenta es simplificar y huir de aquél, integrando todos los dispositivos hospitalarios en un único sistema, dotándolo al mismo tiempo de autonomía de gestión en cada una de sus instancias. En esta línea se va también hacia una descentralización y participación a todos los niveles en lo que respecta a la organización territorial del Estado. En este sentido, quiere desvanecer todas las dudas expuestas por los enmendantes, en especial por la representante del Grupo Vasco, ya que entiende que en el proyecto se respetan absolutamente las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas en la Constitución y en los Estatutos autonómicos.

Respecto a que no se conseguirá la universalidad de la asistencia o de la protección a la población española, le sorprende tal afirmación en boca del representante de Minoría Catalana, cuando sobre este particular presenta un texto alternativo idéntico al proyecto del Gobierno. Afirma que a través de la nueva ley no se pretende la universalidad, sino que está convencido de que la misma se conseguirá.

Seguidamente se extiende en el tema relativo a la financiación del sistema y a la libre elección de médico, en contestación a las manifestaciones de los enmendantes, para terminar afirmando que esta es una ley de Estado y de política de Estado, que tiene vocación de continuar siéndolo y que no es problema de disposición del Gobierno socialista y de su Grupo su mejora, sino también de la actitud que mantengan los restantes Grupos de la Cámara.

Nuevamente interviene el señor Ministro de Sanidad y Consumo (Lluch Martín), que comienza agradeciendo a todos los intervinientes el tono de sus intervenciones, a la par que realiza algunas puntualizaciones en relación con las mismas.

En turno de réplica intervienen los señores Romay Beccaria, Molins i Amat, la señora Gorroño Arrizabalaga y el señor Rodríguez Sahagún, y les replica de nuevo el señor Martín Toval.

Para fijación de posiciones interviene, por el Grupo Centrista, el señor Núñez Pérez.

Sometidas a una única votación las enmiendas de devolución defendidas anteriormente, son desechadas por 114 votos a favor, 175 en contra y tres abstenciones.

Se suspende la sesión a las ocho y veinte minutos de la noche.

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

#### DICTAMEN DE LA COMISION DEL ESTATUTO DE LOS DIPUTADOS (SESION SECRETA)

En sesión secreta se somete el mencionado dictamen a la decisión de la Cámara.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Sesión pública.

#### ENMIENDAS DEL SENADO A INICIATIVAS LEGISLATIVAS:

#### — PROYECTO DE LEY ORGANICA SOBRE DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS EN ESPAÑA

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Punto segundo del orden del día: Enmiendas del Senado a iniciativas legislativas. Proyecto de Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.

Agradeceré a los señores portavoces vayan manifestando sus deseos en cuanto a la separación de las votaciones.

Las enmiendas del Senado al preámbulo se votarán al final.

Enmiendas del Senado al artículo 6.º, apartado c); al artículo 13, número 3; al artículo 18, números 3 y 4; al artículo 35; a la disposición transitoria segunda; a la disposición final segunda y al preámbulo.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 230; a favor, 221; en contra, uno; abstenciones, ocho.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan aprobadas las enmiendas del Senado a las disposiciones anteriormente citadas del proyecto de Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.

La votación de totalidad tendrá lugar el jueves a partir de las cinco de la tarde.

#### — PROYECTO DE LEY ORGANICA DEL REGIMEN ELECTORAL GENERAL

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Senado al Proyecto de Ley Orgánica del régimen electoral general.

La enmienda al preámbulo se votará igualmente al término de las restantes votaciones.

Enmiendas del Senado al artículo 1.º, número 2; al artículo 10, letra a) del número 1; al artículo 11, letra a) del número 1; al artículo 18, número 6 nuevo; al artículo 27.4; a la letra d) del artículo 30; al número 4 del artículo 39; al número 2 del artículo 40; al artículo 45; al artículo 46, número 5; al artículo 46, número 9; al artículo 47, números 2 y 3; al artículo 49, número 1; al artículo 55, párrafo segundo; al artículo 57, número 3; al artículo 65, número 2; al artículo 71, número 2; al artículo 75, números 1 y 3; al artículo 78, número 4; al artículo 86, número 2; al artículo 88, número 2; al artículo 98, número 1; al artículo 99, número 1; al artículo 101, número 4; al artículo 105, números 2 y 3; al artículo 109; al artículo 112,

número 2; al artículo 132, número 4; al artículo 138; al artículo 139, números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8; al artículo 142; al artículo 144.2; al artículo 146, número 1; al artículo 164, número 2; al artículo 172, número 3, letras a), b), c) y d). *(El señor Martín Toval solicita la palabra.)*

Tiene la palabra el señor Martín Toval.

El señor MARTIN TOVAL: Señor Presidente, en relación a este último precepto señalado por la Presidencia, mi Grupo solicitaría que se votara separadamente de la enmienda del Senado a ese número 3 del artículo 172 la expresión «por columnas» que figura en la segunda línea del encabezamiento de dicho número y en la introducción de la letra c).

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias, señor Martín Toval.

Votamos, pues, las enmiendas del Senado a los artículos anteriormente citados y al artículo 172 con excepción de los dos apartados donde dice «por columnas» en el número 3 y en la letra c).

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 247; a favor, 244; en contra, uno; abstenciones, dos.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan por consiguiente, aprobadas las enmiendas del Senado a los artículos que han sido citados en el enunciado de las mismas, con excepción de la expresión «por columnas», del artículo 172.3 en su introducción y en el apartado c), que queda, por tanto, suprimida.

Enmiendas del Senado al artículo 176.1; al artículo 178.2, b), y artículo 181 nuevo. Como quiera que de ser aprobada esta última enmienda supondría modificar la correlativa numeración de los artículos, vamos a proceder a la votación.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 247; a favor, 244; en contra, uno; abstenciones, dos.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan aprobadas, por consiguiente, las enmiendas del Senado al artículo 176.1, al artículo 178.2, b), y artículo 181 nuevo, entendiéndose que esta votación entraña que la numeración siguiente del articulado quedará corregida a partir del artículo posterior, que se convertirá en 182, y así sucesivamente.

Entiendo que la anterior votación también supondría que la cita al artículo 195 contenida en el artículo 197, ahora 198, también sufriría el correspondiente cambio, convirtiéndose dicha cita del ahora 198 en «conforme a lo previsto en el artículo 196». *(El señor Martín Toval pide la palabra.)*

Tiene la palabra, señor Martín Toval.

El señor MARTIN TOVAL: Es absolutamente correcto lo que plantea la Presidencia, pero mi Grupo cree que hay más supuestos de este estilo y convendría que la Mesa y los servicios de la Cámara lo revisaran técnicamente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Se hará un ajuste técnico en cuanto al corrimiento correspondiente a la aprobación de la enmienda anteriormente votada.

Enmiendas del Senado al artículo 202.b); a la disposición adicional cuarta nueva; a la disposición transitoria cuarta y quinta nuevas y al preámbulo.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 256; a favor, 248; en contra, uno; abstenciones, siete.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan aprobadas las enmiendas del Senado al proyecto de ley Orgánica del Régimen Electoral General, a las que se acaba de hacer referencia. *(El señor Martín Toval pide la palabra.)*

Señor Martín Toval, tiene la palabra.

El señor MARTIN TOVAL: Una cuestión de orden. Mi Grupo solicitaría del Presidente, si ningún otro Grupo se opone, que, en virtud de sus facultades para ordenación del debate y de las votaciones, modifique el criterio que ya ha expresado y que la votación de totalidad de esta Ley Orgánica y de la anterior pueda celebrarse a renglón seguido.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señor Martín Toval. ¿Hay oposición por parte de algún Grupo a la propuesta de hacer en este mismo momento la votación de conjunto y de totalidad de las dos leyes orgánicas? *(Pausa.)* Muchas gracias.

#### VOTACIONES DE TOTALIDAD:

##### — DE LAS ENMIENDAS DEL SENADO AL PROYECTO DE LEY ORGANICA SOBRE DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS EN ESPAÑA.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Vamos a efectuar la votación final y de conjunto del proyecto de Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 263; a favor, 260; en contra, uno; abstenciones, dos.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda, por tanto aprobado en votación final y de conjunto,

al haber alcanzado el «quorum» exigido por el artículo 81.2 de la Constitución, el proyecto de Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España.

##### — DE LAS ENMIENDAS DEL SENADO AL PROYECTO DE LEY ORGANICA DE REGIMEN ELECTORAL GENERAL

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Seguidamente vamos a votar, en votación final y de conjunto, el proyecto de Ley Orgánica del Régimen Electoral General.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 265; a favor, 261; en contra, uno; abstenciones, tres.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda, por consiguiente, aprobado en votación final y de conjunto, al haber alcanzado el «quorum» exigido por el artículo 81.2 de la Constitución, el proyecto de Ley Orgánica sobre Régimen Electoral General. *(El señor Herrero Rodríguez de Miñón pide la palabra.)*

Señor Herrero, tiene la palabra.

El señor HERRERO RODRIGUEZ DE MIÑÓN: Para explicación de voto.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Para explicación de voto sobre el último de los proyectos votados, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Herrero Rodríguez de Miñón.

El señor HERRERO RODRIGUEZ DE MIÑÓN: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, nuestro Grupo Parlamentario ha dado su voto afirmativo al último trámite de la elaboración legislativa de este proyecto de ley de régimen electoral. Hace meses entró un proyecto en esta Cámara y con el esfuerzo de todos los grupos parlamentarios y de numerosos Diputados, tanto de la mayoría como de los diversos grupos de la oposición, este proyecto vio la luz en este Congreso de una manera felizmente consensuada y el mismo proceso se ha repetido en el Senado que comparte con nosotros los poderes legislativos.

La Ley Electoral es una ley donde se marcan parte fundamental de las reglas del juego democrático, esas reglas que nos obligan a todos y, a la vez, nos garantizan a todos. Y es lógico que esas reglas del juego, bajo cuyo amparo se mueven las diversas fuerzas políticas en la democracia, sean acordadas y modificadas de manera consensuada. El marco está puesto y sólo queda llevarlo ahora a la práctica de una manera igualmente limpia como ha sido su elaboración; elaboración donde, además, se han introducido a todas luces valiosas mejoras técnicas sobre la legislación anterior, sin perjuicio de

conservar su sustancia y, por otra parte, se ha cumplido un mandato constitucional.

Sin duda esta ley no es perfecta, pero es una ley sustancialmente análoga a la que ha regido las primeras elecciones del proceso democrático en bien de todas las fuerzas políticas. Es una ley que mejora parte de las reglas contenidas en la legislación anterior. Por último —y esta es su mayor virtud— es una ley en cuya aprobación han coincidido, dándole una máxima legitimidad democrática, como con razón fue recordado reiteradamente desde instancias gubernamentales, todas las fuerzas políticas de ambas Cámaras. Por ello, repito, hemos dado una vez más nuestro voto afirmativo a esta Ley, esperando que su aplicación sea tan garante de la pureza democrática como ha sido la intención de los legisladores que de todas las latitudes políticas han contribuido a su elaboración.

Nada más, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señor Herrero.

#### DEBATES DE TOTALIDAD SOBRE INICIATIVAS LEGISLATIVAS:

##### — PROYECTO DE LEY GENERAL DE SANIDAD

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Pasamos al punto cuarto del orden del día, debate de totalidad sobre el proyecto de ley general de sanidad. Para su presentación tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Señor Presidente, señoras Diputadas, señores Diputados, voy a defender el proyecto de ley general de sanidad.

Desde el año 1944 ha venido rigiendo la misma ley, lo cual ya demuestra que el marco legislativo en el cual se movía la sanidad española era un marco muy anticuado. Hay pocos sectores en la sociedad española que se rijan por normativas tan antiguas como la Ley de bases de la Sanidad Nacional del año 1944. Por tanto era necesario cambiar la Ley, pero había que hacerlo de tal manera que los cambios se dieran con una continuidad en el trabajo sanitario... (*Rumores.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Un momento, señor Ministro. Por favor, guarden silencio, señorías.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Es decir, que la presentación de una ley de sanidad no originara tensiones que llevaran a que el trabajo sanitario quedara interrumpido o amenazado. Pienso que la presentación de esta ley general de sanidad cumple este primer objetivo, después de una amplia discusión y de un largo período de elaboración. Es evidente

también que pensamos que, al traerlo a esta Cámara, será posible en Ponencia, en Comisión y también en el Pleno ir articulando y ajustando algunos de los aspectos pendientes. El antecedente de la otra ley que ha defendido este Departamento, la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios, me parece que es un buen criterio y un buen precedente para recordar hoy aquí.

Este proyecto de ley general de sanidad se ha discutido con representantes institucionales, como son las Comunidades Autónomas y los municipios, con partidos políticos, con organizaciones sindicales, con colegios profesionales y también con sociedades científicas. Pienso que este proyecto de ley tiene prácticamente algo de todos y cada uno de los diálogos que se han mantenido, hasta hacer de este, si no un proyecto de todos, sí al menos un proyecto en el cual se ha tenido en cuenta la opinión de todos.

Por otra parte, hemos tenido en cuenta que este proyecto de ley supusiera un puente de continuidad entre una tradición legislativa y, sobre todo, entre una realidad sanitaria y un proyecto de futuro. El hecho de que una ley sea antigua, del año 1944, no es razón, por sí sola, para que se tenga que presentar un proyecto sustitutivo, pero hay razones que lo hacían absolutamente necesario. La primera es que hay muchos aspectos de la vida sanitaria que no están contemplados, o están mal contemplados, en nuestra legislación, como son la educación sanitaria, la informática médica, la salud laboral ocupacional, recluida solamente en las empresas, la reforma psiquiátrica, que está basada en un problema que era ajeno al concepto de la salud, los derechos y deberes de los usuarios, la ordenación de las actividades privadas, así como el concepto de salud preventiva que aparecía desgajado de la salud curativa.

En segundo lugar había un aspecto que hacía muy necesario emprender una reforma legislativa, que era intentar agrupar las distintas redes sanitarias públicas. En España hay una multitud de ayuntamientos y de diputaciones, el propio Estado tiene el INSALUD y, al mismo tiempo, la AISNA, y era necesario establecer, para eliminar burocracia, una sola red que nos permitiera utilizar los recursos, no solamente con menos burocracia sino también con mayores frutos sanitarios.

Aparte de estas dos razones, hay otras que aconsejaban presentar una ley general de sanidad. Voy a referirme solamente a algunas. La primera es la de adecuar el sector sanitario a un conjunto de leyes, como la Ley General de la Seguridad Social de los años setenta, la Ley de Seguros privados o la Ley de Régimen Local, mucho más reciente. También era muy importante establecer un marco legislativo que permitiera que el artículo 43 de la Constitución, que otorga el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos, no fuera solamente un derecho, sino que hubiera una ley que extendiera la sanidad a todos los ciudadanos. Esta es una característica fundamental de la ley, pero había otra. Hay dos Comunidades Autónomas que tienen el INSALUD transferido y, en cambio, no había un marco legislativo que ordenara cómo tenía que ser la articulación entre las Comunidades

Autónomas y el Gobierno de la Nación. Además, había un conjunto de derechos que era imposible legislar, o al menos era de difícil juridicidad y esta ley va a permitir hacerlo con precisión y profundidad. Estos son los derechos de los pacientes, la participación comunitaria, la ya citada unificación de redes públicas, la autonomía y gestión hospitalaria, la evaluación y control de calidad, nuevas fórmulas de hospitalización, libre elección de médico, desmasificación de consultas y reordenación farmacéutica.

Por otra parte, había un conjunto de normas a aplicar. Después de reales decretos establecidos hace ya tiempo por el anterior Gobierno, ha habido, mucho más recientemente, una sentencia del Tribunal Constitucional sobre la coordinación y planificación sanitaria, donde se abordaba por primera vez cuál debía ser el engarce entre Comunidades Autónomas y Gobierno central. Por tanto era necesario suprimir los antiguos decretos, incorporando a nivel de una ley el espíritu y el contenido de la sentencia del Tribunal Constitucional de 27 de noviembre de 1981. Era necesario —ya lo he dicho anteriormente— generalizar la asistencia sanitaria, ordenar el sector sanitario público, así como hacerlo también con todo lo que hace referencia a la función pública y a la situación laboral. Era necesario, a su vez, articular lo que la Constitución atribuía como competencia exclusiva del Estado, como es el caso de las bases y la coordinación general sanitaria, así como también establecer qué es lo que significa la sanidad exterior que hasta ahora, aunque sea competencia exclusiva del Estado, en la historia española ha estado colocada en un segundo orden. Y era necesario también establecer y determinar cuál era la alta inspección del Estado alrededor del hecho autonómico.

Este proyecto de ley que presentamos se basa en algunos principios fundamentales. El primero es el derecho no solamente constitucional, sino llevado al terreno de lo práctico, de proteger la salud de todos los ciudadanos de este país, sin ninguna diferenciación en el terreno efectivo de su origen o de su situación social. Y por esta ley se extiende a toda la población, como señala su artículo 1.º, los cuidados sanitarios. Era otro principio fundamental de la ley tener un concepto integral de la salud, de tal manera que los múltiples aspectos biológicos, psicológicos, ambientales, sociales y económicos se tuvieran en cuenta como una permanente interrogación entre ellos y con la sociedad en que se desenvuelven, al analizar lo que es la sanidad. Para ello es necesario que equipos multidisciplinarios entren a formar parte de la sanidad, mientras nos encontrábamos en los últimos tiempos con que había dificultades para que profesionales como veterinarios o farmacéuticos pudieran colaborar en una visión general de la sociedad. Por ello era necesario esta reforma, que diera un nuevo marco a la protección de la salud del individuo y de la comunidad.

Es también principio informador de este proyecto de ley una participación mejor y más adecuada de la comunidad en la gestión de los servicios sanitarios, haciéndolo a través de las normas democráticas fundamentales, es decir, las normas que constituyen el centro de lo que es

el funcionamiento democrático. Esta participación era una demanda legítima de la sociedad española y pensamos que con esta ley queda perfectamente enfocada. Pero ni la educación sanitaria ni la participación comunitaria pueden tener su plena efectividad si no existe también una carta de los derechos y deberes de enfermos y usuarios, que en esta ley de sanidad quedan perfectamente reflejados, yo diría que singularmente reflejados, puesto que hay pocas legislaciones en las que estén de esta manera establecidos.

Este proyecto de ley intenta garantizar algunas atenciones básicas. Conocemos bien que el sistema sanitario español ha tenido en su desarrollo un polo central que ha sido el de la red hospitalaria. Podemos decir que la red hospitalaria española, sin haber alcanzado aún un alto nivel de desarrollo, lo ha conseguido muy considerable en términos relativos. Por tanto, es necesario partir de esta realidad y, aunque hay que abandonar la visión hospitalaria centralista, habrá que seguir haciendo inversiones. Pero tanto más necesario es moverse en la dirección de la salud preventiva, así como en la de la atención primaria. Por ello en el proyecto de ley hemos trabajado en una doble dirección de atenciones básicas dirigidas al individuo y de atenciones básicas dirigidas a la comunidad. En cuanto a la primera, hay comprendidas cuatro atenciones: la promoción de la salud del ciudadano y su familia, la prevención de las enfermedades y accidentes, la atención curativa de todas las formas de pérdida de salud y, por último, prestar la debida atención a todos los problemas subsiguientes a la enfermedad.

Con referencia a las atenciones básicas dirigidas a la comunidad, consideramos en primer lugar la promoción de la salud colectiva, a través de programas de divulgación de los conocimientos necesarios para la mejora de las condiciones generales del medio ambiente donde se desenvuelve nuestra vida. En segundo lugar, programas de prevención de los riesgos para la salud de la comunidad. En tercer lugar, animación de la participación comunitaria, estimulando la creación de grupos que se preocupen directamente de la defensa de la salud, al mismo tiempo que participen en su nivel en la gestión de los servicios sanitarios. Y en cuarto lugar, establecimiento de pautas para que las relaciones sociales generen situaciones y hábitos lo más saludables posibles.

Entre estas atenciones se encuentran algunas que ya he indicado antes pero que quería subrayar, cual es que la salud mental es una parte más de la salud y que por ello la salud mental, la salud psíquica tiene que considerarse como una parte fundamental, así como la salud que tiene lugar en el interior de las empresas o de las escuelas. Con este proyecto de ley queremos luchar contra la marginación de ciertos enfermos y contra la falta de consideración del ambiente de trabajo, como una parte del ámbito sanitario general.

Esta concepción integral de la salud es algo que debe unir a todos los Grupos Parlamentarios de esta Cámara, y no es raro ver que muchos de nuestros artículos, como veremos más adelante, son repetidos en los textos alternativos que se han presentado.

Hemos intentado regular en una ley cuáles son las prerrogativas de las autoridades públicas cuando tienen que limitar la libertad de las personas y la circulación de bienes para preservar la salud pública. De esta forma, se establecen las condiciones mínimas exigibles a los ambientes donde se desenvuelve la vida, vivienda, aire, agua, etcétera. También se establecen los mínimos que las empresas deben cumplir para que sus actividades industriales no sean nocivas para la salud. De esta forma intentamos regular la libertad sanitaria, con una ley en la que esta regulación se haga con el respeto elemental a cada una de las personas y, al mismo tiempo, con el respeto de cada persona al conjunto de la sociedad. Este es un campo en el que se puede pecar tanto de excesivamente reglamentista como de lo contrario, de dejar todo el espectro social en un marco de libertad que puede llevar a abusos desde el punto de vista sanitario.

Hay en este proyecto de ley un aspecto fundamental que ya he señalado al principio. Este ya no es un Estado centralista. Todas las competencias estrictamente sanitarias han sido ya transferidas a las Comunidades Autónomas, y en cuanto a la red del Insalud, dos de ellas, que significan más del 30 por ciento de la población, ya han sido transferidas. Por lo tanto, era necesario establecer un engarce organizativo general, y este engarce lo hemos establecido teniendo en cuenta las sentencias del Tribunal Constitucional, para que de esta manera se respetara el bloque constitucional que forma la propia Constitución junto con los Estatutos de Autonomía. Pero al mismo tiempo era necesario que el Estado se reservara aquellas competencias que le permitieran tener un sistema uniforme y homogéneo en toda la nación. Y de ahí viene un problema fundamental que algún Grupo creo que critica sin haber hecho la debida reflexión.

No se puede establecer en España un Servicio Nacional de Salud, puesto que el sistema español no es descentralizador, sino que al ser un sistema con autonomías políticas los servicios, tienen que existir en cada una de las Comunidades Autónomas, mientras que en el conjunto del Estado solamente puede haber un sistema nacional que articule los distintos servicios de salud. Si en España hubiera un servicio general de salud, ello sería demostración de que no hay autonomía sanitaria. Solamente, con un sistema que agrupe los servicios es como pueden establecerse unas garantías autonómicas. Por lo tanto, tenemos que hacer un sistema que tenga unas garantías mínimas para todos los españoles, como que haya prestaciones para todos ellos, que intente además ser un sistema que dé atención prioritaria a todos los aspectos preventivos, así como un sistema sanitario en el que los poderes públicos tengan responsabilidades importantes.

Hay una amplia polémica sobre si sería mejor o peor un sistema liberal estricto de la sanidad, un servicio nacional de salud o un sistema nacional de salud, como propone nuestra Constitución. Esta es una discusión en la que, a veces, la ideología impide ver los problemas de fondo.

Aquellos países en los que hay servicios nacionales de

salud tienen dos características. La primera es que los resultados sanitarios son mucho más satisfactorios y, además, son económicamente más baratos. Si comparamos Francia y Alemania con el sistema del Reino Unido o de España, veremos que, en los dos primeros, se dedica a la sanidad entre dos puntos y dos puntos y medio más en relación con el producto interior bruto. Y, en cambio, en cuanto a los indicadores sanitarios su situación es peor. Si, por ejemplo, atendemos a la expectativas de vida, veremos que éstas en el Reino Unido y en España son mejores que en Francia y que en Alemania. Por lo tanto, no es una opción ideológica, sino una elección de mayor eficacia sanitaria, con un costo económico inferior.

Era especialmente complicado arbitrar en el proyecto de ley mecanismos en los cuales se moviera el sector público. Quiero decir, de entrada, que en esta discusión hay que situar las cosas en su punto. La mayor parte del sector privado hospitalario de este país se mueve en relación con el sector público, es decir, que sin tener flujos públicos no podría subsistir. Solamente el 17 por ciento de los servicios privados de la sanidad no están concertados con el sector público. Por tanto, no hay que ver el sector público y el sector privado como algo enfrentado sino que, en la realidad cotidiana, el sector público solamente subsiste en un 83 por ciento gracias a los conciertos que establece con la sanidad pública.

Dicho esto, tengo que hacer constar que a nosotros nos parece que la actual situación de relaciones entre el sector público y el sector privado es insatisfactoria. Por ello hemos establecido en el proyecto de ley un nuevo tipo de colaboración que se llame sector vinculado. Es decir, aquel sector privado que, aun manteniendo la titularidad y manteniendo, por tanto, también autonomía de gestión, pueda establecer, para un período superior a un año, una relación estable con el sector público, dentro de las directrices del sector público. De esta manera, voluntariamente establecido, por supuesto, podremos hacer un mecanismo en el cual el sector privado pueda trabajar más estrechamente con el sector público y, además, no ser considerado por este último como algo ajeno, sino que, durante un cierto período de tiempo trabaje conjuntamente con el sector público y, por tanto, sin discriminación alguna.

Junto con este problema existía también el del libre ejercicio de la profesión médica, lo cual, a nuestro entender, queda claramente garantizado en este proyecto de ley. Hay muchos otros aspectos que contempla este proyecto de ley y a los que me gustaría referirme, pero no me quiero pasar de los quince minutos concedidos. Por ejemplo, hemos establecido un marco para que el mundo farmacéutico esté en condiciones para su entrada en el Mercado Común. También para que la investigación sanitaria, en la que hemos dado pasos importantes en estos dos años y medio, pueda continuarse hasta el punto en que el 1 por ciento del producto sanitario se dedique a ella. Creamos el Instituto de Salud Carlos III, que es el único órgano que, en última instancia, va a quedar en manos de la Administración del Estado.

En el tiempo transcurrido desde que la Comisión redactora del proyecto de ley estableció un primer borrador hasta que este proyecto de ley ha sido presentado en el Congreso de los Diputados, ha habido una serie de modificaciones que yo creo que expresan claros avances, que yo querría poner de manifiesto aquí.

En primer lugar se han mejorado las garantías de los niveles de libertad de elección de médico y de servicios hospitalarios especializados, de acuerdo con lo que ya figuraba en nuestro programa electoral. Se han incorporado los derechos y obligaciones de los usuarios frente al sistema sanitario. Se ha incorporado un capítulo sobre infracciones y sanciones en materia sanitaria para facilitar el control y actuación de las Administraciones públicas y garantizar así, de un modo efectivo, los derechos de los ciudadanos en instituciones en las que libremente se asocian. Se ha introducido en este proceso de negociación, de diálogo, de maduración, un desarrollo pormenorizado de la Sanidad exterior. Se ha precisado más el proyecto de ley en todo lo que hace referencia a aspectos autonómicos, y así también hemos establecido programas de colaboración con aquellas Comunidades Autónomas que no tienen competencias estatutarias suficientes para gestionar íntegramente todo lo sanitario. Hemos hecho desaparecer el Servicio Central de Salud y se ha cambiado, como antes explicaba, el concepto de «sistema» por el concepto de «servicio», al objeto de facilitar que todas las Comunidades Autónomas —bien sean por el artículo 143 o por el 151— puedan alcanzar el tope máximo de competencias a través de los mecanismos constitucionales. Otra mejora ha sido la determinación de algunos artículos organizativos, cómo no, básicos para aquellas Comunidades Autónomas que tengan capacidad legislativa.

Por otra parte, se ha adecuado la creación de empleo del personal sanitario de acuerdo con lo que mostraban los intereses y las opiniones de las cuatro principales centrales sindicales, UGT, Comisiones Obreras, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y Sindicato Galego de Sanidad. Hemos variado el modelo financiero y lo hemos modificado por una razón fundamental, puesto que establecer un modelo en el que en el futuro se previera que solamente se financiaría con impuestos del Estado es un planteamiento que a corto y a medio plazo no es realizable. No hay ningún país en Europa Occidental en que las cotizaciones sociales no entren a financiar la sanidad. Nos podemos encontrar con países como el Reino Unido donde esta financiación es minoritaria (del 9 por ciento), pero nos encontramos con países como Suecia, donde es claramente mayoritaria. El Gobierno no quiso prometer una financiación que ni a corto ni a medio plazo nos parece, aunque deseable, alcanzable. Por tanto, hemos preferido establecer un mecanismo mixto donde se contemplen también las cotizaciones sociales como una fuente de financiación, aunque el deseo es ir aumentando la aportación del Estado. En este mecanismo entran también las tasas, como han entrado desde el primer borrador, puesto que no hay ningún país que no tenga tasas. Aquí mismo en España, en todo lo que son

aparatos ortopédicos o productos farmacéuticos, las tasas ya han venido funcionando.

Otra mejora ha sido la nueva figura de la relación entre el sector privado y el sector público, que ya he descrito anteriormente. También hemos introducido otra mejora, que es estimular el cooperativismo sanitario y el asociacionismo de los consumidores llevándoles al mismo corazón de la ley. Hemos ajustado el título de prestaciones a las directivas de la Comunidad Económica Europea, pero ajustándolo también con los intereses nacionales y los intereses de la industria nacional. Hemos conjugado los aspectos de la investigación haciéndolos compatibles con la llamada Ley de la Ciencia, aprobada también recientemente por el Gobierno.

Estas son las mejoras que hemos introducido durante este período. Tengo que decir que de esta forma hemos acabado con un proyecto que yo creo que, al menos, tiene dos características fundamentales. La primera de ellas es que desde el año 1944 nadie ha presentado una Ley de Sanidad. Los que somos Diputados del año 1977 hemos vivido muchos amagos de presentar leyes de sanidad e incluso en el año 1980 pareció que se iba a presentar, pero ningún Gobierno, hasta ahora, ha presentado ningún proyecto. Aquí hay un proyecto y, tanto es así, que todos los proyectos alternativos coinciden entre un 70 y un 90 por ciento con nuestro proyecto. Por tanto, no son proyectos alternativos a la totalidad, sino que se han transformado algunas enmiendas encajándolas en un tronco que es el de nuestra ley. No nos extraña, porque es muy difícil y, por tanto, es lógico, que desde la oposición se trabaje con menos medios.

Segunda cuestión que querría destacar —y termino—, creo que defender aquí este proyecto de ley tiene una razón fundamental, al menos, para los socialistas: es defender un proyecto de ley que extiende la sanidad a todos los ciudadanos, es conseguir en un Estado democrático algo que está en el prefacio de la Constitución, que dice que no solamente queremos construir una sociedad democrática, sino que queremos construir una sociedad democrática avanzada. Y una de las concreciones de una sociedad democrática avanzada es —a partir de que esta ley sea aprobada y se ponga en marcha— que todos los ciudadanos de este país tendrán derecho a una sanidad pública.

Nada más.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias, señor Ministro.

Enmienda de devolución al Gobierno, del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra el señor Romay.

El señor ROMAY BECCARIA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, ningún bien de la vida presenta tan claramente unidos los intereses individuales y los intereses generales como la salud. La salud para el individuo es un presupuesto de toda actividad material o especulativa, de todo goce espiritual o material. Para el cuerpo social la salud de sus propios componentes es una

condición indispensable de su conservación, de su defensa interna y externa, de su bienestar general y de todo progreso material, moral o político. Por eso, desde siempre, el Estado se ha preocupado por la salud de los ciudadanos, bien para procurar su desarrollo en las mejores condiciones, bien para proveer de los remedios de la ciencia cuando se trata de curar la enfermedad.

La sanidad es (y estamos todos de acuerdo) una cuestión de Estado, una cuestión demasiado importante, demasiado costosa —un billón y medio de pesetas nos gastamos los españoles al año en atenciones sanitarias— y demasiado compleja como para que se pueda hacer una política sanitaria distinta cada cuatro años. Por eso, lo primero que lamentamos es que el proyecto venga aquí sin ese consenso de las fuerzas políticas (yo no sé hasta qué punto se ha intentado, pero, ciertamente, no se ha conseguido), sin ese respaldo de las fuerzas sociales, sin esa asunción por los profesionales que van a tener que aplicar la ley, sin lo cual, de antemano, está condenada al fracaso.

No discutimos la necesidad de la ley. Es evidente la necesidad de una reforma sanitaria. Están mal las cosas en nuestra sanidad. Todos conocemos los defectos —y se denuncian— de la acción sanitaria preventiva en relación con la promoción de la salud, con la sanidad alimentaria, con la medicina ambiental. Las quejas y la insatisfacción por la asistencia sanitaria son también generales. Ahí está esa asistencia masificada, burocratizada y deshumanizada, y ahí están —como recordaba el Diputado señor De Vicente— esos siete millones de ciudadanos que, teniendo derecho a la asistencia pública gratuita, se sacrifican y costean los mismos servicios de entidades de seguro libre o de médicos particulares. Y todavía peor los que no tienen recursos para utilizar ni siquiera estos otros medios.

Es incuestionable la necesidad de la reforma. El problema es el sentido de la reforma. Y esa necesidad viene dada también por la aparición del Estado autonómico, por la necesidad de desarrollar la Constitución. El problema no es la necesidad de la ley; es el sentido de la ley, la orientación de la ley, y de ahí vienen nuestras discrepancias. Estas discrepancias nuestras con esta Ley General de Sanidad que nos llevan a pedir la devolución son fundamentalmente de dos órdenes: unas, de naturaleza formal, que hacen referencia a principios jurídico-constitucionales, y, otras, de fondo, que hacen referencia al modelo sanitario que la Ley establece.

Desde el punto de vista jurídico-constitucional, lamentamos que la Ley opere con un doble centralismo. La Ley es centralista en favor del Estado y a costa de las Comunidades Autónomas, pero opera con un segundo centralismo a favor de las Comunidades Autónomas, sin contar con ellas, formalmente al menos, y a costa de las Corporaciones Locales. Es centralista la imposición de un modelo homogéneo organizativo, en contra de la potestad autoorganizativa de las Comunidades Autónomas. No sé qué sentido tienen esos planes estatales si aquí se nos acaba de decir que el Estado se va a quedar simplemente con el Instituto de Salud Carlos III. Es centralista y des-

conoce el principio de autonomía el tratamiento que recibe la alta inspección, porque la alta inspección no es una facultad de control, es una mera facultad de vigilancia que de ninguna manera puede desembocar, como dice textualmente el proyecto de ley, en que en aquellos casos en que el Ministerio de Sanidad y Consumo constate el incumplimiento de la legislación estatal, pueda ponerla en ejecución por sí misma. Lo que puede hacer es poner en marcha los mecanismos constitucionalmente previstos para estos supuestos en que las Comunidades Autónomas no apliquen la legislación estatal, pero nunca ponerlos en ejecución por sí mismos, que sería un poder jerárquico de supremacía sobre las Comunidades Autónomas, que en ningún caso tiene el Estado frente a las mismas.

Pero el proyecto es centralista también con referencia a las corporaciones locales, y bien que lo lamentamos. Las corporaciones locales tienen una gran tradición en la asistencia sanitaria, tienen una gran experiencia. Es un patrimonio público que tenemos que defender entre todos. No tiene sentido hacer desaparecer a las corporaciones locales de este sector, y mucho menos como lo hace el proyecto: confiscando sus bienes, que se integran «ex lege» en unos servicios de sanidad de las Comunidades Autónomas y, para mayor «inri», obligándolas a seguir financiando esos servicios que no van a gestionar. Realmente, no encaja con el principio de autonomía, también local, que consagra la Constitución y por el que vela el Estado, según la doctrina del Tribunal Constitucional, que las despoje plenamente de las competencias de una manera brutal, como se opera en este caso, donde no queda a las corporaciones locales más que las competencias para las atenciones sanitarias mínimas, que se refieren, por cierto, sólo a los ayuntamientos y no a las diputaciones. De modo que, desde el punto de vista formal y jurídico-constitucional, lamentamos no poder dar nuestra aprobación a este proyecto de ley. Esta es una de las razones por las que pedimos la devolución del mismo al Gobierno.

Pero, además, hay una infracción de principios y reglas que regulan el sistema de producción de normas. De nuevo nos encontramos con otro proyecto del Gobierno que, desconociendo el criterio ya sentado por la Mesa en ocasiones anteriores, trae a una ley ordinaria preceptos de ley orgánica. Aquí sabemos todos que eso no se puede hacer ya, que una ley ordinaria no puede contener preceptos de ley orgánica, porque ambas tienen un tratamiento procedimental y legislativo diferentes y requieren unos quórumos distintos. No puede haber preceptos con naturaleza y con fuerza de ley orgánica en una ley ordinaria. Otra vez se incide en este error en un proyecto del Gobierno.

No se respeta tampoco el principio en virtud del cual la potestad reglamentaria que se atribuye al Gobierno en materia de sanidad —que es una materia con reserva de ley— no se puede desarrollar sin que la ley establezca los criterios y las directrices con que se debe ejercer esa potestad reglamentaria. Esos criterios y directrices faltan aquí en relación con las materias que tratan las disposi-

ciones finales cuarta, novena y decimosexta. En cuanto al estatuto jurídico del personal, de acuerdo con la legislación anterior estaba por ley determinada su naturaleza jurídica y sus criterios básicos, pero no ocurre lo mismo con esta ley, que consagra en este punto una auténtica carta blanca al Gobierno.

Pero con ser graves, como fácilmente se comprende, estas razones jurídico-constitucionales y jurídico-formales que nos llevan a pedir la devolución del proyecto, mucho más graves son, naturalmente, las cuestiones de fondo que nos separan del modelo sanitario que diseña el proyecto. Y es que el proyecto parte de un mal diagnóstico de la situación: poco menos que todos los males de la sanidad española proceden de que aquí sigue vigente ese dogma decimonónico de la autosuficiencia individual en materia de salud. Realmente los redactores de esta parte del preámbulo parece que no se han enterado de que en 1942 apareció el Seguro Obligatorio de Enfermedad y que hoy mismo la Seguridad Social protege a más del 90 por ciento de la población. Ese dogma de la autosuficiencia individual en materia de salud hace mucho tiempo que está abandonado de las realidades jurídicas y prácticas de la sanidad española.

No es ese el problema ni es tampoco sólo un problema de coordinación. Malo sería que fuera un problema de coordinación, porque nuestro Estado autonómico nos aboca necesariamente a técnicas de coordinación. Todos ustedes saben que las competencias del Estado en materia sanitaria son las de sanidad exterior o sanidad internacional: establecer las bases y coordinar. En mala situación estaríamos si la coordinación fuera una técnica inservible para resolver nuestros problemas sanitarios.

Había muchos problemas de coordinación, pero realmente no era tampoco ese el problema más grave. El problema más grave, señoras y señores Diputados, es que aquí tenemos una mala sanidad, una mala asistencia sanitaria, fundamentalmente porque esa asistencia pública sanitaria es una asistencia burocratizada, deshumanizada, que no cuenta con los estímulos del acicate de la competencia, eso que sólo puede dar la libertad de los usuarios para elegir los servicios que desean. Esa es la causa fundamental de nuestros males y el perfeccionamiento de nuestro sistema sanitario pasa por resolver estos problemas de fondo.

¿Qué es lo que hace la ley que ustedes traen hoy aquí al Congreso? Ya que nos estamos ocupando de una ley de sanidad, permítanme, señoras y señores Diputados, que yo me adueñe, por un momento, de la metodología propia del conocimiento y de la ciencia médica, porque analizando el articulado de la ley hemos ido viendo un larguísimo repertorio de síntomas y disfuncionalidades; pero los síntomas sólo cobran su significado real cuando son entendidos desde la patología que los produce, desde los mecanismos de la enfermedad que los origina. ¿Cuál es esa enfermedad, ese mecanismo que está detrás de esos síntomas que vemos en el proyecto? A mí me parece que todo el articulado de la ley, sobre todo en lo que se refiere a la medicina asistencial, sólo se puede entender como síntomas surgidos del miedo. Miedo ¿a qué? Puesto

que en la gestión de la medicina la ley sólo contempla el papel del Estado y el de los funcionarios de la Administración, la ley tiene miedo a todo lo que no sea intervención estatal o gestión burocratizada. Esto a su vez ¿qué quiere decir? Esto quiere decir miedo a la libertad y miedo a la diversidad; miedo a las universidades, también; miedo a los profesionales; miedo a las autonomías y, finalmente, y por paradójico que pudiera parecer, miedo al cambio; miedo a la libertad.

La libertad real sólo puede existir cuando en un área concreta una persona puede elegir entre opciones diferentes. Si el sistema no solamente se monta como un enorme monopolio, sino que además se estructura a sí mismo como obsesivamente uniforme, es evidente que se impiden las condiciones objetivas para que la libertad puede ejercitarse. Este tema tiene dos aspectos: la posibilidad de elegir dentro del sistema y la posibilidad de elegir fuera del sistema. Dentro del sistema sólo se puede elegir médico de atención primaria y dentro del área de salud, porque la opción que ofrece el artículo 14, lo único que expresa es un desconocimiento de lo que es un servicio hospitalario. Voy a citar textualmente el artículo 14, que dice que una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del sistema nacional de salud tienen derecho a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios pudiendo elegir un médico de entre los que trabajen en el mismo. Es evidente que quien redactó este artículo no conoce lo que es un servicio hospitalario especializado. Un servicio no es la yuxtaposición de médicos que hacen lo mismo; es un equipo en el que cada uno cumple una función que complementa y potencia la de los demás.

No voy a entrar en mayores especificaciones. Lo lógico es que el paciente pueda elegir el servicio, pero elegir el médico dentro del servicio no tiene el menor sentido.

En cuanto a la posibilidad de ejercer la libertad fuera del sistema, la ley elimina en la práctica cualquier posibilidad de concertación con instituciones regidas por la iniciativa privada, o la dificulta hasta extremos que la hace, o la va a hacer, muy complicada. Ciertamente, el artículo 68 hace referencia a la posibilidad de vincular hospitales del sector privado, pero sólo cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades del sector público lo permiten. Si una institución ofreciese iguales servicios que el sector público pero con costes inferiores, ¿por qué tendría que depender de esas disponibilidades económicas? En el artículo 69 aparece una exigencia tan concreta y tan impropia de una ley como la de que la jornada laboral en esas instituciones sea idéntica a la de los hospitales públicos. La concertación de la asistencia médica con instituciones de la iniciativa privada puede aceptarse o negarse. Es muy propio de la filosofía del equipo que en este momento controla la medicina española negarla, aunque esto contradiga manifestaciones generales del Presidente del Gobierno o del Ministro Boyer. Pero lo que no se puede pedir a un centro privado es que acepte unas limitaciones propias del sector público. Si un centro quiere atender pacientes las 24 horas del día, trabajar los sábados o

tener consultores para casos especiales, ¿por qué va a tener que funcionar como si fuera una residencia de la Seguridad Social? ¿Por qué no van a tener los centros sanitarios la libertad de horarios que el Ministro Boyer ha conseguido para establecimientos comerciales?

Nosotros creemos que debe reconocerse como deseable, y hacerlo posible, que una parte de la población pueda ser atendida en instituciones vinculadas al sistema mediante conciertos para que pueda existir una pluralidad de experiencias. En definitiva, la plena libertad de elección de médicos y centros hospitalarios tiene que ser la gran conquista de nuestra reforma sanitaria. Es la gran palanca para transformar el sector público y para potenciar un sector privado competitivo y estimulante.

La plena libertad de elección la había ofrecido el Partido Socialista en su programa. La reconocen los grandes países del Occidente europeo: Francia, Alemania, Bélgica, Luxemburgo e Inglaterra cada vez más, ya que el 20 por ciento se asiste en instituciones privadas. Es la mejor defensa del usuario frente a la negligencia o el abandono de los propios médicos. A la altura del tiempo en que estamos no podemos hacer ninguna reforma sanitaria auténtica que no proclame el derecho pleno a la libertad de elección como el derecho que garantiza al ciudadano la calidad y humanidad de la asistencia. Raymond Barre acaba de describir que a las tres libertades clásicas: expresión, enseñanza y empresa, se une hoy para definir una sociedad liberal la libertad de elección en materia sanitaria.

El proyecto tiene miedo también a la diversidad y a la Universidad. Este miedo a la Universidad hace también que la Ley no contemple la personalidad peculiar de algunos hospitales de gran tradición en el país, como son los hospitales clínicos de las Facultades de Medicina, contrariamente a lo que ocurre en todo el mundo desarrollado en que los hospitales universitarios se constituyen como centros punta de referencia. El silencio de la ley parece continuar la actual estrategia de reducirlos a centros meramente asistenciales. Si la actual transferencia de los clínicos al INSALUD plantea ya problemas graves de identidad y funcionamiento, el silencio de esta ley es francamente amenazador.

A propósito de docencia médica, ¿no podría referirse la ley al tema de la formación de médicos especialistas? ¿No podría señalar el derecho y deber de los hospitales acreditados a formar especialistas, acabando con esta situación increíblemente paradójica de que un país con licenciados en paro vaya a tener, o tenga ya, escasez de especialistas?

Miedo a las autonomías. Se transfiere una uniformidad obsesiva. ¿Por qué no va a poder Cataluña mantener tantos centros con titularidades diversas, donde se esté realizando una medicina de primera calidad? ¿Por qué en Galicia, donde la dispersión de la población es enorme, las áreas de salud tendrán que ajustarse a ese modelo general?

Miedo a los profesionales. En ningún momento aparece esa posibilidad de que los sanitarios sean considerados como profesionales, es decir, como personas que progra-

man su propia tarea, sino simplemente como asalariados que ejecutan las disposiciones de una planificación que les es ajena.

Y, finalmente, miedo al cambio, porque en el fondo no se cambia nada y se reincide en casi todo. Esta es una ley continuista, inmovilista, en la que queda casi intacta la estructura asistencial creada por el seguro obligatorio de enfermedad. La medicina «more administrativa considerada» acentuará su rigidez impidiendo que el enfermo y su médico puedan encontrarse como hombres libres, responsables de sus actos.

La extensión de la asistencia, pues, apenas se aumenta. El sistema de financiación va a seguir siendo el mismo. La nueva ordenación no sólo no resuelve problemas, sino que los agrava. Los siete millones de que hablábamos antes pueden ser muchos más.

¿Por qué no se sigue, por ejemplo, el modelo de Bélgica que, siendo tan eficaz como el que más, es con toda certeza uno de los menos costosos? La organización sanitaria de ese país responde a la filosofía de que la intervención del Estado se entiende exclusivamente como función de dirección y control de las actividades e iniciativas desarrolladas prevalentemente por los órganos de la Administración local o por las personas o entidades privadas. El Estado establece las normas o los «standard» mínimos a los que han de atenerse los servicios, incluye reglas de programación hospitalaria y financiación en plan contable, pero fomenta financieramente la creación de instituciones sanitarias privadas. El Estado no abdica de su responsabilidad sanitaria por el hecho de no asumir directamente la gestión y costo de los servicios. Tal abdicación sólo tendrá lugar en la medida en que aquél dejara a la libre iniciativa particular, sin reglamentación ni control efectivo, la realización de las actividades sanitarias.

Desde otro punto de vista, tenemos que decir también que no nos gusta el tratamiento que da el proyecto a cuestiones muy importantes de las acciones sanitarias. Es mínima la consideración que recibe la promoción de la salud; escasa la atención veterinaria en la salud pública y, en general, la sanidad alimentaria. Han perdido ustedes, la gran ocasión de crear en ese Instituto de la Salud Carlos III un organismo análogo al FDA, con la autoridad científica y la eficacia legal necesarias para que sus resoluciones y sus normas, producidas con una escrupulosa independencia, tuvieran el reconocimiento y el valor jurídico de aquella prestigiosa institución.

No nos gusta tampoco el tratamiento de la clásica medicina del trabajo, porque se desconoce el protagonismo que en esta materia tiene que seguir correspondiendo a la empresa y a las autoridades laborales.

Señoras y señores Diputados, no persistamos en el mal sistema que tenemos. Hagamos honor al Rey Carlos III, que el proyecto ha elegido para dar nombre a una de las instituciones que el mismo crea. Hagamos una ley «ilustrada», que quiere decir tanto como una ley moderna, progresista. Hagamos, de verdad, una ley que siga el rumbo de Europa, que sintonice con el signo de los tiempos. Sólo las leyes que están atentas a esos signos, que se

inscriben en la corriente de los signos de los tiempos —como ha dicho también el Profesor Díez Picazo—, pueden cumplir un papel importante como instrumento de dinamización del cambio social. En otro caso, la ley se convierte en un instrumento perfectamente inútil o, lo que es peor, en un elemento entorpecedor y retardatorio del progreso social.

Por último, hagamos una ley aceptable desde las exigencias de la técnica jurídica. Ya me he referido a las deficiencias en relación con la constitucionalidad del proyecto, pero hay otros muchos preceptos que exigirían una cuidadosa reelaboración. No voy a consumir la atención de SS. SS. con una enumeración pormenorizada de los muchos artículos que sobran, porque repiten otros que ya están, que son reglamentarios, que contienen imprecisiones técnicas, que sobreabundan en lo que dicen ya otras leyes, que regulan infracciones sin respetar el principio de tipicidad, que contienen ausencias de normas generales para regular el ejercicio de las potestades discrecionales de la Administración.

Señoras y señores Diputados, el proyecto que nos envía el Gobierno viene sin ese respaldo de las fuerzas políticas y sin ese apoyo de los agentes sociales, imprescindible para que este tipo de leyes tengan el arraigo social que necesitan. Pero, además, por miedo a la libertad, a la diversidad y al cambio, consagra un modelo sanitario continuista, intervencionista, burocratizante, que priva a los ciudadanos de su derecho a la libertad plena de elegir médico y hospital y compromete la modernización de nuestro sistema sanitario.

Es un proyecto de ley anacrónico y continuista, que agrava los problemas que tenemos y no los resuelve. Por eso pedimos su devolución al Gobierno.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias, señor Romay.

Enmiendas de devolución al Gobierno, del Grupo Parlamentario Minoría Catalana. Para su defensa, tiene la palabra el señor Molins.

El señor MOLIS I AMAT: Señor Presidente, señorías, existe unanimidad respecto a la necesidad de proceder a la aprobación de una Ley General de Sanidad, no sólo por el hecho de que la ley hoy vigente date de 1944, con el desfase en la situación en cuanto a nivel de vida, nivel sanitario, nivel asistencial que la realidad de hoy ofrece respecto a la de dicho año, sino también por el desfase de los propios conceptos que animaron la redacción de aquella ley, una ley probablemente pensada sólo para economías débiles, que daba en el fondo por hecho que los usuarios no serían realmente todos los ciudadanos, y que intentaba fundamentalmente hacer frente a los peyoratorios, es decir, que no hacía frente a todas las incidencias de la salud.

Numerosos cambios ha sufrido la realidad desde entonces y también la realidad legal emanada a través de disposiciones de rango distinto a lo largo de estos años, que se dibuja como una realidad que me atrevo a pensar

que de forma unánime se califica de existencia de graves defectos, defectos básicos, entre los que pudiéramos enumerar los siguientes: la no universalidad de las prestaciones, es decir, que las prestaciones no cubren el cien por cien de la sociedad; existe una prestación limitada de servicios, es decir, que la sanidad no da hoy de todo; la Sanidad pública tiene un sistema de financiación que crea disfuncionalidades: su segregación de los Presupuestos Generales y el estar basada en cotizaciones. El sistema sanitario actual da pocas satisfacciones a los usuarios, como lo demuestra el hecho de la utilización limitada de sus servicios, y también el sistema sanitario actual tiene nula o poca adecuación al sistema de atribución de competencias diseñado por la Constitución, los Estatutos y la Ley de Régimen Local.

Nada que objetar, por tanto, respecto a la necesidad o a la oportunidad de la ley; no es este el motivo que justifica nuestras enmiendas de devolución y de texto alternativo.

Según la memoria del proyecto, este persigue los siguientes objetivos: perfilar un modelo sanitario para el país; extender la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos; crear un sistema sanitario de carácter público; reconocer el papel que deben desarrollar las corporaciones locales, las Comunidades Autónomas y el propio Estado en el sector sanitario público; dar flexibilidad, eficacia y rapidez como principios informadores del sistema, para generar la satisfacción de sus usuarios.

Permitame, señor Presidente, señalar, ya de entrada, que existe un objetivo que echamos en falta. Me refiero al de la racionalización del sistema de financiación, esa necesidad y esa referencia de un tratamiento integrado dentro de los Presupuestos Generales del Estado, y esa financiación a través del sistema fiscal general. Sin proceder a ello, es difícil, como en el texto se demuestra, el conseguir esa universalización de las prestaciones que se persiguen, pues es difícil deslindar al beneficiario del cotizante —más adelante hablaré del tema— y es difícil también ampliar las prestaciones, pues el sistema de las cotizaciones no aguanta ya mayores incrementos de gasto.

Pensamos, señor Presidente, que al no intentar esta racionalización del sistema de financiación se pierde la oportunidad de solucionar un tema que está provocando realmente muchos de los defectos del actual sistema sanitario.

Al margen de este objetivo que no existe en la Memoria del proyecto, hay otros que sí están en ella explicitados y que a nuestro entender no se cumplen o se cumplen en forma contraria a los principios de los que traen causa, en muchas ocasiones, la Constitución y los Estatutos de Autonomía.

Efectivamente, en cuanto al primero de los objetivos señalados: perfilar el modelo sanitario del país, el proyecto de ley del Gobierno cuyo debate nos ocupa no configura ninguna reforma sanitaria y sí perpetúa el modelo existente, si es que al existente se le puede llamar modelo, que lo dudamos, sobre todo en la acepción de ejemplo a seguir que incluye la palabra modelo. Ya he-

mos visto, señor Presidente, cómo el proyecto no entra en el tema de la financiación, y SS. SS. convendrán conmigo en que es básico para la definición de cualquier modelo. Es decir, este aspecto de la financiación sigue igual.

Otra característica de un modelo sanitario se encuentra en el usuario, es decir, en la definición de a quién va dirigido, para quién es el sistema y qué tipo de prestaciones sanitarias se reciben; en definitiva, qué es lo que da el sistema. A pesar del contenido de anteriores borradores e, incluso, de algunos artículos del proyecto, existen otros artículos del mismo que hacen que en estos dos temas fundamentales el proyecto tampoco signifique cambios sustantivos con respecto a la situación actual. En efecto, la universalización anunciada de los usuarios se reduce a la inclusión de las personas sin recursos económicos a través de un mecanismo propio de un Estado de beneficencia y no de una sociedad del bienestar, en la cual el ciudadano tiene derecho a la prestación por el mero hecho de ser ciudadano y no por el hecho de ser ciudadano pobre, ciudadano calificado, como exige el proyecto. En segundo lugar, la inclusión en forma voluntaria de los ciudadanos no incluidos en la Seguridad Social —eso sí, previo pago como es lógico dado el sistema de financiación— de los servicios que utilice. Señorías, esto no es la universalización que debe perseguirse, y estamos seguros que tampoco es la universalización que hubiera deseado encontrar en el proyecto de ley el propio señor Ministro de Sanidad.

En cuanto a los servicios propios de salud, hoy excluidos de las prestaciones —son dos fundamentalmente: la Salud mental y la odontología—, ambos son mencionados en la ley para decirnos poco después que quedan excluidos de la misma hasta tanto la situación económica permita su inclusión. La libre elección de médico o centro asistencial —elemento asimismo definidor de un modelo sanitario— no recibe en el proyecto un tratamiento satisfactorio —más adelante volveré sobre este tema—, pero, en cualquier caso, no define cambios sustanciales respecto al modelo actualmente existente. Las modificaciones en materia de centros de salud y atención primaria y hospitalaria incluidas —éstas sí— en el proyecto suponen un cambio respecto a la situación anterior, pero estas modificaciones no requerirían una ley general para ser realizadas como lo demuestra el hecho de la utilización hasta hoy de la vía reglamentaria, orden ministerial, para proceder a cambios en este tema.

Por último, señorías, dentro de la argumentación con la que intento demostrar que el proyecto de ley del Gobierno no significa cambio o reforma sanitaria alguna, voy a mencionar los aspectos que hacen referencia a la distribución de funciones y competencias entre las distintas administraciones del Estado. Como más adelante intentaré demostrar, el proyecto del Gobierno no significa avance alguno en este campo y si, probablemente, un cambio a peor.

Así pues, señor Presidente, porque no introduce nada nuevo en cuanto al modelo de financiación, porque no introduce nada nuevo en cuanto a la universalización y ampliación de las prestaciones, ni en cuanto a la libertad

del usuario, no puede hablarse en propiedad, a nuestro entender, de un nuevo modelo sanitario sino más bien de la perpetuación y continuidad del modelo anterior. Se frustra así, a nuestro entender, el primero de los objetivos de la ley, según reza la propia Memoria de la misma.

Otro de los objetivos del proyecto de ley, según su Memoria, era conseguir la universalización del sistema. Ya hemos visto cómo este es de nuevo un objetivo frustrado.

Otro objetivo que el proyecto persigue es el de la satisfacción del usuario, y aun cuando la satisfacción del usuario debería ser el objetivo único de la ley por cuanto todos los demás, cambio del modelo sanitario, incremento de las prestaciones, universalización y adecuación al Estado de las autonomías, son objetivos válidos en tanto en cuanto redundan en una mayor satisfacción de los usuarios, la Memoria centra su atención sólo en tres aspectos parciales: flexibilidad, eficacia y rapidez.

Respecto a la satisfacción del usuario, señor Presidente, deseo puntualizar los siguientes extremos. La Memoria nada dice y el proyecto nada positivo contiene respecto a aspectos tan ligados a la satisfacción del usuario como los siguientes. En primer lugar, máxima calidad de las prestaciones. Ya sabemos, señor Presidente, que este objetivo no es algo sobre lo que se puede legislar directamente. (*El señor Vicepresidente, Carro Martínez, ocupa la Presidencia.*) Obviamente, el proyecto no puede decir en su artículo tal: las prestaciones serán de la máxima calidad. Es obvio; pero sí puede condicionar —y de hecho lo hace de forma indirecta— la calidad de las prestaciones cuando, como ocurre con la ley, condiciona negativamente esa calidad cuando no permite o dificulta la utilización de todos los recursos existentes, sean éstos públicos o privados, o cuando no facilita hasta los máximos grados posibles sin pérdida de eficacia la libre elección de facultativo y centro por parte del usuario.

Esta dificultad, estas trabas que el proyecto introduce en la libre elección, dentro de límites aceptables, por parte del usuario del profesional sanitario, centro y sistema, tienen una doble influencia sobre la satisfacción del usuario. En primer lugar, por cuanto —y SS. SS. convendrán conmigo— el ejercicio de la libertad comporta en sí mismo ya una satisfacción en la persona; en segundo lugar, porque esa libre elección fuerza automáticamente la competitividad y ésta, como lo demuestra fehacientemente el mundo real, incrementa la calidad.

Tampoco hemos sido capaces de encontrar en el propio articulado del proyecto ningún indicio que nos lleve a pensar que en cuanto a flexibilidad, eficacia y rapidez las cosas tiendan a mejorar. A la eficacia, tan ligada en este caso a la calidad y amplitud de las prestaciones, ya he hecho mención. Respecto a la flexibilidad y rapidez —repito— nada nos induce a pensar que las cosas mejoren, antes al contrario, es opinión generalizada, expresada desde todos los ángulos, no sólo ideológicos, sino también profesionales de la sociedad, que este proyecto significa un paso más en la burocratización del sistema sanitario.

Permítame, señor Presidente, dedicar algunos segundos a un tema que, aunque ya he esbozado, me interesa

subrayar. Uno de los objetivos explícitamente buscados por el Gobierno en este proyecto de ley es, según la Memoria, la creación de un sistema sanitario de carácter público. Nada que objetar, señor Presidente, al objetivo así enunciado, que nace de nuestra Constitución cuando hace responsables a los poderes públicos de la salud de sus ciudadanos; pero sí mucho que objetar respecto a la plasmación concreta de ese objetivo en el proyecto. Estar esa responsabilidad en manos públicas no significa que para su cumplimiento sólo puedan y deban disponer de los medios públicos a su alcance; al contrario, a nuestro entender, esa alta responsabilidad obliga a los poderes públicos a poner a disposición de los ciudadanos los mejores, los más cualificados medios para velar por su salud de los que pueda disponer, sean éstos públicos o privados. Y esto aquí y ahora significa la posibilidad de utilizar en mucha mayor medida, de lo que el proyecto lo hace, los recursos privados que existen en la sociedad. Negar esta posibilidad o dificultarla en grado extremo sólo puede venir motivado, bien por un desconocimiento de la realidad, o por un mandato ideológico imperativo que en nada favorecería la satisfacción del ciudadano y que, en cualquier caso, nuestro Grupo Parlamentario no comparte.

El proyecto de ley que nos ocupa parece estar más preocupado por la creación de un estado asistencial, en el que todo lo debe hacer el Estado, en el que el dinero público sólo debe gastarse a través de instituciones públicas, que en la creación de una sociedad del bienestar, en la cual el dinero público se preocupe de dar bienestar independientemente de los medios, públicos o privados, que se utilicen para ello. Frente al estado asistencial, la sociedad del bienestar, así definida, nos parece más adecuada a nuestra realidad y también más eficaz.

Por último, señor Presidente, si me lo permite (teniendo en cuenta que en este mismo acto voy a defender tanto la enmienda de devolución como la de texto alternativo), voy a hacer referencia a otro de los objetivos de la ley: el reconocimiento del papel que deben desarrollar las corporaciones locales, las Comunidades Autónomas y el propio Estado en el sector sanitario público.

Y quiero iniciar esta referencia con un inciso previo. Sucede a veces, y ha sucedido ciertamente, que, en nuestro afán por dar cumplimiento a los preceptos constitucionales, el desarrollo legislativo posterior se ha llevado a cabo más como una labor de tira y afloja, como un trabajo de lo que a ti te doy, a mí me lo estás quitando, que con las amplias miras que guiaron la redacción de nuestra Carta Magna. Nos perdemos en la discusión estéril de unos textos, olvidando el fin último por el que fueron redactados.

La descentralización, la desconcentración política y administrativa que nuestra Constitución recoge, obedece a la voluntad del constituyente de dotar de poder político y administrativo ciertamente a nuestros pueblos, pero obedece también a un deseo generalizado de servir mejor al ciudadano concreto, acercándole la gestión como un método para mejorarla.

¿Es este, acaso, el pensamiento del autor del proyecto,

cuando escribe en el primer párrafo de la exposición de motivos, en su página 13: «El Estado cuenta con poderes suficientes para organizar el sistema sanitario conforme a criterios unitarios y para imponer que esos principios estructurales básicos se perpetúen y sirvan de fundamento a la organización de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas»?

¿Es ese el pensamiento que tiene de colaboración el autor del proyecto cuando, en la misma exposición de motivos, indica la necesidad (que la Constitución reconoce a los ciudadanos, porque sin el indicador «uniformidad» sería imposible asegurar una igualación de las condiciones de vida) de imponer la coordinación de las actuaciones públicas?

Estamos seguros, señor Presidente, de que el reconocimiento que el proyecto de ley realiza del papel de las corporaciones locales y de las Comunidades Autónomas no satisface ni a unas ni a otras, independientemente de las ideologías de quienes gobiernen. Nos atrevemos a afirmar que, en múltiples aspectos, roza incluso fuertemente a la Constitución, y que además dibuja un sistema que, por su complejidad y burocratización, difícilmente puede provocar la satisfacción del usuario.

En efecto, y por lo que hace referencia a las Comunidades Autónomas, el artículo 85 del proyecto de ley, que trata de la financiación del sistema, deja a las Comunidades Autónomas ante una indefensión total frente al gasto.

Dice el artículo 85 que la financiación de los servicios transferidos se hará en base a la población protegida. Primera indefinición. ¿Qué es la población protegida? Suficiente debate existe ya sobre el tema.

Antes de efectuar el reparto de esos fondos, se separan de los mismos los necesarios para la gestión de los servicios comunes estatales. Y me pregunto: ¿no son todos hijos de Dios, no son todos igualmente funcionarios, o es que antes se debe proceder al pago de algunos y no de los demás?

También se separan los relativos a centros especiales, por cierto, situados todos en el centro y con gestión centralizada.

Posteriormente, los presupuestos de las Comunidades Autónomas se remiten a los órganos centrales que la integran y los adaptan a los recursos disponibles. Un órgano de la Administración central enmendando los presupuestos aprobados por los Parlamentos autónomos previamente.

Finalmente, los créditos autorizados a cada Comunidad Autónoma tendrán carácter limitativo. ¿Dónde queda, señorías, la autonomía en el gasto?

Por otra parte, muchos aspectos de la ley coartan o limitan la libertad de las comunidades autónomas en aspectos cuya decisión no puede ser indiscriminada para todo el territorio del Estado, pues dependen de las condiciones de cada Comunidad, y estas varían mucho de unas a otras. Por ejemplo, estoy pensando en que no es lo mismo la necesidad de utilizar recursos privados en comunidades autónomas en los que estos existen y son imprescindibles para el buen servicio al ciudadano, que en aquellos en que los centros públicos son suficientes y de

calidad. ¿Cómo entonces pueda darse un método único como el incluido para los conciertos en el artículo 92 en sus apartados 4.º y 5.º? ¿Dónde queda la autonomía y dónde la flexibilidad que, en beneficio del usuario, dice perseguir el proyecto de ley?

La deslegalización del desarrollo de la ley general realizada en favor del Ministerio de Sanidad en las disposiciones cuarta, quinta, sexta y séptima, el contenido centralizador de las disposiciones adicionales y transitorias, el apartado 2 del artículo 30, al apartado 4 del artículo 93 o los ya mencionados apartados 4.º y 5.º del artículo 92, hacen que pueda hablarse con propiedad de que este proyecto de ley condena a los parlamentos autónomos a hacer sus leyes a partir de las circulares del Ministerio de Sanidad. Triste papel el de los parlamentos autónomos así diseñado, si es, señorías, que nos conformamos con ello.

Acabo ya, señor Presidente. En la intervención he pretendido demostrar que el proyecto de ley que nos ocupa no cumple ni siquiera con los propios objetivos recogidos en la Memoria. Ello justificaría nuestra enmienda de devolución. Por su parte nuestra enmienda de texto alternativo persigue tres objetivos que me interesa sobremarera subrayar.

En primer lugar, queremos dar fe con el texto alternativo de que existe la necesidad de hacer una ley; debemos legislar sobre Sanidad. En segundo lugar, queremos también con ella dar fe de la existencia de un modelo alternativo posible, ciertamente, a su vez perfeccionable. Pero sobre todo y por encima de todo, queremos que este texto alternativo sirva para poner de manifiesto una determinada actitud de nuestro Grupo Parlamentario: el texto del proyecto del Gobierno no nos gusta, estoy seguro que ha quedado suficientemente claro, pero la importancia que para el ciudadano tiene el aspecto que pretende regular, nos obliga a adoptar frente al nihilismo una actitud positiva, una actitud de diálogo. Por ello, en nombre de mi Grupo, quiero anunciar que aunque como es previsible, nuestras enmiendas sean rechazadas, adoptaremos una actitud constructiva en los trámites posteriores para hacer posible que un proyecto que no nos gusta mejore sustancialmente hasta el punto que el ciudadano se merece.

Por defender ese punto, esa satisfacción del ciudadano, solicitamos en este momento, señor Presidente, señorías, su voto favorable a nuestra enmienda de devolución y de texto alternativo.

Nada más, señor Presidente. Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Carro Martínez): Gracias, señor Molins.

Esta Presidencia entiende que ha consumido el turno de defensa de ambas enmiendas, de devolución y de texto alternativo.

Para la defensa de la enmienda 188 de devolución, presentada por el Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, con frecuencia con-

viene recordar algunas cosas que, de puro sabidas, ciertas personas las tienen olvidadas o deformadas.

Artículo 149.1.16 de la Constitución española. Leo textualmente: «1. El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:

16. Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos».

Preámbulo del proyecto de ley general de Sanidad. Si-go leyendo textualmente: «En virtud del artículo 149.1.16 de la Constitución, el Estado cuenta con poderes suficientes para organizar el sistema sanitario conforme a criterios unitarios y para imponer que esos criterios estructurales básicos se perpetúen y sirvan de fundamento a la organización de los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas».

Señoras y señores Diputados, creo que extraerán inmediatamente sus conclusiones personales sobre si la competencia coordinadora que la Constitución establece puede legitimar para organizar los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas.

He recogido este texto porque, aunque no esté extraído directamente del articulado, me ha parecido suficientemente ilustrativo de la filosofía y del planteamiento competencial sobre este proyecto de ley, que en nuestra opinión excede sus competencias constitucionales y que pivota sobre la creación de una estructura organizativa que consideramos poco flexible para adaptarse a las peculiaridades territoriales, demográficas y sanitarias de las distintas comunidades autónomas del Estado español.

Cito textualmente cómo se concibe el sistema de salud en este proyecto de ley general de Sanidad: «Se concibe el sistema de salud como el conjunto de los servicios de salud de las distintas Comunidades Autónomas organizados conforme a pautas unitarias e inspirados en una misma idea de lo que deben ser las estructuras públicas al servicio de la salud».

Señoras y señores Diputados, los hombres de todos los tiempos siempre han adorado a una divinidad; esta divinidad es la esperanza. (*Rumores.*) Con esta estructura organizativa, rígida e indiscriminada, la Comunidad Autónoma Vasca pierde esa esperanza de asumir el reto histórico de organizar su propia sanidad, adaptada a sus peculiaridades y orientada a los ideales de calidad y servicio. La estructura organizativa es un medio, un medio al servicio de unos fines que han de estar definidos con mucha precisión. En nuestra opinión, esta ley no debe pivotar sobre la creación de una estructura organizativa, sino sobre la definición de unos fines, como pueden ser niveles de servicio, fines de cotas de calidad, y considerar esta estructura organizativa como un instrumento más de las estrategias adoptadas por las diferentes comunidades autónomas, al servicio de unos fines básicos y de los objetivos propios que se establezcan.

Concretamente, el Capítulo II del Título III de este proyecto de ley general de sanidad exige que la organización de los servicios de salud de cada Comunidad Autónoma se adapten a las previsiones de esta ley, olvidando o vulnerando expresamente la competencia exclusiva de

nuestro caso, el de la Comunidad Autónoma Vasca, en su artículo 18.4, sobre la organización de los servicios sanitarios, que ha sido reconocida expresamente por el Tribunal Constitucional en su sentencia 32/1983 del 28 de abril. El propio Tribunal Constitucional en la citada sentencia admitía como competencia estatal el establecimiento de unos índices o criterios generales de organización de los servicios sanitarios.

Lo que no puede hacerse es ampliar esta expresión claramente definida por el Tribunal hasta desbordarla de sus propios límites, como hace el propio proyecto en una gran cantidad de puntos concretos que serán objeto de las correspondientes enmiendas puntuales por parte de mi Grupo político.

Sin cuestionar ahora la coherencia objetiva de este modelo organizativo propuesto, está claro que las previsiones vulneran por completo la competencia exclusiva de la autoorganización. Dicha competencia significa que la Comunidad Autónoma puede prever un modelo organizativo propio no diseñado por el legislador estatal. En concreto pensamos que la legislación básica constituye en sí una competencia estatal y no puede ser empleada como mecanismo de delimitación competencial. La distribución competencial está ya operada por la Constitución y los diferentes Estatutos de Autonomía y a ella debe someterse la posterior legislación básica. Análogamente, clara y gravemente, el modelo de la financiación previsto en este proyecto de ley general de sanidad convierte las competencias de las autonomías en mera gestión administrativa, en meras administraciones descentralizadas, siendo la sanidad una materia en la que algunas de las diferentes Comunidades Autónomas pueden legislar y ejecutar, como SS. SS. bien saben.

Al margen de estas cuestiones competenciales, voy a señalar otros aspectos que siendo importantes no tienen, en nuestra opinión, un tratamiento adecuado en este proyecto de ley general de Sanidad. Si bien la extensión de las prestaciones sanitarias a toda la población, que prevé este proyecto de ley general de Sanidad, es algo deseable, es algo establecido constitucionalmente y recomendado por la Organización Mundial de la Salud, sin embargo nos parece equivocado el excesivo protagonismo brindado a la sanidad ofrecida por la Administración pública. Creemos que prescindir de hecho del potencial de imaginación, de esfuerzo, de otras iniciativas es nefasto y éticamente insostenible en una situación de escasez de recursos sanitarios como la que vivimos.

No es necesario el haber dedicado años enteros de una vida a trabajar en los hospitales de la Seguridad Social, ni haber tenido relación ni contacto con los enfermos, para comprender la insatisfacción y desconfianza hacia estas instituciones despersonalizadas y burocratizadas. No hace falta tampoco haber pasado muchos años consulta en ambulatorios públicos para diagnosticar una incoherencia funcional y operativa.

Señoras y señores Diputados, asumir la responsabilidad de ofrecer una sanidad para todos, y yo diría además una sanidad de alta calidad para todos, es un reto que

requiere la puesta en marcha de todos los recursos materiales y humanos disponibles por el Estado.

Señores del Gobierno, sé positivamente que este proyecto de ley general de Sanidad será aprobado, aunque no cuente con nuestro apoyo, sin embargo, sentimos la responsabilidad de dejar constancia hoy, en esta Cámara, que no apoyar al máximo la iniciativa, la imaginación y la capacidad de todos los sectores de nuestra sociedad en la satisfacción de las necesidades sanitarias constituye un error que sólo generaciones futuras podrán valorar en su gran magnitud.

Señoras y señores Diputados, es necesario realmente sentirse preso de una macrocópica miopía para no ver que en estos centros sanitarios de la Administración — léase INSALUD— hay una burocratización excesiva, estímulos insuficientes para el personal sanitario, una creciente decepción de los pacientes y una gestión económica que, en muchísimos casos, deja bastante que desear.

Una sanidad que pivota, como en este caso, sobre una estructura organizativa, como es el sistema nacional de salud, más que sobre la búsqueda de una sanidad de alta calidad, acabará perpetuando las deficiencias señaladas, la deficiencias, como hemos dicho, de una burocratización excesiva, estímulos insuficientes para el personal sanitario, una creciente decepción de los pacientes y una gestión económica que deja bastante que desear.

Por tanto, creemos y apoyamos que sólo de una pluralidad de centros puede surgir el estímulo necesario para ofrecer una sanidad de calidad y en libertad, pues hemos de tener en cuenta, señoras y señores Diputados, que la salud de un individuo, que la salud de una pequeña colectividad, de una sociedad, es un don armonioso y ese don armonioso está en la identidad del individuo, y hoy en día la neuro-psicoinmunología moderna enlaza, de una manera rigurosa y evidente, con la neuro-bioquímica, y para subsistir, dentro de los márgenes de salud, el individuo debe crecer en el fortalecimiento de esa mis-midad o de esa identidad propia.

Muchas gracias, y espero que sea votada positivamente nuestra devolución al Gobierno de esta Ley General de Sanidad.

El señor VICEPRESIDENTE (Carro Martínez): Muchas gracias, señora Gorroño.

Quedan por defender solamente las enmiendas de devolución del Grupo Parlamentario Mixto, que van a ser defendidas primeramente por el señor Rodríguez Sahagún, y después por el señor Bandrés.

Tiene la palabra, el señor Rodríguez Sahagún.

El señor RODRIGUEZ SAHAGUN: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, señor Ministro, voy a consumir un turno en defensa de la enmienda de totalidad presentada por el Centro Democrático y Social solicitando la devolución al Gobierno del proyecto de Ley General de Sanidad.

Yo creo que es evidente que la reforma de la sanidad es una necesidad ampliamente sentida por todos los españoles; así se ha puesto de manifiesto reiteradamente en

cuantas encuesta se han realizado, porque los españoles tienen un poco la percepción de que, a pesar de ser más reducidos los recursos que destinamos a atenciones sanitarias, en relación con el producto interior bruto, tanto el gasto total sanitario como el gasto público, que los que destinan la mayor parte de los países de nuestro entorno —con alguna excepción, por supuesto— tienen, sin embargo, la sensación de que, a pesar de eso, el coste es excesivo para la calidad de la prestación, para el nivel de prestaciones que se realizan, y existen y subsisten profundas desigualdades. La única manera de corregir esa situación es hacer de la política de sanidad una auténtica prioridad de Gobierno, y yo creo que a lo largo de estos tres años no ha aparecido esa prioridad.

El gasto sanitario de la Seguridad Social ha pasado, desde el presupuesto de 1982 al de 1985, de la cifra de 714.000 millones de pesetas a 930.000 millones, es decir, un incremento de un 30 por ciento. En el mismo periodo de tiempo, el presupuesto de la Seguridad Social pasaba de 2,4 a 3,5 billones de pesetas, es decir, un incremento del 45 por ciento... No se tome la molestia, señor Ministro; éstas son las cifras. Y el presupuesto total del Estado, excluida la Seguridad Social, a pesar de que las inversiones públicas han disminuido, ha pasado en ese mismo periodo de tiempo de 3,5 a 6,1 billones de pesetas, es decir, un incremento del 75 por ciento. Eso quiere decir bien claramente que parece que la sanidad no ha sido una prioridad en la actuación de estos años. ¿Podemos deducir que, con la aprobación del proyecto de ley que el Gobierno somete hoy a nuestra consideración, pasaría a ser una prioridad? Mucho nos tememos que este proyecto no es una auténtica reforma de la sanidad ni una respuesta a las necesidades sanitarias de los españoles, y mucho nos tememos que va a producir un deterioro importante de la sanidad pública y que, en definitiva, vamos a padecer las consecuencias de un planteamiento así el conjunto de la población española.

No quiere ello decir, ciertamente, señor Ministro, y no quiere ello decir, señor portavoz del Grupo Socialista, que este proyecto de ley no contenga algún aspecto positivo. Es talante mío reconocer los aspectos positivos, cuando existen, y aquí he de decir que hay también algunos. Así, por ejemplo, el artículo 8.º, cuando hace referencia a la importancia de la promoción de los estudios epidemiológicos. Pero incluso en esos aspectos positivos hay confusiones y hay hasta redacción gramatical absolutamente inaceptable, como es la de dicho artículo 8.º, en el que se habla de «básica», «actividad básica». ¿Qué quiere decir eso, señor Ministro?

Y otro aspecto positivo es el artículo 9.º, que recoge los derechos del paciente, pero olvida derechos importantes, algunos de ellos que aparecen en la Resolución del Parlamento Europeo del pasado año, en la Carta de los Derechos del Paciente, y que, sin embargo, no se han incorporado aquí. No sé por qué. No sé si es que no conoce el Ministerio esa Resolución del Parlamento Europeo. Y algunos de los derechos que se reconocen se hace de manera imperfecta. Por ejemplo, yo creo que la discriminación no puede ser aceptable por ninguna causa, señor Minis-

tro, no sólo por las causas mencionadas en el número 1 de dicho artículo 9.º, por ninguna causa.

Y cuando se habla de que negarse al tratamiento es un derecho del enfermo, se dice, sin embargo, que eso dará inmediatamente lugar al alta correspondiente, lo cual, aparte de ser un tratamiento poco humano, señor Ministro —no he visto la palabra «humano» en todo el proyecto de ley ni una sola vez—, me parece que es caer en un error tremendo, y ese no es el camino para hacer la reforma sanitaria.

Y faltan, como digo, otros derechos. *(El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la presidencia.)*

No obstante, la razón por la que nosotros pedimos fundamentalmente la devolución es porque, aparte de estos aspectos positivos, escasos y muy parciales, como digo, el proyecto no es una auténtica reforma, porque en contra de lo que dice el proyecto y de lo que ha manifestado usted, señor Ministro, en la presentación del mismo, ni cumple el mandato constitucional del artículo 43, ni va a permitir las prestaciones en un nivel de igualdad efectiva, ni va a corregir los desequilibrios regionales, ni va a fomentar la participación ciudadana, ni cambia el sistema de financiación, ni..., ni..., todas las razones que voy a ir desarrollando a continuación.

No cumple el mandato constitucional. Mire usted, señor Ministro, yo creo que hasta les ha traicionado el subconsciente, porque siguen hablando, en la Memoria y en el proyecto, de anteproyecto; es decir, parece que es un ensayo más de los muchos que, a través de filtraciones, nos habían llegado hasta ahora; por cierto, alguno de ellos mejores que el texto actual. No cumple el mandato constitucional porque no hay en el proyecto ni un solo punto de referencia a si será posible y cuándo, efectivamente, esa universalización y la gratuidad. Al contrario, el preámbulo, el texto y la Memoria están llenos de citas que demoran «sine die» esa realidad y se limitan a un planteamiento genérico de volver a repetir lo que ya dice la Constitución. Para eso, sobraba la ley. En contra, por cierto, de lo que dicen todas las resoluciones de las Asambleas de la Organización Mundial de la Salud, que recomiendan a los Gobiernos salirse del campo de las generalidades e ir a planteamientos concretos.

Aquí no hay ninguna concreción; se pospone la gratuidad, so pretexto de la crisis económica. Se habla de aplicación paulatina. Se dice que habrá que seguir con prudencia la evolución de los costes. Se dice que, según permitan las disponibilidades presupuestarias... *(El señor Ministro hace signos negativos.)* Sí, sí, señor Ministro. Pero no hay ningún compromiso político por parte del Gobierno. Hable usted con el Ministro de Economía, póngase de acuerdo con el Gobierno y establezcan un compromiso real de qué es lo que pretenden hacer con la salud de los españoles, cuál es la política real de Sanidad que pretenden desarrollar y cuál es la verdadera reforma que dicen perseguir. Más aún: fíjese, ese subconsciente les vuelve a traicionar. En la Memoria no hablan ustedes de establecer tal modelo sanitario, sino de perfilar. ¿Cómo perfilar? Si no se trata de dibujar perfiles en el aire, que es lo que pasa con esta ley, que juega en el vacío de la

Historia; no, no; se trata de establecer un modelo sanitario. No va a permitir ese planteamiento de la ley igualdad efectiva, ni va a corregir los desequilibrios regionales. Mire usted, señor Ministro, no hay ni un solo mecanismo concreto en toda la ley para corregir desigualdades; de hecho, a las desigualdades sociales ni siquiera se alude.

En cuanto a las desigualdades territoriales, es cierto que el artículo 11 contiene una buena declaración de intención, cuando dice que «los poderes públicos orientarán sus políticas de inversión en orden a eliminar las desigualdades...», pero se queda en una pura declaración de intenciones. Más aún: al optar en la financiación por la base de cálculo de la población protegida, es decir, de las cotizaciones, en lugar de optar por las necesidades, los desequilibrios existentes no sólo se van a corregir, sino que se van a acentuar.

Se olvidan de fórmulas como la escocesa de Share u otras fórmulas que, evidentemente, podrían haber sido más prácticas; están claramente consolidándose los desequilibrios existentes. Mire, a mí me parece que toda la Ley está rodeada de un cierto voluntarismo y la presentación también. Aquí hay un punto clave, que es el que se refiere a la financiación, y es un punto clave en el que de nuevo nos encontramos con que no hay ninguna novedad. Se marcan, como cauce de financiación, las cotizaciones; las cotizaciones que, como ya se ha dicho, y reiterado numerosas veces por portavoces socialistas en anteriores legislaturas, es un sistema que permite seguir viviendo a la Sanidad gracias a que hay muchos que, presando cotizaciones, no hacen uso de dicha Sanidad.

Sin embargo, en la Memoria especulan ustedes —no sé si es que piensan que la Memoria no la iba a leer el ministro de Economía— con que sería bueno aumentar la aportación del Estado hasta el 27 por ciento, pero eso díganlo en la ley. ¿Qué es eso de que habrá que aumentar la aportación del Estado en un 27 por ciento? Eso se queda por debajo del compromiso electoral que asumieron respecto de la aportación del Estado. Mire usted, señor Ministro, no hay ningún cambio ni garantía de la financiación, como tampoco se va a fomentar la participación del ciudadano, a pesar de que lo dicen en el articulado del texto; al contrario, se desnaturaliza, siendo, como es, un derecho básico fundamental y un instrumento importante para evitar cualquier proceso de desnaturalización, porque se sustituye por la representación de las Corporaciones locales y sus representantes, es decir, por una representación de segundo grado y, además, limitada a aspectos puramente consultivos.

En cuanto a los principios inspiradores, ya se ha hecho antes, por parte de algunos de los que han intervenido, algunos comentarios. Quisiera dejar caer la inquietud de que lo que se establece en el artículo 7.º como principios inspiradores —la eficacia, la celeridad y la flexibilidad—, creo que son características que, en principio, deben tener todos los servicios públicos, pero no me parece que sean los ejes clave para un sistema general de la salud. En cualquier caso, al hablar de celeridad, me preocupa, porque, ¿qué quiere decir eso? ¿Que todavía las consul-

tas de los ambulatorios van a ser más rápidas? ¿Se va a dedicar todavía menos tiempo a cada enfermo? Porque ustedes dicen que esos principios inspirarán las actuaciones de todos los servicios hospitalarios y los servicios complementarios también. Mire usted, una vez más les traiciona el esquema que han planteado, ya que en el plan cuatrienal, en el tono de las reformas estructurales, hay un párrafo delicioso que usted debería leer, señor Ministro, porque supongo que no lo han redactado sus servicios. Dice: «en la celeridad está uno de los principales problemas con que hoy tropieza la sanidad», porque la celeridad que se está aplicando obliga a nuevas visitas y está en la base del desarrollo y del incremento sustancial del consumo farmacéutico, por ejemplo.

Yo creo que hay otros ejes que serían mucho más lógicos: la humanización, la calidad de la prestación, la equidad —la equidad, señor Ministro, en los recursos—, la eficiencia, por supuesto, en cuanto a la calidad y control de los recursos, y algo que me parece fundamental en cualquier gestión y, desde luego, en un planteamiento de salud: el «follow up», el seguimiento, la evaluación, el poder contestar antes y después de cada acción, hacerla, ver si se ha hecho o cuál es la forma más adecuada de hacerla.

Hay un punto que tampoco quiero olvidar. Ustedes ignoran en el planteamiento que hacen la actitud del médico, y la actitud del médico es un eje clave en cualquier planteamiento de reforma sanitaria, porque, al fin y al cabo, de la actitud del médico depende directamente el 70 u 80 por ciento del gasto e indirectamente el resto, y aquí eso parece que queda reducido a una función meramente mecánica. Sería fundamental conseguir la adscripción de los médicos. ¿Cómo se consigue? Yo no veo nada aquí que sirva para incentivar la actuación de los médicos a ese respecto; más bien me preocupa alguno de los puntos en sentido contrario.

Mire, señor Ministro, en cuanto al coste, que es otro de los factores —y ahí está probablemente la razón final de cómo se ha hecho este proyecto—, ustedes no han valorado realmente el coste de esta Ley. Hubo primero unas filtraciones de que el Ministerio de Sanidad estimaba el coste de la reforma en 129.000 millones de pesetas; el Ministerio de Trabajo iba más arriba; entre 147.000 y 150.000 millones de pesetas; el Ministerio de Economía, siempre más cauto, aunque esté ausente, se iba a otras cifras todavía más altas: de 269.000 a 334.000 millones de pesetas. En vista de eso, para poner de acuerdo a todos los Ministerios, se creó una especie de Comisión interministerial. Trabajaron juntos y, ¡oh, sorpresa!, ¡milagro de los milagros!, consiguieron que no sea una cifra semejante; la suya tampoco, señor Ministro; salían 105.000 millones de pesetas, 24.000 millones menos de lo que se había previsto. ¿Cómo salió? Claro, yo me lo explico. Al leer la Memoria, el cálculo económico que hace Sperry me lo explico. Lo que no me explico es que un economista de su talla haya revalidado con su apoyo una metodología que es absolutamente inaceptable como metodología; una metodología que olvida elementos fundamentales del coste, desde la propia prevención, porque,

no nos engañemos, la prevención, excepto en la base primaria —por cierto, déjeme que le diga que es indisociable de la asistencia— no va a reducir los costes. Pero es que, además, olvida otros elementos clave. Olvida, por ejemplo, el envejecimiento de la población, lo que ya el otro día han estado hablando como una de las causas fundamentales para la ley de pensiones; olvida el progreso tecnológico de la Medicina; olvida el aumento de centros y de médicos; olvida tantas y tantas otras cosas que, en definitiva, hacen que la valoración del coste que presentan esté sometida a las más rigurosa de las incertidumbres. De ahí precisamente el porqué creo yo que no asumen ningún compromiso: porque, como no saben lo que va a costar y no saben cómo se va a financiar, difícilmente pueden asumir un compromiso.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Le ruego que concluya, señoría.

El señor RODRIGUEZ SAHAGUN: Termino, señor Presidente.

Hay una cosa en la que coincido con la Ley, señor Ministro: prevenir es mejor que curar. Prevenga usted y retire este proyecto de ley a tiempo, que, como antes he dicho, les ha traicionado porque aparece por todas partes el término anteproyecto. Retírelo; no sea que entremos con toda celeridad, como dice la Ley, en el deterioro de la sanidad pública.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias, señor Rodríguez Sahagún.

Enmienda de totalidad y devolución al Gobierno, suscrita por el señor Bandrés, del Grupo Parlamentario Mixto, dentro del tiempo que no le ha dejado el señor Rodríguez Sahagún. *(Risas.)*

El señor BANDRES MOLET: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, intervengo para defender la enmienda que solicita la retirada y el reenvío al Gobierno de este proyecto de ley.

Este proyecto de Ley de Sanidad que se somete hoy a consideración de la Cámara por el Gobierno es, desde el punto de vista de Euskadiko Ezkerra, mi Partido, el resultado de las transacciones realizadas por el Partido Socialista a lo largo de año y medio con sectores corporativos y reaccionarios y con lo que pudiéramos llamar los poderes fácticos en el terreno de la sanidad, en busca de un consenso imposible. El texto resultante es, en consecuencia, una extensa y desordenada Ley que rebasa con mucho los límites de una ley de bases y cuyo contenido se aleja de los principios que han inspirado a las Administraciones progresistas de otros países europeos en la construcción de sus servicios públicos de salud; principios que sí se recogían, por cierto, en el programa electoral del Partido Socialista y que, una vez más, han sido relegados a ese archivo ya bastante voluminoso de los proyectos imposibles.

En lo que se refiere a la Comunidad Autónoma Vasca,

la ley invade, a nuestro juicio, las competencias de nuestra Comunidad y atenta, incluso, contra el desarrollo legislativo y normativo que se había ido produciendo durante estos años en el Parlamento vasco. Inscrita, además, en el marco económico y financiero que hoy propugna el Gobierno, cuyos objetivos se dirigen más a la consolidación de la estructura estatal agresiva que precisa hoy el desarrollo capitalista que a la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, forma un claro bloque con la Ley de reforma de la Seguridad Social —que está estos días en trámite—, en cuanto que consagran serios recortes en las prestaciones sociales públicas ambos proyectos de ley.

Por ello, esta Ley de Sanidad es inaceptable para cualquier persona o partido con actitudes de progreso, y por ello también mi propio Partido, al que yo represento, la rechaza presentando esta enmienda de totalidad con petición de devolución.

Trataremos de explicar muy brevemente los aspectos negativos de la Ley para que este rechazo quede argumentado debidamente ante sus señorías.

En primer lugar, no se universaliza el derecho a la asistencia sanitaria, tal como preceptúa la Constitución. Uno de los aspectos esenciales de cualquier servicio progresista de salud es el de extender su protección a todos los ciudadanos de la sociedad que abarca y de extender, además, tal protección a todas las complejas especialidades que hoy oferta el desarrollo tecnológico de la sanidad. Pues bien, la Ley se plantea tal universalización sólo en la medida en que las disponibilidades económicas del Estado lo permitan. Además, de antemano tal restricción se hace con mayor hincapié para especialidades tan importantes como psiquiatría y odontología.

El estudio económico de la Ley prevé, además, el tope de prestaciones que hoy se dan en la Seguridad Social. De esta forma, se condicionan los servicios sociales a las circunstancias económicas, en un contraste sangrante con los gastos incontrolados —por lo menos desde nuestro punto de vista poco controlados— en otras materias, como podrían ser la militar o la policial, y con la permisividad demostrada con el fraude fiscal.

En segundo lugar, no parece deducirse de este proyecto de ley que la sanidad vaya a ser gratuita. Es decir, se establece una nueva discriminación en el acceso a los servicios. La Ley prevé que los ciudadanos, además de pagar la sanidad con sus impuestos y cotizaciones a la Seguridad Social como hacen ahora, puedan tener que pagar una tasa por el uso de los servicios del sistema de salud. Como no se aclara de qué servicio se trata, es lógico pensar que pueda tratarse de todos, con lo que podría darse el caso de que en el futuro, cuando, por desgracia, seamos hospitalizados, nos presenten, al alta, una factura a pagar por parte de la asistencia recibida, factura que, evidentemente, será de más grave repercusión para quienes menos disponibilidades tengan.

Esta propuesta es totalmente intolerable, a nuestro juicio, y nuestro Partido piensa que si la red de carreteras se financia a partir de los Presupuestos Generales del Estado, la salud, como servicio, es tan importante, como

aquella —creemos que mucho más—, y ha propuesto que en cinco años toda la sanidad pase a ser absolutamente gratuita para todos, financiándose, como las carreteras o la educación, a partir de los presupuestos exclusivamente.

Por otro lado, no se estructura un servicio público de salud único. Es de sobra conocido el desastre organizativo que afecta a la sanidad española en la actualidad. Hay servicios asistenciales dependiendo de cinco Ministerios diferentes, además de los que dependen de Diputaciones, Ayuntamientos, compañías privadas concertadas, etcétera. La Ley pretende coordinar todos estos servicios ahora bajo las estructuras del sistema de salud, pero lo hace de formar absolutamente insuficiente; permite que los militares y las Universidades sigan campando por sus respetos con centros específicos para ellos; no se integran los patrimonios de Diputaciones, Ayuntamientos, Mutuas laborales y otros organismos públicos, con lo que difícilmente se puede llevar una política sanitaria propia, y, finalmente, propone que el Estado financie centros privados asociados, como fundaciones, órdenes religiosas, etcétera, sin que el patrimonio de tales centros se traspase al Estado y sin que siquiera los trabajadores de los mismos dejen de estar sometidos a las reglas propias de los centros privados.

Todo ello, más el diseño de primar una organización territorial basada en la existencia de hospitales, en lugar de primar la asistencia primaria cercana a los problemas de cada uno de nosotros, nos ha llevado a la propuesta de una alternativa diferente, de traspasos de centros a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, de rechazo a la financiación sin contrapartidas de centros privados y de organización de la asistencia en base a la atención primaria, que es acorde con lo realizado en países socialmente avanzados y con sanidades eficientes.

Se desvirtúan también las competencias autónomas sobre la salud. El Estatuto de Autonomía Vasco —me voy a fijar en él, aunque hay otros Estatutos de Autonomía que contienen preceptos idénticos— señala competencias absolutas a nuestra Comunidad en todo lo que no sea desarrollo legislativo básico o sanidad exterior. Esta ley, como siempre, rebasa los límites de una ley básica —digo como siempre porque hay muchas leyes de bases que han tenido este mismo defecto y han sido discutidas aquí mismo—, invade el terreno teórico de las actuaciones que serían propias de nuestra Comunidad e incluso el desarrollo práctico ya realizado.

Por no extendernos, señalaremos sólo que con el proyecto aprobado quedarían destrozados —si se llega a aprobar— el mapa sanitario y el servicio vasco de salud y debería replantearse, incluso, la Ley de Territorios Históricos o las competencias en materia laboral de la Administración Vasca.

Nuestro criterio de oposición a la ley se ha dirigido a la exigencia de un absoluto respeto al Estatuto y a minimizar la intervención estatal.

Nos parece también que el marco de trabajo previsto para los trabajadores sanitarios es inaceptable. La Ley persiste en regular el trabajo de los sanitarios bajo la

fórmula de un estatuto especial, lo que privaría de derechos laborales y sindicales, así como de capacidad de negociación, a este colectivo.

Además, señala que el estatuto lo fijará el Gobierno por decreto, con lo que se margina a las organizaciones sindicales, y que afectará también a los trabajadores de los servicios autónomos de salud, con lo que se destruyen las competencias laborales y organizativas de nuestra Comunidad Autónoma, y de otras, evidentemente.

Nuestro criterio es que la legislación general laboral se debe aplicar también a los trabajadores de la salud, además de la defensa de las competencias autonómicas.

La participación ciudadana en el control del servicio apenas se desarrolla. Creemos que el principio democrático de control de los servicios por los ciudadanos no se desarrolla en este proyecto de ley y se reduce a la exposición de derechos individuales y a la necesidad de participaciones de empresarios y trabajadores en consejos que controlan áreas sanitarias de servicios globales para 150.000 a 200.000 habitantes.

Nuestro criterio es el de que tal participación debe extenderse a colectivos de usuarios más diversos y de que debe extenderse a todos los niveles del sistema, y en especial a los más cercanos a los problemas de salud. Nos oponemos también al trato de privilegio que la Ley reserva a los médicos y a los colegios profesionales, en detrimento de los ciudadanos, otros profesionales y los propios sindicatos.

Por otra parte, nos parecen insuficientes las competencias de los órganos de participación previstos en la Ley, y por eso especialmente trataremos de introducir enmiendas que permitan a los ciudadanos trabajar sobre los objetivos y presupuestos económicos de los servicios, verdadera garantía de control sobre lo que se pretende desarrollar.

En conclusión —y ya termino, señor Presidente—, todos estos aspectos relatados, y muchos otros de carácter técnico, deben de llevar, a nuestro juicio, al rechazo de la Ley. Los recortes sociales que prevé son muy serios y evidentes para aceptar que la misma tenga carácter progresista. Creemos que es una Ley inservible, a la que hay que oponerse frontalmente en defensa de la mayoría de los ciudadanos, esto es, de los que dependen de su trabajo.

Por ello y porque no renunciamos a una sociedad avanzada, que nada tiene que ver con este proyecto de ley, solicitamos el voto favorable a nuestra enmienda a la totalidad, a fin de que este proyecto vuelva al Gobierno y éste presente un proyecto simplemente más acorde con el programa de su propio Partido, del Partido que le sustenta.

Esto es todo, señor Presidente. Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Para turno en contra de las enmiendas de devolución al Gobierno, tiene la palabra el señor Martín Toval.

Señor Martín Toval, en cuanto a las enmiendas de Minoría Catalana, entiendo que en este momento debe consumir un turno en contra de la enmienda de devolución.

Respecto a la de texto alternativo, que igualmente ha sido defendida, aunque se va a producir otro debate, dejo a su elección impugnarla en este momento o en el debate subsiguiente.

El señor MARTIN TOVAL: Será contradicha en otro momento, señor Presidente, sin perjuicio de que, obviamente, lo que aquí diga difícilmente se podrá discernir si se refiere a una o a otra enmienda, porque las defensas han sido unificadas por el Diputado ahora no presente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Adelante, señoría.

El señor MARTIN TOVAL: Señor Presidente, señorías, seguramente harían falta unas previas consideraciones breves para coincidir con todos los que han intervenido en sus previas consideraciones breves, que es la necesidad de una ley de reforma de la sanidad.

Me parece recordar que el Diputado de Minoría Catalana ha dicho que hay unanimidad en todos los sectores sociales y en todas las representaciones políticas en la necesidad de reformar la sanidad. Sin embargo, es el Gobierno socialista el que trae la Ley de Sanidad a esta Cámara. Hubo gobiernos anteriores que pudieron haberlo hecho y no lo hicieron. Primera cuestión.

Segunda cuestión. También hay unanimidad en la devolución, porque todos los Grupos piden la devolución al Gobierno. Entonces, ¿en qué estamos? En que el Gobierno socialista es quien expresa claramente la voluntad de reformar la sanidad y no pide la devolución. Son los demás Grupos los que piden la devolución al Gobierno, indudablemente para retrasar la reforma de la sanidad. Es elemental lógica de funcionamiento parlamentario si no se plantean enmiendas de texto alternativo, que también han sido planteadas por algún Grupo, pero no enmiendas de devolución.

Es cierto que la reforma de la sanidad es un instrumento clave de la política de Estado. Es cierto que en esta ley, como en tantas otras que tienen este carácter, se ha intentado y se seguirá intentando una negociación o un acuerdo lo más amplio posible.

No voy a sacar aquí ningún papel más no sea que me acusen ustedes de espiar, pero lo que es obvio es que existen papeles y cartas cruzadas entre miembros de su Grupo y el Ministerio de Sanidad y ha habido reuniones para hablar de esta ley. El Ministerio ha aportado papeles sin que su Grupo los aportara. Por tanto, se abrió un proceso largo, porque el primer anteproyecto de esta ley recuerdo que se produjo a finales de 1982 y estamos a mediados de 1985, para finalmente traer un proyecto que, naciendo claramente con señas de identidad socialista, tiene la pretensión de poder servir para que el conjunto de la ciudadanía que tiene que aplicarlo, usuarios y profesionales de la salud o de la sanidad, lo hagan de manera abierta y sincera. Este es el sentido fundamental de este proyecto. Por eso no se puede devolver. Seguramente habrá que mejorarlo en algunos aspectos y habrá que conseguir el máximo apoyo, pero este es el

sentido que tiene. Porque la situación de la sanidad, como todos ustedes decían, requiere ya tratamientos de urgencia en lo que es la reforma global de la sanidad, no sólo apuntes, porque apuntes se han hecho muchos

El señor Rodríguez Sahagún ha dicho que no se ha hecho nada en tres años. Señor Rodríguez Sahagún, se ha hecho, por ejemplo, la modificación de la estructura jerarquizada, el establecimiento de la cartilla individual, el establecimiento y generalización de la libertad de elección, naturalmente de médico de medicina general, pediatra y tocólogo en toda España, excepto Cataluña, donde pese al planteamiento —como luego veremos e intentaré contestar— especialmente relevante y enfatizador por parte del Grupo de Minoría Catalana sobre el tema de la libertad de elección, es en Cataluña donde no está vigente ese sistema de libertad de elección de médico, generalizado en toda España, repito, para esas tres especialidades, por cuanto que siendo competencia de la Comunidad Autónoma, cuyo Gobierno ostentan ustedes, no han hecho nada por aplicarlo.

Quiero decir que se han hecho cosas, pero no es este el tema, porque no se trata de justificar la política pasada, sino de preparar una política de futuro que, efectivamente, permita esa reforma. Lo que es preciso es tener un marco legal básico orientador de toda la sanidad. Esto lo dicen todas las fuerzas políticas y también lo llega a decir el Tribunal Constitucional en las sentencias 32/1983 y 42/1983, donde precisa que la Constitución exige un sistema normativo básico de la sanidad para su posterior desarrollo y profundización, y para aplicación del conjunto de competencias que las Comunidades Autónomas tienen al respecto.

Se ha dicho que el proyecto de ley no es un instrumento para la reforma, que el proyecto de ley es continuista e inmovilista, aunque yo estoy convencido de que si la ley fuera inmovilista y continuista el Diputado que lo ha dicho no se hubiera subido aquí para protestar por ella, porque su fuerza política no predica precisamente el progresismo en todos sus planteamientos.

Se dice que la ley no es instrumento para la reforma y, por ejemplo, se entiende que no lo sea desde perspectivas muy diferentes. Es indudable que el texto que hoy no está en consideración (el texto alternativo del Grupo Popular), responde a ideas matrices diferentes, privatizadoras, asistencialistas, no prevencionistas, no con un concepto integral de la salud; podríamos decir que medicalistas. Usted ha hablado mucho de medicina y de médicos y aquí estamos hablando de salud y sanidad, que es algo mucho más integral, y el concepto de ustedes es escueto y esquelético y es si quieren ustedes, anticuado en este tema. Por tanto, las ideas matrices que configuran ese texto alternativo son privatizadoras y asistencialistas y reitero, que, lógicamente, no se compadecen con la reforma que se pretende establecer.

También hay otros Grupos parlamentarios, como el de Minoría Catalana, que dicen que con este proyecto de ley no se reforma nada, y luego resulta que sesenta y nueve de los setenta y cinco artículos de su texto alternativo son idénticos, letra por letra, con el texto del proyecto del

Gobierno. Sin duda el señor Molins se ha leído muy en profundidad el sistema de financiación establecido en este proyecto de ley, y lo ha criticado legítimamente. Estoy convencido repito, de que se lo ha estudiado en profundidad, pero no ha leído siquiera el texto del proyecto alternativo, de Minoría Catalana, cuyos artículos 56 a 59 son idénticos textualmente, idénticos las comas y los puntos, los apartes y los seguidos, al texto del proyecto.

Por tanto, para algo debe servir cuando hay coincidencia, porque incluso el Grupo Popular, en su texto alternativo en el sistema financiero, clave de todo el sistema sanitario —no en el texto articulado, pero sí en las disposiciones transitorias—, viene a establecer un sistema de financiación coincidente básicamente de nuevo con el que establece el proyecto.

Esto es así porque las virtudes fundamentales del proyecto son las predicadas, aquí y en todos los sitios por todos como básicas de toda reforma sanitaria y de modernización de un sistema sanitario hoy. Es la unificación de las redes sanitarias, tanto hablese de sistema o de servicio nacional de salud, los que lo tengan, por ejemplo Gran Bretaña y Suecia, como los que tienen un sistema que no se basa en el servicio nacional de la salud; en ambos casos la unificación, la integración en un único dispositivo o en un planteamiento global de todos los recursos sanitarios es fundamental para una moderna, eficaz y adecuada protección de la salud hoy.

Este es un eje claro del proyecto de ley y de ahí que se integre todo el sistema, también el privado, también el sector privado de la sanidad. ¿Con qué fórmulas? Diferenciadas, sin duda. De ahí que se integre también, naturalmente, todo lo que es burocratismo, señor Romay.

¿Qué es el burocratismo? Lo que hoy existe. Es la red del INSALUD, es la red del Estado, es la red de las Diputaciones Provinciales y de los municipios es la red de las Fuerzas Armadas, es la red, si quieren ustedes, universitaria, que ya ha dejado de existir por lo demás, redes hospitalarias diferenciadas, la privada aparte, en que lo que se pretende es, huyendo de ese burocratismo, intentando simplificarlo, primero integrar todo el dispositivo hospitalario sanitario en un único sistema, pero al mismo tiempo dotarlo de autonomía de gestión en cada una de sus instancias, de manera que el burocratismo no sólo no exista ahora, sino que la ley sea un buen instrumento para eliminar lo de la situación sanitaria.

Descentralización y participación, sin duda. Descentralización no sólo en el esquema del Estado de las Autonomías o de la organización territorial del Estado diseñada en el Título VIII de la Constitución, sino más allá, descentralización en el propio sistema nacional de la salud, en las instancias o áreas sanitarias o de la salud de los diferentes ámbitos. Porque la autonomía de gestión existe y porque la participación debe ser hasta un 50 por ciento (norma, por lo demás, establecida por la OMS y generalmente aceptada) de los ciudadanos y de los colectivos de usuarios, que no de pacientes (alguien ha hablado por aquí de pacientes, pero esta ley es también para los no pacientes, para los que todavía tienen salud). Reitero que descentralización y participación a todos los ni-

veles y por lo que hace a la organización territorial del Estado.

Señorías, seguramente habrá que hacer algún ajuste de alguna coma o de alguna preposición, pero sin duda el proyecto de ley es una lectura favorable para las competencias de las Comunidades Autónomas de las sentencias 32/1983 y 42/1983 del Tribunal Constitucional, que describen muy clarito qué son bases, qué es coordinación general, qué es alta inspección. Otra cosa es que existan suspicacias o reticencias respecto a la aceptación de tales sentencias, pero el proyecto del Gobierno y, en todo caso, los trabajadores que el Grupo Socialista va a llevar a término en los trámites parlamentarios de esta ley, van decididos a hacer una lectura favorable de tales sentencias, pero nada más. Porque las sentencias del Tribunal Constitucional al respecto, por lo demás, sientan doctrina, ya sentada previamente en 1981 en muchos aspectos y ahora en lo sanitario y en el tema del consumo en esas dos sentencias que he citado que son suficientemente reiterativas para que la doctrina de lo que debe interpretarse por bases, coordinación general y alta inspección quede suficientemente claro.

Esa es la ley y además la voluntad del legislador, mayoritariamente al menos por lo que hace a la voluntad que el Grupo Socialista aquí plantea formalmente. No deben, por tanto, plantearse problemas a ese respecto, y mucho menos desde el Grupo Vasco, señora Gorroño, con todo respeto, porque la Ley 9/1983 del Parlamento Vasco, que crea y constituye la «osakidetza», que es el Servicio de Salud Vasco, es una ley vigente que desde la perspectiva de mi Grupo es valorada favorablemente y fue votada por el Grupo Socialista en el Parlamento Vasco. Se trata de una organización del Servicio de Salud Vasco perfectamente integrable en esta ley, que no va a tener en todo caso, estamos convencidos, ningún problema de interpretación, de contradicción constitucional, porque, entre otras cosas, olvida la señora Gorroño que el artículo 2.º del proyecto establece que hay determinados preceptos, muy particularmente los que se refieren a la organización de áreas de salud en la Comunidad Autónoma, que no tienen el carácter sino de supletorios para aquellas Comunidades Autónomas que tienen competencias o que se derivan del artículo 151 de la Constitución y análogos.

Por tanto, el tema a esos efectos, está plenamente zanjado, y la voluntad, en todo caso, es que la ley, cuando salga en el «Boletín Oficial», lo dé por zanjado, de manera que tal problema nadie pueda interpretar que existe, porque nosotros, reitero, interpretamos hoy que, efectivamente, no existe.

Otro problema clave que se ha planteado es el de que la ley no pretende, y no conseguirá, la universalidad de la asistencia o de la protección a la población española. Le reitero al señor Molins que su texto alternativo es idéntico al del proyecto del Gobierno en ese aspecto. Por tanto, su texto alternativo —que debía haber leído antes, señor Molins, por lo menos con la misma dedicación que el del proyecto del Gobierno— es el mismo que el que contiene el proyecto.

No sólo no se pretende la universalidad, es que estamos convencidos de que se conseguirá. ¿Por qué? Actualmente, señorías, el 93 por ciento de la población española está sanitariamente protegida por el sistema de sanidad. La ley integra directamente el sector que podríamos llamar actualmente protegido por la beneficencia, que es un 4 por ciento de la población, y vamos al 97 por ciento de la población de derecho española más los extranjeros residentes en el momento de la entrada en vigor de esta ley. El resto, un 3 por ciento, es tarea del sistema nacional de salud, siendo eficaz, adecuado e incentivando que ese 3 por ciento, que es el que tiene recursos y que no quiere estar en la Seguridad Social o que no tiene por qué estarlo, acceda al sistema nacional de la salud. Es un problema de eficacia del sistema. El Gobierno y el Grupo Socialista pretenden incentivar para que eso ocurra, pero ello requerirá de la solidaridad de ese 3 por ciento para que entren en el sistema y cierren el cien por cien de universalización del sistema, porque, señor Molins, el 97 por ciento está conseguido una vez que la ley entre en vigor. Y su señoría tendrá que coincidir conmigo en que el 97 por ciento es un nivel no sólo europeo, sino superior a la medida en cuanto a la universalización de la protección de la población.

Voy a referirme básicamente a dos temas —señor Presidente, le ruego que tenga en cuenta que estoy respondiendo a cinco enmiendas de totalidad y que si queda alguna cuestión por contestar me referire a ella después de responder a las planteadas por los intervinientes— como son el de la libre elección y el de la financiación del sistema.

Señorías, yo tengo que decir aquí que sería un dogmatismo obligar a un enfermo a que fuese visitado por un médico en quien no confía, y al revés. Pero también reconocerán SS. SS. conmigo —puesto que el Grupo Socialista está a favor de un sistema nacional de salud— que necesidades de planificación del sistema y de la protección sanitaria de la salud integral requieren la adscripción de grupos de población a equipos y centros sanitarios; que la necesidad de atención integrada e integral de la salud contradice la libertad plena de elección hasta el punto de que seguramente la única cita que aquí se ha podido hacer de libertad pura de elección en el contexto europeo es Bélgica, donde, por lo demás, señor Romay, se puede elegir libremente, pero pagando un 25 por ciento más de la tarifa establecida por las cajas correspondientes de la seguridad. En el resto de los países existen limitaciones: en Italia es territorial, en cada región; en Alemania es de lista de las cajas aseguradoras correspondientes. Siempre existe un ámbito de limitación. Y, ¿qué hace el proyecto de ley? Establece un cierto ámbito de limitación: como diga la normativa; para el ámbito territorial, de área de salud, y en el caso de ciudad superior a los 150.000 habitantes, la ciudad completa. Y por lo que hace a las redes hospitalarias, artículo 13 que ustedes conocen.

Y ¿qué hacen los restantes Grupos alternativamente? Excepto el Grupo Popular, que sin duda está por el sistema belga, único en Europa de libre elección pura, pero

pagando el 25 por ciento más, como usted sabe, los demás —también Minoría Catalana— lo que hacen es establecer un sistema de libre elección matizada y dejada a la disposición normativa, artículos 13 y 14 del texto alternativo de Minoría Catalana.

¿Qué hace el proyecto? El proyecto hace que al haber una contradicción entre la libre elección generalizada y la necesidad de planificación sanitaria en áreas de salud, promueve la salud integral. Hay que encontrar el equilibrio, y ese equilibrio está en el proyecto y en el texto alternativo de ustedes.

Ya he indicado cómo el sistema de financiación es prácticamente idéntico al establecido por los textos alternativos, en el articulado del de Minoría Catalana y en las transitorias del Grupo Popular. Es indudable que la sanidad es cara. En todo caso se ha dicho aquí que el gasto ordinario está reducido, lo cual no es cierto pese a los datos esgrimidos. Estamos en el 5,6 del producto interior bruto en gasto sanitario, y el proceso seguido desde 1982 hasta aquí ha oscilado entre el 5,6 y el 5,4 sobre el producto interior bruto. Esa esa la realidad.

La realidad, por otro lado, y ustedes lo saben, es que la frontera entre la sanidad desarrollada y la sanidad subdesarrollada está en el 4 por ciento del producto interior bruto. Estamos igual que Gran Bretaña en la relación sobre el PIB y estamos por debajo de la media europea, que está en 7,2. ¿Que hace falta más gasto sanitario? Sin duda; pero estamos en un nivel que ya permite hablar de posibilidades de protección sanitaria integral en nuestro país.

Se ha contestado por algunos de ustedes que el sistema de financiación no se modifica en lo esencial. Pues no se modifica en lo esencial y sí se modifica. El señor Romay nos ha subido el coste sanitario en medio billón de pesetas. El coste sanitario público es sólo un billón de pesetas y el coste sanitario privado es exactamente 240.000 millones de pesetas; es el 23 por ciento del conjunto global. Esta es la realidad. Estamos en un coste sanitario de un billón de pesetas, que ha sido subido —reitero— al billón y medio, y ese coste sanitario es cubierto en el 80 por ciento por la Seguridad Social en la situación actual; sin duda, el Presupuesto General del Estado no puede asumir repentinamente ese 80 por ciento del billón de pesetas que supone el coste sanitario actualmente en nuestro país. Primer tema que conviene considerar.

Segundo tema. El sistema de transferencias a las Comunidades Autónomas establecido en esta ley es diferente al sistema de la LOFCA. El sistema de la LOFCA, por lo demás, es el mismo que recoge el texto alternativo de Minoría Catalana —reitero—, pero es distinto al sistema de la ley, que se refiere al coste efectivo del servicio transferido. ¿Por qué es diferente? Porque justamente la financiación es de la Seguridad Social, y el sistema de Seguridad Social es único en el país y la caja única. Ello, señorías, es lo que permite que no se aplique el coste efectivo del servicio transferido y que, en consecuencia, no se produzca la consolidación y el mantenimiento de las desigualdades interterritoriales actuales en equipamientos y recursos, aspecto que denunciaba el señor Ro-

dríguez Sahagún y que justamente la ley abre el camino para resolverlo.

La situación de los países de nuestro entorno es clara al respecto. La gran mayoría de esos países tiene participación efectiva de la Seguridad Social en la financiación de la sanidad. Señorías, si la Seguridad Social tiene un potencial cotizante del 30 por ciento aproximadamente de la población española, y esa población española es protegida en un 97 por ciento por ese sistema financiado básicamente por la Seguridad Social, seguramente habría que decir, y más en situación de crisis económica y de paro, que es un sistema solidario de financiación de la sanidad española.

Y termino con alguna referencia a las intervenciones habidas. Como ya he intentado expresar, creo que esta ley no sólo no peca de burocratismo, sino que es el camino para resolverlo. Ley centralista no, y menos en relación a las corporaciones locales. Lo que es la ley es constitucional, y como sabe el señor Romay, experto administrativo, la ley del Estado no puede regular las competencias sectoriales de las corporaciones locales en ámbitos cuya competencia legislativa esté deferida por la Constitución a las Comunidades Autónomas. Es el juego del artículo 25 de la Ley de Régimen Local, servicios mínimos y competencias que han de tener en cada tema las corporaciones locales. Se remite a ley del Estado, si es la sectorialmente competente, o a ley de la Comunidad Autónoma, cuando lo sea, y aquí es la ley de la Comunidad Autónoma justamente la que tiene que hacer esta atribución, sin perjuicio de la genérica mínima que hace esta ley en el artículo 43, si no recuerdo mal, del texto del proyecto, atribución que, por lo demás, es una concreción de lo ya establecido en los artículos 25 y 26 de la Ley de Régimen Local.

Por tanto, no existe de ninguna manera, por así decirlo, en rigor, ningún tipo de aprehensión de competencias de las corporaciones locales por parte del sistema sanitario. Lo que sí existe es la integración en el dispositivo sanitario único de todos los recursos sanitarios existentes, también los privados, los municipales y los de Diputaciones provinciales, sin duda.

Yo diría que, de alguna manera, toda la intervención del señor Romay se ha basado (y no quisiera decirlo de manera que pudiera interpretarse peyorativamente) en la idea de la privatización o del respeto al sector privado de la sanidad. El sector privado de la sanidad, en nuestro mundo entorno, en Europa, es del 12 por ciento de promedio. Pero aquí el tema no está en conseguir competencias a través de la libertad de empresa que, por lo demás, se respeta expresamente en el proyecto, como la libertad profesional; se trata de servicio a ese bien que, individual y colectivamente, usted decía que es la base de un ciudadano y de una colectividad. Incluso en los países de más tradición liberal y democrática, ese planteamiento no es válido. El 12 por ciento de promedio del sector privado de la sanidad está integrado normalmente en el sistema nacional de sanidad.

Se dice, ¿por qué no formentar que los hospitales privados puedan formar profesionales? Está en la legisla-

ción vigente y se respeta en la ley. Se reserva hasta un cinco por ciento de formación de especialistas en los hospitales privados. No estamos inventándonos nada, ni siquiera usted, señor Romay. Los hospitales clínicos, como usted sabe, fueron integrados en la red sanitaria pública en la ley de Presupuestos pasada, y de ahí que no sólo no sea preciso, sino que sería contradictorio que algo que ya está en el ordenamiento jurídico vuelva a reiterarse en esta ley.

Algunas veces habría que pensar que ustedes, más que desarmar al Estado, lo que pretenden es desarmar a la sociedad. Su señoría ha reiterado que el bien público de la sanidad justamente hace que el individuo no sea autosuficiente sanitariamente, y ha querido, de alguna forma, acusar a la ley de que en ella podría aparecer esa imagen del individuo que tiene que ser autosuficiente sanitariamente. Eso es lo que parece que se podría producir con el planteamiento de su texto alternativo que, señorías, no puede significar en nuestro criterio otra cosa que eliminar la posibilidad de existencia de un sistema nacional de salud; sistema nacional de salud que no es servicio nacional de salud, sin duda.

Siento que el señor Bandrés no esté presente pues, aunque no pueda dar lugar a réplica, y lo siento, quiero mostrar a sus señorías que el problema fundamental, es que se debate la alternativa del señor Bandrés seguramente, en la tensión entre un planteamiento de servicio nacional de salud a la cubana, y por tanto, muy centralizado, y la necesidad de dar salida al proceso autonómico que España vive. Hay una concepción sanitaria que copia un modelo que no es aplicable en España. ¿Por qué hay que hablar en España de sistema nacional de salud? Porque no puede haber un servicio nacional de salud unificado, señorías; no puede haberlo, sería anticonstitucional y contrario al Título VIII de la Constitución. El sistema nacional de salud, no obstante, permite, a través del proceso de coordinación y de bases y de la integración en el dispositivo sanitario de todos los recursos sanitarios y hospitalarios, prácticamente los mismos efectos sin contradecir lo que es previsión constitucional, que sin duda debe respetar.

Acabo mi intervención, señorías, lamentando que haya sido tan larga, aunque sin duda habré dejado sin respuesta algunos temas que se han planteado, y señalando que como he indicado al principio, esta ley no sólo por ser de reforma de la sanidad es ley de Estado y de política de Estado, sino que tiene vocación de continuar y de acabar siéndolo, pero como siempre, señorías, no es sólo un problema de disposición del Gobierno socialista y de su Grupo sino también, y mucho, de los restantes grupos de la Cámara.

Muchas gracias, señorías.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Señor Presidente, muy brevemente voy a decir cuatro o cinco cosas.

La primera es agradecer a los grupos el tono en que han intervenido, así como el contenido de las críticas. Ya he anunciado que las críticas serían flojas, puesto que los textos alternativos parten de un mismo tronco. En algún caso, el 92 por ciento del texto alternativo coincide con el proyecto de Gobierno, lo que quiere decir que no puede haber muchas diferencias. Por otro lado, estoy seguro de que aún habrá menos. También en el debate de la Ley de Consumidores hubo alguna intervención más dura, pero después, como se vio, se tuvo que votar conjuntamente la mayor parte de los artículos. Aquí llevamos ganados muchos textos por cientos. Por ello quiero hacer constar no sólo la buena actitud, sino también que, después de la lectura de los textos alternativos, se veía que habría pocas diferencias. Por consiguiente, muchas gracias.

Quiero hacer algunas puntualizaciones muy breves al señor Romay. Yo creo que la legislación sobre el MIR desde que él estaba en el Gobierno no se ha vuelto a ver. Ya la hemos liberalizado y no es como cuando usted estaba que todo lo hacían muy intervencionista. Tal como ha dicho el Diputado Martín Toval, se ha liberalizado.

Creo que algunas cosas pueden inducir a confusión. Por ejemplo, en el caso de los clínicos y de la Universidad, si lee el proyecto a fondo hay un cambio fundamental al cual usted me parece ajeno, y es que normalmente las facultades de medicina no tienen un hospital, su clínico, que en algunas tradicionalmente se mantiene, pero en las facultades de medicina nuevas lo que se hace es coger más de un hospital, y verá que el proyecto lo refleja. Hay otra cosa que no ha dicho —es muy grave que no lo diga— y es que las facultades no solamente están en conexión no con un hospital, sino con más de uno y, que es más grave, que están en conexión con la atención primaria tradicionalmente abandonada y verá que el proyecto lo contempla. Por tanto, su preocupación por los clínicos, al menos en buena parte, tiene que quedar calmada.

Me gustan muchos sus elogios a la FDA, entre otras razones porque veo que no está de acuerdo con la política de Reagan, que ha recortado tanto los presupuestos a la FDA. Por tanto, agradezco mucho que en este punto usted se alíe con los progresistas del mundo y estoy muy de acuerdo. Otras cosas las ha contestado el portavoz y no lo haré yo.

Con respecto a la intervención del representante de Minoría Catalana, quiero decirle que si yo dijera lo que él y yo sabemos, evidentemente se reduciría mucho su intervención y también la mía. Como soy un hombre prudente, no digo varias cosas que él sabe. Solamente le voy a contestar a una. Entiendo lo que ha hecho, también por qué lo ha hecho y él sabe que yo podría decir aquí cosas un poco espectaculares, pero sólo querría hablar sobre un punto. No diga lo de las corporaciones locales, porque me parece demasiado gordo. Si con alguien he negociado duramente este tema, ha sido con las corporaciones locales, a las que no les favorece.

Con respecto al representante del Partido Nacionalista Vasco, aparte de que, desde Javier Zubiri hasta hoy, solamente había oído por segunda vez la palabra «mismi-

dad» y me alegro de que un filósofo donostiarra mantenga la terminología, quiero decirle, en primer lugar, que ella sabe el papel que yo jugué para que hubiera una votación no sólo del Partido Nacionalista Vasco sino del Partido Socialista, y ello no solamente hace ya imposible que se invadan las competencias porque hay una ley vasca, sino que en esta ley el propio Ministerio de Sanidad y Consumo ayudó técnicamente a que hubiera una confluencia con su Grupo. Por lo tanto, no vamos a incurrir en la primera contradicción, que decía el señor Martín Toval, ni tampoco en la segunda. No tenga miedo, pues es una ley que votaron los socialistas mucho antes del pacto de legislatura, y mantenemos nuestro voto.

Con respecto al Diputado Rodríguez Sahagún, ha pedido más presupuesto para sanidad, lo que me parece bien. Yo creo que los presupuestos de sanidad han sido rigurosos y sobrios durante estos años; lo sé muy bien. Solamente me ha dolido una cosa, que no aparezca la palabra «humano». Yo creo que el artículo de derechos y deberes es la humanización concretada. También creo que hay palabras que no hay que utilizar tanto sino practicarlas, aunque nosotros hemos hecho un plan de humanización que le explicaré.

En cuanto al señor Bandrés, me gustaría mucho que hubiera estado aquí, porque le diría que hay tópicos que no se pueden repetir hasta la muerte. Por ejemplo, no se puede hablar con alegría del sector privado, del sector capitalista, porque mucho antes de existir el capitalismo ya existían los Hermanos de San Juan de Dios y su orden hospitalaria. Yo supongo que los Hermanos de San Juan de Dios cuando hacen hospitales no buscan el máximo beneficio; creo que no. Al menos son anteriores al capitalismo comercial y financiero; en todo caso, son contemporáneos al capitalismo comercial. No se puede abusar del lenguaje. Si estuviera presente, le diría varias cosas más. Una, que si compara lo que yo he entendido que él defiende, que es un sistema centralista de la sanidad, copiado del sistema británico, que mire las leyes que hay en Gran Bretaña y verá que muchísimas veces aparecen los colegios médicos, y es un sistema muy intervencionista, por parte de los colegios médicos. Busquen cuántas veces aparece la expresión «colegios de médicos» directa o indirectamente. No busquemos fantasmas.

En definitiva, quiero agradecer la colaboración y la confluencia al cien por cien del Grupo mayoritario y en un alto porcentaje de otros Grupos Parlamentarios, que si no hubieran presentado textos alternativos no lo sabríamos, pero viendo los que han presentado las coincidencias no son nada despreciables.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Para turno de réplica, tiene la palabra el señor Romay.

El señor ROMAY BECCARIA: Con la venia, señor Presidente, con mucho gusto respondo a las intervenciones, cuyo tono también agradezco, del señor Martín Toval y del Ministro señor Lluçh.

Es verdad, señor Martín Toval, que todos hemos apreciado la necesidad de la reforma sanitaria, pero no le

debe sorprender a usted que pidamos la devolución del proyecto, porque lo que no compartimos es la oportunidad de las soluciones que ustedes brindan a través de este proyecto. El problema no es discutir la oportunidad de la ley, sino las soluciones que la ley arbitra para resolver esos problemas que todos hemos detectado y que hacen necesaria la reforma sanitaria.

Nosotros celebramos la búsqueda del consenso que ustedes han hecho hasta ahora y esa nueva oferta que hacen. Creo que nos encontrarán en disposición de buscar esa solución de Estado que todos deseamos y que proclamamos no sólo de una manera retórica. El resultado dependerá de que seamos capaces entre todos de encontrar ese punto de equilibrio entre las posiciones que ahora mismo nos separan.

Es verdad que nos hemos opuesto a este proyecto de ley por ser continuista, señor Martín Toval. Nosotros somos conservadores, pero no continuistas. Ello quiere decir que estamos por respetar lo mejor de las tradiciones que hemos recibido, pero siempre dispuestos a mejorar y a progresar para encontrar un sistema más eficaz, más justo, más compatible con la libertad, que son valores que seguro ustedes asumen también, son los valores del verdadero progreso y no tenemos nada que reprocharnos en esta materia.

Es verdad que mi intervención se refirió más «in extenso» a la acción asistencial que a la acción preventiva. No quiere decir esto que nosotros no le demos a la acción sanitaria preventiva —no a la salud preventiva— toda la importancia que tiene, que se la damos y es mucha, pero de verdad creo que el problema más grave que ahora tenemos es conseguir unos mejores resultados de esos inmensos recursos, aunque no son todos los que debieran ser, que estamos aplicando a la atención sanitaria. Este es un problema gravísimo que tenemos y que representa ese coste del billón y medio de pesetas que decíamos como coste total de la acción sanitaria. La inmensa mayoría de ese coste se va en atenciones asistenciales y esos son problemas que están viviendo todos los días nuestros enfermos en los ambulatorios y en los hospitales, esos siete millones de usuarios de otros servicios sanitarios, a pesar de ser beneficiarios de la Seguridad Social. Son usuarios de servicios sanitarios asistenciales y ese es un gran problema que está ahí y al que tenemos que buscar solución.

El burocratismo, señor Martín Toval, no se resuelve eliminando agentes sociales e integrando ayuntamientos y diputaciones en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Lo que podemos hacer con eso es todavía un burocratismo mayor. El burocratismo se resuelve introduciendo en el sistema libertad. No hay otra solución para eso que la libertad de elección de médico y de centro hospitalario. Eso es lo que rompe los esquemas burocráticos; eso es lo que rompe la concepción administrativa de cupos de usuarios y beneficiarios que no tienen más remedio que acudir a unos servicios determinados, que son los que crean el promedio de la burocracia, porque el enfermo, el usuario, está desarmado frente a este sistema. La única arma que de verdad puede romper con

este sistema burocrático es la libertad de los usuarios, que es la que va a introducir elementos de estímulo, de competencia, de respeto, de atención mayor al usuario. Es la libertad de éste para elegir ese médico u otro, ese centro u otro. Todo lo demás son mecanismos para eludir la verdadera solución, la solución que está además en los principales países de Europa y a la que está volviendo Inglaterra después de haber ensayado otras soluciones.

El proyecto, lamentablemente, no respeta con todo el escrúpulo que sería deseable los planteamientos constitucionales. Es centralista, señor Martín Toval, también en el caso de las Comunidades Autónomas y en contra de las corporaciones locales. No estamos discutiendo aquí los poderes legislativos de las Comunidades Autónomas, pero realmente el modelo que diseña directamente el proyecto, sin saber además si las Comunidades Autónomas van a optar por esa u otra fórmula, es un modelo que ya centraliza a favor de las mismas, y puede haber muy bien Comunidades Autónomas que no quierán integrar en sus servicios los hospitales de los ayuntamientos y de las diputaciones. No es que se integren en un sistema unitario. Se integran en un servicio sanitario de las Comunidades Autónomas dotado de personalidad jurídica. Los hospitales de las diputaciones y de los ayuntamientos no van a estar integrados en un sistema, van a ser absorbidos, confiscados diría yo, porque no se van a pagar en el servicio de salud de las Comunidades Autónomas, que es un servicio con personalidad jurídica que elimina de la prestación de estos servicios a los ayuntamientos y a las diputaciones. Eso está muy claro en la ley y lo dice además paladinamente el preámbulo. El proyecto trata de compensar esto dando a los ayuntamientos, no a las diputaciones, quizá a los dos, a las corporaciones locales, una presencia en los órganos de gobierno de las áreas de salud de las Comunidades Autónomas, fórmula que por lo demás a mí me gusta muy poco, porque creo que lo único que hace es diluir responsabilidades. Con eso no se compensa la desaparición de esta actividad de las corporaciones locales, se las margina, se las confisca y se las elimina de este sector. Eso es centralista. Además, creo que los principios de la Constitución y la doctrina del Tribunal Constitucional no abonan esa solución.

Nosotros no pedimos respeto al sector privado porque sí, porque tengamos esas preferencias. Lo que pedimos es respeto a la libertad, pero para que la libertad se pueda ejercer tiene que haber una pluralidad de opciones, y la misma exige que haya centros públicos y privados, y dentro de los centros públicos, centros del Estado, centros de los ayuntamientos y de las diputaciones. Si no es así, no hay posibilidad de ejercer efectivamente la libertad. Ese es el sentido que tiene que nosotros pidamos este respeto al sector privado. Queremos que funcione la libertad y queremos que haya competencia y eficacia en los servicios, porque creemos que de eso se deriva una mejor asistencia y una ventaja para los ciudadanos. Ese es el sentido que tiene nuestra defensa del sector privado.

Creemos que convenía formar más especialistas en los hospitales privados, señor Ministro, y también en los pú-

blicos porque la situación que he descrito es real. Podemos caer en la situación paradójica de que tenemos médicos en paro y escasez de especialistas, y eso lo dicen personas que conocen muy bien estos temas.

También tengo algo que decir sobre el dogma de la autosuficiencia individual. Señor Martín Toval, no me ha entendido usted bien. No sé si habrá leído la exposición de motivos del proyecto, porque en ella es donde se comete el error de creer que los males de nuestro sistema sanitario están en la perduración del dogma de la autosuficiencia individual ante los problemas de salud, dogma que se sitúa todavía en los principios de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944. Ahí es donde está el error. Nadie hoy, ni ustedes ni nosotros, cree en ese dogma. Cualquiera que conozca la historia de nuestra asistencia sanitaria sabe que eso que está en la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 y ya entonces no tenía vigencia práctica porque había nacido el seguro obligatorio de enfermedad, y hoy, con una Seguridad Social que cubre al noventa y tantos por ciento de la población, donde está ese dogma de la autosuficiencia individual. En él ya no cree nadie. El único que cree es el proyecto y la exposición de motivos. Pienso que eso perdura y que es la causa de nuestros males. La causa de nuestros males está ahora en todas las deficiencias del sistema público de salud que expulsa de su contexto, como señalaba el señor De Vicente con tanto acierto, a siete millones de usuarios que pagan la asistencia pública de la Seguridad Social, y a su costa sufragan otros servicios a través de entidades de seguro libre o de médicos particulares. Y eso es tremendo para estos señores que pagan dos veces, y como antes decía para aquellos que no pudiendo pagar dos veces tienen que conformarse con una asistencia pública que nosotros queremos que sea muy buena, que sea cada vez mejor. No es que queramos eliminar la asistencia pública. Queremos que sea mejor cada vez y se creen las condiciones objetivas para que sea mejor, eliminando esa concepción burocrática, intervencionista y estatizada, introduciendo también los efectos correctores de la libertad de los usuarios también en relación con la asistencia pública. Ese es el gran problema y la gran cuestión que tenemos entre manos. Hay que ganar ese plebiscito diario de los usuarios, que ahora lo estamos perdiendo, porque ahora son los usuarios los que están diciendo que no están conformes con ese sistema y que tienen que acudir a sistemas paralelos, aunque eso le suponga un gran sacrificio y desembolso económico. Ese es el gran reto que hay planteado. ¿Cómo se remedia ese gran mal de la asistencia sanitaria española? Nosotros creemos honradamente que sólo introduciendo unas grandes dosis de libertad real en el sistema, de libertad real y objetiva que exige la existencia de una pluralidad de ofertas en una sana competencia y los estímulos que eso comporta. Eso será lo que elimine el gran mal de nuestra situación, que es esa burocratización, esa deshumanización, esa masificación de la sanidad que se debe a esta concepción y a esta pervivencia de un modelo burocrático, centralista, intervencionista y deshumanizante. Esta es la realidad.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Le ruego concluya, señor Romay.

El señor ROMAY BECCARIA: Sí, señor Presidente.

Y creemos que esa libertad se tiene que dar dentro y fuera del sistema.

Creo que de alguna manera he respondido ya al señor Ministro, ya que me he referido al problema de los especialistas. Creo que el tema de los hospitales clínicos, señor Ministro, tampoco está resuelto. De verdad no es un problema de que las facultades de medicina dispongan de más hospitales, que la enseñanza de la medicina se tenga que hacer en algunos hospitales más y no en los tradicionales hospitales clínicos. Pero S. S. convendrá conmigo en que, en los grandes países del mundo, estos hospitales clínicos, los hospitales donde ejercen su profesión las personas acreditadas por el Ministerio de Educación como los docentes por antonomasia, son objeto de un tratamiento especial, se cuidan de una manera especial, porque de la enseñanza que den en los hospitales clínicos, en esos hospitales de las facultades de medicina, depende la calidad de la enseñanza y la calidad de la medicina y de la sanidad de un país. Y eso merece una gran atención. Es preocupante que esos hospitales se diluyan en el conjunto de los demás, perdiendo esa peculiaridad, esa identidad y esa singularidad que han tenido y que siguen teniendo en los grandes países del mundo.

En definitiva, señoras y señores Diputados, lamentamos que el proyecto del Gobierno no dé respuesta a estas grandes cuestiones. Por eso, pedimos su devolución, pero reiteramos nuestra disposición para encontrar una solución de equilibrio y consenso en este tema, que es un tema importante y un tema de Estado.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señor Romay.

Tiene la palabra el señor Molins.

El señor MOLINS I AMAT: Muchas gracias.

Señor Martín Toval, no todo consiste en leer; también es bueno escuchar. Yo he leído vuestras enmiendas del texto alternativo. Las he leído, como he leído las 301 enmiendas que hemos presentado. Convendrá conmigo en que el texto alternativo presentado por Minoría Catalana introduce, por lo menos, esas 301 enmiendas. Por tanto, nuestro texto alternativo es, al menos, distinto del texto del Gobierno en 301 puntos. Si a usted, señor Martín Toval, no le parece suficiente diferencia, a nosotros, sí.

He criticado —y de ahí, señor Martín Toval, que le diga que no sólo es bueno leer, sino que también es bueno escuchar— en mi intervención el proyecto del Gobierno porque dice pretender cosas que no consigue. He cuidado en mi exposición de resaltar el hecho de que la mayor parte de nuestras críticas hacia él venían de la mano de la exposición de motivos del propio proyecto de ley; es decir, de los objetivos que dice pretender. He intentado demostrar en mi intervención que el proyecto

del Gobierno no cumple sus propios objetivos; que no significa una reforma del modelo sanitario; que no consigue la universalización —y luego volveré a ello—, y que tampoco amplía las prestaciones. En cierta forma he denunciado lo que, con sentido del humor, podríamos llamar «hacerse trampas en el solitario». Siempre es feo hacer trampas, pero todavía es peor hacérselas a uno mismo. Lo que creo que no se puede hacer en la exposición de motivos —quizá redactada con motivo de anteriores borradores— es pretender decir unas cosas que, posteriormente, el propio articulado no da.

Señor Martín Toval, el sistema de financiación es algo —y lo he dicho en mi intervención— que excede las propias posibilidades de este proyecto. Intentar introducir, con una enmienda en nuestro texto alternativo, todo el sistema sanitario español dentro de los Presupuestos Generales del Estado y financiarlo a través del sistema fiscal general, convendrá conmigo que sería una pretensión excesiva para este Grupo Parlamentario, y siguiendo el mandato del señor Presidente titular del Parlamento, para evitar la melancolía, evitamos también los esfuerzos inútiles.

La universalidad. He dicho en mi intervención, señor Martín Toval, que sin variar el método de financiación es imposible conseguir la universalización de las prestaciones, la universalización a todos los ciudadanos, sin ir a los métodos que se utilizan en el proyecto, que vuelvo a repetir, me parece que ni ustedes ni nosotros los querríamos. Conseguir la cobertura de hasta el 97 por ciento de la población a base de que un 7 por ciento de ella lo sea a través del mecanismo de pobreza, me parece que, repito, ni ustedes ni nosotros tenemos ese concepto de la universalización. Es quizá, lo posible hoy, pero no es ese el concepto de universalización. El concepto de universalización es llegar a todos los ciudadanos, porque todos los ciudadanos, por el mero hecho de serlo, sin necesidad de ser ciudadanos pobres, tengan derecho a ese servicio.

El señor Martín Toval hablaba también y hacía referencia al tema de la libre elección de médico, en el sentido de que en Cataluña, donde teóricamente la Administración de la Generalidad tiene derecho a intervenir en ese tema, no se ha hecho por un Gobierno de idéntica ideología a la suya. Señor Martín Toval, usted sabe perfectamente que sin recursos poco se puede hacer, y particularmente en este campo, como lo demuestra lo que usted mismo acaba de afirmar respecto a la situación belga, donde la libre elección de médico va acompañada de un incremento del 25 por ciento en el pago de la prestación. Pero es más —y de esto me quejaba en mi intervención—, tras el proyecto, tampoco esa posibilidad quedará en el margen de actuación de esa Comunidad Autónoma en concreto.

En definitiva, señor Martín Toval, seguimos encontrando al proyecto los mismos defectos que decía en mi intervención anterior. Perpetúa el sistema actual; la universalidad que se consigue se logra por métodos —como he intentado demostrar— erróneos; no incrementa las prestaciones; no satisface al usuario; supone poco o nulo respeto a la capacidad legislativa de las Comunidades Autóno-

mas, como antes dije, que podrán legislar sólo a partir de las circulares del Ministerio. Sin embargo, a pesar de ello, señor Martín Toval, reitero nuestra apertura al diálogo y lamento no haber escuchado idéntico ofrecimiento por su parte en su intervención.

Señor Ministro, cada cual es responsable de sus actos y también de lo que dice aquí y en la Prensa. Precisamente porque sé lo que sé, he dicho lo que he dicho y lo reitero. La ley no nos gusta por las razones que he dado. Pretendemos mejorarla y de ahí nuestra explicitación de disponibilidad al diálogo. Le digo lo mismo que al portavoz del Grupo Parlamentario al que usted pertenece. Siento no haber oído la misma disposición al diálogo por parte de S. S. Espero que no sea por conocer cosas que yo desconozco y, en concreto, espero que no sea porque exista falta de voluntad por su parte.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señor Molins.

Tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, señor Martín Toval, cuando ha iniciado su intervención de réplica me ha recordado a los «popperianos» que se dedican a «falsacionar». Respecto de la afirmación de que todos queremos la Sanidad, que se haga una ley de Sanidad pero como no todos los grupos la apoyan, es que los otros grupos no quieren que se haga esta ley, francamente este planteamiento no sé si es «falsacionista» (*Risas.*) o es ingenuista.

Señor Martín Toval, usted comentaba cómo se asombraba de nuestra enmienda a la totalidad y de nuestras argumentaciones y decía que esta enmienda a la ley está pivotada sobre estructuras organizativas. Señor Martín Toval, creo que no nos hemos entendido. Yo he dejado claro en el debate que una ley básica, y máxime dictada desde el Gobierno, tiene competencia para coordinar y establecer las leyes básicas. A este respecto le voy a leer una sentencia del Tribunal Constitucional, que dice: «Básico se entiende como común denominador normativo a partir de cada Comunidad Autónoma. En defensa de sus propios intereses generales podrá establecer las peculiaridades que le convengan».

Señor Martín Toval, una ley básica de Sanidad, como tal ley básica, ha de tener un común denominador, pero no estructurarse o pivotar sobre una estructura organizativa. Estos son unos medios que pueden utilizar las diferentes Comunidades Autónomas como estrategia para llegar a unos fines, pero, vuelvo a decir, la estructura organizativa es un medio para llegar a un fin. Los fines son los que tienen que estar bien precisos en una ley básica de sanidad, que es de lo que carece esta ley. Esta es una ley rígida y estructural pero no es una ley funcional puesto que no se establecen fines. Y, vuelvo a decir, una ley básica que se fundamente en la estructuración organizativa y con ello organice las estructuras de todas las Comunidades Autónomas sin tener en cuenta sus características de densidad, demográficas, etcétera, es una

ley rígida y es una ley aparte que no se atiene a lo que son las competencias de las Comunidades Autónomas. Por tanto, la filosofía de lo que es una ley básica de sanidad es totalmente diferente.

En cuanto a la estructura que ustedes dicen que debemos adoptar, coincidimos en el nombre, pero en el área y en el servicio de salud no coincidimos, porque el área que ustedes establecen, no coincide con la nuestra, ya que nos hace estructurar nuestro mapa de sanidad. Esto no quiere decir que dentro de nuestra estructura la función de nuestra política sanitaria es muy dispar a lo que ustedes dejan claro en este proyecto de ley.

Señor Martín Toval, decía, no a mi Grupo, sino al señor Molins cuando hablaba de la financiación, que no estaba financiado por la LOFCA, que, por supuesto, era por los Presupuestos Generales de la Seguridad Social, por la Caja única. Quiero recordarle que este tema lo ha despachado muy rápidamente y hasta, quizá, un poco alegremente. El Estatuto del País Vasco contiene una disposición transitoria quinta que habla de un convenio de la Seguridad Social, no esta generalización que ha hecho usted en cuanto a la financiación. Desearía que lo tuviera en cuenta para el despacho de estos posicionamientos.

Señor Ministro de Sanidad, usted ha comenzado su intervención diciendo que han sido unas críticas muy flojas la hechas en esta tribuna. Francamente, si es crítica floja no coincidir en el espíritu de la ley, esto ya es ininteligible. Cuando uno interviene o presenta una enmienda a la totalidad y da su argumentación, no consiste en criticar puntualmente, sino en dejar clara la filosofía de por qué no se está de acuerdo con la ley de sanidad o con este proyecto básico de sanidad. Por tanto, no es que sean críticas flojas, sino no coincidir con la filosofía de esta ley. En consecuencia, señor Ministro, me parece poco sería la argumentación que usted ha dado de que nosotros tenemos una estructura organizativa de áreas y de servicios de salud. Vuelvo a repetir lo dicho al señor Martín Toval: estos son los medios que las Comunidades Autónomas adoptarán para organizarse y para llegar a los fines que esta ley básica de sanidad debía haber concretado y no lo ha hecho, precisamente, porque lo que ha hecho ha sido organizar la estructura, que no se adaptará nunca a las Comunidades Autónomas, porque hace un traje común para todas ellas.

Gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señora Gorroño.

El señor Rodríguez Sahagún tiene la palabra.

El señor RODRIGUEZ SAHAGUN: Señor Presidente, señorías, señor Ministro, efectivamente, como decía la señora Gorroño, el Ministro ha subido aquí, y, tras agradecer el tono de nuestra intervención, ha despachado la contestación con una faena de aliño limitándose a decir que, como él se esperaba, las críticas han sido flojas. Señor Ministro, lo que me parece flojo aquí es la ley.

En relación con mi intervención ha dicho que lo que pido simplemente es que se aumenten los Presupuestos.

Me temo que usted no me ha escuchado, y lo siento, porque había muchos elementos de reflexión. Lo que yo he dicho es que ni se cumple el mandato constitucional del artículo 43, ni se respetan las autonomías, ni se van a corregir las desigualdades, ni se tienen como eje unos principios sólidos de cualquier planteamiento de reforma sanitaria, ni se considera la actitud de los médicos, ni se ha evaluado el coste, ni se sabe cómo se va a financiar y se plantea un modelo de un sistema regresivo injusto e insolidario de financiación.

Señor Ministro, todo eso se lo he dicho desde el convencimiento de quien piensa que este proyecto no se puede mejorar con simples enmiendas, y se lo he dicho en la esperanza de que esos elementos de reflexión le sirvieran para prevenir, como terminaba mi intervención, y retirara usted el proyecto o el anteproyecto, porque todavía no sabemos muy bien de qué se trata, entre otras cosas para abrir el diálogo. Porque hoy yo me he enterado aquí de que usted ha dialogado con mucha gente. Puede ser, pero ha habido minorías en esta Cámara, parlamentarios, representantes del pueblo español con los que no ha habido ningún diálogo.

Como yo creo que es válido lo de la cuestión de Estado que desde esta tribuna se han mencionado numerosas veces por portavoces socialistas en legislaturas anteriores refiriéndose a los temas de sanidad y que hoy recordaba el portavoz de la derecha conservadora: este es un tema que es cuestión de Estado; como estoy seguro de que el Partido Socialista no es que cambie de opinión según esté en la oposición o en el confort de una mayoría parlamentaria; como estoy seguro también, señor Ministro, de que eso no es así, de que usted no desprecia a las minorías, ¿qué es lo que pienso? Pienso que no ha habido diálogo, porque en el fondo creen que no se va a aplicar esta ley. Por eso no ha habido diálogo y por eso no existe en la ley un solo compromiso político.

En cuanto a la humanización —no se vaya, señor Martín Toval, que ahora le contestaré— (*Risas.*), señor Ministro, le he puesto un ejemplo. La forma de redactar el apartado 9 del artículo 9 no es un ejemplo de humanización. El que por el simple hecho de rechazar un tratamiento un enfermo tenga que someterse a ser despedido del centro correspondiente, no me parece un ejemplo humanitario.

Señor Martín Toval, le recordaba el otro día que ustedes son capaces de vender neveras a los esquimales (*Risas.*), y hacen muy bien, porque están en su legítimo derecho, tienen capacidad para ello y así aumentarán las exportaciones. Lo que no puede hacer es practicar el maniqueísmo, aunque se le dé bien; lo que no puede hacer es atribuirme palabras que yo no he dicho, y le desafío a que confronte el «Diario de Sesiones» a ver si yo he manifestado que en tres años no se ha hecho nada; no lo he dicho, en absoluto. Lo que he dicho es que a lo largo de estos tres años la política de sanidad no ha sido una prioridad de este Gobierno, y lo he demostrado con cifras. Mientras los gastos sanitarios han aumentado sólo el 30 por ciento, el presupuesto de la Seguridad Social del Estado ha aumentado el 45 por ciento del año 1982 al

1985, y los gastos del presupuesto del Estado han aumentado un 75 por ciento. No han bajado, efectivamente, ni nadie lo ha dicho, los gastos sanitarios, no han bajado en términos monetarios, porque en términos constantes, señor Martín Toval, sí que han bajado, hasta el extremo de que el gasto sanitario por persona ha pasado, en pesetas constantes, de 20.580 a 17.600 del año 1982 al 1984. Yo creo que usted no se lo ha leído, ha hablado de que muchos documentos no se han leído, pero yo siempre he procurado leer todos los documentos que me remiten los Ministerios, porque creo que detrás de ellos, aparte de una voluntad del Gobierno, hay un trabajo de toda una serie de gentes. Usted ha mencionado como prueba de que no se ha bajado el gasto de la cifra del cinco y pico por ciento sobre el PIB en el que estamos en el momento actual. De acuerdo con la Memoria del Plan Cuatrienal, esos datos del Ministerio que, por cierto, figuran referidos al año 1982, era del 6,3 por ciento del PIB. Señor Martín Toval, podríamos hacer una apuesta, pero no vamos a entrar en discusiones en este punto.

Detrás de todo este proceso, ¿qué es lo que hay? No existe una auténtica reforma. Esta Ley no reforma la sanidad y no da respuesta a las necesidades sanitarias de los españoles. Lo que yo he pedido y sigo pidiendo, y por eso la petición de devolución, es que se conceda la prioridad que debe corresponder a la protección de la salud de todos los españoles en un sentido amplio, no sólo en el sentido simplista con que se habla de la salud en esta ley cuando se afirma en la Memoria que va a recoger todos los aspectos de la salud. La salud es mucho más amplia que el concepto que aquí se interpreta. La salud, por ejemplo, es política de rentas, es política de jubilaciones, es política de empleos, es política de tantas y tantas otras cosas.

En cualquier caso, anuncio que si se aprueba esta ley nosotros no la apoyaremos. Anuncio que si se aprueba, esta ley no configurará un marco ni progresista ni moderno de la sanidad pública española.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señor Rodríguez Sahagún.

Tiene la palabra el señor Martín Toval.

El señor MARTÍN TOVAL: Señor Presidente, para referirme brevemente a los temas tratados en este trámite de réplica por los diferentes intervinientes, aunque quizá no a todos, porque seguramente me dejaré algo.

El señor Romay ha vuelto a reiterar el tema de que el burocratismo existe, lo que yo ratifico, aunque ha habido medidas que lo han mitigado, entre otras la libertad de elección que, como sabe, ya se puede hacer en el mismo ambulatorio, cosa que no pasaba anteriormente. Se mitiga mucho más en la medida en que se integra en el sistema nacional de la salud y, por tanto, se produce la descentralización de la gestión a cada unidad y área de salud. Pero ello se opone a la libertad de opción médica.

Como usted bien sabe, la libertad de elección de médico y de centro es un sistema ilimitado tal como está en el proyecto. Es un sistema —como él sabe— que en el con-

texto europeo sólo existe en Bélgica y le reitero que hay que pagar un 25 por ciento de la tarifa correspondiente cuando se elige médico distinto al que se tiene en la lista de la correspondiente caja aseguradora. El resto de países no tienen esa libertad de elección absolutamente libre. En Francia es más cara, y no entremos en ese tema. En Alemania se elige mediante la lista de caja aseguradora. Italia e Irlanda eligen regional y territorialmente. Siempre existe algún nivel de limitación y lo que dice la ley es que el desarrollo normativo dirá qué se hará de la libertad de elección, si bien indica que, en todo caso, ese ámbito debería extender su red de salud a ciudades de más de 250.000 habitantes. Esa es una realidad en la que coinciden la mayoría de los Grupos Parlamentarios.

Otro tema que ha planteado de nuevo es el del gasto sanitario. Podría hacer dos referencias, si me permite, al gasto sanitario. Como usted sabe, todas las cifras son discutibles desde perspectivas diferenciadas. ¿Cuál es el problema fundamental del gasto sanitario en España, señor Romay? Le voy a citar uno de los problemas fundamentales. El gasto sanitario en España tiene un componente de gasto farmacéutico del 22 por ciento y se ha rebajado en los últimos ejercicios. ¿Sabe cuál es la media europea? Entre el 8 y el 10 por ciento. Pero ustedes no hablan de ese problema, que es importantísimo en la política sanitaria de este país. Le voy a dar otro elemento más con relación al gasto. La red hospitalaria pública y privada —esa que ustedes quieren que entre en competencia libre que permita la mejora del servicio— en un 22 por ciento del país es privada y en un 90 por ciento está financiada con fondos públicos. (*El señor Romay hace gestos al orador.*) Financiada con fondos públicos, con conciertos públicos, etcétera, idénticos a los que existían anteriormente, y lo que se pretende en la ley es un proceso de vinculación que permitirá, justamente, el que aquellos centros que sean rentables socialmente —no para su titular, entendámonos, para la salud— puedan integrarse en el sistema.

Yo reitero, señoría —y no es mi ánimo peyorativo—, que su planteamiento en el fondo —no digo que el suyo personal, señor Romay— es sinceramente regresivo. Ustedes con su planteamiento rompen el sistema público de protección sanitaria en este país. No es un problema de palabras, señor Romay. Su texto alternativo no habla nunca de salud integral ni de prevención de la salud. Ustedes crean y mantienen hospitales monográficos. Ustedes mantienen hospitales siquiátricos, los tradicionales. Ustedes no prevén la posibilidad de trabajo en equipo en el ámbito sanitario. Por tanto, no están en el ámbito de lo moderno, sin ideologías, sanitariamente hablando. Están en el ámbito del regreso sanitario.

Respecto al planteamiento que ha hecho el señor Molins, es igual. Señor Molins, sé que no se lo había leído, porque si no, no lo hubiera citado tan enfáticamente. Señoría, lo cierto es que su texto, por la razón que fuere —en la cual no entro—, tiene coincidencias sustanciales con el proyecto del Gobierno, lo cual hace que no se entienda demasiado bien, señor Molins, de verdad se lo digo, que ustedes digan que el proyecto de ley del Go-

bierno no permite la reforma sanitaria, salvo que no estén por dicha reforma. Pero se inicia su discurso enfatizando: estamos por la reforma sanitaria y el proyecto del Gobierno no lo está, y el texto de ustedes es idéntico, hay una contradicción en los términos. Es idéntico en un 91 por ciento, señor Molins. A lo mejor hay 300 enmiendas entre comas, peros y preposiciones, que permiten modificar el proyecto del Gobierno. En todo caso, esa es la constatación de la realidad.

En relación con otro tema que yo he planteado, usted dice que la libre elección de médico, tal como se ha regulado en el conjunto de España, no es posible en Cataluña, porque hacer política significa tener fondos. Los fondos económicos son fundamentales para la acción política, en eso estoy absolutamente de acuerdo. La buena gestión financiera y presupuestaria es básica para hacer una política adecuada, y no voy a referirme a aquello que todo el mundo piensa. Voy a referirme a otro caso que también afecta a la gestión de Cataluña, porque también ha sido citado recientemente en esta Cámara y no ha sido contradicho, y conviene que lo sea. Por ejemplo, se ha dicho que la Seguridad Social va mal porque no se controlan las ILT, las incapacidades laborales transitorias, o bajas por enfermedad en la terminología antigua.

Pues miren, señorías, en la relación 84-83 el porcentaje de bajas producidas por ILT, en España en su conjunto, incrementó el 8,85 por ciento. España sin Cataluña, el 8,46 por ciento. Cataluña sola, aislada, el 10,6 por ciento. ¿A quién corresponde el control de las bajas por ILT en Cataluña? Al INSALUD catalán, que ahora no es el INSALUD, y depende del Gobierno de la Generalidad.

La buena gestión presupuestaria, sin duda, es un arma o instrumento básico para la buena acción política, y no entro en otro tema más profundamente sanitario, porque al parecer hoy nadie quiere entrar en él.

En cuanto a la disposición al diálogo con su Grupo, señor Molins, yo no podría enseñarle cartas cruzadas entre el señor Ministro y el Grupo Popular. Como he indicado, puedo enseñar, porque son públicas, notas de prensa del «conseller» correspondiente y del Ministro de Sanidad en las que hay coincidencias básicas en esto, en aquello y en lo de más allá. Por tanto, no sólo hay disposición, sino que se ha llegado al final. La disposición ha dado sus frutos, pese a que ustedes mantienen enmiendas de devolución y de texto alternativo.

Señora Gorroño, le tengo que decir que siento que mis palabras iniciales le merezcan ese calificativo. Creo que no lo merecen. Era simplemente una disgresión que quería introducir más suavemente en mi discurso inicial, porque no me negaré, en todo caso, que es ciertamente contradictorio que todo el mundo esté por la reforma sanitaria y que cuando existe la posibilidad de tener una ley, se quiera devolver al Gobierno. Algo de contradicción existe, aunque a lo mejor estoy malversando las palabras de otros.

Señora Gorroño, usted lee la parte de la sentencia que le interesa. ¿Qué son bases para el Tribunal Constitucional, señora Gorroño? Según la sentencia del Tribunal Constitucional 32/1983, de 28 de abril —por citar aquella

que hace referencia a un conflicto planteado por el Gobierno vasco—, son bases lo que la Constitución persigue al conferir a los órganos generales del Estado la competencia de fijar las bases en una materia determinada; es que tales bases —y hasta aquí es lo que usted ha ido leyendo— tengan una regulación normativa uniforme, de vigencia en toda la nación, porque con ella se proporciona al sistema normativo —en este caso el de la sanidad nacional— un denominador común —decía usted— a partir del cual cada Comunidad podrá desarrollar sus propias competencias. Pero sigue y concreta más qué son bases y dice: ocurre que, en algunas materias, ciertas decisiones y actuaciones de tipo aparentemente coyuntural, que tienen como objeto la regulación inmediata de situaciones concretas, pueden tener, sin duda, un carácter básico por la independencia de éstas en todo el territorio nacional y por su incidencia en los fundamentos mismos del sistema normativo. Así se interpretó que ocurre dentro del campo económico por lo que concierne a la concreción e incluso la cuantificación de medidas contenidas en la regulación básica del crédito. Y así sucede también en el ámbito de la sanidad, donde determinadas medidas, concretas, por su contenido, pero necesariamente generales en cuanto a su ámbito territorial de eficacia, son inseparables de otras medidas de ordenación normativa básica. Perdonen ustedes que haya leído un texto tan largo, pero es que, a veces, da la impresión de que, efectivamente, hay una cierta disposición a aceptar según qué sentencias del Tribunal Constitucional y según que otras no.

Le aseguro, señora Gorroño, que el proyecto de ley pretende —y en todo caso con la ley intentaremos que todos entiendan qué es lo que pretende— una lectura claramente favorable a las competencias de las Comunidades Autónomas diseñadas en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en la interpretación del Tribunal Constitucional en estas sentencias sobre lo que son las bases, coordinación general y alta inspección.

Al señor Rodríguez Sahagún simplemente indicarle que es cierto, y así se me confirma, que su partido político no ha tenido acceso directo a una relación de posible planteamiento de alternativas a lo que han sido los diferentes anteproyectos que este proyecto de ley de sanidad ha tenido. Le aseguro, sin duda, y usted podrá ratificar esto que estoy diciendo con la experiencia de otras ocasiones, que el Grupo Socialista resta abierto a todas las formaciones políticas aquí presentes y a todos los Grupos, obviamente, pero en su caso y por lo que hace al Grupo Mixto, a fin de hacer posible que aquellas enmiendas que no contradigan en lo esencial lo que es el proyecto del Gobierno prosperen. Digo esto, porque hay enmiendas, y miro a la derecha, porque son fundamentalmente las firmadas por el Grupo Popular, que contradicen de manera flagrante lo que el proyecto de ley propone y por eso son de difícil integración en un proyecto que, queriendo ser de todos, sin duda tiene que tener claramente una connotación con lo que es el programa del Gobierno o el programa del Partido que está gobernando. Le aseguro —repito—, señor Rodríguez Sahagún,

que nos encontrará al Grupo Socialista con la misma disposición que tengamos hacia otros Grupos o formaciones políticas, porque, efectivamente, creemos que es posible, con el esfuerzo de todos, pero naturalmente con la base de abandonar también, de alguna manera, todos los pruritos particulares respecto a tal o cual tema, conseguir una Ley de Sanidad que, siento de todos, sea asumida por todos los que han de aplicarla y han de soportarla, sufriendo, si quieren ustedes, las consecuencias beneficiosas de esa reforma, que es lo que todos deseamos.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Para fijar su posición en el debate, en nombre del Grupo Parlamentario Centrista, tiene la palabra el señor Núñez.

El señor NUÑEZ PEREZ: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, los discursos de los señores Ministros de presentación de los proyectos de ley suelen darnos más ideas y no sé si decir que enriquecen lo que teníamos previsto decir aquí, pero, por lo menos, sí lo amenizan. Decía el señor Ministro en su discurso de presentación que nadie hasta ahora había presentado una Ley de Sanidad. Tiene usted razón, señor Ministro; no se ha presentado ninguna Ley de Sanidad, ni siquiera lo que usted ha presentado al Congreso se puede llamar así. La primera enmienda que ha presentado nuestro Grupo Parlamentario es sencillamente cambiarle la denominación. Creemos que el proyecto no puede titularse «Ley General de Sanidad», sino que el título que le conviene, el que más le acomoda, sería Ley de Reforma de las Estructuras Sanitarias. Por tanto, efectivamente, nadie en esta etapa democrática ha presentado una ley de sanidad.

También ha dicho el señor Ministro que entre las muchas razones que justificaban la presentación de esta ley estaba la de acomodar la Ley de Sanidad de 1944 a la Ley de Seguridad Social de 1970. Señor Ministro, yo no sé si estuvo usted aquí en el debate del otro día sobre la reforma de las pensiones, pero a esta ley la dejaron todos los Grupos hecha unos zorros. Por tanto, si usted quiere acomodarla a esta ley, mal va a ir la nueva Ley de Sanidad.

¿Por qué nuestro Grupo no ha presentado una enmienda transaccional ni una enmienda de texto alternativo? Mire usted, nosotros somos muy respetuosos con el parecer mayoritario, casi unánime, de la Cámara de Diputados, y la Cámara de Diputados aprobó a finales de 1979 una resolución que decía exactamente que la reforma sanitaria (es el epígrafe número 21) debería hacerse con los criterios de progresividad y evaluación. Señalaba en un párrafo que fue aprobado y que figuraba en todas las mociones presentadas por todos los Grupos Parlamentarios que la implantación progresiva en todo el territorio nacional de la reforma sanitaria contenida en el presente documento, etcétera, se estima que ha de ser completada en el plazo de ocho años, ya que de no ser así los supuestos que han servido de base a la presente reforma podrían haber perdido su validez. Nuestro Grupo piensa que esto sigue siendo válido y, por tanto, la reforma sanitaria, de la que forma parte fundamental esta Ley Gene-

ral de Sanidad, debería tener en cuenta que en este tema, más que en ninguno, la gradualidad y sobre todo la evolución deberían ser premisas a tener en cuenta antes de presentar en el Congreso un proyecto como el que estamos debatiendo ahora.

También ha dicho el señor Ministro que ha hablado con todos los Grupos políticos. El señor Rodríguez Sahagún ya ha apuntado algo sobre este tema; con nosotros no ha hablado el señor Ministro. Hemos presentado unas cuantas enmiendas que, a lo mejor, antes de presentarse el proyecto de ley hubieran sido válidas, o, al menos, los criterios que han presidido la presentación de las mismas, para que el proyecto hubiera venido de otra manera.

En todo caso, repito, nuestro Grupo está de acuerdo fundamentalmente en la necesidad de reformar el sistema sanitario, dentro del marco constitucional, y dentro de este marco, cada partido político debe ofrecer el modelo correspondiente.

Para nosotros, la reforma debe basarse en el papel creador y vitalizador de la sociedad, limitando hasta lo posible la intervención del Estado. Del conjunto de nuestras, aproximadamente, 150 enmiendas, claramente se desprende nuestra preocupación por defender y potenciar la complementariedad de los objetivos públicos y privados y de implementar un sistema asistencial mixto, acorde con el modelo económico consagrado en la Constitución y garante de la libertad de elección del enfermo respecto del centro sanitario público o privado.

Nuestra Constitución, en el artículo 41, señala que la asistencia y prestaciones complementarias serán libres, y ello debe entenderse inexcusable e inevitablemente relacionado con el artículo 38, regulador del principio de libre empresa.

En consecuencia, en materia sanitaria la existencia de un sistema público no hace necesario el monopolio de la gestión pública, que es contrario al texto constitucional y que no se compagina con las reales necesidades de nuestra sanidad. Es más, a nuestro entender, la citada frase del artículo 41 de la Constitución: «La asistencia y prestaciones complementarias serán libres» tiene unas consecuencias jurídicas claves y terminantes, pues supone ni más ni menos que la exclusión del monopolio estatal. ¿Qué modelo, qué sistema han elegido los redactores del proyecto? ¿Qué modelo, qué sistema ha elegido este proyecto de ley?

Voy a recordar unas palabras de nuestro ilustre y querido compañero, Don Ciriaco de Vicente, que sirven a este respecto de punto de partida y de punto de reflexión. Decía el señor Ciriaco de Vicente en un debate producido en esta Cámara en mayo del año 1980: Para los socialistas significa dejar bien sentadas —habla de modelos sanitarios— las bases para construir un nuevo modelo sanitario. Por tanto, las bases son la clave fundamental del modelo que se pretende establecer, la clave fundamental de un sistema.

A nuestro juicio, el modelo que se pretende establecer con esta ley es un sistema desfigurado y difícilmente clasificable, concebido sobre unas premisas ideológicas en

las que parece que se da un protagonismo excesivo a los poderes públicos en detrimento de los derechos y libertades de los ciudadanos, aunque luego el propio proyecto no es fiel a este modelo y nos ofrece multitud de ejemplos contradictorios en los que no voy a entrar para no cansar la atención de la Cámara.

Pero lo más grave del proyecto es que no cumple el mandato constitucional contenido en el artículo 43 que obliga a los poderes públicos a organizar un servicio público cuya ley constitutiva —que puede ser ésta— establecerá los derechos y deberes de todos.

En el proyecto se detectan en este punto lagunas importantes en la regulación de estos derechos y deberes de los ciudadanos en la salud y en la enfermedad. No vamos a detenernos en ellos, porque ya han sido señalados por los Diputados que defendieron enmiendas a la totalidad, y con algunos de los cuales está nuestro Grupo de acuerdo. Lo que sí podemos decir es que, efectivamente, en un brevísimo inventario de lagunas que faltan, a las cuales voy a hacer referencia de modo genérico, destacan la falta de regulación con rigor —salvo declaraciones retóricas que en la Ley se contienen—, la prevención de la salud, la higiene pública, la medicina del trabajo, la asistencia curativa, la medicina rehabilitadora, la reinserción social, la asistencia psiquiátrica, la asistencia farmacéutica, la sanidad veterinaria, la investigación y la docencia sanitarias, el marco económico y empresarial sanitario, las condiciones socio-laborales de la sanidad, la medicina preventiva, etcétera, etcétera. No vamos a detenernos en el examen de todos ellos, no resaltaremos tampoco la vaguedad e imprecisión del texto enviado por el Gobierno cuando trata de definir y de determinar la naturaleza jurídica del llamado sistema nacional de salud. Faltan también en el proyecto las bases a partir de las cuales pudiera concretarse un estatuto del administrado, y se complican más las cosas si nos detenemos en el análisis de las bases de partida para el estatuto del personal sanitario.

Como lógica consecuencia de la indefinición del modelo a establecer, no se contempla tampoco en el proyecto un sistema de relaciones entre la Administración y los centros sanitarios privados; se olvida de regular con precisión y valentía el derecho fundamental que ha de tener el ciudadano en virtud del principio de libre elección de médico y centro sanitario, limitándose a hacer declaraciones retóricas sobre temas tan trascendentales que si hubieran tenido el reflejo normativo preciso nos hubiéramos atrevido a calificar de inconstitucionales.

En definitiva, este proyecto marca una continuidad del sistema vigente que a nadie gustaba, que todos estábamos de acuerdo en modificar, según quedó claramente expuesto en la resolución de 1979. Yo utilizaría una vez más las palabras de don Ciriaco de Vicente cuando calificó una pretendida reforma del Ministro Rovira de chapuza continuista. Pues bien, esta calificación —utilizando estas palabras de don Ciriaco de Vicente— sirve para este proyecto, pero no se acomodaba a aquél, porque era un proyecto más modesto que no pretendía más que establecer las primeras piedras de la reforma y no hablaba

con ampulosidad de una ley general de sanidad, sino que simplemente trataba de establecer las bases de una reforma que fue calificada así. Yo, con su permiso, utilizo esas palabras del señor Diputado para calificar el proyecto que ahora nos ocupa.

Yo pienso que, efectivamente, este proyecto de ley supone un retroceso respecto a la resolución del año 1979 aprobada por todos los grupos de esta Cámara. Pienso que hubiera sido mejor —lo digo con toda honestidad— hacer un ejercicio de humildad y reconocer que la citada resolución de 1979 era y es más realista, y haber utilizado esos ocho años que concede para hacer, con gradualidad pero con sentido general, la necesaria reforma de la sanidad en España. Ya sé que eso supondría rebajar el capítulo de promesas cumplidas en la próxima campaña electoral, pero una más no se notará mucho.

Ahora me van a permitir, señor Presidente, señorías, que me detenga unos minutos en lo que consideramos punto clave del proyecto. (*Rumores.*) No he cumplido todavía mi tiempo, señores. (*Rumores.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señor Núñez, si retira los papeles de la lamparilla roja, la verá encendida.

El señor NUÑEZ PEREZ: Se me ha pasado el tiempo con mucha rapidez. En todo caso, señor Presidente, le ruego de su generosidad que me permita exponer las ideas que tenemos sobre el tema.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Concluya, señor Núñez.

El señor NUÑEZ PEREZ: Sin duda, el problema de la financiación fue uno de los más candentes y de más difícil solución para los tres Ministerios afectados, el Ministerio de Economía y Hacienda, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Sanidad y Consumo, y ello se refleja en el propio texto del proyecto del Gobierno, que es en este punto un ejemplo asombroso de contradicción.

Prevé el proyecto, por un lado, que la financiación de la sanidad pública continúe básicamente como hasta ahora, es decir, a través de los Presupuestos Generales del Estado, a través de la Seguridad Social, a través de las Comunidades Autónomas y Corporaciones locales, con el agravante de que al ir produciendo nuevas transferencias del INSALUD a las Comunidades Autónomas se introduce una nueva distorsión en el reparto de fondos procedentes de la Seguridad Social.

Por otro lado, prevé el proyecto, en la disposición adicional primera, número 2, que el régimen económico y de financiación de las prestaciones específicas de la Seguridad Social se regirán en todo caso por las normas generales de ésta última para el conjunto del Estado; es decir, las prestaciones sanitarias que no sean realizadas por la llamada medicina libre o privada se seguirán pagando por la Seguridad Social.

Nos preguntamos lo siguiente: ¿Hasta cuándo van a

coexistir estos dos modelos financieros que por principio son incompatibles? Porque eso nos lleva a la siguiente cuestión: ¿La asistencia sanitaria es una prestación de la Seguridad Social o es un servicio público abierto a todos los ciudadanos? Saquen SS. SS. las consecuencias al contestarse a esta trascendental pregunta; y digo que sean SS. SS. quienes lo hagan porque el proyecto no saca las consecuencias.

También son incompatibles estos dos modelos con los objetivos de ahorro o equilibrio financiero que justificaba el proyecto de ley de reforma de las pensiones que estamos dictaminando estos días en la Comisión de Política Social y Empleo. Y son incompatibles también con una interpretación sistemática y rigurosa de la Constitución. Cuando la Comisión Mixta Congreso-Senado corrigió la redacción del artículo 41 suprimiendo la alusión a las prestaciones sanitarias, lo único que hizo fue separar sistemáticamente de la Seguridad Social todo lo concerniente al derecho a la salud y las prestaciones para satisfacerlo.

Tratando de averiguar las intenciones y las razones de los redactores del proyecto me he encontrado con varias explicaciones de algún miembro de la Comisión redactora del mismo que no tienen desperdicio y que, contando con la paciencia de SS. SS. voy a tratar de decírselo. (*Rumores.*) Lo siento mucho por su paciencia, pero voy a tratar de decírselo. (*Rumores.*) Reconoce —como no podía ser menos— que el proyecto no determina el año en que quedará concluido el modelo de financiación que configura la ley; ello dependerá de la coyuntura económica de los próximos años —declara uno de ellos— ¡Largo nos lo fiáis! La Seguridad Social irá perdiendo peso en la financiación de la sanidad —continúa el declarante—; partiendo del sistema actual de financiación mixta de la Seguridad Social por cotizaciones y subvenciones estatales el proyecto trata de llegar a un sistema en el que la totalidad de la financiación se haga con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones locales.

Ya vimos por declaraciones del Ministro en su discurso que esto es lo ideal pero que es lo inalcanzable. Por tanto, ahora nos damos cuenta por qué figura en una disposición adicional y no en una disposición transitoria lo que se ha calificado por los propios redactores del proyecto como algo de naturaleza transitoria...

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señor Núñez, le reitero el ruego de que concluya.

El señor NUÑEZ PEREZ: Voy a ver si termino lo más pronto posible. (*Risas.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): No es eso lo que le pide la Presidencia.

El señor NUÑEZ PEREZ: Terminaré rápidamente.

Había demostrado, pienso, o trataría de demostrar la irracionalidad del sistema al coexistir, en realidad, dos sanidades públicas, la del Estado y la de la Seguridad

Social, con regímenes funcionariales y de personal y presupuestario totalmente distintos, y con dos redes hospitalarias y ambulatorias ni siquiera complementarias.

Por otra parte, el presupuesto del INSALUD ha estado, en términos reales, congelado desde 1978 (y aquí, señor Ministro, le voy a echar una mano), al verse acuciada la Seguridad Social por el desmedido incremento de las prestaciones económicas que han absorbido íntegramente los incrementos habidos, incluida la creciente participación del Estado en la financiación de la Seguridad Social.

Esta especie de subsidiariedad del INSALUD respecto de las prestaciones económicas se ha traducido en un paulatino deterioro de las instituciones sanitarias de él dependientes y en la casi nula posibilidad de afrontar las inversiones necesarias, no sólo para la adecuada cobertura del territorio nacional, sino ni siquiera para el mantenimiento y reposición precisos.

En la actualidad, y usted lo recordaba esta tarde, señor Ministro, únicamente Cataluña y Andalucía han recibido la transferencia de los servicios del INSALUD, mientras que la casi totalidad de las Comunidades Autónomas, incluidas las dos anteriores, tienen transferidos los servicios de la antigua AISNA, siendo difícil, por tanto, en esta situación una gestión mínimamente racional de la sanidad pública.

Aun contando con que las transferencias del INSALUD se realicen a ritmo rápido, ello no va a suponer, con la actual estructura financiera, sino un agravamiento de la irracionalidad. El que el proyecto de ley prevea como normal financiación de los que denomina servicios de salud de las Comunidades Autónomas a través de los presupuestos de cuatro administraciones públicas, habla por sí solo de la falta de racionalidad de este planteamiento, y ello sin entrar en los previsibles conflictos de competencias y la dificultad de una coordinación que hasta ahora, según el propio proyecto de ley, ha sido un mito más que una realidad, y ello sin existir entonces las Comunidades Autónomas.

Parece, pues, que una solución racional, dejando aparte la red sanitaria de las corporaciones locales que por su especialidad y menor tamaño sería más difícil de coordinar, consistiría en que el INSALUD, tanto lo ya transferido como lo pendiente de transferir, se financiara íntegramente con la aportación del Estado a la Seguridad Social que, en cuantía, viene a ser equivalente al presupuesto de aquél.

Solamente este hecho, señor Ministro, y usted lo sabe muy bien, introduciría por sí solo una gran racionalidad y permitiría una mejor asignación de recursos y una considerable simplicidad burocrática, que es uno de los temas que más le han achacado como defecto a este proyecto de ley.

Aunque rebase —y ya termino, señor Presidente— los términos de esta intervención, incluso hay que considerar la posibilidad del cambio de titularidad patrimonial de la red asistencial del INSALUD a favor de las Comunidades Autónomas, e incluso una integración de los diferentes cuerpos de la sanidad pública. Ciertamente, aun-

que el empeño es complicado, hay que intentarlo con imaginación y con el rigor precisos, y no con una ley que lo único que trata es de cumplir el trámite de decir sencillamente que en el inventario de promesas del programa electoralista del PSOE ya se ha hecho, y que, en definitiva, lo único que hace es no dar una respuesta adecuada a lo que nuestra Sanidad, a lo que el sistema sanitario exige.

Estamos buscando, como usted, señor Ministro, como ustedes, señores del Grupo mayoritario de la Cámara, como todos los Grupos porque esa es la intención que he querido ver y he visto en todas las intervenciones, que el bien de la salud sea disfrutado por todos y a los mayores niveles.

A ese objetivo, señor Ministro, es al que dedicaremos nuestros trabajos, y como esta ley seguramente va a seguir los trámites correspondientes en Ponencia y en Comisión, en esos trámites nuestro Grupo, a través de sus enmiendas, ofrece su más leal colaboración para que por lo menos esta ley que, repito, es de estructuras sanitarias y no una ley general de sanidad, pero en lo que ella es y en los límites en que nosotros la concebimos, sea la mejor posible.

Por todas estas razones, señor Presidente, señoras y señores Diputados, nuestro Grupo Parlamentario no tiene más remedio que votar favorablemente las enmiendas de devolución.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias, señor Núñez. *(El señor De Vicente Martín pide la palabra.)* Señor De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: El señor Núñez, en su enmienda ni de devolución ni de texto alternativo, ha realizado un juicio de valor sobre la persona del Diputado que habla en relación con un debate análogo en términos, a mi juicio, inexactos, al trasladarlos al presente y, por tanto, al amparo...

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): ¿Cuál ha sido el juicio de valor que ha pasado inadvertido a la Presidencia? *(Risas.)*

El señor DE VICENTE MARTIN: Aquel en que trayendo a colación palabras mías calificaba, certeramente por cierto, de chapuza un texto presentado por un Ministro

anterior, pretendía extrapolar las palabras y situar ese juicio de valor respecto del actual texto legal que debatimos en el artículo 71.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Efectivamente, como me temía, S. S. conoce muy bien el reglamento por su función, y no ha sido aludido en los términos del artículo 71, sino, conforme a doctrina ya sentada en ésta y en la pasada legislatura, ha sido citado, pero no aludido, ni su persona ni su conducta. No le doy la palabra.

El señor DE VICENTE MARTIN: Le ruego, si cabe, que pueda decir aquello de que conste en acta mi manifestación de discrepancia respetuosa con su señoría.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Que conste en acta.

Vamos a proceder a la votación de las enmiendas de totalidad y de devolución al Gobierno del proyecto de ley de sanidad, presentadas por los Grupos Parlamentarios Popular, Minoría Catalana, Grupo Vasco (PNV) y Grupo Mixto, suscritas por los señores Rodríguez Sahagún y Bandrés Molet.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 292; a favor, 114; en contra, 175; abstenciones, tres.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan, por consiguiente, rechazadas las enmiendas de totalidad y devolución al Gobierno de los Grupos Parlamentarios Popular, Minoría Catalana, Grupo Vasco (PNV) y Grupo Mixto, suscritas por los señores Rodríguez Sahagún y Bandrés Molet al proyecto de ley de sanidad.

Comunico a SS. SS. la previsión hecha por la Junta de Portavoces en cuanto al horario de la sesión de esta semana. El Pleno se reunirá mañana a las cuatro de la tarde y se suspenderá la sesión a las seis. Seguiremos con las enmiendas de texto alternativo a la Ley de Sanidad. El jueves habrá sesión por la mañana y por la tarde y el viernes hasta concluir el orden del día, en torno a la una o una y media de la tarde.

Se suspende la sesión.

*Eran las ocho y veinte minutos de la noche.*

**Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID**

**Cuesta de San Vicente, 28 y 36**

**Teléfono 247-23-00.-28008-Madrid**

**Depósito legal: M. 12.580 - 1961**