



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Año 1985

II Legislatura

Núm. 216

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GREGORIO PECES-BARBA MARTINEZ

Sesión Plenaria núm. 216

celebrada el miércoles, 12 de junio de 1985

ORDEN DEL DIA (continuación)

Debates de totalidad sobre iniciativas legislativas:

— **Del proyecto de Ley General de Sanidad (final).**

(Continúa el orden del día en el «Diario de Sesiones» número 217, de 13 de junio de 1985).

S U M A R I O

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

Antes de entrar en el orden del día, el señor Presidente, interpretando la opinión de los señores Diputados, expresa el sentimiento y la repulsa de la Cámara por los viles asesinatos terroristas producidos en el día de hoy. Desea que conste en acta y se transmita a los familiares de las víctimas el pésame del Congreso de los Diputados, a la vez que deja constancia de la firme convicción en el valor de la razón y la libertad frente a la violencia de los asesinos terroristas y expresa su confianza en las instituciones, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y en el resultado final de la lucha antiterrorista.

Debate de totalidad sobre iniciativas legislativas

Página

9886

Página

Proyecto de Ley General de Sanidad (continuación)

9886

En defensa de la enmienda de texto alternativo presentada por el Grupo Popular interviene el señor Ruiz Soto. Manifiesta que la Ley que se discute es un tema de Estado que afecta por igual a todos los españoles y recuerda que en todo tiempo ha existido una verdadera obsesión en relación con un tema tan importante como es el de la sanidad, cuya asistencia es un derecho reconocido a todos los ciudadanos en los Estados modernos.

Como principios básicos y prioritarios del texto alternativo presentado por el Grupo Popular señala los de solidaridad, igualdad, libertad de elección de facultativo y centro, libertad de ejercicio y especialización de las profesiones, como también los derechos y deberes de los pacientes. Justamente el reconocimiento de esta libertad es la nota más característica de la propuesta del Grupo Popular frente a las restricciones que a la misma se contienen en el texto presentado por el Gobierno. Entiende el Grupo Popular que la máxima aspiración de todos los usuarios es la existencia de libertad para la elección de médico, y su aceptación supondrá un paso considerable al dar lugar a una medicina de más confianza y más satisfactoria para los usuarios. El modelo que propone no se pronuncia, por otro lado, en relación con la sanidad pública o privada, en favor de uno u otro sector, sino que elige los dos modelos haciéndolos complementarios y convirtiendo, de paso, al usuario en auténtico protagonista de la actividad sanitaria al permitir que se incline por aquel que le inspire mayor confianza. Al introducir también el principio de libertad de ejercicio y especialización de las profesiones sanitarias, se conseguirá eliminar, o al menos paliar en gran medida, los problemas de nuestros profesionales en paro, que hoy alcanzan un número muy elevado.

Se establece, por otro lado, un mapa sanitario en sentido dinámico al prever su reforma constante para adaptarse a las necesidades de nuestras autonomías, encomendando a éstas mayores competencias que las que se les conceden en el proyecto socialista. Igualmente, se procura la potenciación de nuestros sanitarios locales en atención al gran número de profesionales que han venido atendiendo a nuestra población rural, evitando que se les desarraigue al final de su vida profesional llevándoles a centros que les son ajenos. Para resolver esta importante cuestión se crean los centros de apoyo rural y se mantiene a los titulares en sus pueblos.

Expone, seguidamente, el señor Ruiz Soto algunas otras características importantes del texto alternativo presentado, como son los derechos y deberes de los usuarios, de los que destaca el ya mencionado de la libre elección de médico y centro y, por último, se establece un sistema de financiación que califica de más progresista, más justo socialmente y más avanzado. El mismo consiste en la financiación de la sanidad a través de los Presupuestos Generales del Estado, de las autonomías y de las Corporaciones locales, así como la participación de los usuarios en atención a su nivel de renta, con excepción de aquellos que perciban menos ingresos, a los que se facilitarán todas las prestaciones con carácter gratuito.

Concluye manifestando el señor Ruiz Soto que el texto presentado tiene prácticamente el respaldo de todos los profesionales y no defiende otros intereses que los legítimos de los usuarios, de toda una sanidad que desean competitiva, avanzada y análoga a la que ya está implantada en la Europa a la que hoy nos incorporamos. Para ello es preciso que los profesionales sanitarios participen en todos los órganos que les afectan, hecho que se facilita

en la propuesta formulada por el Grupo Popular, que califica de ley para la esperanza.

En defensa de la enmienda de totalidad con texto alternativo del Grupo Mixto interviene el señor Pérez Royo. Expone que, a la hora de presentar el texto alternativo y juzgar el proyecto del Gobierno, se fija fundamentalmente en la actual situación del sistema sanitario español, caracterizado por la superposición de varias estructuras, por la ausencia de coordinación, el desequilibrio, la ineficacia y el deterioro progresivo de los servicios públicos, todo lo cual hacía necesaria una actuación legislativa que viniera a orientar adecuadamente y mejorar el sistema sanitario. Agrega que la estructura sanitaria española es el marco de varios elementos históricos, a los que hace referencia, que han dado lugar a una sanidad superior a la de los países en desarrollo, pero sin lugar a dudas por debajo de la existente en los países más desarrollados. Por otra parte, nos encontramos con que no toda la población tiene cobertura sanitaria pública y que la financiación del sistema descansa fundamentalmente en las cuotas de empresarios y trabajadores, con una medicina preventiva postergada.

A continuación, señala la necesidad de contar con un sistema público sanitario único a través de un Servicio Nacional de la Salud, demandado mayoritariamente por los representantes sociales, con excepción de algunas organizaciones corporativistas, y financiado por los presupuestos de las Administraciones públicas, para cuya implantación cree que estamos en situación inmejorable al disponer de una importante red hospitalaria y una plantilla de profesionales en el sector público que permitiría llevar a cabo el proceso de reforma sin graves complicaciones.

Resalta después las características fundamentales del Servicio Nacional de la Salud que propone, entre las que está la desaparición de las desigualdades e insuficiencias, el establecimiento de un nuevo dispositivo de salud que sea suficiente para toda la población y que desarrolle su actividad dentro de una concepción integral, conjugada con la descentralización y la autonomía indispensables. Asimismo, el carácter de servicio público exige el acceso gratuito para todos a la totalidad de servicios y, por tanto, la financiación exclusivamente pública de aquéllos. También se requiere un mayor grado de participación y gestión municipal en el nivel primario e igualmente la participación, control y gestión por parte de los propios ciudadanos y usuarios. Finalmente, destaca las características de servicio público del sistema que se procura implantar, que deben llevar a que el mismo sea suficiente, integral, solidario y participativo, mejorando de manera importante la protección a la salud de toda la población. Todas las características expuestas estima que se hallan plasmadas en el texto alternativo presentado, pero no así en el texto del Gobierno, que si bien representa algunos avances en relación con la situación actual, también supone diversos inconvenientes, que se limita a citar y que fundamentalmente vienen a significar la renuncia de hecho a la creación de un Servicio Nacional de la Salud

con integración patrimonial y jurídica de las distintas redes sanitarias públicas y que refleja, en su opinión, una claudicación ante las presiones empresariales y corporativas, mercantilizando la asistencia sanitaria y eliminando o reduciendo el papel que las Comunidades Autónomas y los municipios deben jugar en tan importante materia.

En turno en contra de la enmienda de totalidad del Grupo Popular interviene, por el Grupo Socialista, el señor Arnau Navarro. A pesar de los calificativos de libertad y modernidad atribuidos por el señor Ruiz Soto al texto alternativo por él defendido, no encuentra que tales conceptos se hallen recogidos en el mismo en mayor medida que están consagrados en el texto del Gobierno. Así, configura la acción privada sanitaria como prioritaria dentro del sistema sanitario que pretende el Grupo Popular, relegando al Estado al papel de mero garantizador de esa actividad sanitaria. Ello implica la introducción del esquema de mercado y competitividad en el ámbito sanitario, configurando el derecho de protección y el de la salud como objetos de transacción económica. Tampoco muestra interés por las inversiones, que para el Grupo Socialista tienen carácter prioritario.

En el tema de las obligaciones, señala que se limita a copiar prácticamente de modo literal las atribuidas en el proyecto del Gobierno a los usuarios, con novedades de muy escasa trascendencia. Tampoco parece preocuparle si los recursos se utilizan adecuadamente o no, ya que en lo que se detiene fundamentalmente es en la implantación de un mapa sanitario, en el que no se mencionan siquiera los índices de evaluación de necesidades de recursos y eficacia de los centros. Expone algunos otros aspectos, a su juicio negativos, de la propuesta del Grupo Popular, entre los que destaca la falta de concreción en muchos casos y la confianza en el juego del mercado, con reducción del papel que debe caracterizar al Estado, y termina mostrando su disposición a escuchar las sugerencias del Grupo Popular y de otros de la Cámara en los posteriores trámites parlamentarios para perfeccionar el proyecto del Gobierno.

En turno en contra de la enmienda de texto alternativo presentada por el Grupo Mixto interviene, asimismo en representación del Grupo Socialista, el señor De Vicente Martín. Manifiesta que el señor Pérez Royo ha expuesto algunas características del actual sistema sanitario español que comparte plenamente, cuales son la ineficacia, el deterioro y la descoordinación existentes en el mismo. Sin embargo, ha querido crear la idea de que todo estaba mal, exactamente igual que hace unos años, sin reconocer que, especialmente en lo relativo a la gestión, se ha avanzado bastante en los últimos tiempos.

Cree que el enmendante fundamentalmente ha realizado una intervención en base a textos elaborados por colaboradores —lo que considera natural—, que reflejan un planteamiento relativo a un Servicio Nacional de la Salud como servicio público, muy querido por la izquierda española, caminando en la línea de universalización de las prestaciones y dando entrada a una mayor participa-

ción ciudadana en el mismo. Sin embargo, tal idea, que comparte, no debe ser estática y estar exenta de revisión, en primer lugar porque la articulación de un Estado de las Autonomías impide la existencia de un soporte único de carácter estatal para la total oferta sanitaria. Tampoco debe pecarse de falta de realismo y desconocer que el servicio como soporte jurídico único no tiene sentido hoy en día. Si, por otra parte, se tiene en cuenta que el propio enmendante hablaba de descentralización, se comprenderá la contradicción que ello entraña con la existencia de una estructura pública de gestión de los servicios sanitarios. Agrega que el enmendante ha expuesto otra serie de defectos que, en su opinión, significa que no ha leído el proyecto con el detenimiento necesario, ya que si lo hubiera analizado con el suficiente rigor encontraría que el mismo da respuesta a muchas de las cuestiones por él planteadas, como trata de demostrar a continuación.

Termina señalando el señor De Vicente Martín que, en resumen, el texto alternativo defendido por el señor Pérez Royo se parece mucho al del Gobierno, con varios artículos casi idénticos, por lo que se encuentran ante posiciones fundamentalmente comunes, sin perjuicio de algunas discrepancias, especialmente en lo referente al funcionamiento y a la participación.

En nombre del Gobierno, interviene el señor Ministro de Sanidad y Consumo (Lluís Martín) para comentar brevemente algunas afirmaciones realizadas a lo largo del debate. En primer lugar, se congratula de la insistencia en el término «libertad» por parte del portavoz del Grupo Popular, cuyo texto alternativo carece, en su opinión, de memoria económica, hecho que considera lógico, ya que para su configuración es indispensable relacionar lo sanitario con lo económico. Por otra parte, dicho texto alternativo significaría para los empresarios y trabajadores de este país un aumento en sus cotizaciones, hecho ciertamente preocupante. Respecto a la financiación, estima que hay que ir a un mecanismo de transición, pero no tan dilatado como el propuesto por el Grupo Popular, que comprende varias decenas de años. Entiende también que sería bueno contar con un sistema sanitario financiado únicamente mediante impuestos y eliminando, en consecuencia, las cotizaciones, pero, lamentablemente, será difícil su consecución plena en los próximos años.

En relación con la intervención del señor Pérez Royo, le agradece su tono cordial y únicamente lamenta que se haya limitado a señalar lo que no le gusta del proyecto del Gobierno, sin reconocer sus aciertos. En todo caso, el texto alternativo presentado se acerca mucho al del proyecto y, por tanto, debería haberse limitado, en su opinión, a formular enmiendas parciales.

En turno de réplica intervienen los señores Ruiz Soto y Pérez Royo y duplican los señores Arnau Navarro y De Vicente Martín.

Sometida a votación la enmienda de totalidad y texto alternativo del Grupo Popular, es rechazada por 84 votos a favor, 170 en contra y 22 abstenciones.

Sometida asimismo a votación la enmienda de totalidad y texto alternativo del Grupo de Minoría Catalana, es igual-

mente rechazada por 15 votos a favor, 168 en contra y 91 abstenciones.

Finalmente, se rechaza en votación la enmienda de totalidad y texto alternativo del Grupo Mixto por 4 votos a favor, 249 en contra y 21 abstenciones.

Se suspende la sesión a las seis y diez minutos de la tarde.

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

El señor PRESIDENTE: Señorías, al iniciar la sesión de hoy, creo interpretar la opinión de todas las señoras y señores Diputados al expresar el sentimiento y la repulsa del Congreso de los Diputados por lo viles asesinatos terroristas que se han producido en el día de hoy. Quiero que conste en acta el pésame de la Cámara a los familiares de las víctimas y también nuestra firme convicción en el valor de la razón y de la libertad frente a la violencia de los asesinos terroristas. La soberanía popular, que nosotros representamos, se estremece ante la maldad y el odio de los enemigos de la democracia, pero expresa su confianza en las Instituciones, en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y en el resultado final de la lucha antiterrorista. Muchas gracias.

DEBATES DE TOTALIDAD SOBRE INICIATIVAS LEGISLATIVAS:

— PROYECTO DE LEY GENERAL DE SANIDAD (continuación)

El señor PRESIDENTE: Enmiendas de texto alternativo al proyecto de Ley General de Sanidad.

Por el Grupo Popular, el señor Ruiz Soto tiene la palabra. Su señoría dispone de quince minutos para defender la enmienda a la totalidad.

El señor RUIZ SOTO: Con la venia, señor Presidente, señoras y señores Diputados. Hoy es un día histórico, y es un día histórico porque dentro de unas pocas horas vamos a firmar nuestra integración en Europa, que es una aspiración de todos los españoles. Pero puede ser un día histórico también para este Congreso si la mayoría socialista, si el Grupo Socialista acepta este texto alternativo que presenta el Grupo Popular —sería la primera vez— demostrando con ello la capacidad de sus conocimientos, sobre todo en la tarea de gobernar.

Esta es una ley que es para todos los españoles. Esta es una ley que por igual nos afecta a todos. Por tanto, tiene que ser una ley de Estado. Con esa intención la ha pensado el Grupo Popular y con esa intención la presenta ante el Parlamento.

En todo momento y en todo tiempo, en cualquier Gobierno legalmente constituido, siempre ha sido una obsesión

la sanidad, que ha pasado por muchos avatares, pero que ahora es un derecho reconocido del ciudadano, en todos los Estados modernos, a recibir la asistencia sanitaria. Como esta condición también viene en nuestra Constitución, es el deber de la oposición ofrecer la alternativa para que el pueblo español juzgue entre las dos y SS. SS. elijan la mejor.

¿Qué es lo que prima en la ley que presenta el Grupo Popular? Sus principios prioritarios están fundamentados, quizás como en algunos de los otros textos que se presentan, en la solidaridad, en la igualdad, en la libertad de elección de facultativo y centro, en la libertad de ejercicio y especialización de las profesiones, en el reconocimiento de la acción privada y de la acción pública, y también, como no, en los derechos y deberes de los pacientes.

La distinción más notable entre la ley socialista y la del Grupo Popular es la libertad. Siempre será la ambición de todos los usuarios la libertad de elección de médico. Desde un principio, desde la medicina hipocrática y cuando su creador definió lo que era el acto médico, todo lo demás han sido subterfugios de que la ha rodeado la sociedad, pero en el fondo de toda la asistencia sanitaria, de la medicina preventiva, de la rehabilitación y de la reinserción está en el acto médico, que es pura y simplemente el deseo de un ser que padece un problema, que tiene una necesidad, que padece una enfermedad de dirigirse a la persona que puede solucionarle ese problema. Luego los intermediarios han desvirtuado la esencia del acto médico, y de ahí viene su dificultad. Por eso hay que conjugar la complejidad técnica de una ciencia de sanidad avanzada, de un concepto integral de la salud, con lo que representa este acto simple que es la libertad máxima.

Ayer mi compañero, señor Romay Beccaria, reconocía las cuatro libertades que ahora se preconizan en Europa en las democracias avanzadas: la libertad de docencia, la libertad de empresa, la libertad de información y la libertad de elección de médico. El Grupo Socialista ha ido poniendo cotos a esa libertad de elección y a otras muchas libertades, pero sobre todo a ésta. Primero fue en un barrio, ahora es en un área de salud, pero siempre están poniendo acotaciones, trabas, números a la libertad de elección. (*Rumores.*) La libertad de elección del Grupo Popular es para todos los usuarios, para todos los españoles y para cualquier organización sanitaria en todo el país. Esto les sorprende y se ríen mucho, pero cuando ellos tienen que elegir médico... (*Rumores.*)

El señor PRESIDENTE: Un momento. No creo que la entrada de ningún Diputado deba suscitar este tumulto. (*Risas.*)

El señor RUIZ SOTO: Sea bienvenido don Miguel Ángel Martínez, y perdone su señoría.

Estaba diciendo que la verdadera diferencia está en la libertad de elección de médico y que ustedes ponen trabas a esa libertad. Mientras no consigan una ley con libertad de elección generalizada para todos los españo-

les y en todo el Estado español, no tendrán ustedes una ley de sanidad que sea agradable, que sea querida por todos los españoles. Esa es la máxima aspiración del país, y lo reconoció el señor Ministro una vez cuando dijo, con la gracia que él tiene, que a un representante de la UGT de la Sanidad eso no le gusta, pero que a cualquier otro trabajador, sí. Es así, efectivamente, y tiene que ser así.

Ustedes acotan a la medicina privada, no ponen la elección en los centros sanitarios, no ponen la elección en los especialistas y luego, si no hay servicios en esas autonomías, sólo pueden ofrecerlos las autonomías de alrededor. Nosotros no coartamos la libertad y, además, la libertad es el fundamento de esta ley ahora que nos encaminamos a Europa, ahora que ya, por fin, vamos a ser otra vez Europa. Con la libertad de elección de médico también tendrán —y le brindo esta idea al señor Ministro— un ahorro considerable, porque se hará una medicina de más confianza, una medicina donde el usuario, al dirigirse a su médico, recibirá una prescripción totalmente halagüeña y, por tanto, satisfactoria. Y no es en ese camino en el que van nuestros pacientes, nuestros usuarios, en la Sanidad estatal.

Este es un proyecto también que no elige modelo de sanidad, que no elige sanidad pública frente a la privada ni elige sanidad privada frente a la pública, elige los dos modelos. Se esfuerza con imaginación para introducir los dos dentro del sistema sanitario. Porque nosotros también utilizamos un sistema sanitario, ya que constitucionalmente tiene que ser así, y porque además creemos que el Servicio Nacional de Salud es casi una antigüalla que está en solfa, y en el sitio donde existe, está extraordinariamente modificada en su intencionalidad. Pues bien, nosotros hacemos complementarias las dos medicinas, las dos sanidades, la pública y la privada, pero no complementarias una de la otra, porque además en nuestra Constitución está también la libertad de empresa. Y, ¿para qué hacemos este texto? Para que exista una cosa fundamental que viene dentro de la libre elección: para hacer al usuario protagonista, juez y parte de la mejora de la asistencia sanitaria.

Den ustedes mayoría de edad a los españoles para elegir su médico y ya verán como entra este término que les acabo de decir: la competitividad, y él mismo elegirá al que vaya a solucionar sus problemas, al más competente, al más formado, al más responsable, evitando así en la medicina sólo pública la adquisición de la plaza para toda la vida, la medicina igualitaria, la medicina uniformada, una sanidad en fin triste y pacata, como es la sanidad sólo pública.

Introducimos también otro término de libertad, que es la libertad de ejercicio y de especialización de las profesiones sanitarias. Están ahora nuestros jóvenes profesionales no sólo sin encontrar un puesto de trabajo, sino desesperanzados; han perdido la esperanza. Y nosotros interpretamos que hay que aumentar las plazas de especialización. Nosotros en la ley sólo ponemos coto a esta libertad de especialización de un profesional que ya hizo intención antes, que ya es profesional, y que no se le

puede impedir su especialización, sólo en la capacidad técnica de los organismos públicos, instituciones privadas, que puedan especializar a nuestros jóvenes supervisados por el Ministerio de Educación y Ciencia. Pero de esta forma estaríamos en trance de solucionar muchos de los problemas de nuestros profesionales en paro, que ya van siendo un número muy importante, casi 25.000 médicos, 7.000 farmacéuticos, 3.000 veterinarios, etcétera. Por tanto, ese problema se puede sustanciar con la libertad de ejercicio y la libertad de especialización de las profesiones sanitarias.

En el capítulo de planificación sanitaria hablamos de los mapas sanitarios; recogemos la confección de un mapa sanitario no con un sentido constructivo o de no renovación del mismo, sino en un sentido dinámico en el que se vaya reformando constantemente, según las necesidades de las autonomías, y que estos mapas sanitarios constituyan primero los mapas territoriales y a continuación los de las Comunidades Autónomas.

Hablamos nosotros aquí del plan integrado del sistema sanitario, que será sometido a las Cortes Generales y que está compuesto por los planes sanitarios estatales, por los planes sanitarios de las Comunidades y los planes sanitarios conjuntos. Todo este programa de planificación está pensado por y para las autonomías. Creemos que en la sanidad las autonomías tienen mucho que decir, porque ellas serán las que tengan el conocimiento de sus problemas y de las soluciones que tiene en las áreas de salud, en el concepto de salud en sus territorios y en sus comunidades.

En el Título II hablamos de la gestión y ordenación del sistema sanitario, de las competencias del Estado y de las competencias de las Comunidades Autónomas; allí reconocemos las capacidades de estas Comunidades Autónomas y aceptamos las transferencias de la propiedad, que es una aspiración conseguida por todos, porque no sólo van a gestionar y coordinar, sino que tendrán que tener la propiedad de las mismas, y establecemos lo que se llama el Consejo Autonómico Sanitario. El Consejo Autonómico Sanitario es un órgano vivo. Es el órgano de intercomunicación entre las Comunidades y de éstas con el Consejo Interautonómico. Este es un Consejo que practicará lo que antes decíamos: la solidaridad. Y, ¿cómo la practicará? Con los planes de las autonomías, establecerá entre ellas las órdenes de prelación y las necesidades para hacer realidad aquella igualdad de la que ya se hablaba entre las sanidades regionales o comunitarias.

En el capítulo de salud pública hablamos de un concepto moderno, de la formación de una conciencia progresiva en la salud individualizada y familiar. Reconocemos la educación sanitaria, la atención específica a grupos de promoción, lo que es la información sanitaria, y en ella hablamos también de la sanidad exterior, que es un problema —y en eso estamos de acuerdo con el Grupo Socialista— que una vez por todas hay que definir y en el que hay que empezar a actuar.

Siento que no esté el señor Martín Toval, que ayer nos decía que en nuestro proyecto no se mencionaba la medicina preventiva. Yo creo que él confundía la medicina

preventiva porque es un brillante jurista, pero sus competencias en sanidad me son desconocidas, con las vacunas u otras cosas similares. No, aquí se habla de lo que es la prevención. Se habla de la salud comunitaria. Se habla de la prevención en el medio ambiente, en el ambiente biofísico, de la contaminación atmosférica, de las aguas, de su reciclaje, de las aguas residuales, del ambiente sicosocial, de la salud mental y sicosocial, del ambiente cultural, incluso de la manipulación de la información cultural y de los programas específicos dirigidos a grupos concretos.

En cuanto al capítulo de asistencia sanitaria, también habla de que ésta era anticuada, porque decía que nosotros no reconocíamos los grupos de trabajo. Nosotros no sólo reconocemos eso, sino que lo dejamos a la libre acción de las fuerzas que componen la realización de la sanidad, porque nuestros profesionales sanitarios son imaginativos y están actualizados con las modernas técnicas de que dispone la sanidad. Pero para esa sanidad individualizada, para esa sanidad humanizada que nosotros preconizamos hay una figura que es primordial por encima de todo, que es la figura del médico de cabecera, la figura del médico comunitario.

Nosotros potenciamos y reafirmamos nuestros sanitarios locales. España debe reconocimiento y gratitud a los sanitarios locales que en nuestros pueblos han atendido a nuestra población rural y no debe ocurrir, como en estos momentos está sucediendo, que al final de sus días, antes de su jubilación, se les desarma, se les desarraiga de sus lugares de trabajo y se les lleva a unos centros que les son ajenos. Hay que tratar de humanizar esa cuestión. Nosotros hemos creado los centros de apoyo rural y seguimos manteniendo a los titulares en sus pueblos. Estos dentro de apoyo rural serán, como su nombre indica, centros de apoyo rural serán, como su nombre indica, donde haya unidades de diagnóstico analíticas y radiológicas para prestar la atención debida a los médicos rurales.

Establecemos un Título V de ordenación y asistencia farmacéutica, de sanidad veterinaria e higiene en la alimentación. En ese capítulo hablamos de cómo los sanitarios, farmacéuticos y veterinarios van a entrar también en la educación sanitaria y van a entrar también de una manera más activa de como lo hacen ahora en la solución de los problemas que aquejan a la compleja vida moderna, a su alimentación, a la prescripción del medicamento y a su papel principal como educadores sanitarios.

Se establece por primera vez un programa de farmacovigilancia para supervisar precisamente las acciones e interacciones medicamentosas y se establece una red de alerta nacional para que no ocurran desgracias como las que ya han ocurrido en nuestro país.

En el área veterinaria, creemos que hemos establecido a plena satisfacción de todos los profesionales veterinarios o, por lo menos, de sus órganos representativos, su reglamentación y la igualdad de los titulares veterinarios con los otros profesionales de la sanidad.

Se definen en este proyecto de ley cuáles son las profe-

siones sanitarias. Esto se tendría que haber definido también en el proyecto socialista. Hay cinco profesiones sanitarias por excelencia, que son: el médico, el farmacéutico, el veterinario, el odonto-estomatólogo y el ATS o diplomado en enfermería, reconociendo aquellas profesiones que están dedicadas a la sanidad. Hablamos luego de la inspección sanitaria y de la alta inspección, y decía el señor Martín Toval que en muchos puntos coincidíamos. Efectivamente, tiene que ser así, porque hay un imperativo constitucional en el cual se marcan las líneas que debe tener la Ley de Sanidad.

Establecemos también, porque así lo pidió el Defensor del Pueblo, y lo creemos, los derechos y deberes de los usuarios, e introducimos, otra vez, la libre elección de médico y la libre elección de centro.

En el capítulo de docencia e investigación, creemos que nuestro proyecto alternativo introduce elementos nuevos. Por ejemplo, introduce el Estatuto del Investigador y establece un plan nacional de investigación sanitaria. También reglamenta y favorece la intervención de instituciones, fundaciones o entidades privadas y el Consejo Asesor del Investigador.

Para finalizar, en un Título X, se establece la financiación, que es total y radicalmente diferente. Y, en contra del pensamiento de SS. SS., creemos que es más progresista, que es más justa socialmente y que es más avanzada.

El señor PRESIDENTE: Señor Ruiz Soto, ruego a S. S. que vaya terminando.

El señor RUIZ SOTO: Sí, señor Presidente, termino inmediatamente.

¿Cuál es la fórmula? Nosotros consideramos que tienen que entrar los Presupuestos Generales del Estado en la financiación de la sanidad, y los de las autonomías, los municipales y los locales. Intervenimos a los usuarios con una fórmula que es original, por niveles de renta, de tal manera que más pague el que más nivel de renta tenga, y que, para ciertos niveles de renta, sean gratuitas todas las prestaciones, que no cuesten nada.

Lo que nosotros proponemos es que aquel que por encima de un nivel de renta no tenga derecho a todas las prestaciones, pueda concertarlas luego con algún seguro privado o pueda pagarlas. Creemos que es un avance muy novedoso y no volvemos a la antigüedad de que si ustedes universalizan la asistencia sanitaria, no pueden introducir aquí, como han hecho en su proyecto de ley, el gravamen a los empresarios y a los trabajadores, que tiene que ir por los Presupuestos Generales del Estado. Eso no se mantiene en pie de ninguna manera.

Ustedes han cogido a los pobres por abajo y a los ricos por arriba, han establecido el número de ricos, y luego vuelven a un modelo de cotización obsoleto que ya es denigrado por trabajadores y por empresarios.

Esto es, en unas pocas palabras, en quince minutos, lo que se puede explicar de un proyecto de ley que tiene diez títulos, 105 artículos y veintitantas disposiciones. Nosotros hemos dicho siempre, señor Ministro, que esta

es una ley de todos y que estábamos dispuestos a consensuarla, porque no es bueno, como dijo ayer el señor Romay Beccaria, que cada cuatro años estemos planteándonos cómo ha de ser la sanidad, pero hay condiciones indispensables y se las voy a decir aquí, con luz y taquígrafos. La primera es la libertad, pero la libertad sin límites, la libertad sin fronteras. Hay que excitar la imaginación y nosotros presentamos aquí proyectos imaginativos. Quiero recordarle, además, que a unos colectivos muy importantes, como son los que reciben asistencia en las mutualidades de funcionarios, los van a integrar ustedes en la Seguridad Social, en el Régimen General. Hay unos españoles que tienen ya ese derecho. No se lo quiten ustedes; déjenles con el derecho que tienen, que han elegido ellos libremente y que es una medicina que debe servir de ejemplo para ir trasvasándola a todos los demás.

El segundo punto que nosotros aceptamos es la complementariedad. No vamos a utilizar la medicina privada para cuando nos falte la medicina pública, más barata y más controlada. Deje usted que libremente se elija cuál de las dos sanidades es la mejor y hagan ustedes que entren en competencia, y verán cómo tendrán una sanidad más completa, más satisfactoria, no sólo para el usuario, sino también para los sanitarios, porque quiero decirle que el otro protagonista de esta sanidad son los profesionales sanitarios. Si los profesionales sanitarios no ven una tarea esperanzada, una fórmula común sugestiva para que ellos desarrollen su actividad, no podrán tener ustedes nunca sanidad.

Esta es una ley que tiene prácticamente el respaldo de todas las profesiones sanitarias, y al tenerlo no defiende otros intereses que los legítimos de los usuarios de toda esta sanidad, que nosotros queremos competitiva; una sanidad avanzada, una sanidad moderna, que no se la ha inventado el Grupo Popular, que ya está en esa Europa, en esas democracias de las que vamos a ser hermanos en igualdad de condiciones, una sanidad que tienen ustedes ocasión de modernizar de un vez por todas, actualizando ese tremendo aparato burocrático en que se ha convertido nuestra sanidad, que no complace a nadie. Por eso, los técnicos, los profesionales sanitarios, tienen que establecer los controles de calidad, tienen que tener participación en todos los órganos, y nosotros se los facilitamos en esta ley.

Es, en fin, señoras y señores Diputados, una ley para la esperanza, porque sin ninguna duda esperanzará a los usuarios, a los profesionales sanitarios y, en fin, a todos los españoles, que es a los que nosotros nos debemos.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. Señor Ruiz Soto, revise su reloj. Su cuarto de hora han sido exactamente veinticuatro minutos y medio.

Enmiendas del Grupo Mixto. Tiene la palabra el señor Pérez Royo.

El señor PEREZ ROYO: Señoras y señores Diputados, tomo la palabra para defender en este turno la enmienda de totalidad que con texto alternativo presentamos los

Diputados comunistas a este proyecto de Ley General de Sanidad. Quiero decir, en primer lugar, que como elemento del análisis, a la hora de valorar el proyecto de Ley General de Sanidad y el propio texto alternativo que proponemos, nos fijamos en la actual situación del sistema sanitario español, caracterizado por la superposición de varias estructuras sanitarias estatales, paraestatales, provinciales, privadas, etcétera, por la desorganización, ausencia de coordinación, desequilibrio, ineficacia y deterioro progresivo de los servicios públicos, que hacen necesaria una actuación legislativa que venga a ordenar, homogeneizar, unificar y, sobre todo, orientar adecuadamente y mejorar el sistema sanitario. Por esta razón hemos preferido presentar una enmienda de texto alternativo y nos opusimos ayer, en el momento oportuno, a las enmiendas que postulaban la devolución al Gobierno.

La estructura sanitaria española es la mezcla de varios elementos históricos: La medicina rural de asistencia pública domiciliaria, combinada con la medicina liberal, según los principios, benéfico-liberales del siglo XIX, la medicina preventiva pública, que va extendiéndose desde finales del siglo XIX a lo largo del siglo XX, la mezcla de la medicina del Seguro Obligatorio de Enfermedad y las consultas de hospitales privados que se desarrollan durante la etapa del franquismo. Esta heterogeneidad explica que haya varias redes sanitarias públicas y varias privadas, individuales, seguros privados, clínicas, hospitales, etcétera, interfiriéndose y produciendo una asistencia sanitaria total, superior a la de los países en vías de desarrollo, pero sin lugar a dudas por debajo de los países desarrollados. A pesar de todo, estas redes sanitarias son de dudosa eficacia. Las contradicciones de la estructura sanitaria de España se evidencian porque mientras gastamos cantidades importantes en la atención hospitalaria, con una mortalidad por enfermedades degenerativas, cáncer o accidentes, similar a la de los países desarrollados, padecemos al mismo tiempo una morbilidad por infecciones cercana a la de los países subdesarrollados. Esta ineficacia de la estructura sanitaria actual pone en evidencia la inutilidad de continuar con el actual sistema sanitario. Además, nos encontramos con que no toda la población tiene cobertura sanitaria pública y que la financiación del actual sistema sanitario público descansa fundamentalmente en las cuotas de los trabajadores-empleados, que la medicina preventiva está postergada, que existe una real ineficacia en los niveles primarios de asistencia sanitaria, hechos todos que hacen urgente —como decía hace un momento— una reforma sanitaria.

El proceso histórico de ir adaptando la estructura pública sanitaria a la realidad social tiene varias concreciones que se inician, por ofrecer los antecedentes remotos, con la creación del Comité de Hospitales de la Francia Revolucionaria de 1792, que continúa con la creación en 1883, por Bismarck, del primer seguro obligatorio de enfermedad, de la instauración de un sistema sanitario público y gratuito en Rusia tras la Revolución de 1917, las sucesivas medidas de bienestar social del «New Deal», de Roosevelt tras el «crack» de 1929, y que culmina muy

recientemente con la «Society Security» británica y la «National Health Service» en 1948. Asimismo, existe la opción del Servicio Nacional de Salud en varios países europeos, desde Suecia hasta Italia.

Los Gobiernos —no siempre los de izquierda— que han sido siempre sensibles a las demandas de las organizaciones sociales, sindicales, profesionales y progresistas, han implantado en sus países servicios públicos sanitarios únicos, universales, integrales, financiados por los presupuestos del Estado sin ceder ante las presiones conservadoras de las organizaciones corporativas y sanitarias. En los países en los que se ha cedido a estas presiones corporativas se ha llegado al sistema del seguro obligatorio de enfermedad o al sistema del tercer pagador, como es el caso de España, Francia y Alemania.

Pasando a analizar la política sanitaria actual, hay que decir que el sistema público sanitario español está, a pesar de todo, en condiciones inmejorables —por paradójico que pueda parecer por la descripción que he hecho anteriormente— para llevar a cabo la reforma sanitaria, que conlleva la creación de un servicio nacional de la salud. ¿Por qué? Porque dispone de una estructura sanitaria pública con una importante red hospitalaria, una red de centros de atención primaria y una plantilla de profesionales en el sector público sanitario que permitiría, en un proceso de reforma sanitaria, unificar, integrar y racionalizar todos los recursos sanitarios públicos. Por otra parte, las condiciones sociales son favorables en su inmensa mayoría. Las organizaciones sindicales, las organizaciones sociales y una gran parte de la representación política del pueblo español se han definido a favor de la reforma sanitaria que conlleve la creación de un servicio público sanitario con las características que históricamente han definido al Servicio Nacional de la Salud. En contra de esta alternativa sanitaria sólo ha estado la cúpula de la organización médica colegial, los sectores empresariales de la medicina privada, una parte de la patronal farmacéutica y los sectores financieros interesados en la puesta en marcha de seguros complementarios de enfermedad.

Voy a exponer cuáles serían las características del Servicio Nacional de la Salud que, a nuestro juicio, debería instaurar la ley que aspiramos a introducir en nuestro ordenamiento jurídico. Creemos que una reforma sanitaria en España debe orientarse, en primer lugar, a hacer desaparecer las desigualdades y las insuficiencias. Debe estructurarse un nuevo dispositivo de salud que sea suficiente para toda la población, homogéneo en cantidad y calidad, que desarrolle su actividad dentro de una concepción integral conjugada con la descentralización y con la autonomía que sólo puede alcanzarse a través de una nueva estructura sanitaria pública que surja de la integración de las actuales redes sanitarias convenientemente adaptadas y ampliadas. A esto llamamos —sin hacer hincapié en el nombre— Servicio Nacional de la Salud Estatal, por emplear una terminología homologada por los precedentes internacionales.

En segundo lugar, el carácter de servicio público exige el acceso gratuito para todos a todos sus servicios y, por

lo tanto, la financiación exclusivamente pública con cargo a los presupuestos de las distintas Administraciones, lo que obliga a dar un carácter prioritario a los mecanismos administrativos y presupuestarios necesarios para adecuar el sistema a los fines perseguidos.

En tercer lugar, el nuevo dispositivo asistencial, además de tener una concepción integral del problema de la salud y de la asistencia y la previsión de la enfermedad, permite utilizar como último recurso la curación, rehabilitación y reinserción social del enfermo restablecido. Ello supone un giro copernicano a la actual estructura basada en el tetralogismo, en el hospitalocentrismo y en la enfermedad, y pasar a la concreción global de la salud y de la enfermedad en el entorno social y a que la atención primaria de la salud sea el pilar estructurador y organizador de funcionamiento del resto del sistema sanitario.

Por otra parte, a partir de la misma concepción integral, la salud laboral se entiende como una parte más de la faceta de disposición pública de salud que pasa, por tanto, a estar bajo el control de las administraciones sanitarias.

En cuarto lugar, y como consecuencia de los puntos anteriores, la tarea sanitaria ha de realizarse no como una prestación técnica médico-biologista, sino con una corresponsabilización y participación que debe desarrollarse fundamentalmente en el nivel más importante de la asistencia para la eficacia del sistema; es decir, en el nivel primario, lo cual comporta necesariamente un cierto nivel de participación y de gestión municipal y, por otra parte, inexcusablemente, la participación, control y gestión por parte de los propios ciudadanos y usuarios.

En quinto lugar, el personal de la estructura sanitaria pública debe desarrollar su función de una forma colectiva, a través de equipos pluridisciplinarios, con una consideración tal vez funcional como elemento integrado en el trabajo en equipo. Entendemos que no tiene sentido atribuir un papel fundamental a la libre elección de médico, que es un aspecto menor y que debe subordinarse a la concepción integral del sistema y, en definitiva, a la planificación, que puede encontrarse en ocasiones en pugna con el sistema de elección libre de médico y, entre otras cosas, con los niveles cuantitativos y con los ámbitos que se formulan en el presente proyecto de ley.

Por último, con el modelo de atención que se diseña en torno al Servicio Nacional de la Salud, con sus características de servicio público: suficiente, integral e integrado, solidario y participativo, estamos convencidos que se mejora de forma importante la oferta de protección a la salud que se realiza a la población, de forma tal que ésta verá elevar su grado de bienestar y, por tanto, de satisfacción y libertad.

Estas son las características que entendemos que debe tener el Servicio Nacional de la Salud en torno al cual debe estructurarse la Ley General de Sanidad, y entendemos francamente, a pesar de las declaraciones de principios que aparecen en el proyecto de ley y de las que aquí hizo ayer el mismo Ministro, que no se recogen cabalmente en el proyecto presentado por el Gobierno. Porque

aun reconociendo ciertos aspectos positivos del proyecto del Gobierno y los avances que indudablemente presenta en relación con la legislación y el estado de cosas actual, sin embargo, hay que decir que el mismo supone básicamente una situación de continuidad con el presente.

Voy a hacer rápidamente, de forma telegráfica, una serie de consideraciones que vertebran, por así decirlo, nuestra crítica a algunos puntos del proyecto.

En primer lugar, hay que decir que no se unifican las diversas redes que existen, sino que sólo se coordinan, cayendo en lo que el propio preámbulo del proyecto llama «el mito de la coordinación», integrándose funcionalmente pero manteniendo la actual heterogeneidad.

En segundo lugar, sigue siendo una estructura en la que el hospital se erige como centro organizador de la atención sanitaria, de lo que ocurre en su ámbito territorial, es decir, el hospitalocentrismo.

En tercer lugar, se disocian actividades preventivas, colectivas, medioambientales del resto de las atenciones sanitarias.

En cuarto lugar, se producen situaciones diferentes y discriminatorias para diversos colectivos profesionales.

En quinto lugar, hay que resaltar la introducción de elementos de gasto individual por motivos de carencia de salud en determinadas eventualidades.

En sexto lugar, se introduce la distorsionadora elección de médico en el área y hospital, cuando sanitariamente no supone ningún beneficio y da pie a todo tipo de anomalías.

Séptimo, se da paso a la configuración de un sector privado ligado al público, tanto en la asistencia como en el terreno de los seguros voluntarios de enfermedad.

Octavo, se suprime la tradición española municipalista de protagonismo y corresponsabilización en los asuntos sociales de sus ciudadanos y con la denominada Alta Inspección del Estado y otras disposiciones similares se merma la capacidad y responsabilidad de las Comunidades Autónomas, que también resultan gravemente atacadas por el propio sistema de financiación basado en la transferencia de los servicios de la Seguridad Social a aquellas Comunidades que asumen competencia en materia de Seguridad Social, pero no a aquellas otras que no las asumen.

En noveno lugar, no se contempla la imprescindible participación de las personas, precisamente en el nivel primario, el más eficaz para los fines del sistema sanitario y para un uso responsable del mismo.

Décimo, se siguen manteniendo diversas fuentes de financiación perpetuando la actual situación e introduciendo además la figura de las tasas.

Undécimo, no se especifica la necesaria financiación extraordinaria que toda reforma implica, lo que hace desaparecer la pretensión de mejoras anunciadas, convirtiéndolas en reforma a la baja.

Por último, en duodécimo lugar, no se precisa fecha límite para la conclusión del proceso reformador y, por lo tanto, de asunción por parte del Estado de los costes de mantenimiento de la sanidad española.

Como argumento para explicar algunas de estas defi-

ciencias, o la mayor parte de ellas, se alude a la falta de recursos económicos y se dice que la crisis obliga a presupuestos de austeridad, a la contención del gasto público, etcétera. En relación con esto hay que decir que en nuestro país el gasto sanitario es menor que en cualquier país de la Comunidad Económica Europea; esto es obvio. Las cifras que yo tengo coinciden básicamente con las que se dieron ayer, 5,4 del producto interior bruto, y que el señor Ministro situaba en el 5,6, frente a más del 8 por ciento como media europea.

Al mismo tiempo y además de esto se ha producido el fenómeno de que recientemente el gasto sanitario por persona protegida por la Seguridad Social ha descendido, bajando, en pesetas constantes de 1981, desde 20.691 por persona a 17.651 en 1985; insisto en que se trata de pesetas constantes de 1981. Se va a reducir el número de camas hospitalarias públicas de 5,3 por mil habitantes a 3,1 por mil habitantes; se reducen las plantillas de sanatorios, amortizándose plazas vacantes; no se crean nuevos puestos de trabajo en el sector, mientras los ambulatorios están masificados, se alargan las listas de espera en los hospitales y hay enfermos en los pasillos.

Hay que hacer constar que mientras en 1985 el presupuesto de inversiones del INSALUD es de 39.913 millones —40.000 millones en número redondos—, las inversiones en el Ministerio de Defensa para el mismo periodo serán de 216.099 millones de pesetas. Puede decirse que es una comparación demagógica; a mí no me lo parece, sino que es sumamente ilustrativa.

Ante estos hechos, el Partido Comunista de España, junto con diversas organizaciones políticas, sindicales, sociales y profesionales, hemos visto la necesidad de defender un modelo como el que se configura —y que he definido anteriormente— como Servicio Nacional de la Salud. Para ello —hay que decirlo también con franqueza y previendo posibles objeciones de similitud— hemos elaborado un texto alternativo al proyecto de Ley General de Sanidad que se ha basado, fundamentalmente, en algunos de los borradores existentes anteriormente en el propio Ministerio, porque entendemos que, desgraciadamente, en este largo proceso de elaboración de la ley de sanidad, en lugar de dar pasos hacia delante, se han dado algunos pasos de gigante hacia atrás.

Lamentamos tener que reiterar que en estos pasos hacia atrás el proyecto gubernamental renuncia de hecho a la creación de un Servicio Nacional de la Salud con integración patrimonial y jurídica de las distintas redes sanitarias públicas. Abandona la idea de un sistema público, optando por un sistema mixto al integrar en él a entidades privadas. No garantiza la gratuidad del uso, existiendo una financiación a través de cuotas y tasas y, lo que es más grave, manteniendo un sistema prácticamente decimonónico de beneficencia —aunque ciertamente el colectivo de necesitados y depauperados es menor que en el siglo XIX, el problema es de principio— (*Rumores*)... destinado a los pobres de solemnidad, que es, evidentemente, inadmisibles en una sociedad como la española que hoy ingresa en el Mercado Común. Refleja una claudicación ante las presiones empresariales y corporativas,

mercantilizando la asistencia sanitaria. No garantiza la igualdad ante la enfermedad y el acceso al dispositivo asistencial al determinar que ciertas prestaciones se paguen a través de tasas. Elude la participación comunitaria, a la que sustituye, por una participación institucional y por los profesionales. Esboza un modelo centralizado, a costa fundamentalmente de eliminar el papel de los municipios y de las Comunidades Autónomas —a lo que me he referido anteriormente—, y mantiene un sistema medicalizado y hospitalocentrista, apartado del modelo basado en la atención primaria, en la promoción y en la prevención.

El texto alternativo que presentamos —como he indicado anteriormente— tiene como base el primer borrador de la ley general de sanidad elaborado por el propio Ministerio que usted dirige, señor Ministro, el cual, aunque con ciertas insuficiencias, tenía elementos muy válidos para configurar un servicio nacional de la salud, y que concitó un cierto consenso de las diversas organizaciones que se habían definido a favor de una ley general de sanidad que determinara la creación de un Servicio Nacional de la Salud. Las modificaciones introducidas tienden a unificar los servicios públicos sanitarios, a universalizar sus prestaciones, a homogeneizar y normalizar sus actuaciones, a considerar la salud desde sus vertientes individual y colectiva, a considerar los elementos plurifactoriales que actúan sobre la salud, a prestar una atención integral y pluridisciplinal, a garantizar desde este momento el uso de los servicios sanitarios, a facilitar la accesibilidad a dichos servicios, a propiciar una auténtica descentralización en la gestión de los servicios públicos sanitarios y, en definitiva, a asegurar la participación democrática de la sociedad.

Termino, señor Presidente, porque he concluido de definir apretadamente las notas que entendemos caracterizan fundamentalmente nuestro texto alternativo, que francamente entendemos que ayudaría a una más correcta discusión de la ley general de sanidad y, sobre todo, a una discusión más acorde y más congruente con lo que era el propio proyecto electoral del Partido Socialista, e incluso —como he indicado anteriormente— con algunas de las primeras determinaciones que, antes de ceder a ciertas presiones, constaban en el propio Ministerio.

Nada más y muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. Señor Arnau, ¿va a intervenir S. S. solamente? (Pausa.) El señor De Vicente también.

El señor Arnau se va a oponer a la enmienda de texto alternativo del Grupo Popular.

El señor ARNAU NAVARRO: Señor Presidente, señorías, intervengo, sí, en contra del texto alternativo presentado por el Grupo Popular a la Ley General de Sanidad, cuya alabanza, así como poéticos calificativos de libre y moderna, hemos escuchado de boca del doctor Ruiz Soto.

Pero una cosa es la expresión, una cosa es el calificati-

vo, y otra la forma de traducir ese calificativo en los artículos de su texto alternativo.

Yo veo, señor Ruiz Soto, que de su texto alternativo no es posible deducir que ese texto sea más moderno que el nuestro, sea más libre que el nuestro en las disposiciones que se refieren en conjunto a la Administración sanitaria y a la protección de la salud, que es lo que interesa.

El reconocimiento de la acción privada sanitaria figura en su texto alternativo como un principio prioritario del sistema sanitario y figura junto a principios de igualdad y de solidaridad.

Y es cierto, y es una obviedad, que la acción privada sanitaria debe ser una acción complementaria de la acción pública, pero ustedes sitúan esa acción privada sanitaria como un principio prioritario del sistema sanitario que pretenden.

¿Qué papel incumbe entonces al Estado? Al Estado, según ustedes, no le incumbe otro papel que el de mero garantizador de esa actividad sanitaria.

En conclusión, vienen ustedes, señores del Grupo Popular, de nuevo a introducir el esquema de mercado y el esquema de competitividad al que se ha referido usted exactamente en el ámbito sanitario.

El derecho a la protección y desarrollo de la salud es para ustedes objeto de transacción económica. Téngase en cuenta que, por ejemplo, a la hora de calificar ese derecho a la salud, ustedes dicen que es un derecho personal, que es un derecho irrenunciable, pero además añaden que es un derecho imprescriptible, lo cual no es demasiado lógico en un derecho de características personales, en un derecho personal, a menos que ustedes quieran darle a ese derecho un matiz claramente económico.

Coherentemente con esta posición, a ustedes no les preocupa en absoluto el tema de los desequilibrios territoriales, que para nosotros es absolutamente prioritario.

Ustedes vendrán a decir que el mercado, o, en definitiva, esa mano invisible de Smith, sería la que regularía todo el tema de los recursos sanitarios o la asignación entre las regiones españolas.

No les interesa la política de inversiones, que para nosotros es absolutamente prioritaria.

Sin embargo, hacen bien en una cosa, hacen bien a la hora de incluir los derechos de los usuarios en su texto alternativo, cosa que se les había olvidado, y así aparece en una revista médica, cuando ustedes presentaron el texto de Alianza Popular a la Organización Médica Colegial. Precisamente una de las críticas que recibieron de la Organización Médica Colegial fue la de no incluir en su texto los derechos de los usuarios. Hacen bien, repito, de haber rectificado en esta materia.

Respecto a las obligaciones, llama la atención en su texto que copian prácticamente literalmente las obligaciones que nosotros atribuimos a los usuarios, pero incluyen alguna curiosa y dicen, por ejemplo, que los ciudadanos deberán conocer y respetar el ámbito de las obligaciones del personal sanitario, incluidas las circunstancias de lugar, horario y cualesquiera otras establecidas reglamentariamente. Esto es una gran novedad. Parece que esta obligación consiste en que el ciudadano

que entra en un hospital no vaya avasallando; el ciudadano que entra en un hospital, según ustedes, debe conocer el horario del personal de ese hospital, el ámbito de actuación dentro de ese hospital de ese mismo personal y esto creo que encierra una gran desconfianza, tanto respecto del ciudadano que no entra precisamente avasallando en los hospitales, como respecto del personal sanitario que no suele hacer valer sus derechos ante los pacientes. Por tanto, parece que su texto alternativo técnicamente es perfecto, progresista, moderno, solidario. Dedican ustedes un título a la planificación sanitaria, pero la planificación para el Grupo Popular es una mera constatación de los recursos existentes o una comprobación o inventario de esos recursos.

A ustedes no les interesa si esos recursos se utilizan bien o mal, no les interesa si de verdad son eficaces; les interesa simplemente un mapa sanitario, y en ese mapa sanitario incluir los recursos sanitarios, por eso ustedes no mencionan los índices de evaluación de necesidades de recursos, no mencionan siquiera los índices de evaluación de eficacia de los centros. Y el señor Ruiz Soto se ha referido a que es preciso introducir controles de calidad que sean ejercitados por los profesionales sanitarios, lo ha dicho aquí, pero yo no he visto en su texto esos índices de evaluación a los que me acabo de referir. En definitiva, confunden planificación con inventario, y lo confunden totalmente.

Si los recursos son insuficientes, si los recursos son ineficaces, parece que dicen ustedes, ya se encargarán las fuerzas del mercado en restablecer la igualdad o el equilibrio. Sin embargo, ustedes dicen que esos recursos sanitarios se coordinen reglamentariamente. Pero, ¿quién coordina? Llegamos al artículo 11, que es un ejemplo de concreción y precisión jurídica. Este artículo dice que la Administración sanitaria del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones locales, gestionarán las funciones del sistema sanitario que, en su caso, les corresponda. La precisión y concreción las reservan ustedes para otra cosa, por ejemplo, las reservan para asegurar la concurrencia en la gestión de servicios públicos y privados, artículo 10. La reservan para asegurar la participación en la elaboración de las normas reglamentarias de coordinación y gestión de los organismos técnicos sanitarios profesionalizados, artículo 12. Y a los organismos técnicos sanitarios profesionalizados les vienen ustedes a dar lo que a los sindicatos les quitan, tal vez en virtud de ese principio de jerarquía científica a la que el doctor Ruiz Soto es tan aficionado, pero la jerarquía que vale en muchos casos en los quirófanos, no puede extenderse a toda la gestión de la Administración sanitaria.

En el capítulo de competencias sanitarias se incluyen las competencias del Estado, de las Comunidades Autónomas, de las Corporaciones locales y después se incluyen las competencias de los órganos de participación, todo junto a las competencias del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones locales y, repito, que es una técnica jurídica perfecta.

Pero cuando analizamos los órganos de participación, se incluyen dentro de este capítulo competencias y tene-

mos un órgano curiosísimo: el Consejo territorial del sistema sanitario de ámbito provincial, con la composición de técnicos sanitarios provinciales y de las organizaciones colegiales sanitarias. ¿Quién preside este Consejo? Dicen ustedes: la máxima autoridad técnico-facultativa sanitaria de la provincia. ¿Quién es esa autoridad? Yo no lo sé. ¿Quién es ese premio Nobel? ¿El más antiguo de los que radican o viven en la provincia? ¿El rector de la Universidad? ¿El decano de la Facultad de Medicina? ¿De Farmacia? ¿De Veterinaria? Ya nos lo dirán ustedes para que nosotros podamos concretar nuestras posiciones.

Ya en perfecta congruencia con este esquema, llegan a la regulación laboral y dicen: Esto es competencia de la empresa —continuando, claro— en íntima conexión —no sé a qué se refieren— con los comités de seguridad e higiene y, mientras, los poderes públicos ya vigilarán esa función de la empresa y esa íntima conexión.

Yo creo que la Ordenanza General de Seguridad e Higiene del Trabajo, del año 1971, el texto refundido de la Seguridad Social de 1974 e incluso el propio Reglamento de los servicios médicos de empresa de 1959, eran más modernos y mejores que su propio texto.

Llegamos a la financiación. Ustedes dicen: Vamos a integrar todos los recursos en un sistema sanitario nacional único. De hecho, ustedes saben que eso resulta totalmente inaplicable. Por eso, cuando llegan a las disposiciones transitorias, en la segunda dicen: Hasta tanto pueda aplicarse el sistema de financiación de esta ley, la Seguridad Social mantendrá en sus presupuestos las consignaciones necesarias para atender el gasto originado por la prestación de asistencia sanitaria a que está obligada.

Además ¿han calculado el coste de la libre elección de médico absoluto que ustedes propugnan? Yo espero que me den los datos. Espero que tengan en cuenta que la libre y absoluta elección de médico, que por otra parte está limitada en todos los países de la Comunidad Económica Europea, nos lleva a fomentar el acto médico, y esto requiere un coste que, por lo menos, necesitamos que ustedes lo evalúen.

En este sistema de financiación ustedes incluyen los presupuestos de los servicios sociales. Esos presupuestos de los servicios sociales, que dicen que están a cargo de las Comunidades Autónomas ¿qué es lo que van a financiar? Van a financiar las prestaciones sanitarias de los que no disponen de recursos. Llamen ustedes servicios sociales a lo que, desde siempre y toda la vida, se ha llamado beneficencia.

Usted no se ha referido hoy, pero sí se refirió ayer su compañero, al riesgo de estabilización y burocratización, imputando ese riesgo a nuestro proyecto. Hoy no se ha referido a ello, pero en el fondo de todo lo que ha mencionado sí existe implícita esa acusación.

En el proyecto de texto alternativo del Grupo Popular se amplían absolutamente las competencias de las corporaciones profesionales. Por ejemplo, se ha referido usted a la asistencia farmacéutica. Al regular la ordenación de la asistencia farmacéutica, nos dice que las corporaciones

sa profesionales y sanitarias deben ser consultadas en materias tales como la autorización, regulación, planificación, ordenación e inspección de establecimientos farmacéuticos y productos farmacéuticos. (*El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la Presidencia.*) Ninguna norma sobre farmacias es válida si antes no se consulta con los farmacéuticos, ni ningún plan veterinario en materia de sanidad será válido si antes no se consulta con los veterinarios. Yo estoy seguro, señor Ruiz Soto, de que ni los veterinarios ni los farmacéuticos quieren esto. No sé por qué lo incluyen en su texto alternativo.

Incluso la alta Inspección sanitaria del Estado la reducen a términos corporativos, porque una cosa es la alta Inspección del Estado en materia sanitaria y otra cosa es el Cuerpo de alta Inspección Sanitaria del Estado, que es el que ustedes regulan. Se olvidan de la alta Inspección y regulan el Cuerpo de altos inspectores sanitarios del Estado.

Voy a obviar la contestación a Minoría Catalana porque entiendo que ayer ya se contestó debidamente a la formulación que hizo el señor Molins.

Yo creo, señor Ruiz Soto, que aquí queda mucho por trabajar, queda mucho que hablar, hay muchas enmiendas que discutir.

Recojo también la propuesta de colaboración efectuada ayer por el Diputado de Minoría Catalana, y estamos dispuestos a escucharles en los próximos trámites de Ponencia y Comisión pero, por favor, doctor Ruiz Soto, que los calificativos, las palabras, se correspondan con las propuestas concretas que ustedes hacen.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el señor de Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, muy brevemente, al menos así lo intentaré.

En relación con la enmienda de totalidad de texto alternativo que ha presentado en nombre del Partido Comunista el señor Pérez Royo, yo sé que el señor Pérez Royo es absolutamente inocente del texto que ha defendido aquí; dicho en otros términos, respeto su capacidad desde una perspectiva intelectual, desde una perspectiva parlamentaria, pero soy consciente de que en ocasiones se ve uno, por razones que se comprenden perfectamente, obligado a defender textos que si uno, para entendernos, fuera experto, si el tema fuera de Derecho Fiscal, S. S. no lo habría defendido, de eso estoy seguro, o de Derecho Financiero, porque si mal no recuerdo es la disciplina en la que S. S. es especialista.

Dicho esto puede parecer que por mi parte existe una voluntad descalificadora hacia S. S. Todo lo contrario. Voy a descalificar el texto, pero por favor separemos a la persona —si no le importa— del texto, por ese papel de inocencia que, insisto, le atribuyo.

Usted ha señalado aquí, de entrada, algunas características del sistema sanitario español que compartimos

absolutamente, que hemos descrito, que están en todos los manuales como: pluralidad, ineficacia, deterioro y descoordinación. Pero yo diría que ha sido muy inteligente —como lo demuestra siempre desde esta tribuna— y ha seguido la técnica de decir cómo deben ser las cosas sin, de entrada, referirse al texto del proyecto de ley que estamos discutiendo, ni tampoco referirse, a cómo en su texto se abordan los problemas que según S. S. —y le aseguro que estoy de acuerdo con usted— existen en el sistema sanitario español como vicio viejo muy importante a resolver.

Nos ha ido queriendo crear la idea de que todo estaba mal, exactamente tan mal como podía estarlo hace dos, tres o cuatro años y yo creo que S. S., que es persona justa y acreditada deberá reconocer que en este tema, por el terreno no legislativo sino reglamentario, especialmente en el terreno de la gestión, se ha avanzado bastante.

De todas formas para centrarme en la intervención yo diría que S. S. ha asumido, por esa especie de problema de inocencia de orador de textos elaborados en un equipo de colaboradores —como es lógico y natural— un espejismo muy importante por parte de la izquierda española.

La izquierda española puso de relieve en su planteamiento de análisis sobre la realidad sanitaria la idea-fuerza, la idea servicio nacional de salud, que es como una idea que entraña algunos conceptos claros; algunas ideas muy claras que están en el texto, por ejemplo, el hecho de tratarse de un servicio público. En segundo lugar, el tener una caracterización que camine en la línea de la universalización de las atenciones. En tercer lugar, el que tenga dimensiones de participación ciudadana. En cuarto lugar, que tenga una dimensión de atención primaria importante.

Esta idea-fuerza —que compartimos desde una perspectiva de izquierda— es una idea que hay que revisar. Ayer se dijo aquí —y he de insistir en ello— que la idea del servicio nacional de salud es una idea histórica, motor de una posición progresista en el campo sanitario, pero en absoluto es una idea que deba ser estática y no revisada.

¿Por qué ha de ser revisada —y quiero ser breve—? Ayer se dijo aquí, de manera muy clara, que el sistema autonómico español, la articulación del Estado de las Autonomías impide, señor Pérez Royo, la existencia de un soporte único de carácter estatal que se integre en una personalidad jurídica propia a la totalidad de la oferta sanitaria. Y S. S. lo ha venido a reconocer más tarde, como posteriormente pondré de relieve. Este ha sido un espejismo.

Su señoría ignora, al menos en ese planteamiento —ya sé que no lo ignora en otros— la dimensión que supone la existencia de las Comunidades Autónomas.

También querría señalar, brevemente, algunas otras consideraciones. Concretamente en este tema del servicio nacional de salud yo creo que tenemos que ser absolutamente humildes y realistas y reconocer que el servicio como soporte jurídico único no tiene sentido. Como idea-

fuerza la tiene y en la ley está. Lo contrario, señor Pérez Royo —perdóneme— es caer en la teoría de la denominación de origen de los vinos. Esto no es el vino del Duero que hay que defender, como haría el señor Presidente de la Cámara sin duda y quien habla también por ser del Duero, porque si se ampliaran o cambiaran las circunstancias desde la perspectiva de la ordenación jurídica, habría que abordar un nuevo planteamiento racional de la denominación de origen de los vinos y perdonen que introduzca este tema que puede parecer trivial y suscitar la sonrisa de algún Diputado de la Minoría Catalana, para decirle claramente que hay que ponerse al día en este tema, así de clarito, así de suficientemente dicho y expuesto por lo menos, paladinamente.

Decía S. S. que los objetivos que ha de abordar una ley son: luchar contra la desigualdad, concepto integrador, la idea de la descentralización, y S. S., cuando hablaba desde aquí, hace unos segundos, de la idea de una necesaria descentralización en el tema sanitario, agregaba —y los taquígrafos darian prueba fehaciente de ello— la necesidad de una nueva estructura sanitaria pública única.

Pues bien, señor Pérez Royo, la descentralización es absolutamente contradictoria con la existencia de una única estructura pública de gestión de los servicios sanitarios.

Ha planteado S. S. algunos aspectos concretos sobre el tema de personal y ha insistido en algo que cómo no vamos a estar de acuerdo si está en la ley, señor Pérez Royo: en la necesidad de un equipo pluridisciplinario que preste una atención no —para entendernos— biológica, no desde una perspectiva profesional, como hacen los señores de la derecha, sino desde una perspectiva de equipo.

Señor Pérez Royo, en este sentido, he de decirle que eso está en la ley y si vamos a pasar a analizar catilinarmente los fines, cuando nos anuncia con la velocidad que le caracteriza y que los taquígrafos padecen sin duda (*Risas.*), en su intervención decía una serie de, por así decirlo, defectos o pecados del texto legal. Y nos venía S. S. a decir que no se unifica, que se coordina.

No es cierto, señor Pérez Royo. Léase el texto legal. Ciertamente, no se unifica en la idea del Servicio Nacional de Salud que deja sin personalidad jurídica al de las Comunidades Autónomas. Léase usted el texto legal y recuerde que hay Comunidades Autónomas.

Insiste usted en la idea del hospitalocentrismo. Que el hospital es lo básico. Pues bien, en ese sentido, si usted se pone a estudiar la ley con el detalle, con el rigor, que le caracteriza en aquellas materias que, profesionalmente, estudia, verá S. S. cómo el hospital existe pero que lo fundamental es la atención primaria, y en esto no hay que pasarse tampoco, por cierto.

Por otra parte, habla usted de la disociación de actuaciones preventivas. Habla de la introducción de un marco de libertad para los seguros privados.

Yo le digo, señor Pérez Royo, que en este país hay libertad de seguros privados porque hay una ley que los regula. Una cosa es que se garantice que las entidades

privadas de seguros sanitarios tuvieran toda la oferta pública, o que los entes públicos estén obligados a prestar unas cuotas. Eso no se garantiza.

Señor Pérez Royo, busque usted un texto más progresivo que el capítulo de conciertos de este texto legal, que le aseguro que le resultará difícil encontrarlo. Y se lo digo con profundo respeto.

Hablaba de la ruptura de unas tradiciones municipalistas. Léase el artículo 15 de la Ley de Régimen Local, que está garantizado por esta Cámara, por el Senado, en una palabra por las Cortes Generales. Competencias de las Corporaciones locales. Y léase las competencias que la participación en los Consejos, a nivel de 50 por ciento establece.

Habla de una no participación en el nivel primario. Y, en ese sentido, he de decirle que tal vez sea este punto uno de los puntos, con el de la financiación, en que más nos separamos.

A este propósito quiero decirle, señor Pérez Royo, que resulta difícilmente admisible, desde una perspectiva jurídica y desde una perspectiva operativa, que se pueda atribuir a un órgano —que no sé como se llama, si Consejo Estatal de Salud o Consejo General— competencias tan específicas como ésta. El Consejo Estatal de la Salud también asigna recursos patrimoniales a los Servicios de salud. ¿Y qué hacen los Parlamentarios de las Comunidades Autónomas entonces? Realizar la planificación general sanitaria.

Si quiere usted, sería más correcto —permitame que le hable en estos términos— expresar una opinión, una discrepancia, pero no la planificación, salvo que para usted participación equivalga a gestión, que yo creo que es el error subyacente en el texto que S. S. ha defendido. Todos los Consejos salen de las Comunidades Autónomas.

Insiste en que su coste debiera ser aprobado por el Consejo. Ya se lo he dicho. Es más. Cubre la dirección y la gerencia en el área de la planificación y la gestión.

Señor Pérez Royo, la participación es la presencia activa de los ciudadanos en la gestión de la cosa pública —como S. S. sabe y yo no tengo necesidad de enseñarle puesto que demócrata es, en estas cuestiones y en otras— pero en absoluto es la sustitución de la Administración pública en cualquiera de sus áreas. Y yo creo que ese es el principal problema que tiene usted. Le decía, señor Pérez Royo, que no nos diferenciamos en otros temas, y usted lo ha señalado, por lo que he de ser paladino al reconocer la honestidad con que lo ha dicho.

Respecto al tema de la financiación, señor Pérez Royo, quiero decirle que en Inglaterra existe participación privada porcentual reducida; que en la Unión Soviética también existe un papel privado de la medicina; que en Polonia también existe la figura del cooperativismo del profesional sanitario. Italia, con un modelo sanitario importante, aunque puede tener algunos problemas en revisión, como S. S. conoce, sin duda, porque es verdad, y es un tema en el que Italia dio un paso progresista importante, también tiene estos elementos de participación privada. Usted, señor Pérez Royo, que es experto en Derecho financiero, díganos desde aquí cómo lo haría, pero

con sinceridad. Y si me menciona usted como solución la LOFCA hablaremos a continuación de cómo la LOFCA perpetúa, en función del coste de los servicios estimados para las transferencias, las desigualdades territoriales existentes. Lo digo como avance a una de las posibles sugerencias que sin duda se podrán realizar.

Su señoría ha hablado de otros aspectos, como el relacionado con las inversiones. Esto está claro en la orientación que el texto pretende dar. Fundamentalmente se pretenden inversiones en atención primaria, pero le diré a S. S. que existe una política activa en inversiones públicas por parte de las Comunidades Autónomas de diverso signo (dicho sea de paso, incluso en los periódicos se hacen eco de ello), a través de la puesta en marcha de esos centros de atención primaria mediante la convocatoria correspondiente de personal.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Le ruego vaya concluyendo.

El señor DE VICENTE MARTIN: Termino en seguida, señor Presidente.

Por eso, señor Pérez Royo, me parece importante y ese sentimiento lo comparto y hasta me gusta la comparación ¡córcholis!; no porque tenga que haber más dinero en Sanidad que en Defensa, vamos a llenar el país de hospitales, que usted sabe que hay muchos innecesarios: hospitales sí, pero si son necesarios, señor Pérez Royo.

Quiero, sin más, decirle claramente lo siguiente: su ley se parece demasiado a la nuestra. Hay muchos artículos, el 1.º, el 2.º, el 3.º, el 4.º, el 5.º, el 6.º, el 7.º, el 8.º, el 9.º, y el 10 y así hasta cuatro líneas en este papel, registrando el texto de los artículos que se parecen. Y eso no es malo, señor Pérez Royo, eso nos pone en posiciones comunes aunque también quedan evidenciadas las discrepancias, pero dígalos, señor Pérez Royo, con absoluta honestidad y con la que usted se merece sin duda.

Entre la posición del Partido Comunista y la del Gobierno no hay más que dos discrepancias básicas: el funcionamiento y la participación. De lo demás que no sea esto, repito, seguro que es inocente.

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

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Luch Martín): Señor Presidente, señoras y señores Diputados, en muy breves minutos, como es habitual en mí, voy a hacer algunos comentarios.

Quiero decirle en primer lugar al señor Ruiz Soto que cuando canta a la libertad habla de un escrito de Raymond Barré, y no es lo que se dice en Europa Occidental. Siempre recuerdo las memorias de André Maurois (que no son las Antimemorias), que es un libro que se llama «Les chaînes sont la bête», libro de sus conversaciones con el General De Gaulle, y André Maurois está indignado porque hay personas que se han relacionado con el General y durante mucho tiempo no han hablado de libertad, y en cambio, recientemente, hablan muchas ve-

ces de libertad. Dice el General De Gaulle que es bueno que lo digan.

Yo me alegro de que lo digan cuando muchos de ustedes dicen libertad; le digo que me alegro porque, como el General De Gaulle, a través del tiempo supone que lo van a interiorizar, y eso es bueno para ustedes y para todos nosotros. (*Risas.*) Por tanto, de verdad que es bueno.

En segundo lugar, yo creo que su texto alternativo tiene sobre todo una cosa que quería decir con toda claridad. No tiene memoria económica (*Risas.*), y no la tiene porque no la puede tener. ¿Por qué? Porque hay que relacionar lo sanitario con lo económico.

Ya dije ayer que los servicios nacionales de salud, con la revisión que ha hecho muy bien el Diputado Ciriaco de Vicente, es el sistema que tiene mejores indicadores sanitarios y al mismo tiempo menos costes. Y su texto alternativo, que me he entretenido en contarle, significa que usted tiene que decir a los trabajadores y empresarios de este país que las cotizaciones tienen que aumentar entre un 4,2 y un 5,1 puntos; es decir, casi medio billón de pesetas a través de las cotizaciones sociales. Si no, como usted dice que hay que cotizar por los tres impuestos, es que tienen que aumentar los impuestos. Le diré, sinceramente —y eso me preocupa— que la semana pasada les he oído hablar mal de la Ley de Pensiones que reduce más gasto. No sé ustedes dónde están. Lo que sé es que entre la semana pasada y ésta han gastado 600.000 millones de pesetas, y eso supone mayores impuestos, mayores cotizaciones, y así, de verdad, no se les va a tomar en serio como alternativa de poder, porque la gente hacer sus números y la gente piensa mal (*Risas.*), mucho. Debido a la presencia que todo el mundo conoce, va aprendiendo, lo cual me congratula especialmente. (*Risas.*) Por tanto, esto es muy caro y esto es lo que hay que decir, caro con peores indicadores sanitarios, porque en muchos sitios hay que decir una vez y otra lo mismo. Con el modelo británico o con el que aquí queremos poner en funcionamiento, hay mejores indicadores sanitarios que en el denominado sistema libre.

Hablemos en términos modernos —estos desafíos me gustan—, sobre el tema de acto médico y nadie está hablando en términos modernos de acto médico. Todo el mundo está hablando de proceso médico, y léanse ustedes lo que se está haciendo en las zonas más avanzadas de la sociedad, representadas a mi izquierda, o bien lo que dicen los médicos que aconsejan al Presidente Reagan. Ya no se habla de acto médico, sino de proceso médico, de proceso en el hospital, porque es la única manera de tener eficacia sanitaria con unos costos determinados. No hablen de acto médico. Incorpórenlo aquí también. Plágiennos ahí —creo que el plagio es bueno—; plágiennos también en este punto y pongan proceso médico, que es lo moderno, y su proyecto estaría mucho mejor. Por tanto, espero que en el Senado en la incorporación que han hecho de tantos artículos, añadan también lo de proceso médico y no lo de acto médico.

Con respecto a la financiación, yo diría sinceramente que si ni en países que llevan el servicio de salud, como Gran Bretaña, durante tantos años han podido eliminar

del todo las cotizaciones directas de trabajadores y empresarios, hay que decir que aquí esto no es posible. Y, si no, ¿qué hay que hacer? Hay que hacer un mecanismo de transición, como lo hay en su texto, que es una transición de tanto tiempo que ni ustedes ni yo lo veremos; es decir, de treinta, cuarenta, cincuenta años, y, por tanto, más vale decir al pueblo cuál es la verdad, y en la vida de un político, no creo que sea sincero decir lo que ustedes están diciendo.

Creo que es bueno que tuviésemos un sistema sanitario financiero por impuestos, pero no es sincero decir que esto se pueda hacer en unos años muy determinados. Esto es lo que quería decirle a usted, y, al mismo tiempo, agradecer el tono con que usted me ha hecho las preguntas, lo que es habitual en usted.

Por último, referirme a la intervención del representante del Partido Comunista y decirle también que le agradezco, asimismo, su tono, el habitual, que conozco de otras épocas y que es bueno. Tengo que hacerle solamente dos objeciones. Yo entiendo que quiera mantener la distancia; cambiemos el proyecto y es igual. Si vamos en una dirección nos mantenemos con igual separación que si lo hacemos en otra dirección. ¿Por qué? Porque se ha empeorado. Pero no puede ser que solamente señale lo que a usted le parece empeoramiento. No puede ser que pueda coger un borrador donde está la carta de derechos y deberes; eso es un retraso y no me lo creo. Ni me creo que lo que aquí se ha defendido sobre la diferencia entre los sistemas sea nada ideológico. Es una cuestión de criterio. Creo que cuando se han introducido fórmulas de coordinación para aquellas Comunidades Autónomas que no tienen competencias estatutarias, también piensa usted que es un progreso. Pienso que usted no está de acuerdo en una anulación de la libre elección de médico.

Con respecto a un tema como es el estatutario, la verdad es una y la dije ayer. Resulta que las fuerzas sindicales, dije las cuatro, con su grupo, el CDS y UCD, aparte de que mi antecesor mantuvo aquí ayer una gran energía, que me agrada que tenga en estos momentos (*Risas.*), decirle que, sinceramente, en el caso del personal estatutario, a lo mejor usted vería una representación laboral de forma más progresiva. El tiempo lo dirá. Hay que hacer la reforma, como dije, sin intentar romper el equilibrio sanitario.

Para acabar, decirle que a mi entender estos textos alternativos se parecen mucho a los nuestros y, por tanto, yo creo sinceramente que tendrían que ser enmiendas no parciales —tampoco crea que voy a entrar por ahí—, pero en su caso, algunas enmiendas totales me parece que son alternativas, no del texto, y tendrá que venderlas de otra manera. Me parece que no es sincero. Tendrían que ser enmiendas alternativas aparte de la ley.

Afortunadamente estoy en desacuerdo, porque lo suyo es malo sanitariamente y muy caro; pero no es un texto alternativo en el sentido global de la palabra.

En el caso del Grupo Comunista, evidentemente, no es alternativo por el cotejo de textos que se ha hecho.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): En turno de réplica, el señor Ruiz Soto tiene la palabra.

El señor RUIZ SOTO: Con la venia, señor Presidente, señoras y señores Diputados, señor Arnau, tengo que empezar por decirle, en contestación a lo que usted alega, de que no hay libertad que yo le emplazo a que usted compare cuál es la libertad. Quieranlo ustedes o no —y esto reconozco y sé que les da mucha rabia—, ustedes quisieran ser más avanzados que nosotros en eso de la libertad, pero no pueden. (*Risas.*) Ustedes están recortando la libertad y aquí la recortan. Ustedes no ponen la libertad total de médico, como preconiza la ley del Grupo Popular. Ustedes dicen que nada más libertad que para elegir al médico de cabecera, pero no para elegir centro y en una autonomía. Nosotros decimos que en todo el Estado español, a todos los profesionales y por todos los españoles.

Ustedes se reirán, pero vayamos a lo de antes. Cuando alguna de SS. SS. más importantes requieren un médico, eligen —y eso es bueno— eligen el que quieren, y muchas veces el privado, y algunas veces el de derechas. (*Risas.*) Está muy bien. ¿Por qué? Porque a lo mejor es el que tiene más conocimientos.

Volvamos a la jerarquía sanitaria. Cuando yo hablo de jerarquía sanitaria quiero decir puesta al servicio del enfermo. La jerarquía sanitaria se adquiere con conocimientos, con estudios, con trabajos, con sacrificios. ¿Y todo eso, para qué? Para mejor solucionar los problemas de los pacientes. Esto en lo que se refiere a la asistencia sanitaria. Por eso, quieranlo o no, nuestra ley tiene muchísimas más libertades que la suya, de aquí a Lima.

Dice que introducimos la competitividad. ¡Claro que la introducimos!, porque precisamente eso es lo que mueve a las naciones industrializadas, a las naciones modernas: la competitividad, el contrastar los conocimientos de unos y otros. Y eso se realiza muy bien, se realiza extraordinariamente bien en las profesiones sanitarias, donde siempre estamos dedicados al reciclaje de nuestros conocimientos. Incluso en nuestra ley se habla de esa reactualización de conocimientos, y creo que ustedes sabrán leer.

Habla de que hemos incluido ¡y hemos hecho bien! los derechos de los pacientes. Nosotros creemos que debían ir en una disposición reglamentaria, no en la Ley General de Sanidad, pero no nos duelen prendas y nosotros tenemos la humildad de reconocer que, porque esto era bueno, lo hemos incluido, y a lo mejor incluso hemos copiado uno de sus artículos. En cambio, no han dicho que ustedes podían haber copiado uno de los nuestros, que es, otra vez, la libre elección de médico y la libre elección de centro sanitario. Lo siento, pero esto se lo voy a estar refregando por la cara continuamente cada vez que me suba a este estrado, hasta que ustedes lo aprendan bien. Esa es la aspiración de una Ley General de Sanidad. Si ustedes no lo ponen, será mala. ¡Porque la suya sí que es mala! En ella se coartan las libertades.

Luego dice usted que contemplamos el ámbito de la

autonomía en el acto médico y que nuestra planificación es mala.

Nosotros hablamos de un concepto moderno, de un concepto que se utiliza en la Organización Mundial de la Salud, en la OMS, que seguramente conoce el señor Ministro, y es la planificación inducida. ¿Qué es la planificación inducida? Ni más ni menos que la que hacen las Comunidades Autónomas, no la que hace el Estado, y resulta que nosotros sí damos a las Comunidades Autónomas la importancia que tienen, ¡fíjense ustedes qué curioso! Nosotros sí creemos en que las Comunidades Autónomas en esta materia sanitaria —al igual que en otras muchas, pero en esta sobre todo— tienen una importancia y una preponderancia fundamental. ¿Por qué? Porque conocen los problemas, porque no se puede estar desde un despacho de Madrid planificando ni cerrando los hospitales o cerrando los conciertos.

Ustedes —y volvemos a lo de los conciertos— tienen un programa de conciertos que dicen que es muy bueno, tan bueno que ayer el señor Martín Toval preconizaba que la medicina privada representaba el 17 por ciento. Cuando entró el señor Ministro era el 42 por ciento de las camas y sólo se refería a las camas hospitalarias. ¿Qué quiere decir esto? Que en dos años y medio ha bajado del 42 al 17 por ciento. Y por esta ley apuestan por la sanidad pública, pero por una sanidad mala que efectivamente tiene muchos indicadores sanitarios, pero que tienen unos malos resultados de calidad y, además, un grado de rechazo por parte de los usuarios, y la dejarán seguramente reducida a nada, a cero, porque utilizan la política de conciertos para restringir los hospitales. Ahora mismo, entre los hospitales de Madrid han sembrado el pánico cerrando unilateralmente los conciertos en siete de ellos y no todos tienen el ánimo de lucro, a pesar de esa demagogia que utilizan SS. SS. de que nos vamos a hacer ricos. No hay enfermos privados —ya se lo he dicho— gracias a que usted y el señor Boyer han estrujado los bolsillos de los españoles. Hay instituciones como la de San Juan de Dios —que no creo que sea una institución privada—, como el Hospital Provincial y la Clínica de la Concepción y ahí es donde se meten las camas concertadas y privadas, pero ninguno tiene ánimo de lucro, señoras y señores Diputados.

Ha hablado también de que nosotros pretendemos que en el comité de evaluación clínica estén los profesionales, pero que no los veía. Pues los ha nombrado usted, lo que pasa es que no los ha visto. Muchas veces se lee sin ver. Son los órganos técnicos profesionalizados precisamente los que van a evaluar las actuaciones en materia de sanidad. ¿Y qué son los órganos técnicos profesionalizados? Son precisamente las autoridades sanitarias competentes. Usted dice que a los farmacéuticos y a los veterinarios se les da demasiada preponderancia en nuestra ley y que intervienen en el control de los medicamentos, de la alimentación animal, etcétera. Yo le voy a leer el artículo 105 de la Constitución que dice: «La Ley regulará: a) La audiencia de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones y asociaciones reconocidas por la ley, en el procedimiento de elaboración de las disposiciones

administrativas que les afecten». Yo quiero decirle que este artículo y la Ley de Procedimiento Administrativo autorizan a poner a estos profesionales, nosotros utilizamos la Constitución y creo que hay que leerse la Constitución. Además, ¿quién lo va a hacer mejor?

Nosotros creemos en los profesionales sanitarios, en su competencia y en sus conocimientos técnicos, siempre estamos hablando de ello y no dejaremos de hacerlo; ellos son los que tienen que decidir en esta materia por el bien de todos los españoles. Por eso tienen que intervenir con sus conocimientos en la prevención de todas las acechanzas que, en materia de salud, pueden afectar a los españoles.

El señor Ministro dice que es bueno que hable de libertad. Ya sabe, señor Ministro, que seguiré hablando de libertad. Usted es un Ministro especial, es un Ministro que me recuerda la fábula o el chiste madrileño de aquel que le regalaron un pavo en Navidad y para que lo viera el vecino invita a éste, suelta al pavo en medio del comedor y aunque el pavo se paseaba por encima de la mesa del café el vecino no veía al pavo. Igual le pasa a usted; tienen cinco enmiendas a la totalidad, tres textos alternativos y dice que todo está muy bien, que es muy bueno y que nos entenderemos. Yo lo siento, señor Ministro, personalmente no me meto con usted, usted sabe que goza de todas mis simpatías, pero como Ministro no me diga que tiene una ley buena y que, sin embargo, la mía es mala. La mía ya tiene un consenso, usted ha dicho que la suya tiene el consenso de todas las profesiones sanitarias y ahora resulta que no lo tiene.

Esta es una ley que lleva detrás de sí a los profesionales sanitarios y lleva a los usuarios, porque los profesionales sanitarios no están convencidos de que lo que se pide en esta ley es bueno para todos.

Usted me lleva a su terreno porque en el terreno sanitario, usted que es hombre listo e inteligente, no se quiere meter conmigo, y me parece muy bien. Usted es economista, me quiere llevar a su terreno, pero le voy a decir una cosa que he aprendido de usted, porque nosotros en nuestra humildad también aprendemos, y estamos siempre dispuestos a aprender, porque yo soy un técnico, soy un profesional, soy un científico (*Rumores.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): ¡Silencio!, por favor.

El señor RUIZ SOTO: Sí, señores, científico con su titulación, y entonces resulta que usted me lleva al capítulo económico. Mire, en un sistema que planifique, en un sistema que congratule, en un sistema de confianza, es muchísimo más económica la prestación, con toda seguridad muchísimo más económica, y ya lo he explicado antes cuando he explicitado la ley. ¿Por qué? Usted habla de acto médico. Pues le voy a decir una cosa, ¿sabe lo que es el proceso médico? Pues la suma de los actos médicos. Al final de todo, como dijo Hipócrates, con la suma de los actos médicos se llega al proceso.

Perdóneme, señor Ministro, usted entenderá mucho de economía, pero de sanidad muy poco, con perdón. (*Ri-*

sas.) Usted me quiere llevar al terreno de la economía, y yo le quiero llevar al de la sanidad.

En cuanto a la financiación de nuestro sistema, es muchísimo más moderna. No me vaya a decir que es el sistema de las cuotas de los empresarios y los trabajadores.

Ustedes no quieren entrar en que si se universaliza ya no puede ser el viejo concepto que era el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que era para aliviar las enfermedades de los obreros, de los trabajadores, y entonces tenían que pagarlo los empresarios y los trabajadores. Ahora universalizan todo y ¿por qué van a pagar los trabajadores y los empresarios lo de todos? Hay no sólo por debajo, sino por encima, gentes que no trabajan, que son rentistas, o son millonarios o lo que sea, o los jubilados o los pobres indigentes. Por eso hay que ir introduciendo, tiene que ir en los Presupuestos Generales del Estado, y usted no puede mantener conceptualmente esta financiación, dígalos como lo diga.

Nosotros sabemos que no se puede hacer de las rentas el sistema de que nosotros hablamos. Por eso en las disposiciones transitorias hablamos de otra cosa de la que usted no ha hablado, y yo se la brindo, igual que otras veces lo he hecho. Primero: queremos saber qué es lo que nos gastamos en la sanidad; no queremos que lo haga la Seguridad Social, queremos que nos lo digan en porcentajes, como ahora, y mientras se moderniza el Estado, y con los niveles de renta, eso tiene que hacerlo el Ministerio de Economía y Hacienda, y que nos digan las prestaciones a que tenemos derecho y los pagos que tenemos que hacer. Así contrataremos otros servicios, y yo le digo y le garantizo que esto es mucho más económico. Lo que ustedes hacen no significa economía en sanidad, y voy a la enseñanza porque me he ido un poco del tema.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Le ruego que vaya concluyendo, señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Termino en seguida, señor Presidente.

Nosotros hemos establecido en la Ley una cosa original, y es el Instituto de Economía Sanitaria. ¿Para qué, señor Ministro? Para que los economistas no hagan la sanidad y caigan en el error que han caído ustedes, en intentar ahorrar de la sanidad, y además presumen de que han hecho ahorros en Sanidad. Eso cuesta sufrimientos y cuesta mala asistencia al usuario. Nosotros queremos que los economistas vayan a la Sanidad para mejorarla, para optimizarla, para dar unas prestaciones más justas y una sanidad más equitativa para todos los españoles.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el señor Pérez Royo.

El señor PEREZ ROYO: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, señor Ciriaco de Vicente, en primer

lugar voy a referirme a un tema al que usted se ha referido, y sobre el cual la verdad es que no quisiera hablar, pero no tengo más remedio que hacerlo, puesto que usted lo ha suscitado, y es el tema de las cuestiones personales. A mí francamente no me interesan las descalificaciones en cuanto a las competencias.

Esta tarde el señor Ruiz Soto decía del señor Martín Toval que él sabía de derecho —el señor Martín Toval no estaba, pero se lo digo, y no es que me chive—, pero que no sabía de sanidad, y ahora le ha dicho al señor Ministro que sabe de economía, pero no de sanidad. El señor De Vicente me ha dicho a mí también que soy experto en no sé qué cosas, pero que no lo soy en sanidad.

No sé si soy especialista o experto en algo. En cualquier caso, cuando subo a esta tribuna no lo hago en condición de experto de nada, sino de político, es decir, como una persona que se ocupa de los intereses generales y que aspira a imprimirles la dirección que, desde su particular concepción política, entiende que es la mejor para hacerlo. Este es el sentido en el que he hablado anteriormente y en el que voy a continuar haciéndolo ahora. Para eso, naturalmente, hay que asesorarse y hay que estudiar. Yo, con modestia, lo hago cuando tengo que intervenir aquí. Estudio y pregunto a los profesionales y a los expertos, eso sí, de cada materia. He estudiado el tema y, entre otras cosas, he escuchado con atención en la legislatura pasada, porque en ésta se prodiga menos, al señor De Vicente cada vez que nos hablaba de estas cosas.

También he estudiado otros papeles, por ejemplo, los que ha elaborado la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública que, por cierto, tiene una visión del proyecto diametralmente opuesta a la que ustedes han manifestado aquí. Y cuando se piensa que esa asociación está animada por profesionales progresistas y en una gran medida por profesionales del PSOE, hay que decir que las cosas no están claras.

Mis argumentaciones coinciden en gran medida con esta asociación que he indicado y con sectores del Partido Socialista. No se puede venir aquí a continuación a decir que la cosa está meridianamente clara, porque usted sabe perfectamente que dentro de su propio Partido y dentro de los diferentes equipos que ha habido en el Ministerio han existido concepciones muy diferentes, incluso en algunos puntos diametralmente opuestas, en relación a esta Ley.

¿Que se ha avanzado durante la gestión socialista en materia de sanidad? No es lo que estamos discutiendo aquí. Estamos discutiendo el tema del presente proyecto de ley. En todo caso, he indicado algunos datos.

Ciertamente, hay unas magnitudes, por ejemplo, las monetarias, el gasto por persona en sanidad, en los cuales claramente se aprecia un retroceso, como he dicho anteriormente. Se ha pasado de 20.691 pesetas en 1981, por persona en gastos sanitarios, a 17.651 en 1984, en términos reales, es decir, en pesetas de 1981. Naturalmente, esto no se puede imputar al señor Boyer, que sirve para todo. Lo mismo sirve para un roto que para un descosido; para explicar por qué no se hacen más carre-

teras, más hospitales, etcétera. Pero, en fin, las cosas son así. En todo caso, ha reconocido que en el presente proyecto de ley hay elementos de avance respecto de la situación anterior.

Se habla, por ejemplo, de un modelo teórico de promoción de la salud, como señalaba al principio de la ley, con el cual nosotros estamos básicamente de acuerdo. Se establece una delimitación de áreas de salud, de zonas básicas de salud que nos parece convincente. Se habla del tema de la integración de la salud laboral y de la salud mental, que también nos parece digno de alabar. Lo que pasa es que nosotros veníamos no a alabar el proyecto, sino a impugnarlo en base a lo que entendemos que es un proyecto alternativo más capacitado para solucionar problemas de sanidad en la hora presente. En cualquier caso, le he indicado alguno y podría citarle más.

A pesar de esos logros indudables, lo menos que podíamos pedir a un Gobierno socialista, que ha sucedido a un Gobierno de derechas y éste, a su vez, sucedió a situaciones, afortunadamente superadas, lo menos que podíamos pedirle al Gobierno del cambio es que cambie algo, porque el problema es que creemos que se queda bastante corto en ese cambio.

El señor De Vicente nos ha dado en cierta medida la clave de eso al hablar de la idea-fuerza, del Servicio Nacional de la Salud, sobre el cual le he oído, no diré, pontificar, pero sí hablar con mucha solvencia. Esta es la primera vez que le oigo decir que es un espejismo de la izquierda y algo que hay que revisar. Casi le pediría que en las próximas elecciones en lugar de hablar del programa del cambio lo llamen programa de la revisión, porque, desde luego, es lo que sale con preferencia en relación a los planteamientos que ustedes vienen a hacer aquí. Hubiera deseado que no se revisara esa idea-fuerza, que no es un espejismo, sino la idea central de la izquierda para vertebrar la organización de la sanidad.

Usted dice ahora —me parece que también lo dijo ayer el señor Ministro— que el Estado de las Autonomías impide la creación del Servicio Nacional de la Salud. Entre paréntesis, hay que decir que tiene gracia que se diga que con este proyecto de ley se va precisamente a defender las autonomías; un proyecto de ley que si en algo se caracteriza es, entre otras cosas, en el ataque casi despiadado a las autonomías. Pero se nos dice, y con un argumento jurídicista, que la estructura del Estado en base a diferentes entes dotados cada uno con personalidad jurídica propia impide la creación de un Servicio Nacional de la Salud con personalidad jurídica única. Esas son, perdóneme, señor De Vicente, excusas de mal pagador. Es un juridicismo. No se ha hecho el hombre para el Derecho, sino el Derecho para el hombre o para la sociedad. En consecuencia, no hay obstáculo jurídico que impida que se constituya un Servicio Nacional de la Salud, incluso manteniendo servicios de la salud a nivel de Comunidades Autónomas. Un Servicio Nacional de la Salud que sería, en definitiva, la suma de los servicios de la salud de las Comunidades Autónomas.

Sin embargo, el concepto fundamental no es un pro-

blema de nomenclatura, sino de integración. Un Servicio Nacional de la Salud debe conseguir la integración de la asistencia sanitaria, la integración, en definitiva, del problema de la salud. Integración que ustedes, precisamente, no garantizan por muchos temas. Por el tema de la financiación entre otras cosas; por el tema del mantenimiento de las cotizaciones a la Seguridad Social como elemento base de financiación, etcétera.

Ustedes, en lugar de la integración, introducen el elemento de coordinación, y yo les diría que se pongan de acuerdo, ya que usted me ha dicho que no tengo razón al atacar el concepto de coordinación, porque no aparece ni se añade al proyecto, y el señor Ministro me dice que significa un gran avance y que nosotros, al enjuiciarlo, desconocemos los pasos que ha dado el anteproyecto hasta llegar a la situación actual.

Señor Ministro, el concepto de coordinación, que si aparece, señor De Vicente, en el artículo 42.3 del proyecto, no es ningún avance; es precisamente un retroceso porque ¿qué significa coordinación? En definitiva, significa el sucedáneo cuando se ha renunciado al concepto clave, fundamental, que era el concepto de integración, que aparecía en el primitivo anteproyecto de su Ministerio y que nosotros mantenemos en nuestro texto alternativo.

Como se renuncia a la integración, hay que rectificar lo que ustedes mismos llaman en su preámbulo «viejo mito ya superado de la coordinación».

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Ruego vaya concluyendo.

El señor PEREZ ROYO: Concluyo, señor Presidente.

Hay algunas otras observaciones que me ha hecho el señor De Vicente que francamente no son leales. Porque decir, por ejemplo, que se enumeran las competencias del Consejo General de la Salud, cuando se enumeran en unos términos que hacen referencia a competencias que son de otros órganos constitucionales, es un ardid de la discusión.

Naturalmente, yo le puedo citar varias leyes en las cuales se dicen cosas parecidas. Por ejemplo, en la LOFCA, que usted ha mencionado, cuando establece que el Comité de Política Fiscal y Financiera tiene, entre otras, la misión de coordinar las inversiones públicas que se hacen en el mecanismo presupuestario, y, naturalmente, eso no significa que el Comité de Política Fiscal y Financiera vaya a suplantarse a las Cortes al referirse, por ejemplo, a la asignación de las Cortes.

De igual manera hay que entender el sistema de competencias dentro del conjunto del ordenamiento jurídico, entre otras la Constitución. La Constitución no hace una interpretación sistemática. No hay que sacar las cosas del tiesto.

Finalmente, me referiré a la financiación muy brevemente, porque ya hablaremos de ello cuando llegue el debate en el otoño. Simplemente diría que en un sistema como el de ustedes, que mantiene como elemento base el sistema de cotización y, en consecuencia (el derecho a la

salud que se proclama de todos, pero a la hora de la verdad se concreta en que el derecho a la salud no es de todos, sino que es de los asegurados) entiende como presupuesto previo el aseguramiento, la cotización, o bien la condición de desamparo, de beneficencia, o bien el pagar.

Eso, evidentemente, no es un sistema, como usted habla. Su sistema es hablar de financiación y se mantiene en pie por la financiación. No me diga eso, señor De Vicente. El texto alternativo —lo he dicho ya por dos veces y lo vuelvo a repetir ahora por tercera vez— es un texto que tiene como elemento base el anteproyecto que inicialmente se preparó en el Ministerio de Sanidad y que, entre otras cosas, fue causa de diversos follones en el propio Ministerio, que yo, naturalmente, no quiero sacar aquí, aunque, a nuestro juicio, simplemente era mejor que el proyecto que finalmente, a través de un retroceso que nosotros lamentamos, ha llegado a esta Cámara.

Nada más. Perdona el tono subido en alguna ocasión, que naturalmente no tenía ninguna otra intención más que el tono y la rapidez de la palabra.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Los señores Arnau y De Vicente tienen la palabra, repartiéndose el tiempo reglamentario de la réplica.

El señor ARNAU NAVARRO: Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Ruiz Soto, usted es un gran científico; yo soy, sencillamente, un modesto usuario de la sanidad, pero no olvide que de médico, poeta y loco todos tenemos un poco. *(Risas.)*

Por otra parte, y siguiendo con los proverbios populares, una cosa es hablar y otra dar trigo. Se lo he recordado también desde la tribuna. ¿Cómo conjuga usted la planificación territorial con la libre y absoluta elección de médico? ¿Cómo la conjuga? ¿Cómo va a disponer usted de un diagnóstico real de salud, del objeto o ámbito de esa planificación? Es una incoherencia que también rechaza la Organización Mundial de la Salud.

¿Quieren ustedes que comparemos nuestro texto, en materia de libertades, con el suyo? Pues fácilmente, en dos palabras: ustedes tan sólo se preocupan de la libertad de los enfermos, mientras que nosotros nos preocupamos de la libertad de los enfermos y de los sanos.

Vamos a hablar de competitividad. Ustedes introducen la competitividad entre médicos y hospitales. En definitiva, lo que introducen es el libre juego del mercado dentro del ámbito sanitario. Ustedes piensan que el Estado va a limitar ese libre juego de las fuerzas del mercado dentro de los recursos sanitarios, piensan que ese Estado va a inmiscuirse en funciones que no son suyas y, en el fondo, lo que tienen ustedes es un miedo absoluto a la intervención del Estado. Pero, ¿cómo evitan ustedes ese miedo? Ustedes evitan el miedo al Estado corporativizando al Estado, y yo les recordaría, si tuviera tiempo —y espero que el señor Presidente me dé un momento—, algunas palabras del Profesor Elías Díaz, que dice: «Lo

peor no es el Estado; lo peor son ciertos poderes incontrolados que operan en torno al Estado. La crítica al Estado a veces pretende conservarlos y encubrirlos». Estoy seguro de que ustedes no van a caer en esa tentación. Lo importante para nosotros (no se engañe, señor Ruiz Soto) es aunar el Estado de Derecho, las instituciones jurídico democráticas con la dinámica propia de la sociedad y, en este caso, en el proyecto de Ley General de Sanidad lo que estamos haciendo es conjugar la Administración pública sanitaria con la participación ciudadana. El Estado aquí (no se engañen, señorías), es sólo un factor de cambio.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Arnau. Tiene la palabra el señor De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, brevemente para contestar a la intervención del Diputado señor Pérez Royo, diciéndole que si hubo algo en mi pretendida distinción entre lo experto y lo político era una muestra de afecto para poder descalificarle técnicamente. No era otra la intención que había, respetando, como es lógico, a la persona. Por tanto, creo que el tema ha sido suficientemente entendido.

El señor Pérez Royo decía: «Hombre, por primera vez le he oído decir a usted eso del Servicio Nacional de la Salud». Evidentemente, señor Pérez Royo, por las razones antedichas.

En esa asociación que usted ha citado como progresista, y que lo es, y básicamente coincido con su planteamiento, señor Pérez Royo —lo que ocurre es que hay que saber escribirlo en texto legal—, ante esa asociación he defendido esa interpretación, si usted quiere con escaso éxito, desde la perspectiva de la comprensión del concepto. Se lo repito muy sucintamente: Servicio Nacional de Salud único, ni hablar, porque jurídicamente no es viable, y no me descalifique usted en esta tribuna el Derecho, no me diga usted que es juridicismo, porque, si quiere usted, a ese paso nos saltamos todas las barreras del Derecho, pero, ¡ajo!, el Servicio Nacional de la Salud de las Comunidades Autónomas, con carácter progresista, integrador, público, generalizado, etcétera, del Servicio Nacional de la Salud, por supuesto, y en la Ley está. Pero la definición singularísima que usted nos acaba de dar aquí de que el Servicio Nacional de la Salud es la suma de los servicios de las Comunidades Autónomas, permítame que le diga que ya es jurídicamente todavía más insostenible, porque, que yo sepa, aquellos que habitualmente más, por razones obvias, están en los temas de Comunidades Autónomas, imagínese usted que cogen el Servicio de la Comunidad vasca, la catalana, la andaluza, la extremeña, algunos con su personalidad, de esas Comunidades Autónomas y, la tengan o no, optan por la vía de la integración, y suman esos servicios de la Comunidad extremeña, con el de la vasca, la catalana, la de Castilla-León, ¿y eso es un Servicio Nacional de Salud? Eso es un camelo jurídico, perdóneme que se lo diga, o,

dicho de otra forma, es jurídicamente inviable, como S. S. sabe perfectamente.

Decía usted que no habíamos entrado aquí en el debate sobre si se han hecho o no por el Gobierno socialista actuaciones en el tema sanitario. Fue usted quien planteó el tema, aunque no formalmente, pero sí por la vía de los hechos, y yo le voy a decir una cosa: en este terreno, en 1981 se invirtió sólo el 35 por ciento de la partida de inversiones del INSALUD; en 1982 se pasa al 56 por ciento y en 1983 se llega al 83,2 por ciento. Parece que se está avanzado en la inversión que a usted y a mí nos preocupa.

En cualquier caso, señor Pérez Royo, quiero decirle, primero, que no hay excusas de mal pagador, sino defensa del concepto progresista del Servicio. Yo estoy con el contenido del Servicio y la Ley está clara. Lo que ocurre es que ustedes se empeñan en llamar Servicio Nacional de Salud en un texto legal a algo jurídicamente no viable como Servicio Nacional de Salud. ¿Que hay que ser revisionista en la materia? ¡Pues hay que serlo! ¿Que hay que decirlo? ¡Pues hay que decirlo! Yo hablo poco en los últimos tiempos desde esta tribuna y no ha habido debate sanitario previo, pero fuera de esta Cámara sí lo he dicho y usted puede incluso, hasta comprobarlo.

Quiero decirle, finalmente, que S. S. habla de integración de las redes sanitarias. Nuevo error. ¿Cómo se va a integrar la red sanitaria de la Comunidad vasca con la de la andaluza o con la extremeña? Tal vez lo que S. S. quería decir es que lo que hay que crear son unas atenciones sanitarias integrales, que es cosa absolutamente distinta. En este sentido, señor Pérez Royo, yo quiero decirle, con todo respeto y afecto que el riesgo de que una ley se parezca a algún borrador inicial de la misma —por cierto, y dicho sea de paso, que ustedes se manifestaban el 1 de marzo en contra—, con un texto que haya incorporado otros temas, a mí me recuerda a un amigo que había estudiado para bioquímico, que estaba acostumbrado a los tubos y a los ensayos, al análisis personal e individualizado y de repente, llegaron los ordenadores y la mecanización y el hombre se volvió loco porque metía en el ordenador una serie de líquidos y de extracciones y le salía escrito lo que le salía en un papelito que no tenía nada que ver. Es el problema de la inadecuación entre el planteamiento que se hace y el problema ideológico, político y técnico. Dicho en otros términos: ustedes han metido en una maquinita automática los borradores uno, dos y tres. ¡Ojo!, si se sabe que ha habido muchos borradores es porque ha habido transparencia, porque si esta ley es famosa —saben ustedes y el señor Ministro que no siempre coincidimos— es porque hay democracia interna. Si existe ese problema es porque el Ministerio se ha encargado claramente de que esos borradores fuesen conocidos y participados. Dicho esto, quíerese decir que ustedes han metido en la maquinita esos borradores y les ha salido algo ininteligible.

Señor Pérez Royo, en el tono cordial que usted ha utilizado, tengo que señalarle que en su texto hay cosas buenas; se lo voy a decir ahora que usted ya no puede utilizar la vía reglamentaria de contestarme. Hay cosas buenas

repito, que se van a estudiar con la seriedad y el rigor con que se estudian en esta Cámara muchas de las cosas que usted ha mencionado. Pero quiero decirle muy claramente una cosa y perdone: dejen apeado el Servicio Nacional de la Salud. No es ningún desdoro apearse de tantas y tantas cosas, y ello por la evolución jurídica por la evolución intelectual y por la evolución social. Se lo digo con absoluta sinceridad, desde la legitimidad que me da hablar desde esta tribuna, como cualquier otro compañero de Cámara, a una persona tan razonable como su señoría.

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

¿Algún Grupo Parlamentario distinto de los hasta ahora intervinientes desea fijar su posición en el debate? (Pausa.)

Vamos a proceder a las votaciones. Enmienda de totalidad y de texto alternativo del Grupo Parlamentario Popular al proyecto de Ley de Sanidad.

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 276; a favor, 84; en contra, 170; abstenciones, 22.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda rechazada la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

Votamos la enmienda, también de texto alternativo, del Grupo Parlamentario de Minoría Catalana.

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 274; a favor, 15; en contra, 168; abstenciones, 91.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda rechazada la enmienda de texto alternativo del Grupo Parlamentario Minoría Catalana.

Votamos, finalmente, la enmienda, también de texto alternativo, del Grupo Parlamentario Mixto, suscrita por el señor Pérez Royo.

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 274; a favor, cuatro; en contra, 249; abstenciones, 21.

El señor VICEPRESIDENTE: Queda rechazada la enmienda del Grupo Parlamentario Mixto, suscrita por el señor Pérez Royo, de texto alternativo al proyecto de Ley de Sanidad.

De estos acuerdos, que serán publicados en el Boletín Oficial del Congreso, se dará traslado, junto con el texto del proyecto, a la Comisión competente, para su tramitación posterior.

Se suspende la sesión, hasta mañana a las nueve de la mañana.

Eran las seis y diez minutos de la tarde.