



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Año 1985

II Legislatura

Núm. 245

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

Sesión Plenaria núm. 245

celebrada el jueves, 31 de octubre de 1985

ORDEN DEL DIA

Dictámenes de Comisión sobre iniciativas legislativas:

— De la Comisión de Política Social y de Empleo, sobre el proyecto de Ley General de Sanidad («Boletín Oficial de las Cortes Generales», número 145-I, Serie A, de 23 de abril de 1985).

SUMARIO

Se reanuda la sesión a las nueve y cinco minutos de la mañana.

Página

Dictámenes de Comisión sobre iniciativas legislativas 10944

Página

De la Comisión de Política Social y de Empleo, sobre el proyecto de Ley General de Sanidad (continuación) 10944

Página

Artículos 1.º y 2.º 10944

El señor Gomis Martí defiende las enmiendas de Minoría Catalana a estos dos artículos. Anticipa que la aceptación en Comisión de sólo cuatro enmiendas de las 290 presentadas por su Grupo no constituye ningún bagaje para esperar con optimismo los resultados de esta defensa que ahora se inicia. Consta, no obstante, en que el Grupo Socialista reconsidere su inflexible postura anterior a la hora de pronunciarse en el Pleno sobre estas enmiendas.

Expone seguidamente que es perfectamente conocida la posición de su Grupo Parlamentario en este proyecto de ley, que no viene a resolver los problemas de la sanidad del país, aparte de mantener una actitud antiautonomista, al no respetar siquiera las competencias exclusivas que en esta materia tienen atribuidas las Comunidades Autónomas. Anuncia, por tanto, que la gran mayoría de sus enmiendas al proyecto de ley van dirigidas en el sentido que acaba de indicar. Agrega que al Estado le correspon-

de la regulación básica de la sanidad, pero no la regulación general de todas las acciones, y es por ello por lo que solicita la modificación del artículo 1.º, 1, en el que se abarca toda la legislación sanitaria, con desconocimiento de las capacidades legislativas de las Comunidades Autónomas. Según la redacción del artículo 2.º, 1, puede considerarse como básica toda la legislación sanitaria, con excepción de muy limitados artículos de la ley, posición que, a su juicio, no es correcta. Está conforme con que el Estado formule las bases de la sanidad, pero no su regulación completa y exhaustiva.

Refiriéndose nuevamente al contenido del artículo 1.º, 1, expone que su entrada en vigor supondría vaciar de competencias a las Comunidades Autónomas. Dado que existen muchos artículos en el proyecto de ley que tienen simple carácter administrativo y organizativo, limitándose en otros casos a remitirse a diversas normas, solicita, por la enmienda 819, que se amplíe la lista de preceptos no básicos de la ley. Asimismo, a través de las enmiendas 17 y 18 se propone una nueva redacción para la disposición final, en conexión con el texto del artículo 2.º del proyecto, procurando siempre respetar las competencias de las Comunidades Autónomas y, en consecuencia, eliminar el carácter de básicas de algunas facultades que, en su opinión, no lo son. Insiste en el tema de la adopción de bases y normas básicas, que ya ha sido perfilada por el Tribunal Constitucional en diversas sentencias y cuya configuración afecta claramente a las relaciones del Poder central con las Comunidades Autónomas, criterios a los que se ha de ajustar la presente ley, que en su actual redacción contiene numerosos preceptos de carácter claramente reglamentario, es decir, de naturaleza no básica, en contra de la opinión del Grupo mayoritario.

En representación del Grupo Mixto, el señor Bandrés Molet defiende las enmiendas números 2 y 3. Entiende que la protección de la salud no es lo mismo que la asistencia sanitaria, por lo que, al tratar de cuestiones diferentes, deben distinguirse también las garantías para su prestación. Por otra parte, considera que la ley no contempla adecuadamente todas las posibilidades respecto a los españoles en el extranjero o los extranjeros en España, remitiéndose simplemente a convenios internacionales y con olvido de que puede suceder que un español que se encuentra en el extranjero no tenga acceso a los medios asistenciales normales. En tal caso, propone, a través de sus enmiendas, que se le garanticen unos medios no inferiores a los dispuestos por el sistema público español.

Asimismo, en nombre del Grupo Mixto interviene el señor Vicens i Giral para mostrar sus discrepancias fundamentales con el proyecto de ley y, consecuentemente, defender las enmiendas presentadas. La primera de ellas se refiere al artículo 2.º, 1, adicionando la mención a determinados artículos del proyecto de ley, los cuales tendrán carácter supletorio en las Comunidades Autónomas, respetando así el concepto de bases de sanidad establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución y teniendo en cuenta que las Comunidades Autónomas tienen competencias de desarrollo legislativo y de ejecución en los aspectos que di-

chos artículos regulan. Agrega que, en su opinión, el Gobierno pretende la promulgación paulatina de pequeñas Loapas sectoriales, ya que no fue posible una LOAPA general, y tal carácter atribuye a la norma sanitaria que hoy se debate, por lo que no puede dejar de mostrar su oposición a la misma. Señala que ya el Tribunal Constitucional se ha pronunciado acerca de lo que debe entenderse por legislación básica en sentencias de 28 de junio de 1981 y 28 de enero de 1982, cuyos principios sería conveniente que se respetasen en el proyecto de ley, para lo que pide la aceptación de sus enmiendas.

Por la enmienda 191 pretende la incorporación de un punto tres al artículo 2.º, cuyo contenido no es otro que el recogido en la actualidad en el número 2 del artículo 42, según el cual la decisión y actuaciones públicas previstas en la ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.

En defensa de las enmiendas del Grupo Mixto suscritas por el señor Pérez Royo, interviene el señor Fernández Inguanzo. Señala que se trata de las enmiendas 272 a 274, al artículo 2.º, y por la primera de las cuales se pretende hacer realidad el derecho a la salud como condición indispensable para realizar una verdadera reforma sanitaria. Establecer las garantías correspondientes lo considera prioritario, especialmente a la vista de la situación de discriminación sufrida por algunos españoles residentes en el extranjero, por lo que debe irse más allá de una simple declaración de principios. Por la segunda enmienda se pretende una adición al artículo 1.º, 5, haciendo realidad el mandato constitucional de cuidar de la salud de todos los españoles, con eliminación de las discriminaciones que hoy existen. Por último, la enmienda 274 trata de garantizar que la participación de la comunidad en una serie de actuaciones se realice de forma homogénea para todos los españoles, con independencia de su condición y situación.

En nombre del Grupo Parlamentario Vasco (PNV), la señora Gorroño Arrizabalaga expone la necesidad de llegar a un amplio consenso para la formulación definitiva de la Ley General de Sanidad, dado que la misma afecta a todos los sectores de la sociedad y supone una transformación estructural de primera magnitud en la mayor parte de las instituciones sanitarias del país. Añade que es preciso un compromiso histórico que asegure la estabilidad de la nueva ley, evitando que la misma sufra los vaivenes de la alternancia de los partidos en el poder. Siguiendo las pautas marcadas por la Organización Mundial de la Salud, se trata de algo que afecta y es responsabilidad de todos y no únicamente de determinados sectores o grupos. El acuerdo y consenso propugnado cree que es la única forma viable para asegurar la continuidad y, por tanto, eficacia de la nueva ley.

En relación con el título preliminar, manifiesta que el Grupo Vasco tiene varias enmiendas con una finalidad común, cual es el procurar la eficacia de la ley, según ha expuesto anteriormente. En este sentido, debe tenerse también en cuenta la nueva configuración del Estado para

respetar las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas por la Constitución y los Estatutos de Autonomía. Añade que estas Comunidades tienen una organización peculiar que les permite un mayor acercamiento a la sociedad también en materia sanitaria, situación que debe respetarse y es a lo que tienden sus enmiendas, cuyo contenido puntual renuncia a exponer en este momento.

Por último interviene, en nombre del Grupo Popular, el señor Ruiz Soto para defender la enmienda 111, relativa a una ley que, como ya ha dicho la representante del Grupo Vasco, por afectar a todos los españoles debe procurarse su aprobación, llegando, si no a un consenso, sí al mayor grado de aproximación en las posturas de todos los Grupos Parlamentarios. Quizá la falta de acuerdo hasta el momento se deba a que existen concepciones diferentes de lo que es la sanidad, ya que frente a los que piensan que todo compete al Estado otros entienden que se puede lograr casi todo fuera del mismo. Muestra su acuerdo con las posiciones defendidas con anterioridad por otros enmendantes en relación con la necesidad de respetar a las Comunidades Autónomas sus competencias, pues si la estructura autonómica favorece a algo es justamente a la sanidad, al permitir un mayor acercamiento a los problemas y facilitar la inmediatez con los mismos el logro de soluciones. Sin embargo, en su opinión, la ley no es autonomista, lo que lamenta, como no es una ley para la libertad, para una mejor sanidad en libertad.

En turno en contra de las enmiendas interviene, en nombre del Grupo Socialista, el señor De Vicente Martín. Destaca la importancia del Título Preliminar, objeto ahora de debate, en cuanto que define y declara el derecho a la salud, a la protección de la salud de los ciudadanos, determinando quiénes son titulares del mismo y articulando la legitimación de algunas personas para acudir en demanda de los derechos que la ley les reconoce.

En relación con la intervención del señor Ruiz Soto, señala que en ningún momento se ha ocupado de la defensa de la enmienda asumida por el Grupo Popular, aprovechando su turno para hablar de otras cuestiones ajenas al contenido de aquélla.

En cuanto a la intervención del señor Bandrés y al contenido escrito de la enmienda 2 por él defendida, le contesta que es más precisa la redacción del proyecto de ley. Añade que la interpretación amplia que el enmendante hace de lo que es la protección sanitaria podría dar lugar posteriormente incluso a problemas contenciosos, que se pretenden evitar manteniendo el texto de la ley. No se trata, por tanto, de discrepancias de fondo, sino de jugar cautelosamente en un tema en el que se carece de respaldo jurisprudencial o de unívocas declaraciones de los órganos constitucionales. Respecto de la enmienda 3, al artículo 1.º, 3, sobre nivel de protección de los españoles en el extranjero y de los extranjeros en España, manifiesta que el proyecto se remite a lo que establecen las leyes y convenios internacionales, empleando los mismos mecanismos utilizados por otros Estados para la protección de sus nacionales en el extranjero. El mecanismo tradicional en esta materia es el de los convenios internacionales de re-

ciprocidad o multinacionales. No ve qué otro mecanismo podría aplicarse para hacer efectiva la pretensión del señor Bandrés.

Respecto a la intervención del señor Vicens i Giralt, con referencia al tema autonómico, al igual que ha hecho la señora Gorroño y el representante de la Minoría Catalana, poniendo en tela de juicio el criterio establecido en el artículo 2.º del proyecto de ley para la delimitación de lo que se entiende por básico a los efectos de la ley, y todo ello en aras a una defensa de las competencias de las Comunidades Autónomas, manifiesta que la sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de julio, citada por los enmendantes, es clara sobre el particular y los principios en ella contenidos son los que racionalmente se deducen de la legislación vigente. Sin embargo, considera que se ha hecho una lectura de dicha sentencia que no se corresponde exactamente con la realidad de la misma, para pretender excluir de la condición de básicos determinados preceptos del proyecto, preceptos que, en cambio, reúnen tales características, en su opinión, como demostrará pormenorizadamente a continuación, analizando especialmente el contenido de los artículos 35, 36, 37, 51.2 y 54.2 y 3 del proyecto.

En relación con las enmiendas 272 a 274, defendidas por el señor Fernández Inganzo, muestra su desacuerdo con la postura del enmendante, en particular respecto a la acusación de antiautonomista formulada contra el proyecto de ley. Añade que la protección a la salud queda regulada de forma más clara según se establece en el proyecto de ley, sin que en modo alguno pueda hablarse de que se trata de una simple declaración de principios. Respecto a la pretensión de igualdad de todos los españoles en materia sanitaria, manifiesta que se trata de principios ya recogidos en la Constitución y que no parece acertado repartir después en cada ley, por trascendente que sea, como sucede con la que ahora se discute.

Acerca de la petición de amplio consenso formulada por la señora Gorroño y la necesidad de un compromiso histórico que dé estabilidad a la ley, señala que se trata de ideas con las que es difícil no estar de acuerdo. Sin embargo, no puede hablarse de imposición de posiciones por parte del Grupo mayoritario por el hecho de que gane determinadas votaciones respecto a temas sobre los que no se ha podido llegar a tales acuerdos después de un diálogo formal o informal muy amplio a lo largo de toda la tramitación del proyecto de ley, e incluso antes de la entrada de este en la Cámara.

En turno de réplica intervienen los señores Gomís Martí, Bandrés Mòlet, Fernández Inganzo, Ruiz Soto y la señora Gorroño Arrizabalaga y duplica el señor De Vicente Martín.

El señor Ministro de Sanidad y Consumo (Lluch Martín) manifiesta que no va a intervenir sobre el fondo de las enmiendas debatidas, sino que únicamente se referirá a algunas expresiones de tipo más general empleadas en el debate. En primer lugar, quiere dejar constancia de que se ha intentado conseguir el máximo acuerdo acerca de la ley, partiendo lógicamente de lo que era el programa elec-

toral socialista, cuyo cumplimiento se les recuerda en muchas ocasiones en la propia Cámara. Respecto a los problemas de articulación autonómica, señala que se han enfocado tratándolos con los gobiernos respectivos de las Comunidades Autónomas y llegándose a algunos acuerdos importantes. También se ha procurado hablar con todos los Grupos Parlamentarios, habiéndose dado pasos importantes, y el hecho de que el Grupo Popular haya retirado muchas de sus enmiendas demuestra que ha existido cierta aproximación. En ese mismo tono continúa moviéndose.

Respecto al tema autonómico, manifiesta que es muy fácil acusar a los proyectos del Gobierno de centralistas, como cabría la posibilidad de caer en el peligro contrario, en el que él no va incurrir. Se ha hablado de que algunos preceptos van en contra de los criterios dictaminados por el Tribunal Constitucional, cuando se observará, si se examinan las cuestiones detenidamente, que muchos de los preceptos de la ley son casi transcripción de sentencias del citado Tribunal.

Para réplica a la intervención del señor Ministro de Sanidad y Consumo intervienen los señores Gomis Martí y Ruiz Soto, y duplica el señor Ministro.

Seguidamente se procede a la votación de las diversas enmiendas formuladas por los Grupos Parlamentarios a los artículos 1.º y 2.º, siendo todas ellas desestimadas.

Sometidos a votación los citados artículos 1.º y 2.º, son aprobados por 158 votos a favor, 51 en contra y ocho abstenciones, conforme al texto del dictamen.

Página

Artículos 3.º a 15 10958

En nombre del Grupo Mixto, el señor Pérez Royo se refiere a las enmiendas suscritas por los Diputados comunistas, realizando una defensa global de las mismas. Respecto al contenido del Capítulo I del Título I del dictamen, manifiesta que las afirmaciones que se hacen en el sentido de que la asistencia pública se extenderá a toda la población española y que los servicios públicos de salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria entran en contradicción con el desarrollo que se establece después en los sucesivos capítulos, donde no se garantiza dicha asistencia asistencial sanitaria a toda la población española, al persistir en la disociación entre medicina preventiva y asistencial. Señala que la población no cotizante a la Seguridad Social sólo podrá acceder a la medicina asistencial dispensada a través del sistema público sanitario si tiene la consideración de pobre de beneficencia o mediante el pago de cada prestación médica; es decir, prácticamente se continúa con el actual estado de cosas, como lo prueba el simple examen del proyecto de presupuestos para el Ministerio de Sanidad, donde no existe dotación para esa extensión general de la asistencia sanitaria que se proclama en esta ley.

Respecto al otro tema, el de la participación comunitaria, estima que se reduce a una mínima representación de segundo grado, por tratarse además, de competencias de naturaleza simplemente consultiva. Subraya que en este pri-

mer capítulo al que ahora se refiere se pone énfasis en los derechos de los usuarios del sistema público de salud, la libre elección del médico, realizándose afirmaciones sobre el particular que para él son puramente publicitarias al carecer de bases reales. Califica también el criterio de elección establecido en el dictamen, además de demagógico, de antieconómico, el cual, por otra parte, introduce elementos de competitividad entre los profesionales sanitarios, que tendrá, sin duda, consecuencias posteriores con un aumento en las prestaciones de fármacos. En cuanto a la libre elección de servicios hospitalarios estima que se rompe la posibilidad de trabajar en equipo, yendo a un sistema centralista y asistencialista que dificulta gravemente el principio de programación que debería considerarse como básico.

Continúa manifestando el señor Pérez Royo que sus enmiendas, en definitiva, tienden a garantizar la extensión de los servicios de salud a toda la población, sin discriminación entre trabajadores cotizantes y personas con recursos económicos o pobres de solemnidad. Igualmente pretende que la participación de los ciudadanos en los temas de salud no quede reducida a una declaración vacía de contenido.

Finalmente, alude de manera muy breve a los restantes capítulos del Título I de la Ley, destacando las ausencias que en los mismos existen, a las que intenta dar respuesta en temas como los de la medicina de urgencias, prestaciones odontoestomatológicas, atención a los problemas de salud mental, así como los temas de salud laboral y participación de los trabajadores en los mismos.

En representación del Grupo Popular, el señor Ruiz Soto se refiere al Capítulo I del Título I de la ley, relativo a los principios generales, al que han presentado diversas enmiendas, algunas muy importantes y otras meras correcciones técnicas. En el artículo 3.º pretenden incorporar la asistencia sanitaria para evitar que llegue al público en general un mensaje que puede ser equivocado. Considera acertado incorporar la medicina preventiva a la ley, necesaria en la vida moderna, pero junto a ella y con idéntico rango debe tratarse de la asistencia sanitaria. Es más, sin restar importancia a la medicina preventiva, entiende que va a primar la asistencia sanitaria.

Al artículo 3.º, 3, presenta la enmienda 382, dando una mejor redacción al precepto, tendente a superar los desequilibrios territoriales y sociales en materia sanitaria e incorporando el término «solidaridad» también en este punto. Señala que existen regiones con infraestructura hospitalaria inferior a la de otras comunidades o a lo que debe ser la norma general, debiendo, por tanto, procederse a la equiparación entre ellas, para que posteriormente pueda hablarse verdaderamente de la libertad de elección tan pregonada.

Al artículo 4.º tiene la enmienda 383, aludiendo a una concepción integral o única del sistema sanitario, ya que la ley no debe centrarse exclusivamente en la sanidad pública, con olvido o desconocimiento de la sanidad privada, máximo considerando que dentro de ésta existen instituciones que prestan grandes servicios a la sociedad, sin

ánimo de lucro. Ello en modo alguno significa que esté en contra de la asistencia pública, que desea que sea mejorada. Solicita, por ello, la supresión de la palabra «única» del texto del dictamen por innecesaria y contra-productiva.

Al artículo 5.º defiende otra enmienda que considera fundamental y cuya pretensión es la incorporación de los profesionales a los órganos de gestión. Respecto al artículo 9.º, derechos y obligaciones de los usuarios, artículo que no figuraba inicialmente en el proyecto, acata su inclusión a la vista de las numerosas peticiones habidas en tal sentido, si bien entre dichos derechos considera que debe figurar uno tan importante como el de libre elección de médicos especialistas y centro sanitario. Expone que no se trata de ningún planteamiento con afán demagógico, sino por creer que es el usuario el único que puede poner orden en la sanidad. Con ello se introduce, de alguna manera, un término de competitividad, obligando a todos los profesionales a una vida de dedicación a la medicina, perfeccionando día a día sus conocimientos, y se premia de paso el sacrificio, dedicación y responsabilidad de los profesionales.

El señor Paños Martí defiende la enmienda del Grupo Popular al artículo 8.º, resaltando que la veterinaria tradicionalmente ha venido siendo ignorada en la legislación sanitaria, pero en la presente ley sufre, además, un tratamiento regresivo. Podría facilitar datos sobre los grandes servicios prestados por estos profesionales en beneficio de la salud pública que sorprenderían, sin duda, a la Cámara. Sin embargo, existe una falta de consideración por parte de los poderes políticos, que olvidan la importancia de los servicios en cuestión. Dado que le consta que el Gobierno conoce la importancia de los servicios de los mencionados profesionales, especialmente en materias tan importantes como la transmisión de enfermedades o vigilancia de alimentos, solicita la modificación y mejora del artículo 8.º del dictamen, dando entrada a dichos servicios veterinarios, tan necesarios y que, por otra parte, van a ser exigidos con motivo de nuestro ingreso en la Comunidad Europea y por los organismos internacionales competentes en materia de salud pública.

Analiza después el contenido del artículo 8.º en cuestión, pensando que no ha existido intención de hurtar a los servicios veterinarios de la salud pública su propia función que, además, se halla recogida en otras disposiciones normativas. Como entiende que se trata, por tanto, de un error, pide que sea subsanado, recogiendo la modificación que propone y a la que da lectura.

En representación del Grupo Centrista, el señor Núñez Pérez se refiere a las enmiendas presentadas al Capítulo I del título I y da por defendidas algunas de las presentadas por su compañero de Grupo señor Mardones. Con la primera de sus enmiendas pretende dar una redacción diferente al número 1 del artículo 3.º, por entender que la necesidad de fortalecer la acción preventiva no puede justificarse al dejar en segundo plano a la asistencia sanitaria. No se discute la trascendencia de la citada acción preventiva como elemento fundamental de cualquier sistema sanitario,

pero esto no debe llevar a poner en peligro la asistencia sanitaria. Cree que un equilibrado sistema de acciones es lo que debe perseguirse como finalidad fundamental del proyecto de ley.

Por la enmienda 573 solicita la supresión de la palabra «pública» en el número 2 del artículo 3.º, por entender que un sistema universalista como el que prevé el proyecto no puede olvidar en ningún momento la asistencia sanitaria privada. Estima que el sistema nacional de salud pública no debe verse perjudicado al impedir incorporar a este artículo la iniciativa privada, la cual debe figurar en la ley con todas las consecuencias y en el plano que le corresponde, además de que la necesita la sociedad española. Sin embargo, tal como está redactada la ley, resulta más estatalizadora de la cuenta; tanto, que acabará siendo pernicioso para la salud pública. Con la simple eliminación del término «pública» está seguro de que se habrán borrado un sinnúmero de recelos y desconfianzas. De aceptarse tal petición, anuncia la retirada de gran parte de sus enmiendas, por cuanto que se estaría en el camino de un sistema mixto progresista, que es el que responde mejor a las necesidades de la sociedad española. Agrega que los recursos públicos no son hoy suficientes para atender a las demandas de los españoles, por lo que aquellos deben ser complementados por los privados.

En dicha línea se apoya igualmente la enmienda 586, al mismo artículo, postulando que los poderes públicos orienten sus políticas de inversión en orden a eliminar las desigualdades sanitarias y a garantizar la igualdad de acceso a estos servicios en todo el territorio español.

La enmienda 574, al igual que otras similares de diversos Grupos Parlamentarios, pretende la supresión de la palabra «única» en el artículo 4.º, 1, no repitiendo argumentos que sobre el particular han sido ya expuestos con anterioridad. Sólo añade que debe rechazarse dicho término por lo que tiene de confuso y excluyente, tanto respecto a la asistencia privada como a las competencias de las Comunidades Autónomas.

Las enmiendas 575 y 576 tratan de la participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria, participación que entiende debe ser real y obligatoria, y otro tanto sucede respecto al control en la ejecución de aquella. Alude, por último, a algunas enmiendas de menor trascendencia, y en algún caso puramente técnicas, para terminar refiriéndose al artículo 9.º, relativo a la elección de médicos y centros hospitalarios. Aun reconociendo las dificultades para encontrar la formulación más correcta, considera que lo que no puede hacer la ley es establecer limitaciones que afectan a la esencia de tal derecho de libertad de elección. Estima que puede y debe reconocerse con claridad tal derecho, dando además los primeros pasos en el desarrollo del mismo. Respecto al artículo 14, propone la supresión del mismo por tacharlo de excesivamente reglamentista y hacer muy difícil, si no imposible, que la libre elección de médico y centro se lleve a la práctica.

En nombre del Grupo Mixto interviene el señor Bandrés Mulet para defender las enmiendas por él suscritas. La nú-

mero 4 pretende sustituir el apartado 2 del artículo 3.º por la redacción a la que da lectura. La enmienda relativa al artículo 5.º trata de mejorar la participación social prevista en el proyecto de ley, partiendo del acuerdo con su filosofa.

La enmienda 6, al artículo 6.º, 2, pretende sustituir el texto del dictamen por otro al que da lectura. La enmienda número 9 postula la adición de un párrafo nuevo al citado artículo y, en general, todas ellas pretenden mejorar la redacción del dictamen.

La enmienda número 11 sugiere la sustitución en el artículo 9.º de la palabra «todos» por «toda persona», con lo que cree que se evitarán problemas de interpretación como los que ya han existido sobre el particular y son de todos conocidos. El mantenimiento del precepto podría dar lugar, por otra parte, a la existencia de una contradicción entre la presente ley y la que despenaliza la interrupción del embarazo en algunos supuestos concretos.

La enmienda 12 trata de sustituir el número 4 por el texto al que da lectura, evitando que en los tratamientos terapéuticos se utilice de alguna manera a los enfermos como conejos de indias, según la expresión vulgar. Por ello se exige el consentimiento escrito de los pacientes. En idéntico sentido de sustitución del texto actual por otro nuevo y más amplio va dirigida la enmienda 13, al apartado 9 del artículo 9.º, relativo a los supuestos de negativa al tratamiento por parte del paciente. También propone sustituir el número 11 del artículo 9.º a través de la enmienda 14, relativa a la documentación a que da lugar la asistencia de un enfermo.

La enmienda 15 trata de establecer unas garantías más firmes para los derechos de los particulares contemplados en el número 12 del mismo artículo. La enmienda 17 sugiere, igualmente, la sustitución del apartado 4 del artículo 10, y otro tanto ocurre con la número 18, al artículo 12.1, por los textos que figuran en la documentación escrita. Por la enmienda 19 solicita la supresión del apartado 2 del artículo 12, por entender que los colegios profesionales médicos no deben ser privilegiados en una Ley como la presente.

Mantiene, asimismo, las enmiendas 20, al artículo 13, y 21 y 22, al artículo 14.1, todas ellas de sustitución del texto del dictamen, por los que figuran en la documentación escrita, cuya lectura evita a la Cámara. Por último, la enmienda 23 postula la refundición de los apartados 1.2 y 1.3 del artículo 14, y retira la número 24, por carecer de sentido a la vista del texto del dictamen.

En nombre del Grupo Vasco (PNV), la señora Gorroño Arribabalaga mantiene las enmiendas 720 a 736 al Capítulo I del Título I, sobre principios generales. Llama la atención, en primer lugar, sobre el hecho de que en el artículo 4.º se hable de concepción integral y unitaria del sistema sanitario, que, en su opinión, al igual que han expuesto ya otros enmendantes, no se corresponde con los preceptos constitucionales, imponiendo, además, determinadas formas de actuación a las Comunidades Autónomas sobre las que corresponde decidir a éstas.

La enmienda 722, al artículo 5.º, pretende la eliminación

de la referencia a la Ley Sindical, por considerarla fuera de lugar.

El Grupo Parlamentario Vasco da mucha importancia al artículo 9.º de la ley, relativo a los derechos de los usuarios, al que mantiene numerosas enmiendas. Cree que dicho reconocimiento supone algún avance de entrada en lo que debe ser la calidad sanitaria y están, por consiguiente, plenamente de acuerdo con la necesidad de dicho artículo. Sin embargo, al apartado 6 se le da una redacción que equivale a que el usuario no pueda hacer uso de sus derechos. Por ello se propone la supresión de la frase «intereses de la comunidad», en cuanto puede implicar un menoscabo de un derecho fundamental del usuario. Igualmente sucede con la expresión «cuando exista imperativo legal», cuya supresión solicita. Por tratarse de una cuestión que afecta a la libertad y derechos del usuario, no puede dejarse supeditada a una cláusula abierta como la que contiene el artículo.

Respecto al tema de la urgencia en la atención al usuario, cree asimismo que debe delimitarse la redacción del dictamen por ser excesivamente amplia.

Por último, mantiene sus enmiendas 728, al artículo 11, y 731 y 735, al artículo 14, por considerar que mejoran la redacción de los mismos y respetan más escrupulosamente lo establecido en la Constitución.

En nombre de Minoria Catalana, el señor Gomis Martí señala que mantiene varias enmiendas al presente Título, aunque sólo se referirá a las que considera más importantes. Así, sugiere la modificación del artículo 4.º, 1 en su frase final para hacerle más respetuoso con un Estado de autonomías en el que es difícil hablar de concepciones únicas. Según el artículo 149.1.16 de la Constitución se asignan al Estado las bases y coordinación general sanitaria, pero no la fijación de una concepción única sanitaria donde poco habría que coordinar.

El artículo 5.º estima que reduce las posibilidades que permite la Constitución, instrumentando un sistema representativo que da la impresión de favorecer a ciertos intereses de grupo.

En el artículo 8.º, 1 propone la sustitución de la palabra «básica», cuyo empleo califica de desacertado al implicar en el fondo una reserva de materias en favor del Estado. Finalmente, las enmiendas 884 y 887, al artículo 15, pretenden salvar las competencias autonómicas de desarrollo legislativo en cumplimiento de lo dispuesto en los estatutos autonómicos.

El señor Vicens i Giral, del Grupo Mixto, defiende las enmiendas que tiene presentadas, 192 a 195, con excepción de la 193, admitida en Comisión. Por la 192 se pretende incorporar una adición al artículo 6.º para evitar interpretaciones de la ley que pudieran tener carácter limitativo. Entiende que los cinco fines que se exponen en este artículo pueden subsumirse en el primero de ellos, relativo a la promoción de la salud.

Respecto al artículo 12.2 mantiene la enmienda 194 por entender que de alguna manera se afecta a las competencias autonómicas, ya que la Administración central tiene, evidentemente, competencias acerca de la titulación

pero no sobre la ordenación del ejercicio profesional ni sobre los Colegios profesionales. De ahí que pida la supresión del citado apartado por considerar, además y sobre todo, que la referencia que se hace al código deontológico es totalmente desafortunada, abonando incluso la intromisión en el sector público sanitario. Se reconoce, además, capacidad legislativa a los colegios profesionales, cuando en modo alguno pueden tenerla.

Por último, la enmienda 195 propone la modificación del artículo 14.1.5 suprimiendo el carácter imperativo alusivo a las Comunidades Autónomas.

En turno en contra de las enmiendas defendidas anteriormente interviene, en representación del Grupo Socialista, el señor Palacios Alonso. Comienza anunciando la presentación de una enmienda transaccional en relación a la número 290 del Grupo Mixto, defendida por el señor Fernández Inguanzo, cuyo texto entrega a la Mesa. Aclara, por otra parte, el error contenido en el texto del dictamen al mantener el número 2 del artículo 12, que fue retirado en Comisión.

Seguidamente expone que ha oído con la máxima atención las intervenciones de los representantes de los distintos Grupos Parlamentarios enmendantes, tomando buena nota de cuanto los mismos han dicho. Sin embargo, ha de reconocer que no ha podido encontrar en las argumentaciones expuestas por dichos enmendantes ninguna novedad con respecto a las esgrimidas en Comisión. Agrega que se está definiendo lo que ha de ser nuestra sanidad en el futuro, fijando los principios de lo que ha de ser el sistema nacional de salud pública, principios que, evidentemente, llevan las señas de identidad del Gobierno socialista y del Grupo Parlamentario que lo apoya, pero sobre los que han estado abiertos a cualquier tipo de planteamiento que se haya podido producir. Ha existido por su parte una clara voluntad de entendimiento, de lo que es buena prueba la aceptación de 30 a 40 enmiendas formuladas por los diversos Grupos Parlamentarios.

Antes de pasar a referirse individualizadamente a las enmiendas mantenidas, quiere contribuir a despejar criterios seguramente preestablecidos, recordando que en los últimos tiempos se ha contado con una legislación que ha ido haciéndose obsoleta; enumerando las leyes que han regulado el tema sanitario en nuestro país. Recuerda también que disponemos de un médico por cada 354 habitantes, lo que nos sitúa en el segundo lugar de Europa y prácticamente del mundo, a pesar de lo cual existen carencias de médicos con respecto a determinadas especialidades. Expone, por otra parte, que en nuestro país se destina el 22 por ciento del total del gasto sanitario a productos farmacéuticos, porcentaje muy superior al de las naciones de nuestro entorno. Asimismo entiende que nuestro sector privado está muy por encima de lo que correspondería a una demanda razonable de la población y, por último, precisa que nuestra nación se encuentra dentro del grupo de los países desarrollados respecto al gasto sanitario, al que dedica el 5,2 por ciento del PIB. Solicita a los enmendantes que reflexionen acerca de las anteriores cuestiones, lo que les llevará sin duda a comprender mejor las razones

que han movido al Gobierno y al Grupo Socialista a presentar el proyecto de ley en la forma en que se ha redactado.

Agrega el señor Palacios que hemos vivido en una centralización feroz, sin que existiera voluntad política de disponer de un sistema nacional de salud adecuado, vaciando de contenido sanitario a las Corporaciones locales, todo lo cual contribuyó a la aparición de numerosas redes sanitarias y dio lugar a una sanidad anárquica en la que la justicia distributiva brilló por su ausencia, estando muy lejos de la igualdad de acceso al sistema sanitario. Tampoco ha habido participación del ciudadano, con lo que éste, en lugar de sujeto de la salud, se ha convertido en objeto de la misma. El sistema, por último, ha sido escasamente eficaz, con abandono del medio suburbial y rural y mala utilización en general de los recursos sanitarios, junto a una deficiente motivación de los profesionales de la sanidad. Todos los anteriores principios, considerados fundamentales, son los que se procura plasmar en la ley para tratar de hacer que nuestro sistema sanitario funcione. Como fundamento de los citados principios están los derechos del usuario, hasta ahora no contemplados, y que sin duda supondrán un elemento vigorizador del sistema.

Respecto al tema de la elección del médico y del hospital, en cuya defensa pone especial énfasis el Grupo Parlamentario Popular, manifiesta que todos desean dicha libertad, pero en condiciones de igualdad real, para lo que es necesario disponer de equipamientos suficientes en la vecindad. Entiende que no puede hablarse de absoluta libertad de elección en nuestro entorno, salvo en el caso de Luxemburgo, y afirmar otra cosa no respondería a la verdad. Seguidamente se refiere de manera pormenorizada a las numerosas enmiendas mantenidas a los artículos objeto de debate, contestando a los argumentos expuestos en defensa de las mismas y fijando la postura del Grupo Socialista sobre el particular. Concluye que en el Título I de la ley existen un máximo de coincidencias y, aunque pudieran incorporarse algunos elementos enriquecedores, cree que nos encontramos ante lo que puede ser una buena ley que sea defendida por todos.

En turno de réplica intervienen los señores Ruiz Soto, Paños Martí, Núñez Pérez, Gomis Martí y Vicens i Giralt y duplica el señor Palacios Alonso.

Sometidas a diversas votaciones las enmiendas formuladas por los Grupos Parlamentarios a los artículos objeto de debate son todas ellas rechazadas.

Se aprueba una enmienda transaccional del Grupo Socialista en relación con la número 290, del señor Pérez Royo, y por la que se da nueva redacción al artículo 10.3. Asimismo es aprobado el resto del Capítulo I del Título I, conforme al texto del dictamen, por 161 votos a favor, 51 en contra y 11 abstenciones.

Se levanta la sesión a la una y cuarenta y cinco minutos de la tarde.

Se reanuda la sesión a las nueve y cinco minutos de la mañana.

DICTAMENES DE COMISION SOBRE INICIATIVAS LEGISLATIVAS:

— DE LA COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO, SOBRE EL PROYECTO DE LEY GENERAL DE SANIDAD.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Dictamen de la Comisión de Política Social y de Empleo sobre el proyecto de Ley General de Sanidad.

Las enmiendas a la exposición de motivos se debatirán al final, en la forma acostumbrada. ¿Hay posibilidad de agrupar el Título preliminar y el Capítulo I del Título I a efectos de la defensa de enmiendas? *(Pausa.)* ¿Se pueden agrupar los dos? *(Pausa.)*

El señor GOMIS MARTI: No, señor Presidente. Yo pediría que se hiciera título por título, primero el preliminar y después el Título I.

Artículos 1 y 2 El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias.

Hay una enmienda del Grupo Parlamentario Centrista, la número 571 al título del proyecto, que se da por decaída.

Enmiendas al título preliminar. Enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana. Para su defensa tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, cuatro enmiendas aceptadas, de las 290 presentadas por mi Grupo, no son el mejor bagaje para iniciar con entusiasmo la defensa de las enmiendas que hemos mantenido para este Pleno. Sólo el sentido de nuestra responsabilidad política y la esperanza de que el Grupo Socialista pueda reconsiderar su inflexible postura respecto a nuestros criterios explicitados en las enmiendas me permiten iniciar este debate con esperanza y optimismo.

Sus señorías conocen perfectamente cuál es la posición de mi Grupo Parlamentario. La vamos a repetir sin eufemismos y con la misma legitimidad y respeto con que SS. SS. defienden otros proyectos. Consideramos que este proyecto no resuelve los problemas de la sanidad del país. Consideramos que el proyecto es antiautonomista. Opinamos que no respeta las facultades de las Comunidades Autónomas y, sobre todo, de las que tienen competencia exclusiva en esta materia. Este, señorías, es el sentido de nuestra enmienda al título que nos ocupa. Este, señorías, me atrevería a decir, es el sentido del 80 por ciento de nuestras enmiendas al proyecto de ley. Este, señorías, es el sentido que con ligeras matizaciones mantienen todos los grupos de la Cámara, excepto el Grupo Socialista.

En aras de la brevedad y sistematizando nuestras enmiendas, diría que se fundamentan en las siguientes ar-

gumentaciones. Al Estado le compete la regulación básica de la sanidad, no la regulación general de todas las acciones, por lo que solicitamos la modificación del artículo 1.1 en tal sentido. En el proyecto de ley se pretende abarcar de forma total la legislación sanitaria y por ello se olvida de las capacidades legislativas de las Comunidades Autónomas. Si bien es cierto que el Estado puede legislar plenamente en lo básico y supletoriamente en lo no básico, la presente ley, según su artículo 2.1, es básica en todo su contenido, a excepción de unos limitados artículos, por lo que pretende considerar toda la legislación sanitaria como básica, cosa que no es jurídicamente correcta. Toda, toda la legislación sanitaria no compete al Estado ni puede ser básica. La acepción «todos» del artículo 1.1 se contradice con el contenido del artículo 2.1 y, evidentemente, con las competencias legislativas sanitarias de las Comunidades Autónomas.

El Estado ha de hacer las bases de la sanidad. No la regulación total y exhaustiva de la sanidad. Ya de entrada, el artículo 1.1 de esta ley vacía de competencias a las Comunidades Autónomas. Muchos artículos del proyecto de ley no son básicos por ser de carácter condicional, administrativo, organizativo e informativo, por remitir a otras normas, por reservar competencias al Gobierno y por precisar aspectos que, realmente, no poseen el carácter material de una base. Por ello se solicita la ampliación de la lista de los preceptos no básicos. La lista que nuestro Grupo propone en la enmienda 819 puede ser diferente a la que propongan otros grupos, debido a cuestiones de técnica jurídica.

Nosotros hemos propuesto unas nuevas disposiciones finales 17 y 18, en las que se recogen facultades ejecutivas y delegaciones legislativas que creemos que, por descontado, no pueden ser básicas y que competen plenamente a las Comunidades Autónomas, por lo que el Estado no debería considerarlas en el artículo 2 ni como no básicas ni como de derecho supletorio. En el fondo, señorías, la discrepancia se centra en el principio que al parecer todos compartimos, aunque lo interpretamos de distinta manera, de que la normativa básica estatal ha de establecer el marco de una política global, posibilitando la diversidad de regulación de las Comunidades Autónomas.

El Estado puede legislar de forma general en materia de sanidad en lo básico, pero la ley va demasiado lejos en las especialidades y en sus posibilidades. El concepto o noción de norma básica o legislación básica adquiere en esta ley una importancia trascendente, puesto que, en la medida en que se utilice o interprete esta noción de básica, se estará supeditando y limitando en mayor o menor grado las competencias que, posteriormente, podrán ejercer las Comunidades Autónomas en uso de su potestad de desarrollo normativo.

Afortunadamente, esta noción de «básico», desde la óptica estrictamente jurídica, ya ha sido perfectamente definida y concretada por el Tribunal Constitucional. Lo ha sido en varias sentencias y, concretamente, en la de 28 de julio de 1981, que determinó que la noción de base o normas básicas ha de entenderse como una noción material; o sea, estén o no formuladas como tales en el ordenamien-

to vigente. Y se han de referir únicamente al conjunto de principios o criterios inspiradores u orientadores de la materia de que se trate. Asimismo, la concreción de las bases ha de permitir el ejercicio de las competencias que, sobre esta materia, tengan atribuidas las Comunidades Autónomas.

De ahí, por tanto, que la técnica de las bases o normas básicas se sitúe en las relaciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En este supuesto, la Constitución y los Estatutos de Autonomía reconocen inequívocamente la potestad normativa de las Comunidades Autónomas, supeditándolas únicamente al respeto de unas bases, de unos principios y criterios generales dictados por las Cortes Generales.

A la vista de esta concepción jurídica de lo básico, cabe cuestionarse, de entrada, la naturaleza jurídica que trata de atribuirse a todo el proyecto de ley, por cuanto muchos de sus preceptos no se ajustan en muchos casos a dicha concepción principal y a que se establece una regulación amplia, detallada y minuciosa impropia de un texto de esa naturaleza, llegándose en algunos casos a contener aspectos que tienen carácter claramente reglamentario.

Nada más, señor Presidente. Muchas gracias.

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

Enmiendas del Grupo Mixto suscritas por el señor Bandrés Molet. Tiene la palabra para defenderlas.

El señor BANDRES MOLET: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, voy a sostener las enmiendas números 2 y 3, formuladas por nosotros en los términos en que figuran y cuya motivación es simplemente la siguiente.

Nosotros creemos que la protección de la salud no es exactamente lo mismo que la asistencia sanitaria. Entendemos que al ser diferentes ambos derechos su garantía también debe ser prestada de modo diferente.

Respecto a la enmienda número 3 entendemos que la ley no contempla todas las posibilidades respecto a españoles en el extranjero o extranjeros en España. Está contemplando, como se ve, situaciones de españoles en el extranjero que remite a disposiciones de tipo internacional, es decir, a convenios internacionales o tratados, cuando puede ocurrir que un español se encuentre en el extranjero en un país donde no tenga un acceso a los medios normales asistenciales. Se propone en mi enmienda que a este español, que en el extranjero se encuentre en un país donde no tenga esa posibilidad, se le garantice el acceso a unos medios asistenciales de cobertura no inferiores a los del sistema público español de salud. Tampoco queda contemplada la posibilidad de un extranjero que se encuentre en España, pero no en régimen de residencia, sino simplemente de paso. Creemos que también tiene algún derecho. Por ese motivo formulo la enmienda que dice: «Los extranjeros no residentes en España quedarán cubiertos asistencialmente por el sistema público en la forma en que lo determinen las leyes y convenios internacionales». Esto es todo, señor Presidente.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Vicens. Tiene la palabra para defenderlas.

El señor VICENS I GIRALT: Señor Presidente, señorías, el debate de este Título preliminar da ocasión, aun cuando se trate de un debate en Pleno del articulado de la ley, a exponer las cuestiones más generales de las discrepancias que han motivado las enmiendas que presento en nombre de mi Partido, Esquerra Republicana.

Mi primera enmienda, que va numerada en el pegote de enmiendas con el número 190, es al punto 1 del artículo 2.º y pretende una adición en el sentido de que, donde dice: «excepto los artículos 58 al 72», el texto quede modificado de forma que diga: «excepto los artículos 32.1, 37, 54.2, 54.3 y 58 al 72». Este último grupo de artículos es el que ya consta en el texto del proyecto. Como ven SS. SS. se trata de adicionar, a la excepción que hace el proyecto de ley de ciertos artículos que sólo serán supletorios en las Comunidades Autónomas, cuatro artículos más que los que prevé el proyecto.

La razón de esta enmienda es —ya se ve— conseguir que se observe en esta ley de bases el concepto de bases de sanidad interior que el artículo 149.1.16 de la Constitución da en competencia exclusiva al Estado, sobre todo teniendo en cuenta que los Estatutos de Comunidades Autónomas que tienen competencia de desarrollo legislativo y de ejecución reservan a la Comunidad Autónoma estos aspectos. Por ejemplo, el caso del Estatuto de Cataluña, que en su artículo 17.1 dice, y cito literalmente: «Corresponde a la Generalidad de Cataluña el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado...». Es evidente que el juego de estas dos competencias, la del establecimiento de las bases y la de su desarrollo y ejecución, trae el problema de saber cuáles son las bases de la sanidad interior, que, en definitiva, es el mismo concepto que el de legislación básica o normas básicas que el propio artículo 149 de la Constitución utiliza en otros epígrafes.

De la cuestión se ha preocupado ampliamente, como ya saben SS. SS. y se ha repetido en otras ocasiones, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y el propio legislador ordinario a través de la aprobación de la LOAPA, con la mala fortuna que tuvo al haber sido declarada inconstitucional en su artículo 2.º, que era el que se ocupaba de este tema. Y precisamente este fracaso ante el Tribunal Constitucional ha llevado a los redactores de este proyecto a intentar hacer pasar su doctrina en una ley concreta, en una ley sectorial, la Ley de Sanidad. Es una actitud que yo mismo, desde esta tribuna, he señalado en otras ocasiones a lo largo de esta legislatura: el propósito deliberado del Gobierno de ir haciendo pequeñas «loapas» sectoriales, ya que no ha sido posible una LOAPA general. Hoy nos enfrentamos con una nueva pequeña LOAPA, la LOAPA sanitaria, y por eso me interesa, al empezar el debate de esta ley, señalar este criterio de oposición a ese aspecto de la misma.

Para abreviar, sin hablar de doctrina ni de otros aspectos, me referiré a dos sentencias del Tribunal Constitucio-

nal que son oportunas a este propósito, porque el Tribunal se ha pronunciado sobre lo que debe entenderse por legislación básica. La primera es la Sentencia de 28 de julio de 1981 que, en su sexto considerando, dice: «La noción de bases o de normas básicas ha de ser entendida como noción material y, en consecuencia, esos principios o criterios básicos, estén o no formulados como tales, son los que racionalmente se deducen de la legislación vigente». Esta noción de materialidad del carácter de norma básica es acentuada también, posteriormente, en la Sentencia de 28 de enero de 1982 del mismo Tribunal Constitucional, que es la otra Sentencia que quería citar, de la cual leo literalmente el párrafo siguiente: «De esta noción material de bases se infiere que unas normas no son básicas por el mero hecho de estar contenidas en una ley y ser en ella calificadas como tales, lo cual sería consecuencia de una noción formal de bases, sino que lo esencial del concepto de bases es su contenido».

Por ello, para evitar entrar en consideraciones con una jurisprudencia repetida y con el acuerdo de la doctrina, me parece que sería conveniente que se admitiese esta enmienda mía al artículo 2.1, que pretende añadir, como artículos solamente supletorios para las Comunidades Autónomas, en el caso de que no hayan legislado sobre estas materias, los que he citado al principio. A saber, el artículo 32.1, que es el que habla de facultades del personal de inspección, sin aclarar más; la inspección ordinaria, como saaben SS. S.S., corresponde a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad. El artículo 47, que es el que se refiere a la cuantía de las infracciones, cuestión que es evidentemente de desarrollo legislativo y de ejecución. Y los artículos 54.2 y 54.3, que tratan de la forma de articular la participación democrática de los interesados en los territorios de las Comunidades Autónomas, regulación que debe corresponder a las Comunidades Autónomas de acuerdo con los principios sentados por el Tribunal Constitucional, a los que me he referido. Todo esto en cuanto a mi enmienda número 190.

Al mismo artículo 2.º tengo presentada también la enmienda 191, que pretende la adición de un punto 3 a ese artículo. Es un punto que lo he ido a buscar al artículo 42 del proyecto. En efecto, el punto 2 del artículo 42 dice exactamente: «Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley, que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas». Este texto íntegro, tal como aparece formulado en el artículo 42.2, propongo, según mi enmienda 191, que pase a ser el punto 3 del artículo 2.º que estamos ahora debatiendo. Efectivamente, por coherencia lógica, el mejor lugar donde podría estar sería en el Título preliminar, donde se habla del carácter de ley de bases que esta ley tiene y de deslindar las competencias de la Administración central del Estado y las de las Comunidades Autónomas.

Por tanto, en mi enmienda 191 nada hay de añadido, sino simplemente de trasladar el artículo 42.2 previsto por los redactores del proyecto al lugar en que yo propongo que figure; esto es, al final del artículo 2.º, constituyendo un nuevo punto 3.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo. Para su defensa tiene la palabra el señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Muchas gracias, señor Presidente.

Nuestras enmiendas a este artículo 2.º del Título preliminar, son las números 272, 273 y 274.

Por la primera de ellas pretendemos hacer realidad el derecho a la salud como condición indispensable para realizar una verdadera reforma sanitaria. Consideramos que garantizar la salud para todos es un derecho prioritario y, sobre todo, que no debe quedar en una declaración de principios especialmente cuando se trata de españoles residentes en el extranjero, los cuales sufren toda clase de discriminación en el país donde se encuentran y, muchas veces —como sucedería de mantener este artículo tal como viene redactado— en su propio país. Este es el objetivo de nuestra enmienda al artículo 1.º, apartado 3.

En cuanto a nuestra enmienda de adición al artículo 1, apartado 5, pretendemos que se haga realidad el objetivo constitucional de salud para todos, como expresión de madurez del pueblo español. Precisamente por ello los ciudadanos establecen como aspecto prioritario la atención de la salud y, en consecuencia, medidas para eliminar las discriminaciones en tal materia. Esta es la razón de un nuevo apartado 5 en el artículo 1.º

Por último, con la enmienda 274, al artículo 2.º, pretendemos asegurar que la aplicación de los artículos que garanticen la participación de la comunidad se realice de forma homogénea para todos los españoles, cualquiera que sea su condición y situación.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco, PNV. Para su defensa tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, antes de proceder a la defensa de las enmiendas presentadas por nuestro Grupo Parlamentario, me gustaría hacer una referencia a la necesidad de lograr un amplio consenso, un amplio consenso y un acuerdo generalizado en cuanto a la formulación definitiva de esta Ley General de Sanidad.

Sus señorías saben que una Ley General de Sanidad como la que nos ocupa es tan importante que afecta, en mayor o menor grado, a todos los sectores de la sociedad y supone una transformación estructural organizativa y financiera de primera magnitud en la mayor parte de las instituciones sanitarias.

El Gobierno, el Grupo Parlamentario Socialista y todos los Partidos representados en esta Cámara tenemos un compromiso histórico en estos momentos, un compromiso de lograr un amplio acuerdo que permita la necesaria estabilidad de esta ley, con objeto de que no sufra los vaivenes de la alternativa en el poder.

Además de este difícil y bonito reto de la Organización

Mundial de la Salud, establecido en el lema «Sanidad para todos en el año 2000», que creo que cuantos estamos aquí aceptamos, nos insinúa que, efectivamente, la sanidad es algo de todos; es responsabilidad, por tanto, que no afecta exclusivamente a alternativas determinadas o a sectores o Grupos políticos.

En definitiva, creo que hay razones de peso que justifican la necesidad de que demos conjuntamente nuestra madurez política y democrática, llegando a un acuerdo amplio y global en esta Ley General de Sanidad, pues es uno de los principales elementos que pueden garantizar la continuidad y, por tanto, la eficacia de esta Ley General de Sanidad.

¿No les parece a SS. SS. que este pueblo, en general, está cansado de promesas y quiere realidades? ¿No les parece que una Ley General de Sanidad no pactada ampliamente acabará siendo transformada antes de su definitiva maduración? ¿No les parece, además, que la esperanza de una sanidad mejor se desvanece en esta Cámara si la mayoría de los votos impone su criterio de algo que es de todos y para todos?

Señoras Diputadas, señores Diputados, el reto de lograr una sanidad de gran calidad para todos puede conseguirse y su precio parlamentario es, como les vengo diciendo, el consenso, el difícil consenso.

En este título preliminar —después de haber hecho una pequeña introducción de la gran importancia de esta ley, que nuestro Grupo Parlamentario la sitúa en este marco—, al Título Preliminar nuestro Grupo conserva varias enmiendas, pero la filosofía de todas ellas, en lugar de defenderlas puntualmente, me gustaría dejarla sentada en esta eficacia que puede resultar de la Ley de Sanidad.

Para la estructuración del Estado tenemos, por un lado, la Constitución y, por otro, los Estatutos de Autonomía, los contenidos de estos Estatutos, asumidos por sus diferentes Comunidades Autónomas. Por tanto, por derecho, tenemos ya unas competencias asumidas. Y luego ya, por el contexto que vengo diciendo, de lo que supone la realidad de la Sanidad, el funcionamiento de la Sanidad, de lo que supone el consenso.

Estas enmiendas nuestras van en el espíritu de introducir unos artículos, que se consideran como básicos en esta ley, que sean considerados como no básicos. Porque consideramos que las Comunidades Autónomas, con ese acercamiento a la sociedad, con ese acercamiento a lo que supone el problema sanitario de cada Comunidad, pueden hacer mejor uso de una organización propia, de una organización peculiar a la media donde se sitúa.

Este es el concepto que incluso está recogido en los Estatutos de Autonomía y por derecho corresponde esa organización a las Comunidades Autónomas; pero es que están aplastante el sentido sanitario de este razonamiento que por eso introducimos estas enmiendas, que, vuelvo a decir, no las voy a defender puntualmente, porque están recogidas en esta filosofía de acercamiento a sus recursos y a la problemática, no de un mimetismo de lo que supone la organización de todas las Comunidades, porque creo, señorías, que llegaríamos al mismo fallo estructural que tiene la sociedad actualmente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmienda número 111, del Grupo Popular. Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, empezar a estas horas de la mañana a discutir esta ley, nos hace pensar, a los que nos dedicamos a estos temas, que la sanidad hasta en esto tiene desgracia, ya que estamos condenados a no tener la oportunidad de que esta Cámara sea el gran ágora donde se discute una ley tan importante como es la de Sanidad que afecta a todos y cada uno de los españoles, sea cual sea su ideología, porque alguna vez todos tenemos que acudir a reclamar asistencia sanitaria. Por eso, si no me lamenta, sí pido que quede constancia en el «Diario de Sesiones» del inicio de la discusión de esta ley de Sanidad, que nos va a afectar a todos. Y como ha dicho la portavoz del Grupo Vasco, se tenía que haber procurado una especie, si no de consenso, sí de amplia aceptación para mejorar entre todos la sanidad de los españoles. Quizá no se ha podido lograr ese consenso porque hay concepciones diferentes de entender la sanidad. Frente a aquella frase de que nada fuera de Estado, hay quienes pensamos que casi todo se puede lograr fuera del Estado.

En esta materia sanitaria y en este título preliminar, voces más autorizadas que las nuestras, en lo que respecta a autonomía, se han dejado oír para decir una cosa con la que el Grupo Popular está de acuerdo totalmente, y es que si algo hay en especial que favorezca la estructura autonómica es la sanidad, precisamente por el acercamiento que se tiene de los problemas, porque se palpan día a día, porque se sabe cuáles son las patologías, porque se sabe cuáles son las soluciones y porque, de alguna manera, esa inmediatez las hace que puedan estar en vías de resolverse.

En sanidad lo primero es el diagnóstico y para ello lo primero que hace falta es la etiología, y la etiología la tienen las Comunidades Autónomas. Nosotros hemos dado paso a que las Comunidades Autónomas representadas en esta Cámara expresen su sentir y estamos de acuerdo con ellas porque creemos que esta ley no es autonomista. Esta ley, en principio, tiene miedo, como muchas cosas del Partido Socialista, a las libertades de las personas (*Rumores.*), a las libertades de las tonomías. (*siguen los rumores.*)

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): ¡Silencio!

El señor RUIZ SOTO: A lo largo de esta disertación demostraré, aunque les pese a los Diputados socialistas, que esta ley no es una ley para la libertad, no es una medicina ni una sanidad en libertad.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Para un turno en contra, tiene la palabra el señor De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: Señor Presidente, señorías, nos encontramos en el inicio del debate de la Ley de Sanidad, concretamente en el título preliminar, que

define y declara el derecho a la salud, a la protección de la salud de los ciudadanos; establece quiénes son titulares del mismo y articula el cauce, por cuanto declara la legitimación de algunas personas, los ciudadanos españoles, extranjeros, etcétera, para acudir en demanda de los derechos que la ley establece.

Este es el artículo 1.º, y digo esto porque acaba de ser defendida una enmienda, que no ha sido defendida. El doctor Ruiz Soto acaba de intervenir desde esta tribuna en este título preliminar para defender una enmienda que, en origen, era del señor Zarazaga, pero asumida plena y correctamente —como no podía ser menos— por el Grupo Popular, que se refiere a la posibilidad de que se pueda dictar unas normas en el futuro por las Comunidades Autónomas, tema que, como ustedes ven, ha ocupado de lleno su intervención. No ha mencionado ni una sola vez la filosofía de la enmienda. No es una censura; es un recordatorio para el ulterior turno, por cuanto deseamos que nos convenza. Pero sí quiero decirle que, con habilidad, el doctor Ruiz Soto ha hecho aquí una serie de referencias con una técnica que los profesionales de la información utilizan, como hacemos los políticos en ocasiones, que consiste en coger una percha para hablar de otra cosa. Le alabo en cuanto a su habilidad, aunque discrepo —y ulteriormente se verá— en cuanto al contenido.

Sí quiero decirle, sin embargo, que todas las horas parlamentarias son buenas para cualquier debate. A S. S. parece ser que le hubiera gustado decir lo de las libertades delante de más gente, delante de más compañeros de Cámara, delante de más medios de comunicación. Es legítimo también, pero en materia de ordenación de los debates, como S. S. sabe, hay órganos competentes para establecerla, y todas las horas, al menos para el Grupo Parlamentario al que represento, son buenas: las nueve de la mañana y las tres de la madrugada. (*Varios señores Diputados pronuncian palabras que no se perciben.*)

Quería empezar, siguiendo el orden de las intervenciones, por la del señor Bandrés, que, en relación con su enmienda 2, nos decía que tiene como finalidad distinguir, por una parte, lo que es la protección a la salud de lo que es la atención sanitaria. En definitiva, el señor Bandrés lo que pide es que, donde el texto dice «derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria», diga «derecho a la protección de la salud». Eso es, al menos, lo que se deduce tanto del texto escrito de su enmienda como de su intervención.

Me parece —lo digo con todo afecto—, por otra parte, señor Bandrés, que el texto más preciso es el del proyecto de ley. Lo que S. S. dice puede tener sentido en una interpretación amplia de lo que es protección sanitaria, pero podría darse ulteriormente una eventual discusión planteada en el terreno contencioso, cualquiera que sea el ámbito del mismo, sobre si la protección sanitaria abarca o no las atenciones sanitarias concretas, que van más allá de un marco genérico de prevención e incluso de reparación, y antes de correr el riesgo, señor Bandrés (y estoy seguro de que S. S. no estaría de acuerdo con un eventual siniestro respecto del riesgo de entender que las aten-

ciones sanitarias no estuvieran incluidas en la ley), preferimos que quede así matizado.

Esto es, nos parece, lo que S. S. propone, que está bien si hubiera una unívoca declaración por parte de los órganos constitucionales y tribunales de qué se entiende por protección sanitaria. Tranquilos estaríamos, si hubiera ese respaldo jurisprudencial, pero no habiéndolo podríamos correr el riesgo y, con carácter preventivo, extendernos la fórmula, sin que exista ninguna discrepancia de fondo; es una cautela.

Su señoría, por otra parte, en la enmienda número 3, relativa al artículo 1.º, 3, hablaba de que el Estado promoverá los medios necesarios para facilitar a los españoles que se encuentran en países extranjeros el acceso a medios asistenciales de cobertura no inferiores a los del sistema público español de salud. Aquí la diferencia que hay entre su texto y el del proyecto de ley es que usted se refiere, como criterio de nivel para la protección de los españoles en el extranjero, al que en España se preste a los españoles y nacionales, en tanto que el texto del proyecto de ley se remite a la forma en que se establezca en las leyes y convenios internacionales.

Creemos, señor Bandrés, que no se puede ir más allá en esta materia que a utilizar los mecanismos habituales para garantizar la protección de los derechos de los españoles en el extranjero, al igual que hacen otros países respecto de sus nacionales en territorios distintos del propio. En este sentido, el mecanismo tradicional es el de los convenios internacionales de reciprocidad o multilaterales —la mayor parte de ellos son bilaterales—, que dan lugar a mecanismos de protección recíprocos con un avance progresivo en el marco de estas protecciones.

No acabo de ver —se lo digo con absoluta sinceridad, susceptible de diálogo en ulterior turno— cuál sería el posible mecanismo para lograr que al margen de los convenios se pudiera establecer una protección de superior nivel que la que de los convenios se deriva. Lo digo con expectativa al respecto.

Posteriormente, el señor Vicens entró en la defensa de sus enmiendas y especialmente, salvo error por mi parte, se centró en la enmienda 190...

Perdón, pero son muchos los enmendantes y también las enmiendas y hay a veces un poco de desorden; me refiero a desorden material, que las ideas están claras. (*Risas.*)

Tanto en la intervención del señor Vicens como en las intervenciones posteriores que han hecho referencia al tema autonómico, por parte de la señora Gorroño, fundamentalmente, y también por parte del representante de Minoría Catalana en su momento; se ha puesto en tela de juicio la delimitación de qué se entiende por básico a efectos de esta Ley, según lo establecido en el artículo 2.º de la misma, y se han leído aquí, por más de un orador, textos que, inevitablemente —perdónenme—, voy a volver a leer. Y digo que voy a volver a leer porque no entiendo cómo los han leído ustedes para invocar la enmienda que defienden.

Si SS. SS. —perdónenme que globalice en el tema, porque parece lógico en un debate en que distintas personas

postulan una misma posición, con mayor o menor amplitud material, en cuanto a discutir qué se entiende por básico en este caso— pretenden reducir, como es lógico, al menos viéndolo a partir de sus enmiendas, qué se entiende por básico a los efectos de esta Ley y, consecuentemente, lo plantean como una defensa de las competencias de las Comunidades Autónomas agredidas, al parecer, por este proyecto de ley con expresiones como «ley antiautonomista», utilizada por el representante de la Minoría Catalana, parece lógico que hubieran utilizado otro texto, me refiero a otro texto o a otra sentencia, y ello, señorías, porque en la sentencia del Tribunal Constitucional tantas veces citada aquí esta mañana de 28 de julio se dice, como ustedes han leído —y han leído bien—, que la noción de bases o normas básicas ha de ser entendida como una noción material y, en consecuencia, esos principios o criterios básicos, estén o no formulados como tales, son los que racionalmente se deducen de la legislación vigente. Pongo el énfasis —posiblemente esa es la diferencia en la lectura, pues dos lectores de un mismo texto siempre pueden tener distintas maneras de verlo— en aquello que racionalmente se deduce de la legislación vigente. Y digo esto, señorías, porque entre los preceptos que se pretenden excluir de la condición de básicos por unos y por otros oradores —que se sienta cada uno aludido en lo que le toca, ya que no hay una coincidencia; perdóneme que no singularice— está, por ejemplo, el artículo 32 del proyecto de ley, relativo, concretamente, al personal de la inspección. Si ustedes consideran que las facultades —no se refiere a un tema de personal—, que los funcionarios que están habilitados legalmente para ejercer la inspección de los centros sanitarios que estén en cualquier lugar del territorio español pueden ser distintos en funciones, al menos en cuanto a los niveles básicos y mínimos, a ese común denominador en unas y otras Comunidades, por favor, demuéstrenlo, porque entiendo que difícilmente un inspector puede hacer esto en Cataluña y no hacerlo en Andalucía, en cuanto a lo que constituye el sustrato básico de esa finalidad. Ese es el análisis racional que estoy intentando hacer, a la luz del precepto legal al que se refiere la postulación de la condición de no básico por parte de SS. SS.

Si SS. SS. entienden que el artículo 35 —al que también se refiere su pretensión—, que define qué se considera como infracciones es básico, de tal suerte que lo que puede ser infracción en una Comunidad no lo sería en otra, ¿qué pasa en este país?

Si SS. SS. entienden que el artículo 36, relativo a la calificación de las sanciones, puede tener distintas matizaciones o interpretaciones en cuanto a la calificación de leves, graves, etcétera, tema común a todas las Comunidades, ¿podría en una tener una modulación y en otra una lectura distinta? Perdóneme, pero en este país no hay quien inspeccione, no hay quien, cuando corresponda, sancione, no hay quien, con unidad de acción, califique una sanción de forma unitaria. Y eso lo digo, doctor Ruiz Soto, porque fíjese que S. S., cuando hablaba de la necesidad de dar a las Comunidades Autónomas mayores competencias, hablaba de aspectos patológicos, diagnósticos,

etiología, y si bien es cierto que omitió los epidemiológicos, que podrían contribuir al análisis etiológico, (*Risas.*) no es menos cierto, señoría, que sin duda no sabía usted, porque la enmienda que ha defendido no tiene nada que ver con el texto de la misma enmienda, las consecuencias que se derivan de la postulación a la que usted se ha unido, a mi juicio sin tener clara conciencia de qué iba el tema, al menos así lo pienso, con la mejor voluntad.

Respecto a la cuantía de las sanciones (artículo 37 —para el cual se postula análoga pretensión por parte de los enmendantes—), ¿qué pasa, que vamos a sancionar, respecto a los mínimos y a los máximos, de forma distinta en unas y otras Comunidades? ¿Es eso sensato, señorías?

También querría señalarles a ustedes, por ejemplo, el artículo 51.2, que se refiere al respeto del patrimonio de las corporaciones locales, en cuanto al mantenimiento de la titularidad de los centros establecidos, sin perjuicio de que funcionalmente se integren en los servicios sanitarios de la correspondiente Comunidad Autónoma. ¿Es que todas las corporaciones locales van a tener el mismo tratamiento en cuanto a la defensa de la titularidad jurídica de su patrimonio —¡ojo!, no hablamos de que no estén integradas funcionalmente en los servicios, que es distinto—, o es que en esta Comunidad Autónoma se le quita la titularidad jurídica en virtud de una norma de desarrollo legislativo, previa invocación de que ésta que aquí postulamos no es básica? Dicho en otros términos: ¿Qué se pretende por quienes defienden o pretenden defender que este artículo no tenga ese carácter? ¿Acaso mejorar funcionalmente las prestaciones del servicio sanitario de la Comunidad Autónoma? En absoluto es eso lo que el precepto cuestiona. Lo que el precepto cuestiona es la titularidad jurídica. Y permítanme que les pregunte: ¿lo que pretenden es cambiar, por decirlo finamente, con compensación o sin ella —no entro en valoraciones—, la titularidad jurídica de los bienes aplicados a funciones sanitarias de las corporaciones locales? ¿Qué hay aquí, una polémica de propiedades o una polémica de funcionamiento sanitario? Ese es el tema, señorías. Para resolver el tema de las propiedades hay otras fórmulas. Aquí no se cuestiona, porque esta ley no tiene por qué hacerlo, si este hospital es de tal ayuntamiento; suyo es y allá él si se lo quiere vender a la Comunidad Autónoma, lo quiere arrendar o hacer lo que sea, pero con esta ley —esto es, a partir de ella— funcionalmente este hospital estará integrado y estará resuelto el problema de la Comunidad, a la que, además, no se obliga a comprarlo ni a compensar económicamente por esa compra. Digamos las cosas claras y no encubramos las realidades con argumentos que no tienen nada que ver con el fondo auténtico de la pretensión.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Vaya resumiendo su intervención, señor De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: Señor Presidente, así lo haré, teniendo en cuenta la circunstancias. (*Risas.*) Artículo 54.2. En este artículo se habla de crear el Con-

sejo de salud de la Comunidad Autónoma. ¿Acaso eso, si lo extraemos, con la pretensión de ustedes, de la condición de básico, no permitiría que una comunidad Autónoma lo tuviera y otra no, según las decisiones de los órganos legislativos de dicha Comunidad? ¿Es que sería coherente que una Comunidad tuviera mecanismo de participación y otra no? ¿Es que acaso, racionalmente, eso, perteneciendo a la organización, no pertenece también al derecho de participación en los servicios públicos de todos los españoles proclamado en la Constitución? ¿Es que puede quedar en huelga ese derecho eventualmente como posibilidad en una Comunidad? ¿Es que acaso dirán ustedes: no, si no se trata de que quede en huelga, si se va a hacer? Perdón, las leyes no contemplan actitudes; toman previsiones homogeneizadoras en aquello que lo pueden hacer respecto de los derechos de los ciudadanos, pero no pretenden entrar en valoraciones de conducta. Si se hace, no le molesta, y si no se hace, la enmienda descubre lo que se pretende hacer.

Artículo 54.3, relativo a ámbitos territoriales distintos del comunitario, para entendernos infracomunitarios en materia de participación. ¿Es que el que se establezca aquí la necesidad de que cada Comunidad Autónoma deberá garantizar una efectiva participación puede molestar a alguien o poner en crisis las competencias de una Comunidad Autónoma?

Señorías, volviendo al punto en que estábamos, hay una serie de aspectos que están claros, que constituyen un común denominador, y continuando la lectura de sentencias del Tribunal Constitucional, la de 28 de enero de 1982 dice, literalmente: «lo que la Constitución persigue al conferir a los órganos generales del Estado la competencia exclusiva para establecer las bases de una materia determinada es que tales bases tengan una regulación uniforme y vigencia en toda la nación, con lo cual se asegura» —se asegura, repito—, «en aras de los intereses generales superiores, un común denominador normativo». He aquí dónde está el meollo de la auténtica pretensión del Grupo Socialista al apoyar el pretexto del Gobierno en relación con este tema. No hay otra pretensión, no hay antiautonomismo difícil de justificar, pero fácil de decir, no hay en absoluto esas pretensiones. No se olvidan capacidades legislativas de Comunidades Autónomas, como sugería el señor Gomis, no; no se pretende una regulación exhaustiva excluyente de tal capacidad. Lo que se pretende es dejar claro aquello que es común a todos, y, a partir de ahí, desarrollemos. Lo que no se puede hacer es poner en crisis los derechos básicos atribuidos por la ley a los ciudadanos; digo en crisis jurídica, no en crisis real, con lo cual estoy diciendo que no valoro conductas, sino que estoy defendiendo que el texto del proyecto legal adopte las correspondientes previsiones al respecto.

Por su parte, el Grupo Comunista ha utilizado unos argumentos relativos a las enmiendas 272, 273 y 274, al derecho a la protección de la salud, al derecho para todos, y perdóneme S. S., señor González Inguanzo, que le diga que yo no puedo estar de acuerdo con la enmienda 274, porque si estuviera de acuerdo es cuando sería antiautonomista, ya que pretende, en definitiva, negar la absolu-

ta capacidad competencial de las Comunidades Autónomas, y ahí ya no nos podemos poner de acuerdo. Pero, al margen de este aspecto, dicho así, sin intención negativa, quiero decirle que el derecho a la protección de la salud queda regulado en la ley y, además, claramente, y no es una cuestión de declaración de principios. Si estuviéramos en declaración de principios no habría ley.

En cuanto a la expresión de la madurez del pueblo español, de que la acción de la Administración le inspire en la lucha contra la desigualdad en materia sanitaria, eso sería incurrir en las manifestaciones sentimentales y más o menos voluntaristas. Eso ya lo sabemos y está en la Constitución, como corresponde a normas de esta naturaleza, y está en la ley, yo diría, pero no está en la ley así escrito, y en eso tenía S. S. razón y tiene derecho, como es lógico, ¡faltaría más! a presentar la enmienda. La ley rezuma eso; lo que ocurre es que S. S. quiere que se ponga. Mire, señoría, en este sentido no parece propio repetir principios que están en la Constitución, pero, desde luego, tampoco me parece un tema trascendental, aunque, si se pudiera concretar algo más, podría tener algún pretesto.

La señora Gorroño —y hago omisión de cuantas referencias, sin alusión a ella, he hecho a su intervención— ha introducido sus palabras con una referencia a la necesidad de un amplio consenso, a la necesidad de buscar un compromiso histórico para dar estabilidad a la ley, temas e ideas con los que yo creo que resulta difícil no estar de acuerdo, pero ha utilizado un argumento feble —permítame S. S., ya que cuando para apoyar su argumento invocaba este eslogan de la OMS de «Sanidad para todos en el año 2000»; al escucharlo, me pregunté, ¿cómo lo cita si es para todos y no para algunos? ¿Cómo lo cita si pretende que se excluyan de la condición de básicas determinadas materias que sólo si, para entendernos, son básicas garantizan a todos el derecho a la protección de la salud?

Perdóneme, señora Gorroño, que le diga esto, pero así lo entenderá. Se lo digo con la espontaneidad del que lo ha pensado en más de una ocasión porque yo no iba a saber «a priori» que iba a utilizar este argumento.

Decía que el pueblo está cansado de promesas. Le contestaré a esto que yo creo que el cansancio en materia de promesas depende del abuso y del incumplimiento que se haga en materia de promesas, y en esta disciplina que nos ocupa la única manera de cumplir las promesas con voluntad de hacerlo, por parte del Gobierno socialista, es garantizar a todos los españoles un común denominador que no ponga en crisis las competencias de las Comunidades Autónomas, pero que —repito— tenga algo de común mínimo básico —perdón— para todos los ciudadanos españoles, cualquiera que sea la Comunidad Autónoma en la que vivan y de la que sean ciudadanos.

Se preguntaba S. S. qué esperanza cabría en una Sanidad mejor, si la mayoría impusiera sus posiciones. Se llama imponer posiciones a votar y perder una votación, cuando no la gana uno; se llama imponer posiciones a la postura que adopta el Grupo, en este caso mayoritario, cuando logrados una serie de acuerdos en un tema a lo lar-

go del tiempo, en un diálogo, formal o informal, gubernativo o legislativo, parlamentario, o como se quiera, queda algo todavía que uno no ha logrado; en ese momento, a quien todavía tiene algo pendiente que ceder frente al que, en este caso S. S., tiene algo pendiente que lograr; es, como diría el señor Gomis, antiautonomista o, en definitiva, imposición de mayoría. Hay algo que la mayoría debe tener muy claro en cualquier órgano que tenga responsabilidades, y es que tiene que defender no a la mayoría del pueblo español sino a la totalidad del pueblo español.

El señor Ruiz Soto hacía referencia al tema del horario, pero, dejando aparte ese tema, que suscitó una calificación curiosa desde los bancos, que llegó perfectamente con nitidez...

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): A propósito de horario, recuérdeme que le comente algo luego, señor De Vicente. (*Risas.*)

El señor DE VICENTE MARTIN: Gracias, señor Presidente.

No sabe, señor Presidente, cuánto le agradezco que el comentario sea luego. (*Risas.*)

Simplemente, señor Ruiz Soto, yo no voy a contestar a sus afirmaciones, créame, por una razón, porque no tienen nada que ver con la enmienda. Lo que sí le pido de verdad es que convirtamos este sitio y esta Cámara no en un lugar en el que se aproveche el paso del Pisuega para colocar aquello que legítimamente se piensa, sino para —y ahí la habilidad del parlamentario—, al hilo de la enmienda, decir lo que uno piensa incluso sobre aquello que dijo sin tener nada que ver con la enmienda. Cuestión de habilidad. Permítanme que, en este caso, modestamente y desde el afecto personal, le diga esto: el fondo de lo que usted dice —perdóneme—, como no ha tenido nada que ver con lo otro, permítame que espere su intervención de defensa de la enmienda del señor Zarazaga en origen, que se refiere al tema de las competencias de las Comunidades Autónomas, a ver si la otra vez ya vuelve a decir lo mismo, pero hablando de la enmienda.

Muchas gracias. (*Varios señores DIPUTADOS: ¡Muy bien!*)

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

Para turno de réplica, tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Muchas gracias, señor Presidente.

Señor De Vicente, yo le aseguro, y se lo digo de todo corazón, que admiro su profunda convicción en los planteamientos que hace, pero me atrevería a hacerle una pregunta. ¿De verdad, de verdad, usted está convencido de que este proyecto es la suma perfección? ¿De verdad, de verdad, usted considera que si en España en estos momentos no existiera el Estado de las Autonomías el proyecto de ley sería muy diferente de como es?

Intentábamos simplemente —y yo sé que lo he hecho

torpemente, y no quisiera molestarle por esto— defender otros criterios, defender otros planteamientos. Lo había dicho en función de unas sentencias a las que damos, seguramente, interpretación distinta, y esto puede ser, y esto ha ocurrido, y esto va a ocurrir. Intentábamos simplemente plantear un mensaje, que está en el fondo de todas nuestras enmiendas al proyecto de ley.

Le voy a leer otra sentencia, que dice: «Marco de una política global. La normativa básica estatal ha de establecer el marco de una política global, marco dentro del que son constitucionalmente posibles una diversidad de regulaciones». ¿Qué diversidad de regulaciones, señor De Vicente? Pues, mire usted, un sistema estructural que establece una organización administrativa del modelo sanitario que abarca nada menos que veinticinco artículos y contempla un sistema exhaustivo, uniforme, rígido y obligatorio para todas las Comunidades. Un sistema de planificación, contemplado en el Capítulo IV, que fija un modelo imperativo, único, del sistema de planes trienales, estableciéndose incluso las condiciones, requisitos, formulación de los mismos, sin posibilidad de un desarrollo diferenciado. Un conjunto de disposiciones finales y transitorias en las que se establece toda una batería de delegaciones a favor del Gobierno para el desarrollo posterior, entre otras, de ordenación general, condiciones técnicas, etcétera, y así seguiríamos.

No intentábamos, créalo usted, a través de estas enmiendas, plantear otros problemas que los que hemos dicho. Queríamos dejar claro cuál es nuestra postura y mantener un criterio por honestidad y por ser congruentes con nuestras enmiendas, en las que podríamos ceñirnos a una conclusión: creemos sinceramente —créame usted— que este proyecto de ley responde a unos principios y a una filosofía plenamente centralistas. ¿Que este es su modelo? De acuerdo. ¿Que esto es lo que quieren implantar? De acuerdo. Ustedes lo pueden conseguir, pero nuestro criterio es éste, que las funciones y competencias del modelo sanitario que se pretende son para la Administración central, que es la que se reserva la mayor parte de competencias en orden a planificación, organización, control y demás técnicas jurídicas.

No íbamos más allá, señor De Vicente, y sólo pretendíamos que nuestras enmiendas, algunas de las cuales en principio nos parecía que podían compartir, hubieran tenido un reflejo en su exposición. Lamento que no haya sido así; lo acepto y le felicito.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el señor Bandrés.

El señor BANDRES MOLET: Muchas gracias, señor Presidente.

La verdad es que no tenía intención de hacer uso de este turno de réplica, pero la invitación del señor De Vicente me obliga a ello, y no ya en este caso por cortesía, sino por cordialidad parlamentaria.

Pregunta él, y con mucha razón, cómo se va a llevar a

efecto lo que yo pretendo en el segundo párrafo de la enmienda de sustitución al artículo 1.º, apartado 3, es decir, «El Estado promoverá los medios necesarios para facilitar a los españoles que se encuentren en países extranjeros el acceso a medios asistenciales de cobertura no inferior a la del sistema público español de salud». Parece que no está mal el principio, lo que ocurre es que tiene razón, la pregunta es muy acertada: ¿cómo llevar a efecto esto? Antes de explicarle cómo pienso yo que se puede llevar a efecto quiero decirle que en este Pleno, en las Comisiones y en las Ponencias todos los días aprobamos principios programáticos ideales, normas sin sanción, preceptos de difícil cumplimiento, no digo de imposible cumplimiento; sin ir más lejos, ayer en la Ponencia de la ley de policía decíamos y afirmábamos aspectos que no se van a cumplir jamás; pero así son las cosas. Hay también un contenido ético en las leyes; hay que poner un «desideratum»; quisiéramos que ocurriera esto, aunque a veces sea difícil llevarlo a efecto, y no me parece mal del todo. El supuesto general será que un español en el extranjero se encuentre en un país (cada vez la relación internacional es mayor) en el cual haya convenio bilateral o multilateral con España y esté regulado el sistema de salud. En el concierto internacional puede ocurrir perfectamente hoy en día que un español tenga que vivir por obligación en un país extranjero que no tenga tratado de ninguna clase con el Estado español; habría que ver la manera de establecer en este país algún sistema para que los consulados españoles pudieran disponer de algunos fondos que se pudieran utilizar y arbitrar para ese tipo de cosas. Se podía establecer un sistema de relación entre el Ministerio de Sanidad y el de Asuntos Exteriores para este tipo de casos, que no son muy frecuentes, por la razón que he indicado antes, pero que son perfectamente posibles.

Por ahí me parece que es por donde se podría dar solución a este problema.

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

Tiene la palabra el señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Gracias, señor Presidente.

Muy brevemente, dar las gracias, en primer lugar, al señor De Vicente por el tono con que ha contestado, en particular a mis preguntas.

Quiero decirle solamente que me llama la atención una cuestión que quiero dejar clara. Mi Partido ha luchado por las autonomías y las defiende plenamente; ahora, yo no creo que sean medidas antiautónomicas, por ejemplo, exigir de una forma tangible que aparezca en la Ley una salud para todos, sin discriminación ninguna; no creo tampoco que sea una medida antiautónomica pedir la participación en el derecho de salud de todos los ciudadanos de las Comunidades, con independencia de su categoría, con independencia de las posibilidades de esa propia Autonomía.

Nada más. Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señor Fernández Inguanzo.

Tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, lamento tener que iniciar mi intervención, después de haber hablado del difícil consenso y de lo que éste supone, diciéndole, señor Diputado socialista, que me da pena —y perdone que se lo diga— escucharle las palabras que le he oído pronunciar desde aquí.

Creo que la sanidad no tiene el significado que usted le ha dado. Efectivamente, la sanidad tiene que ser para todos y de la máxima calidad. Este, además, es un imperativo de la Constitución. Le voy a leer el artículo 43, que dice: «1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.»

Señor De Vicente, por imperativo de la Constitución los poderes públicos tienen esta capacidad, incluso este mandato de organizar y tutelar, y esto hay que asumirlo, dar la máxima calidad para todos; lo tienen que hacer los poderes públicos, la Administración central, las Administraciones autonómicas, la Administración local, todos.

Por tanto, no considere argumento feo lo de sanidad para todos, y no lo saque del contexto. Esto lo mantendremos siempre, hasta el final, y sanidad con la máxima calidad.

Usted dice que se pretende reducir el concepto de básico por considerar que está agredido por esta Ley. No, señor De Vicente, el razonamiento que yo le he dado, por supuesto, es el del artículo 149.1 de la Constitución, que es el relativo a las bases y coordinación general de la sanidad. Por supuesto que asumimos lo de bases. ¿Hasta dónde llega el término de bases? ¿Hasta dónde se puede regular? Ahí viene el problema y las interpretaciones y donde se debe llegar a un consenso. Porque luego los correspondientes artículos de los Estatutos de Autonomía dan esa capacidad de desarrollo legislativo y de ejecución de la legislación básica del Estado.

Por tanto, todos los organismos públicos tienen que asumir el precepto constitucional del artículo 43 de procurar sanidad para todos, y de la máxima calidad. Teniendo en cuenta la sentencia de 28 de julio que usted citaba, racionalmente hablando, entendemos que usted confunde el término de unidad de acción sobre el que hacía hincapié.

Con estas enmiendas nosotros, al reducir el término de básico, intentamos dar una funcionalidad a la Sanidad, considerando básico el resto. Aquí estamos pidiendo algunas cosas no básicas para la organización de la Sanidad, porque es necesario en razón de la peculiaridad de nuestra Comunidad.

Vuelvo a decir que el mimetismo no es bueno, que lo hemos heredado, que son cuarenta años de mimetismo, que ha habido planificación centralizada, que no ha sido positiva. Esto es una experiencia. No hay que confundir los términos cuando hablamos de reducir este concepto de básico; es todo lo contrario, es dar funcionalidad para que las correspondientes Administraciones de las Comunidades Autónomas puedan asumir este reto. Es la única forma de asumir el gran reto de que haya Sanidad para todos, y de buena calidad. Esto lo podemos hacer asumiendo parte de los preceptos que nosotros consideramos no básicos.

Usted dice que no coincidimos todos los Grupos Parlamentarios al calificar los puntos de no básicos. Por supuesto. El artículo 149.1 de la Constitución habla de coordinación y bases. Cuando se habla de coordinación se supone que hay que coordinar diferentes Administraciones sanitarias, que no tienen por qué ser iguales, sino que cada Administración ha de compenetrarse con su sociedad y organizarse al respecto. Por tanto, yo considero unos preceptos no básicos y otra Comunidad otros, pero no por eso descalifique puntualmente todo este concepto, que es esencial para la estructura y la eficacia de esta ley de sanidad en el futuro.

Este es el concepto general, y usted ha hablado incluso de artículos puntuales. Estoy dudando en este momento si introducirme o no en ellos. (*El señor De Vicente hace signos afirmativos.*) Bien, en ese caso diré que de todos los artículos que nosotros consideramos no básicos usted ha hablado solamente del 51 y del 54.2; los otros, ni los ha tocado. Por tanto, yo hablaré de ellos. Nosotros creemos que globalmente los artículos 50 a 54 han de ser considerados como no básicos. La ley, según está regulada, contempla como básicos los artículos 50 a 72; lo único que considera no básico es el organigrama de personal dentro del Servicio Nacional de la Salud. Hay que considerar no básico algo más que el organigrama interno de lo que es el Servicio Nacional de la Salud. Menos mal que esto ha sido contemplado como no básico, porque el organigrama del Servicio Nacional de la Salud de Euskadi no coincide con el de ustedes. Nosotros pensamos que el nuestro es más funcional, pero los dos funcionarán sin ningún problema.

El artículo 54 habla de la creación de un Consejo propio de cada Comunidad. Usted lo ha mencionado y, por eso, yo lo hago también. El Consejo es un órgano de la Comunidad y, por tanto, es competencia de la Comunidad si quiere crear o no este órgano. Lo consideramos como no básico, porque no entra en nuestra planificación organizativa.

Ustedes consideran como básicos los artículos 50 a 58, y pedimos que reflexionen y los consideren como no básicos por la eficacia de la Sanidad en general y para todos.

Gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, en la réplica que voy a hacer al señor De Vicente, que me ha hechado una filípica sobre lo que tengo que hacer, sobre lo que tengo que decir y sobre cómo lo tengo que decir, he de manifestarle; señor De Vicente, que estoy aquí en defensa de algo en lo que creo: de una sanidad mejor. Quiero recordar a SS. SS. que nosotros presentamos un texto alternativo, una ley que, por supuesto, consideramos mucho mejor que ésta, que ustedes con sus votos han echado abajo, y ahora lo que pretendemos es mejorar su ley, que casi todos los Grupos de la Cámara creemos que es mala, y por eso hemos presentado un texto alternativo, se lo quiero recordar. Y hemos presentado la enmienda de buena voluntad, porque podríamos haber aplicado los títulos que nosotros tenemos, que son parecidos a los suyos, haber subido aquí y haber explicado nuestra lección; sin embargo, hemos colaborado con ustedes al tratar de mejorar esta ley. Las Autonomías lo han dicho por la voz de los portavoces autonómicos, pero quizá en ellos pueda sonar a que siempre están hablando de centralismo; ahora lo dice un Diputado por Madrid: esta ley no confía en las Autonomías en lo que respecta a la organización sanitaria, que es lo que estamos tratando aquí; lo han dicho ellos muy claramente y nosotros estamos de acuerdo, porque creemos que si en esta ley se tiene confianza en lo que son las Autonomías para la organización de la sanidad, lo harán mucho mejor, o ¿es que acaso tienen ustedes miedo de que alguna Autonomía que no esté gobernada por el Partido Socialista organice mejor la sanidad que el Gobierno socialista? No creo que sea eso. Únicamente podemos recordar, por ejemplo, cómo el primer bebé probeta no se ha logrado en un hospital del INSALUD, se ha hecho en una Autonomía. Yo creo que eso es enriquecedor, y si los primeros que lo han hecho han sido los catalanes, «chapeau», y a ver si lo hacen ahora los andaluces, o los extremeños, por no poner siempre ejemplos del norte.

Y eso es lo que queremos decirle; usted me va a sacar leyes, yo la organización para una mejora de la asistencia sanitaria de todos los españoles, que es lo que están demandando de nosotros. Y ¿cómo se hace?, descentralizando; no me hable usted de los artículos que siguen después en la ley, porque aquí no se ha hablado de la alta inspección, ya veremos cuando llegue. Nadie se ha negado a estudiar cómo se tiene que inspeccionar la sanidad o cómo se tiene que organizar. Ya hablaremos de ello, y usted dirá cuál es su opinión al respecto. Pero, mientras tanto, lo que decimos, lo que mantenemos, es que en esta ley que ustedes han traído no tienen confianza en las Autonomías. En una palabra, no quieren dar una libertad total de la organización sanitaria a las Autonomías, y entramos otra vez en el capítulo de las libertades; a lo largo de esta ley me tendrá machaconamente echándoselo en cara.

Muchas gracias, señor Presidente, y retiro mi enmienda para que el señor De Vicente no tenga nada que decir.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): ¿Qué enmienda?

El señor RUIZ SOTO: La única, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Efectivamente, señor Ruiz Soto. Gracias.

Tiene la palabra el señor De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: Alabo, señor Presidente, señorías, la habilidad que acaba de demostrar el señor Ruiz Soto, que durante su intervención era estimulado por mí desde el banco, diciéndole con gestos: ¡A la enmienda! ¡A la enmienda!, porque no hablaba de ella. La habilidad fue subir para no hablar de ella y retirarla. «Chapeau». (Risas.) En este caso, buena calificación.

No obstante, S. S. dice que ustedes no han hablado aquí de la alta inspección, y yo tampoco; estaba hablando de la baja. Estaba hablando de la inspección de centros sanitarios, no de la alta. El artículo indicado no se refiere a la alta inspección, se refiere a la inspección de centros sanitarios y eso, perdóneme, es la baja, para entendernos topográficamente, que no administrativamente.

Por otra parte, decía S. S. que antiautonomista la ley lo es mucho, que hay miedo a que funcionen las cosas bien en Autonomías gobernadas por Gobiernos que no tengan identificación socialista. Pues mire, está equivocado. Y, además, usted lo sabe. Yo comprendo que tenga S. S. que subir aquí y decirlo, porque falta un tiempo prudente para las elecciones, pero usted sabe que no es eso lo que hay. Es más, yo le invitaría —y perdóneme que me meta donde no me corresponde— a que buscara la homogeneidad entre lo que postulan ustedes en sus distintos principios políticos y lo que acaba de decir aquí. Usted acaba de decir aquí que tenemos miedo a las Autonomías. ¿Tener miedo a las Autonomías es garantizar que en todas haya un Consejo de Salud? ¿Eso es tener miedo a las Autonomías, es proclamar el miedo a las Autonomías para que los ciudadanos no participen en la salud? ¿En qué quedamos?

Señor Ruiz Soto, usted es ginecólogo, y yo no. Quiero decirle que, aunque obviamente todos somos iguales dentro y fuera de aquí, uno se intenta instruir en aquello que no le es propio. Cuando hablo de etiología sé lo que digo, pero lo tuve que aprender, y cuando hablo de epidemiología sé lo que digo, pero también lo tuve que aprender. Por tanto, cuando S. S. mencione cuestiones de estas disciplinas, procure darse cuenta de lo que significa postular como no básica una cosa que, perdóneme, cae por su propio peso, y no respecto de sus posiciones políticas —tema en el que no tengo que entrar—, sino en lo que significa el funcionamiento con un denominador común del Estado. Así pues, perdóneme que haga esta referencia, que no es peyorativa, para intentar hacer una mención cordial a su posición.

Usted habla de las libertades y anuncia que va a subir aquí a hablar de ellas. Nos tendrá en la demostración continua, pero, desde aquí, le digo ahora categóricamente en nombre de mi Grupo que si el camino que usted va a seguir para hablar de las libertades a lo largo de este debate o de cualquier otro consiste en mencionarlas, pero no en evidenciar por demostración lo que cada precepto le-

gal ponga en crisis, según lo que ustedes entienden por poner en crisis las libertades, le va a ir mal en el debate. No es una invitación a que se abstenga. Es una invitación a que se esfuerce en estos días.

Señor Presidente, entrando en la referencia a anteriores intervenciones, preguntaba el señor Gomis si yo considero que esta ley es perfecta. No, señor Gomis, esta ley no es perfecta. Esta ley intenta ser lo mejor que los responsables de un Gobierno han sido capaces de promover y el debate parlamentario capaz de enriquecer, pero es una obra humana, por lo tanto, imperfecta y, por ende, perfectible. Por eso se han admitido enmiendas y por eso queda todavía trámite parlamentario, precisamente porque nada es, por principio, perfecto. Existen unos trámites ulteriores y un diálogo, que definen la adopción de posiciones recíprocas en el juego parlamentario y en la sociedad democrática.

Usted preguntaba si esta ley es distinta a la que habría habido de no existir un Estado de las Autonomías. No sé si detrás de su pregunta hay mala intención. Tengo la impresión de que no, porque me parece que S. S. es una persona de ley, como se dice en lenguaje coloquial. Por tanto, le diré que sí que es distinta, porque si no hubiera Estado de las Autonomías, en esta ley sobraría el 80 por ciento, ya que la mayor parte de los preceptos de esta ley —me permitiría afirmar en expresión si se quiere más sintética—, el eje de esta ley son las Comunidades Autónomas.

Su señoría hablaba de una sentencia del Tribunal Constitucional, si mal no recuerdo, que mencionaba la expresión «marco de una política». Justamente ahí está el tema, en el marco, en la definición de unos elementos dentro de los cuales cada uno, con sus facultades legislativas y reglamentarias, actúe como le plegue, pero el marco como tal es propio y común a todos ellos.

El señor Bandrés abordaba el tema de cómo llevar esto a efecto. El señor Bandrés tiene razón. Buena contestación la suya, que no queda sino recibirla con sonrisa y cordialidad. Y con este ánimo le digo, y creo que me entenderá, que en el precepto cuestionado, cuando se habla de la protección sanitaria de los españoles en el extranjero, no sólo se habla de los términos de los convenios, sino de los términos de las leyes. ¿Es esta ley la indicada, o eventualmente podría haber otra que hiciera referencia a situaciones de españoles en el extranjero? Nos separa la topografía, pero no el fondo. Que quede claro.

En cuanto a la intervención del señor González Inganzo, yo quiero que quede claro que cuando he dicho que una enmienda suya era antiautonomista me refería a la 274, no a la 272, del derecho a la salud de todos, ni a la 273, pero como esta enmienda no la presenta en origen S. S., no procede de S. S. (y creo que nos podemos entender en cuanto a lo que quiero decir), se ha encontrado en una mala situación de tener que defender algo con lo que posiblemente no estaba muy de acuerdo, cosa que nos ocurre a todos cada día, pero créame que la enmienda 274 es netamente antiautonomista. Le han jugado una mala pasada.

Señora Gorroño, tenga la completa seguridad de que no homologaré el inicio de mi intervención con el de la suya.

Por su condición de parlamentaria, y, sobre todo, por su previa condición de persona, tiene usted absolutamente todos mis respetos, y no seré yo quien desde aquí, repito, homologue mi actitud y mi referencia personal con la por usted utilizada. Podría hacerlo, S. S. dio causa, mas no lo haré, porque no quiero colocarme en el nivel en que usted lo hizo. (*Rumores.*)

Hablaba usted de la necesidad de un consenso sobre lo que es básico. Sobre qué sea lo básico hay que estar a las sentencias del Tribunal Constitucional, que no las podemos modificar por consenso. ¿Su señoría quiere consenso? También nosotros. Pero una cosa es que éste se desarrolle dentro de unos límites adecuados y naturales, y otra cosa distinta es que pretendamos arramplar (perdone la expresión) con todo aquello que se entiende por básico, que está definido y que invocamos unos y otros aquí, a veces con el mismo texto, como paradójicamente se ha puesto de relieve antes, en defensa de nuestras posiciones.

Hablaba usted también de que poníamos en crisis la facultad de autoorganización (me ha parecido entenderlo así) de la Comunidad Autónoma. No, señora Gorroño, no confunda el rábano con las hojas. No ponemos en crisis la capacidad de autoorganización. Ustedes organicen el consejo de Salud como quieran, pero en su Comunidad, de acuerdo con la ley, tendrá que haber Consejo de Salud. Esa es la consecuencia que se deriva del texto. No lo entienda como una expresión imperativa, que por el tono en que la pronuncio pudiera tener una interpretación que no es la que le quiero dar, es la distinción jurídica que quiero hacer entre aquello que constituye el común denominador y cómo se organiza ese común denominador.

Dice S. S. que no había citado el artículo de la inspección; sí lo he citado, y los gestos sirvieron para recordárselo, pero no me ha mencionado usted los demás, el relativo a la participación en niveles infracomunitarios, el relativo a las sanciones, el relativo a la inspección, el relativo a la calificación de las sanciones.

Yo creo que, en definitiva, lo que nos separa es saber si nos situamos o no en la doctrina constitucional, entendiendo por ella no sólo lo básico, para entendernos en términos legislativos, sino también las sentencias y la jurisprudencia, por tanto, del Tribunal Constitucional.

Señoría, de verdad quiero decirle que tengo la impresión de que al intentar definir como no básicos los preceptos que se han postulado por su Grupo, que suponen, por tanto, la puesta potencial en crisis y a nivel legislativo de una serie de normas que pretenden hacer efectivo el derecho a la salud para todos en las mejoras condiciones de calidad, incurre en una contradicción, porque usted sube aquí y habla legítimamente de la calidad de la salud para todos y de lo que quiera hablar, que lo puede hacer y lo ha hecho, por cierto, en ese punto muy bien, y no puede recibir sino expresiones de concordia en ese tema, pero no colija de ahí que de la afirmación de —salud para todos— o de —salud de calidad— es inexcusable corolario legislativo el que no haya Consejos de Salud, porque sí va a los textos donde esas inspiraciones político-sanitarias están definidas, a los que también vamos nosotros, que son los de la OMS, leerá allí, y con ello finalizo, se-

ñor Presidente, que la salud funciona mejor cuando hay participación ciudadana que cuando no la hay; cuando hay control social que cuando no lo hay, y usted me ha dicho que no quería que lo hubiera, al menos al nivel de Comunidad Autónoma, y me remito al texto que han tomado los taquígrafos, que son tres y no uno.

Muchas gracias.

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

El señor Ministro de Sanidad y Consumo tiene la palabra.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Señor Presidente, señoras Diputadas y señores Diputados, no voy a intervenir sobre el fondo de las enmiendas, puesto que lo ha hecho ya el señor De Vicente, sino que voy a referirme a algunas expresiones de tipo más general que aquí se han expuesto.

En primer lugar, decir que hemos intentado buscar el máximo acuerdo en esta ley, partiendo, naturalmente, de lo que era nuestro programa electoral, puesto que no puede ser que a veces se nos pida que cumplamos todo el programa electoral y otras que lo olvidemos para lograr un consenso generalizado. Por tanto, hemos intentado, a partir del marco de nuestro programa electoral, llegar a un máximo de acuerdos.

¿Cómo lo hemos enfocado? Los problemas de articulación autonómica los hemos tratado con los Gobiernos respectivos de Comunidades Autónomas y hemos llegado a algunos acuerdos importantes. Hay un acuerdo con el Gobierno Vasco que entre el trámite de Congreso y el trámite de Senado se va a realizar plenamente. Con los Gobiernos autónomos del Partido Socialista se ha llegado también a una total identificación, después de negociaciones no siempre fáciles y a veces un poco largas. En algún otro caso, como con el Consejo Ejecutivo de la Generalitat, es sabido que había un acuerdo escrito y que por razones que no tienen nada que ver con la ley se suspendió. Desde aquí invito nuevamente al Consejo Ejecutivo de la Generalitat para que vuelva a discutir este acuerdo que para nosotros sigue siendo válido, y, por tanto, nosotros veríamos bien esta nueva incorporación.

Hemos intentado hablar también con los Grupos Parlamentarios, prácticamente hemos hablado con todos y, por tanto, hemos dado pasos importantes. El hecho de que Coalición Popular retire muchas de sus enmiendas, demuestra que, por lo menos, como mínimo ha habido una cierta aproximación. Este es el tono en el cual nos movemos y nos moveremos.

Finalmente, querría hacer una referencia a lo autonómico, no por lo que ha dicho la representante del Grupo Vasco, sino por otra intervención. Es muy fácil acusar a los proyectos de centralistas, pero yo no quiero caer en el peligro contrario. Sin embargo, hay que decir que algunas cosas que aquí se han planteado como autonomistas van en contra de sentencias del Tribunal Constitucional, porque el Tribunal Constitucional comprende que hay ac-

titudes que no son ni centralistas ni autonomistas, sino que son otras cosas.

Sabe muy bien el señor Gomis que yo le respeto; le conocí hace muchos años, cuando él tenía cargos importantes en el anterior régimen, pero los desempeño siempre —es lo que iba a decir a continuación— con una gran corrección a mi entender. Tuvimos entonces una relación muy cordial que no hay por qué no tener ahora. Por tanto, como hace muchos años que le conozco y es una persona de ley, le digo sinceramente que coteje algunas de las cosas que le han preparado con las sentencias del Tribunal Constitucional, y verá que muchos de los puntos que defiende el Gobierno del Partido Socialista son transcripción de sentencias del Tribunal Constitucional. Por ejemplo, lo que hace referencia a la planificación.

A lo mejor es que el bloque constitucional no gusta, pero si gusta, que es nuestro caso, de verdad le digo que es reproducción exacta y que por ello hemos de evitar la utilización de palabras como centralismo o no, porque un día se podrían desbocar en otro sentido y decir que no se quiere lo autonómico, sino que se va en otra línea. Yo le prometo, y usted lo puede comprobar, que son reproducción exacta de sentencias del Tribunal Constitucional.

Gracias, señor Presidente.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Pido la palabra para una cuestión de orden.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Diga, señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Se trata de que una cosa es que el señor De Vicente ponga en duda mi honestidad política y otra que me cambie el apellido. Soy Fernández Inguanzo y no González Inguanzo.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): En todo caso, señor Fernández Inguanzo, no ha habido puesta en duda, a entender de la Presidencia, de su honestidad política, porque la Presidencia no lo hubiera permitido. *El señor De Vicente Martín pide la palabra.*

Señor De Vicente, ¿sobre el cambio de apellidos? *(Risas.)*

El señor DE VICENTE MARTIN: No, sobre el otro aspecto, porque creo que el señor González Inguanzo está equivocado o no me ha oído bien. *(Risas.)*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Está aclarado por la Presidencia.

El señor DE VICENTE MARTIN: Siempre las declaraciones de parte son más valiosas. *(El señor Ruiz Soto pide la palabra.)*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): En la intervención del señor Ministro ha habido contradicción

con la señora Gorroño y con el señor Gomis, no con usted. No le doy la palabra.

El señor RUIZ SOTO: He sido citado.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señor Ruiz Soto, una cosa es ser citado y otra contradicho. El señor Gomis tiene la palabra para turno de réplica.

El señor GOMIS MARTI: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Ministro, es cierto que le conozco desde hace muchos años, le he respetado antes y le respeto ahora. Lo que pasa es que de su intervención me ha surgido una duda, y es si los pactos en esta Cámara debemos hacerlos los Grupos Parlamentarios o la invitación al Consejo ejecutivo de la Generalidad debe hacerse por otro conducto. Y le digo esto porque usted sabe que nosotros, por temperamento y por responsabilidad política, somos afines a llegar a acuerdos sobre todos los temas; en otros hemos llegado, en éste no hemos podido. Quizás al señor Ministro no le ha llegado la información de que hace cinco semanas pasé una nota al Grupo Parlamentario en la que había una serie de artículos a los que, al parecer, el señor Ministro, en principio, hace unos meses había dado su conformidad para pactarlos, y yo le aseguro que, al día de hoy, 30 de octubre, no he recibido ni siquiera una simple expresión a favor o en contra o en manifestación sobre el contenido de nuestra propuesta.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Hoy es 31, señor Gomis.

Señor Ruiz Soto, cuando guste su señoría. *(Rumores.)*

El señor RUIZ SOTO: Gracias, señor Presidente, le agradezco mucho al señor Ministro que suba a la tribuna; no sé si lo va a hacer en el debate de cada título o de cada capítulo de la ley, pero siempre es bueno que el señor Ministro de Sanidad que trae la ley suba aquí.

Con toda la cordialidad que usted sabe, señor Ministro, se han caracterizado las relaciones nuestras, aunque luego disintamos en lo fundamental, yo le quiero decir que si usted ha consensuado con alguno de los Grupos de esta Cámara, dígalos aquí, porque nos ahorrará mucho trabajo y, entre otras cosas, que el señor De Vicente defiende algo de lo que a lo mejor luego se tiene que retractar. Pienso yo, que debe hacer esto por cortesía hacia sus compañeros y hacia nosotros, que aunque no seamos sus compañeros también somos Diputados. Nos haría con ello un gran favor.

En cuanto a que usted ha tratado de ese consenso, quiero decirle que esta ley lleva ya tres años circulando. No me diga que no ha tenido ocasión de hablar con los Grupos Parlamentarios. Es verdad que usted nos ha requerido a nosotros y que yo he ido a su reunión, pero usted sabe que también hay problemas y conceptos fundamentales en los cuales influye una manera de sentir y ver la sociedad que es diferente y en la que no nos vamos a poner de acuerdo.

En cuanto a todas las enmiendas que hemos retirado, que efectivamente son muchas (el Grupo Popular ha presentado cuatrocientas y pico enmiendas), le puedo decir que el 70 por ciento han sido enmiendas técnicas. Lo que he dicho antes al señor De Vicente es que hemos tratado de corregir errores de todo tipo, y sobre todo, repito, técnicos, en la Ley de Sanidad, pero que las líneas fundamentales persisten en las enmiendas, como verán SS. SS. a lo largo de la discusión de esta ley.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

El señor Ministro de Sanidad tiene la palabra.

El señor MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (Lluch Martín): Voy a hacer una distinción, por si no ha quedado claro. El señor Presidente del gobierno, en el discurso de investidura, dio una idea, a mi entender muy clara y que yo he intentado aplicar, y es que no hemos discutido sobre el conjunto de la ley con los distintos gobiernos autonómicos, sino que lo que hemos discutido son exclusivamente los problemas de articulación autonómica del Estado, que es lo que compete.

Este nos parece un camino correcto, y por eso se pueden tener relaciones con los gobiernos autonómicos desde el Gobierno central que después, naturalmente, nosotros tenemos que incorporar a través de una discusión en el Grupo Parlamentario, y por eso alguna enmienda que vamos a introducir en el Senado ahora no se ha incorporado, porque hay que discutirla con el Grupo Parlamentario Socialista del Senado. Por tanto son dos niveles distintos.

Me dolería que creyeran que yo no contesto los escritos que se me dirigen. Como sabe el señor Gomis, el documento que nos envió el Grupo Minoría Catalana no llevaba membrete alguno y este tipo de papeles hay que tratarlos con la máxima claridad, así lo indiqué; hay que hacer las cosas siempre con absoluta claridad. El hecho de no contestar a un papel sin membrete no significa que no se llega a un acuerdo con el Consejo Ejecutivo, debido a que se pide algo que no tiene nada que ver con una ley. Por tanto, hay que llevar las cosas, insisto, con claridad, señor Gomis. Si se llevan con claridad y con toda publicidad, sin mezclarlas, no tenga duda de que haremos un esfuerzo de aproximación, pero hagámoslo con claridad y con luz.

Con respecto al portavoz del Grupo Popular, le diré con toda franqueza lo que ya he dicho antes, que tenemos un programa electoral, en él tenemos un marco y nuestra visión generalizada es distinta de la de Coalición Popular. Por ello, nos podemos aproximar pero hasta un cierto límite, puesto que tenemos dos modelos distintos. Partiendo de esa base, intentaremos aproximar nuestra postura en los otros puntos que no sean fundamentales.

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

Vamos a efectuar las votaciones.

Votamos, en primer lugar las enmiendas del Grupo Minoría Catalana al Título preliminar, Capítulo único, artículos 1.º y 2.º

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 213; a favor, 49; en contra, 159; abstenciones, cinco.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana al Título preliminar.

Votamos las enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Bandrés.

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 213; a favor, seis; en contra, 157; abstenciones, 50.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas suscritas por el señor Bandrés.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo.

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 214; a favor, cinco; en contra, 169; abstenciones, 40.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 215; a favor, 50; en contra, 158; abstenciones, siete.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco (PNV), al Título preliminar.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Vicens.

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 216; a favor, 16; en contra, 158; abstenciones, 42.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Vicens.

Votamos a continuación el Título preliminar, Capítulo Único, artículos 1.º y 2.º conforme al dictamen de la Comisión.

Comienza la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 217; a favor, 158; en contra, 51; abstenciones, ocho.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda, por consiguiente, aprobado el Título Preliminar, Capítulo único, artículos 1.º y 2.º, conforme al dictamen de la Comisión.

Artículos 3.º a 15
Título I, Capítulo primero, artículos 3.º al 15.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo, que tiene la palabra.

El señor PEREZ ROYO: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, voy a defender las enmiendas que los Diputados comunistas hemos presentado en relación con el Título I, haciendo una defensa global de todas ellas, aunque diferenciadas por los varios capítulos que integran este Título. (*El señor Vicepresidente, Verde i Aldea, ocupa la Presidencia.*)

Con respecto al Capítulo primero, del Título I, el texto que se nos presenta en el dictamen de la Comisión establece que la asistencia pública se extenderá a toda la población española; que los servicios públicos de salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria. Sin embargo, estas dos afirmaciones en el articulado que se nos presenta en el dictamen de la Comisión entran en contradicción con el desarrollo que se establece en los sucesivos capítulos, ya que no es verdad que se vaya a garantizar la asistencia sanitaria a toda la población española, sino que se persiste en la disociación entre medicina preventiva y medicina asistencial, puesto que a la medicina asistencial sólo tendrán acceso aquellas personas que coticen a través del sistema de Seguridad Social.

Se trata de un argumento importante que ya explicamos en el debate de totalidad, porque constituía uno de los puntos centrales de nuestra oposición global a este proyecto de ley, actualmente dictamen.

El resto de la población, es decir, la población no cotizante, podrá acceder a la medicina asistencial, dispensada a través del sistema público sanitario, solamente si tiene consideración de pobre de beneficencia, si paga una especie de iguala, o un pago por acto o prestación médica.

En definitiva, estamos, prácticamente, ante una situación que supone la continuidad del actual estado de cosas, y la mejor prueba, incluso, de que esto es así la tenemos en el propio examen de los Presupuestos, cuyo debate se encuentra ya iniciado en esta Cámara. Si se examina el presupuesto del Ministerio de Sanidad se observa que en el mismo no existe dotación para esa pretendida extensión general de la asistencia sanitaria que se proclama en esta ley, que seguramente entrará en vigor para el próximo ejercicio presupuestario.

Con respecto a otro tema, al de la participación en el desarrollo de la asistencia, que más tarde expondremos, se reduce a una mínima representación de segundo grado articulada exclusivamente a nivel de área de salud y en la que las competencias a desarrollar son exclusivamente de naturaleza consultiva.

En este Capítulo primero al que me estoy refiriendo sobre los principios generales, se pone énfasis en el derecho de los usuarios del sistema público de salud a la libre elección del médico dentro de área, a la libre elección del mé-

dico dentro del hospital del área y se regula una elección de centro hospitalario dentro del área sanitaria e incluso elección de servicios especializados fuera del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.

Para nosotros la libre elección de médico, tal como se encuentra planteada en el dictamen de la Comisión (que continúa el proyecto en definitiva), constituye una afirmación de «marketing» publicitario sin ninguna base real, carente de base real, insisto, por cuanto este derecho debe reposar sobre una oferta homogénea, cosa actualmente inexistente dado el marcado desequilibrio de servicios entre el campo y la ciudad.

Por otra parte, la propuesta de libre elección de médico es, a nuestro juicio (insisto, tal como aparece configurada en el dictamen), demagógica y antieconómica, ya que no hay criterios en la población para poder racionalmente hacer una buena elección de médico, e introduce elementos de competitividad entre los profesionales sanitarios que más pronto o más tarde van a abocar necesariamente en la realización de una medicina de complacencia, con aumento en las prestaciones de fármacos e incluso aumento en la extensión de invalideces laborales transitorias o en jubilaciones por incapacidad física.

Desde un punto de vista técnico, la libre elección de médico, de hospital y de servicio hospitalario hace que el sistema sea fundamentalmente asistencialista, continuando con uno de los vicios de nuestro sistema sanitario de salud y además hospitalocentrista, rompiendo la posibilidad de trabajo en equipo, rompiendo la posibilidad de realización de unos servicios de salud dirigidos hacia la prevención y promoción de la salud, tanto a nivel individual como a nivel colectivo, y marcando un sistema público de salud, como he indicado, hospitalocentrista, medicalizado, asistencialista y, además, dificultando gravemente el servicio al principio de programación que entendemos que debería ser uno de los básicos en la asistencia sanitaria.

Las enmiendas que defendemos tienden a garantizar una extensión de los servicios de la salud a toda la población y sin discriminación entre trabajadores cotizantes, entre personas con recursos económicos y entre personas pobres de solemnidad. Nuestras enmiendas tienden también a que el concepto de participación de los ciudadanos en los temas de salud no sea exclusivamente una declaración vacía, puesto que nosotros pretendemos dotar de contenido a los órganos de participación para que esta participación sea real y efectiva y no que básicamente se reduzca a la esfera consultiva, como aparece en el dictamen de la Comisión.

Por último, nuestras enmiendas en relación a este Capítulo tienden a garantizar que todos los ciudadanos tengan confianza en los equipos de salud que les han de atender no solamente a nivel asistencial, sino fundamentalmente a nivel de trabajo en equipo dirigido a la prevención de la enfermedad, a la promoción de su salud y a su rehabilitación e inserción social, tanto a nivel individual como a nivel de la colectividad.

En el Capítulo segundo de este primer Título, sobre las actuaciones sanitarias del sistema de salud, echamos en

falta en el texto del dictamen de la Comisión las prestaciones odontoestomatológicas, la promoción de la salud bucodental y la medicina de urgencia, que están contempladas, en cambio, en las enmiendas que nosotros presentamos.

El Capítulo tercero, sobre la salud mental, hace referencia a la atención de los problemas de salud mental en el ámbito comunitario. Se trata de una ambigua afirmación cuando no se establece simultáneamente que dicha salud mental será uno de los objetivos a cumplir por los equipos de atención primaria que, a su vez, deberían estar dotados con profesionales de la salud mental, a saber, psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales.

Las enmiendas que proponemos en este capítulo tienden a establecer que los aspectos fundamentales de atención a la salud mental, que presten los servicios públicos de salud, sean en los centros de atención primaria, y que estos centros tengan personal que trate los problemas de la salud mental, en la escala a que nos acabamos de referir en nuestras críticas a las deficiencias del dictamen de la Comisión en este punto.

Por último, el Capítulo cuarto de este Título I, sobre la salud laboral, aun haciendo referencia a la actuación sanitaria dentro del campo de la salud laboral, no determina qué estructuras van a realizar estas actividades sanitarias y no determina cuáles son los órganos de participación de los empresarios y de los trabajadores en los temas de salud laboral, desgraciadamente de actualidad en nuestro país, a raíz de una serie de accidentes, fundamentalmente, en el campo de la minería, que han motivado incluso actuaciones por parte de los Diputados comunistas y, singularmente, por parte del señor Fernández Inguanzo; accidentes lamentables que, entre otras cosas, tienen en parte su causa —entendemos— en una deficiente regulación del problema de la salud laboral, no solamente en leyes como ésta, sino también en otras que, fundamentalmente, regulan el tema de la contratación y el funcionamiento dentro de la propia empresa, que han hecho posible que se hayan producido accidentes del tipo de los que he indicado.

Por otra parte —volviendo a nuestro dictamen—, no se contempla en la ley la asistencia actual de los servicios médicos de empresa y la de servicios de seguridad e higiene en el trabajo.

Las enmiendas que presentamos —y finalizo porque, además, veo que se enciende la luz roja— tienden a integrar en los servicios de atención primaria la actual red de medicina de empresa, los servicios de seguridad e higiene en el trabajo y a crear órganos de participación de trabajadores y empresarios en temas de salud laboral, lo que enlaza nuevamente con las deficiencias a que he hecho alusión anteriormente, al referirme específicamente a este problema de los accidentes laborales, fundamentalmente en el campo de la minería, que, en cierta medida, se encuentra, si no propiciado, al menos no suficientemente recogido por la incorrecta prevención de estos puntos, no solamente en la legislación actual, sino tam-

bién en otras áreas de la legislación que tienen incidencia sobre el problema de la salud laboral.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Muchas gracias, señor Pérez Royo.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Señor Presidente, el Capítulo primero trata del sistema de salud y de los principios generales. Nosotros hemos presentado varias enmiendas a este Capítulo primero, algunas muy importantes y otras que son correcciones técnicas. Hay sobre todo una, al artículo 3.º, que es por la que voy a empezar, que pretende simplemente añadir la asistencia sanitaria. Al no resaltar sólo en esta ley la materia de prevención sanitaria, con ser, por supuesto, uno de los pilares importantes de todo proceso para proteger, promocionar y desarrollar la salud, ocurre —y es un sentimiento muy auspiciado por la izquierda— que, al hablar siempre de medicina preventiva, mandan un mensaje que pudiera en muchos sitios —o, por lo menos, en términos médicos— ser equivocado.

Efectivamente, hay que ejercer la prevención de las enfermedades, sobre todo con esta vida moderna en la cual los individuos están sujetos a agresiones, alimentarias, publicitarias, ecoambientales, de todo tipo, y es bueno —como así se hace en la ley y así nosotros lo propugnamos— que entre esta materia de prevención.

Pero no sólo la prevención; hay también lo que de verdad afecta a todos, que es la asistencia sanitaria. El refrán que dice que sólo nos acordamos de Santa Bárbara cuando truena es casi una máxima en salud. La verdad —y la prueba es la soledad de este hemiciclo— es que la salud sólo interesa cuando la perdemos, y para eso estoy yo aquí, para hablar de cuando la salud se pierde.

Por tanto, nosotros promovemos que la asistencia sanitaria debe tener el mismo rango —no digo más, pero sí el mismo rango— que la prevención de la salud, porque es lo importante, es donde se va el gasto sanitario y es lo que vamos a tratar a lo largo y a lo ancho de toda esta ley, tan larga y tan importante, aunque no lo parezca.

La asistencia sanitaria es quizá un tema que a muchas personas que están en buen estado de salud, o que no han tenido nunca ninguna enfermedad, pudiera no importarles. Ya digo que sólo afecta a la salud, pero cuando la salud se pierde, cuando empieza a entrar la patología, cuando empieza a entrar el —patho— es cuando se oyen frases como esta: doctor, que no haya ninguna limitación; lo que haga falta; ponga usted lo que haga falta, esos términos que el señor Ministro oír con mucha frecuencia, igual que todos los que nos dedicamos a la sanidad.

Por eso digo que lo que va a primar, sobre todo —vuelvo a repetir— sin quitarle nada de importancia a la medicina preventiva, es la asistencia sanitaria. Es una cuestión puramente técnica que el Partido Socialista apreciará en su valor.

El número 3 del artículo 3.º de la ley socialista dice: «La política de salud estará orientada a la superación de

los desequilibrios territoriales y sociales». Nosotros, según nuestra enmienda 382, proponemos un término mejor y los portavoces autonómicos representados en la Cámara yo creo que van a estar de acuerdo con nosotros, y es la solidaridad.

Creo que aquí, no hay que hablar de la superación de los desequilibrios territoriales. Puede ser que esta ley dure mucho tiempo; yo le deseo al señor Ministro que, por lo menos, esté tanto tiempo como la anterior; pero pudiera ocurrir que los desequilibrios territoriales se solucionaran, con lo cual este artículo quedará obsoleto. Por ello, nosotros hablamos de la solidaridad.

¿Qué es esto? Aquí hace poco se ha hablado de que hay que homogeneizar la asistencia sanitaria. Efectivamente, eso es cierto. Hay regiones, provincias y Comunidades que sus esquemas de salud, su infraestructura hospitalaria, incluso su infraestructura en medicina primaria o rural, están muy por debajo de lo que debe ser o de lo que es la norma general en otras autonomías más avanzadas. Por tanto —y es una acción prioritaria para todo Gobierno; para éste yo creo que también lo ha sido, aunque no lo ha conseguido— se debe equiparar, igualar, en materia asistencial, en materia preventiva, en materia de salud en una palabra, a nuestras regiones y Comunidades, para que luego se pueda ejercer lo que nosotros hemos pregonado: la libertad de elección.

Si no va a ocurrir lo que está ocurriendo ahora, que hay tres o cuatro Comunidades que sufren, no sufren, padecen la plétora de otras Comunidades o de otras provincias adláteres que no son de su autonomía y que practican una demanda asistencial sobre estas otras autonomías, como puede ser la autonomía de Madrid, como puede ser la autonomía catalana o como puede ser las autonomías vasca o valenciana, que sufren una demanda de las provincias limítrofes, que están por debajo de su nivel asistencial, que ellos saben que los pacientes pueden alcanzar en otras autonomías y que luego implicará también en un artículo de esta ley el término «de las áreas de salud» y cómo en esta ley se ejercita la libertad de elección. Por tanto, nosotros proponemos que el término «solidaridad» se incluya en este artículo.

Al artículo 4.º presentamos la enmienda 383, que se refiere a otro término también muy querido por la izquierda, sobre todo, socialista y es el que tienen dentro de este nivel una concepción integral y única del sistema sanitario.

Nosotros creemos, ya lo dijimos en Comisión, que en una ley no debe ningún gobierno centrarse sólo en un sistema, porque parece que esta ley es sólo una ley para la sanidad pública, pensando también que hay más sanidades, hay sanidades privadas, hay sanidades de instituciones y al decir privadas en ese término está englobada también la sanidad, digamos, no pública, pero no privada. Me explico, para que SS. SS. comprendan este concepto, son, por ejemplo, hospitales u organizaciones sanitarias de instituciones que no tienen ningún ánimo de lucro, por decirlo con palabras que muchas veces los socialistas echan sobre los bancos de la derecha diciendo: ustedes quieren lucrarse con la sanidad. No es eso. Hay hospitales de Di-

putaciones, hay hospitales de administraciones locales y hay centros de salud de instituciones benéficas. En fin, todas esas ¿por qué no van a estar integradas en el sistema sanitario, si se quiere, de una manera voluntaria?

El Partido Socialista puede ser que, en principio, no quiera, y ya vemos por dónde va, por una sanidad pública; pero la Constitución garantiza un sistema mixto y pueden existir estas sanidades. Se debe dejar esta puerta abierta y quitar la expresión «integral y única». Dejar un sistema sanitario, si se quiere, integral, pero en el cual se puedan integrar todas estas sanidades, que lo harán muy bien. Puse yo el ejemplo de un benemérito hospital privado barcelonés que ha sido avanzadilla en la investigación, porque, igual que por cualquiera de las otras vías de la asistencia sanitaria, se puede mejorar la asistencia pública.

Nosotros no estamos contra la asistencia pública. Nosotros lo que queremos es mejorarla y queremos, si es posible, equipararla a la mejor asistencia que se pueda dar en nuestro país, con la economía de que los españoles dispongamos.

Es por eso por lo que con quitar la palabra «única» les quita al Grupo mayoritario que sostiene al Gobierno un corsé innecesario que se ponen ellos y que, además, puede perjudicar el sistema sanitario que ustedes preconizan para los españoles.

Al artículo 5.º viene también otra enmienda que nosotros creemos fundamental. Nosotros estamos, efectivamente, porque hay que introducir la representación en los órganos de gestión a todos los niveles, que tienen que estar las organizaciones sindicales, que tienen que estar las organizaciones empresariales y que tienen que estar las autoridades sanitarias; pero también tienen que estar, señoras y señores Diputados, los profesionales. ¿Es que el Partido Socialista va a hacer un sistema sanitario sin los profesionales sanitarios? ¿Se va a hacer sin introducir a los profesionales sanitarios a los colegios profesionales en la representación de todo esto?

Ustedes comprenderán que eso para nosotros es una aberración en el tema de la sanidad y la medicina. En una palabra, la salud es un concepto muy tecnificado, por mucho que digan los sindicatos o los empresarios, que no han estudiado una carrera sanitaria. Al decir sanitaria lo quiero decir, de ahora en adelante, para todas las intervenciones que tengamos a lo largo de esta ley, que van a ser numerosas, cuando el Grupo Popular se refiera a sanitarios, se está refiriendo a cinco profesiones sanitarias básicas que componen lo que para nosotros es la profesión sanitaria y que son: la Medicina; la Farmacia, con los profesionales médicos y los profesionales farmacéuticos; la Veterinaria o los veterinarios; los odontoestomatólogos y los ATS o diplomados de enfermería. Por tanto, cuando a lo largo de la disertación me refiera a los sanitarios, sepan SS. SS. que me refiero a todos esos profesionales. Lo digo ahora por no repetirlo cada vez.

El artículo 5.º dice en su número 2: «A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las Organizaciones Empresariales y Sindicales», y sigue diciendo que la representación se hará aludiendo a un Título de la

Ley Sindical. Pero, ¿cómo van a eliminar SS. SS. a toda la colegiación sanitaria para que no intervenga en materia de salud o en materia sanitaria? ¿Quién es el que va a decidir si una medida que toman es técnicamente buena o mala? A no ser que ustedes crean que los organismos sindicales y empresariales, con todos los respetos, entienden sobre alguna de estas materias...

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Señor Ruiz Soto, le ruego que abrevie porque no queda tiempo para su compañero, que tiene que defender enmiendas al artículo 8.º

El señor RUIZ SOTO: Terminaré enseguida, señor Presidente, pero es que es uno de los Capítulos más importantes donde se engloba la filosofía de la ley. Le pido unanimidad. En otros turnos abreviaremos.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): La importancia es subjetiva y entonces todos los Capítulos son importantes.

El señor RUIZ SOTO: El artículo 8.º va a defenderlo mi compañero don Pablo Paños, porque se refiere a materia veterinaria que él conoce y domina.

El artículo 9.º se incluyó. No estaba en el proyecto de ley socialista, ni en nuestra ley. Interpretábamos ambos que los derechos y obligaciones de los usuarios debían ir en otra disposición de rango inferior a una ley general, pero el Defensor del Pueblo, a instancia de las peticiones que recibía pidió su inclusión, y el Partido Socialista y nosotros la hemos acatado.

En general estamos de acuerdo con su inclusión, pero hay un punto fundamental que nosotros defendemos especialmente. Los otros puntos pueden ser quitados o aceptados por nuestro Grupo, pero, como digo, hay uno que es, nada más y nada menos que la libertad de elección de médicos, especialistas y centro sanitario. Este es uno de los derechos fundamentales que tienen los pacientes, y a lo largo del debate lo iré explicando. *(El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la Presidencia.)*

¿Por qué lo introducimos? No lo introducimos con afán demagógico, sino porque creemos que el único que puede poner orden en la sanidad es el usuario. Y ¿cómo. Que con su cartilla del Seguro, con la que va al ambulatorio, pueda elegir al médico que quiera, al especialista y el hospital que quiera.

Siempre que planteo este tema a los dirigentes socialistas de la Sanidad se les ponen los pelos de punta, porque empiezan a hablar de la organización y a decir que es imposible. Eso técnicamente es posible. Está se hace en países socialistas. Quiero recordar, por ejemplo, que Canadá —y me dirán que el presupuesto de Canadá no es el español, estoy de acuerdo—, es un país socialista donde se aplica la libertad de elección de médico y funciona perfectamente.

¿Esto para qué es? Simplemente para que el usuario sea el que arregle la sanidad. No es que eche este problema sobre los españoles. El paciente, que no es tonto, sabe

quién realiza bien una técnica, quién hace bien una intervención, quién es el médico de medicina primaria que atiende, estudia y trata bien su enfermedad o el puericultor que atiende a su niño. Esto lo saben de sobra porque entre ellos comentan y saben quién es el médico que más cura.

Esa es la única manera de introducir ese término de competitividad que todos los profesionales sanitarios conocemos, que exige una vida de dedicación, una vida de estudio, una vida de asistir a congresos, de estar perfeccionando cada día su técnica. Quizá esta máxima no se dé en otras profesiones, y perdonen que lo diga, tanto como en la medicina. Por eso nosotros queremos introducirlo en la medicina pública, porque no puede ser que en la medicina pública se entre como hasta ahora en el INSALUD, que igual entra un médico recién salido de la Universidad (con todos los respetos para el que tiene que formarse), que un profesor o un jefe de servicio de zona. Es igual pero no es lo mismo. Es igualar con lo que ya había antes.

Lo que nosotros proponemos es que se premie el esfuerzo, el sacrificio, el estudio, la responsabilidad, el bien hacer con la introducción de ese término de libertad de elección de médico, de especialista, de centro, sin ninguna traba. Y ¿la traba cuál es? La traba es el área de salud.

Los socialistas han introducido notables mejoras, lo reconozco, han introducido la notable mejora de que en los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de una ciudad. Eso es premiar a los que dan buena asistencia, y así tiene que ser, porque si la tienen tampoco hay por qué quitársela.

Pero hay que esforzar la imaginación para hacerlo ya del todo, y sólo queda, calculamos, un 30 ó 40 por ciento de la población que no tenga libertad de elección. Den ustedes el paso, no pongan más trabas, más fronteras. Empezaron con una zona, luego un barrio, después un distrito, luego han llegado a un área de salud; den el paso final, denlo ya y nosotros les estaremos agradecidos, porque si hay una diferencia radical y filosófica que separa a Coalición Popular del Partido Socialista, es el tema de la libertad de elección, que es por donde van todos los países del área europea occidental.

¿Que van con muchas trabas? De acuerdo. ¿Que tienen dificultades? De acuerdo, pero al final habrá que conseguirlo, es cierto, y los socialistas lo saben, lo que ocurre es que no se atreven a hacerlo porque pudiera ser un «boom». Nosotros no decimos que luego lo apliquen, pero hagan esta ley válida para quien quiera aplicarlo. Por encima de todo, la última meta será la libertad de elección por el usuario, porque es un derecho fundamental, y así se reconoce en Europa por preclaros políticos.

En el término de las actuaciones sanitarias del sistema de salud nosotros —son enmiendas técnicas, y estoy seguro que será olvido del redactor— hemos incluido los balnearios. Bien saben que en todas las provincias y Comunidades hay un balneario que, además, la hidroterapia cura enfermedades, que previene otras, que son unas instituciones entrañables y enraizadas en las costumbres españolas, y que creo que se debían incluir en esta ley.

Sólo quería hacer esa petición para que estén en ella y no se sientan marginadas.

Luego, como decía mi antecesor en el uso de la palabra, el portavoz comunista, la salud bucodental. Ha entrado ya en el Congreso, y la hemos recibido con gran alegría, quiero decirlo, y casi todos estamos de acuerdo, la ley de odontología y salud bucal, y eso es, señor Presidente, lo que quería decir.

En cuanto a la salud mental, debo decir que se ha hecho un esfuerzo —y yo reconozco los esfuerzos que hace el Partido Socialista— y se ha universalizado la asistencia. Ya entra la psiquiatría en la ley, dentro de poco estaremos pidiendo al señor Ministro explicación para ver qué ha hecho en este sentido, pero está en la ley y ya la salud mental no es la hermana pobre de la sanidad, ya no es la marginación, se puede mirar claramente al futuro de la asistencia psiquiátrica.

Estas son las enmiendas presentadas, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias, señor Ruiz Soto. Escaso tiempo ha dejado S. S. a su compañero de Grupo.

el señor Paños tiene la palabra.

El señor PAÑOS MARTI: Señor Presidente, señorías, el Grupo Popular ha reservado la defensa de las enmiendas al artículo 8.º para que tuviera yo el honor de defenderlas en función de que soy un profesional veterinario de la salud pública con años de experiencia.

En definitiva, la veterinaria en la salud pública creo que tradicionalmente ha sido más o menos ignorada por las legislaciones de sanidad. Pero en esta ley que ahora estamos debatiendo sufre una regresión, creo que sin intención, pero la sufre.

Si se dieran datos a esta Cámara de los grandes servicios de la veterinaria en la salud pública, en la alimentación, en las enfermedades transmisibles, en las esporádicas por consumo de alimentos en malas condiciones, se quedaría sorprendida la Cámara, porque en los años que lleva instituida la veterinaria en la salud pública han regresado muchísimas enfermedades como consecuencia de los servicios veterinarios.

Que hay inercia y falta de consideración de los poderes políticos de cualquier significación en olvidar que los servicios veterinarios son servicios de la salud pública lo evidencia el propio preámbulo de la ley y lo evidencia el propio informe de la ley. Entre los datos que se suministran —no voy a citar todos en función de la benevolencia del señor Presidente— he de señalar que en las informaciones estadística y económica del Gobierno no figura un solo dato sobre veterinarios, sobre medicina preventiva, sobre higiene alimentaria y sobre enfermedades transmisibles. No es así en las documentaciones de la Comunidad y de la OMS. Así, en la Comunidad Económica Europea en la que vamos a integrarnos hay, incluso, Comisiones para cada una de estas ramas. En las referencias citadas de la Memoria no figura ni un solo dato sobre enfermedades transmisibles, sobre inspección de alimentos y productos alimentarios. No es así en la documentación de la OMS,

que tiene hasta siete secciones dedicadas a estas cuestiones. En cuanto a los costes de servicios en la Memoria no se refleja nada sobre alimentación y sobre zoonosis.

No voy a decir que el Gobierno ignora estos aspectos, porque tengo constancia personal de que no es así, pero sí existe esta inercia, que se hereda, de no considerar la veterinaria como uno de los servicios —defiendo los servicios, no las profesiones— que se prestan a la población española.

En cuanto a la exposición de motivos de la propia ley he de señalar que se eluden temas como la inspección alimentaria, análisis, laboratorios, zoonosis transmisibles, etcétera, y lo mismo sucede con el informe económico. Esta situación nos lleva a aprovechar la circunstancia del artículo 8.º para ver si, con buena voluntad, podemos modificarlo y mejorarlo con el fin de dar una entrada a estos servicios veterinarios que tan necesarios son y que nos van a ser exigidos por la propia Comunidad y por los organismos internacionales que son competentes en salud pública.

Agradezco al señor Ministro y al Gobierno que nos hayan remitido todos los informes de la Comunidad Económica Europea, tanto reglamentos como directivas o decisiones con motivo de este debate, pero únicamente como referencia diré que si se repasa esta documentación que se nos aporta se puede ver, es curioso, que en la directiva 78/1.026 del Consejo de la Comunidad Europea se habla del reconocimiento de los servicios veterinarios y de la homologación de los títulos y especialidades. Cuando se hace referencia a este tema en la Ley —ya hablaremos de este artículo en su momento— se omite la especialidad farmacéutica y la veterinaria. En la Directiva 1.027 sobre disposiciones legislativas, reglamentarias y administraciones corrientes se exige formación respecto a enfermedades transmisibles, a medicina preventiva, respecto a productos alimenticios, respecto a higiene y alimentación, respecto a alimentos y, así, sucesivamente en la decisión 157, en la decisión 1.028, etcétera.

Y paso a defender la enmienda que es la principal razón de mi intervención. Fíjense ustedes, en el artículo 8.º, 1, se consideran como actividades básicas del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos más otra serie de servicios que son consecuentes con el ejercicio de la profesión médica y otras sanitarias que no son ni la farmacéutica ni la veterinaria. El número 2 dice: «Asimismo se considera actividad fundamental...», es decir, se hurta la actividad básica y se hace fundamental sinónimo de básico. No tiene el mismo sentido, no pueden ser sinónimos. Desde el punto de vista jurídico si se considera como ley no hay más ley fundamental en España que la Constitución. Si se considera una ley básica, es competencia del Estado, con el reflejo correspondiente de las Autonomías, como se ha dicho. ¿Por qué no se igualan estos términos? Si es básico un servicio, también debe ser básico el otro. Si son básicos los estudios epidemiológicos, básicos deben ser, también, los estudios de epidemiología comparada. No creo que este artículo se haya elaborado con intención de hurtar a los servicios de veterinaria de la salud pública su propia función, su propia mi-

sión, que, además, prácticamente se hace posteriormente a través de Decretos, de Ordenes en las que se establecen las estructuras de servicios, pero, en cambio, no están recogidos en la Ley. Porque, en definitiva, el artículo 8.º, 2.º, lo que dice es que se considera actividad fundamental del sistema sanitario —para mí sería tan básica como la otra— los estudios de epidemiología comparada y las investigaciones y experimentaciones en medicina veterinaria, la investigación alimentaria, la lucha contra la zoonosis, etcétera. Pero no se dice que hay que hacerlo, y yo creo que aquí ha habido un error.

Hace escasos días, un mes apenas, el Gobierno —supongo que sería el Ministro de Sanidad— contestó a una pregunta escrita mía sobre la especialización veterinaria en los ocentros hospitalarios, diciendo que el veterinario tenía una especialidad clara de investigación y experimentación en los centros hospitalarios. Y creo que —por esa inercia que digo de que creen que la salud pública es una competencia estrictamente medida, acaso farmacéutica y no veterinaria— se ha recogido en este artículo únicamente lo que el Ministerio de Sanidad tiene reconocido como funciones de los veterinarios, que son los departamentos de investigación y experimentación en los centros sanitarios.

Pero hay algo más. Hay que recoger también el resto de lo que estamos diciendo; hay que recoger la lucha contra la zoonosis, hay que recoger la inspección alimentaria, hay que recoger la inspección alimenticia que, por cierto —y en el transcurso del debate veremos que se puede suponer que sea un baile técnico—, tan pronto se habla de producto alimentario, como de alimento, como de alimentación, y son cosas distintas. Incluso la propia OMS y la propia CEE determinan en todos sus escritos que una cosa es alimento, otra producto alimenticio y otra producto alimentario. Son tres cosas distintas, y aquí en algunos artículos se pone alimento, en otros alimentario y en otros alimenticio. Por tanto, creemos que habría que recogerlo a lo largo de todo el debate, y lo seguiremos manteniendo.

Sin embargo, en este artículo únicamente me estoy refiriendo —y lo mantemos, como es lógico— a que en vez de figurar en el número 2 del artículo 8.º: Asimismo se consideren actividad fundamental del sistema sanitario los estudios epidemiológicos..., que figuren también como actividades básicas —no fundamentales, no es lo mismo que las médicas— del sistema sanitario, además de los estudios y la lucha contra la zoonosis, las medidas de prevención contra la enfermedad y la ordenación sanitaria de las relaciones del hombre con los animales, especialmente los de compañía y las relativas a alimentación, además de las de investigación y experimentación de los programas sanitarios.

Con esta corrección creo que, si no del todo, quedaría al menos recogido y reconocido por el Estado y por nosotros que existen de hecho unos servicios en Europa y en el mundo, recomendados por la OMS, y que se hurtan en esta ley, a los servicios veterinarios de la salud pública.

Por otra parte, la enmienda 394, es la misma. Propone una nueva adición que es sencillamente considerar como

función básica la segunda parte de lo que estoy diciendo: la inspección de alimentos, productos alimentarios y productos alimenticios. Quizá más que inspección sería mejor decir sencillamente control. Es el simple seguimiento de producción y consumo que afecta a las materias alimentarias o de aquellos productos alimentarios que puedan incidir en la salud humana.

La última enmienda al artículo 8.º es igual; sigo reconociendo estas mismas misiones a la profesión y a los servicios farmacéuticos.

Muchas gracias.

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

En nombre del Grupo Centrista, tiene la palabra el señor Núñez, para la defensa de sus enmiendas.

El señor NUÑEZ PEREZ: Señor Presidente, señorías, en esta primera intervención vamos a defender las enmiendas que nuestro Grupo ha presentado a este Capítulo I del Título I de la ley que se refiere, ni más ni menos, a los principios generales.

Además de las enmiendas de Grupo, permítame, señor Presidente, que al mismo tiempo dé por defendidas y defendiendo algunas de las presentadas por mi compañero de Grupo el señor Mardones.

En vísperas de celebrarse en esta Cámara el debate de totalidad de este proyecto de ley, un diario madrileño publicaba un comentario, muy atinado a nuestro juicio, que creo tiene toda su vigencia: España se halla en una situación histórica de arreglar un problema histórico. El Parlamento entra hoy de lleno en el análisis del dictamen de la comisión, que prácticamente ha dejado el proyecto como lo envió el Gobierno y, por tanto, el Parlamento no es en realidad el responsable del texto que aquí se aprueba, sino que el responsable, en definitiva, es el Grupo Parlamentario Socialista, que con sus 202 votos hace que este proyecto enviado por el Gobierno vaya a salir de aquí —a no ser que haya cambios importantes en el Grupo Parlamentario Socialista en cuanto a la admisión de enmiendas— como nos lo enviaron. Eso esperaba yo hasta hace un momento, pero después de oír al señor Ministro, que dice que entre el Congreso y el Senado, es decir, no en el Congreso o en el Senado, sino en el camino que va entre ambas Cámaras, pudieran cambiarse determinados aspectos por consenso entre el Gobierno y las Comunidades Autónomas, determinados puntos de la ley, yo ya no sé qué enmiendas son las que pudiese yo mantener y defender en este trámite y cuáles podría retirar ya si conociésemos por dónde van los puntos de esa negociación extraparlamentaria.

Dicho esto, nuestra primera enmienda a este Capítulo I propone simplemente que el punto 1 del artículo 3.º se redacte de la siguiente manera: «Los medios y actuaciones del sistema sanitario están orientados a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la prestación de la asistencia sanitaria». La necesidad de fortalecer la acción preventiva no puede justificar que se deje en un segundo plano la asistencia sanitaria.

Nadie está negando con esta redacción de la enmienda el hecho preventivo, como gusta llamarlo el señor Palacios Alonso. Nadie está negando, al proponer esta redacción, que esta prevención y la promoción de la salud dejen de ser consideradas elementos fundamentales en cualquier sistema sanitario, pero creemos que el gran énfasis que han puesto los redactores del proyecto en subrayar estos dos elementos podría poner en peligro —léase podría poner en un segundo plano— la asistencia sanitaria.

Está claro el orden de actuación: primero prevenir y después curar. Pero este orden de actuaciones no implica que se dé preferencia en la intensidad del ejercicio a una acción sobre la otra. Y no creo que esta conclusión pueda deducirse de las directrices señaladas en la Conferencia de Alma Ata de 1978 sobre asistencia primaria; más bien pienso que de las conclusiones de la citada Conferencia habría que señalar como base fundamental sobre la que se asiente la buena salud de los españoles del futuro una concepción integral y única del sistema sanitario, que quizá está en la intención del proyecto, pero no en su redacción. Con la que propone nuestra enmienda 572 los conceptos se identificarían con los propósitos. La he dicho antes y la voy a repetir si me lo permiten SS. SS: «Los medios y actuaciones del sistema sanitario están orientados en la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la prestación de la asistencia sanitaria». Un equilibrado sistema de acciones es lo que debe perseguir como finalidad fundamental este proyecto de ley. En definitiva, uno de los objetivos prioritarios de la reforma aprobada por este Congreso de Diputados en mayo de 1980 era el establecimiento de una asistencia médica integrada, mediante la incorporación de la medicina preventiva y comunitaria a la medicina asistencial tradicional de tipo curativo y de su desarrollo coordinado en los tres niveles de asistencia primaria: medicina de familia, asistencia en centros médico-sanitarios o centros de salud y asistencia hospitalaria.

Nuestra enmienda número 573 se refiere al punto 2 del artículo 3.º y pretende suprimir del texto del proyecto la palabra «pública» —al igual que hace la enmienda número 650 presentada por el señor Mardones— y que diga simplemente: «La asistencia sanitaria se extenderá a toda la población española». Cree mi Grupo que el sistema universalista que prevé el proyecto no puede olvidar en ningún momento —y menos en este Capítulo II en donde se definen los principios generales— la asistencia sanitaria privada. Hay que llegar en el plazo más breve posible a la igualdad efectiva que establece la Constitución, y para ello todos los recursos sanitarios deberán ser tenidos en cuenta en esta ley.

Perdónenme, señoras y señores Diputados, pero debo recordar aquí de nuevo otra de las líneas maestras de la reforma sanitaria de 1980. Entonces, nuestro Grupo —Unión de Centro Democrático— defendió y dejó bien claro que los principios de la política sanitaria centrista corresponden a los de un sistema mixto progresista. Estos principios intentan ser incorporados en esta ley, pero —si me permiten decirlo— de una manera vergonzante o de una manera confusa, quizá para derivar en futuros más

o menos próximos hacia una sanidad pública en exclusiva, como parecía defender el señor Ministro en Barcelona hace unos días, quizá porque les cuesta mucho trabajo a ustedes, señoras y señores Diputados socialistas, renunciar abiertamente a determinadas exageraciones demagógicas o electoralistas de cuando eran oposición. El sistema Nacional de Salud no debe verse perjudicado ni hipotecado por estos planteamientos que ustedes defendieron en otros tiempos; no debe impedir que la iniciativa privada esté presente en este artículo, sino que debe posibilitar con claridad —con la misma claridad con que está redactado el artículo 38 de la Constitución— que la iniciativa privada esté presente en esta ley con todas las consecuencias y también en el plano que le corresponde y necesita la sociedad española, que es todavía más importante. El Sistema Nacional de Salud debería ser concebido como la organización del sector público sanitario, y lo que se pretende en esta ley —si no estamos equivocados y hasta ahora nadie nos ha podido demostrar que lo estemos—, y dejando a salvo grandes contradicciones, es que el sistema sea lo oficial y que lo oficial sea todo, lo cual constituye un gravísimo olvido del principio de libertad de empresa al que antes nos referíamos. Tal como está redactada en este Capítulo —que es el importante—, y no me digan en la réplica que en otros lugares de la Ley sí se menciona la asistencia sanitaria privada, les sale a ustedes una ley más estabilizadora de la cuenta. Por lo tanto, terminarán aprobando una ley perniciosa para la salud. Si no es así, si sólo se trata de fantasmagorías, hagan desaparecer el adjetivo «pública» y habrán borrado de un plumazo un sinnúmero de recelos y de desconfianzas.

Por nuestra parte, retiraríamos una gran parte de nuestras enmiendas. Supriman ustedes ahora esta palabra y estarán en vías de aceptar un sistema mixto progresista, que es en definitiva el que mejor responderá a las necesidades de la sociedad española. La sanidad es, hoy por hoy, el servicio público más utilizado por los ciudadanos. Acceden a ella un promedio de diez veces al año. Por lo tanto, los recursos públicos no son suficientes, son escasos, y deben ser complementados por los privados. Esto es así porque es en datos y en cifras el reflejo de la realidad española.

En esta realidad se apoya también la enmienda 586 al mismo artículo para que los poderes públicos orienten su política de inversiones en orden a eliminar las desigualdades sanitarias con el fin de garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 149 y 158 de la Constitución, y partiendo de la consideración conjunta de todos los recursos sanitarios.

la enmienda 574 pretende, como otras enmiendas del resto de los Grupos Parlamentarios, que se suprima la palabra «única» del párrafo primero del artículo 4.º No voy a repetir argumentos ya dichos, sólo apuntar que esta palabra debe rechazarse por lo que tiene de confusa y excluyente tanto respecto a la asistencia privada como respecto a las competencias de cada Comunidad Autónoma.

Las enmiendas 575 y 576 se refieren a la participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y

en el control de su ejecución. La participación comunitaria no sólo debe ser posible, sino que tiene que ser real y obligatoria, y repito las palabras y los argumentos que el señor De Vicente dio al referirse a este punto concreto: el control social de la sanidad es fundamental para que el sistema funcione. Estamos de acuerdo en ese punto, cito su argumento de autoridad, y con este argumento pido que se acepte mi enmienda.

Asimismo, parece lógico que estén considerados dentro de esta participación, además de las organizaciones empresariales y sindicales como dice el proyecto, las organizaciones profesionales sanitarias y las de usuarios en la forma que reglamentariamente se determine.

El señor Palacios en Comisión se hizo eco de esta enmienda, repetida por otros Grupos Parlamentarios, y prometió estudiarla con interés y ofrecer una fórmula que recogiese nuestras preocupaciones. Quedamos a la espera del nuevo texto, y retiremos gustosos esta enmienda si la fórmula nos satisface.

La enmienda número 577 propone añadir en el artículo 7.º la palabra «costo» entre «eficacia y celeridad». Creemos que es absolutamente necesaria la valoración de medios y no hacer planteamientos de imposible realización. De ahí nuestra enmienda, que en este punto es absolutamente pragmática y que seguimos sin ver qué dificultades impiden su aceptación.

Lo mismo se prometió respecto del artículo 9.º, al que mantenemos vivas entre el Grupo Parlamentario Centrista y el señor Mardones 14 enmiendas, que doy por defendidas en los mismos términos que expuse en Comisión, esperando con verdadero interés la nueva redacción de este artículo que también se nos prometió en aquel trámite parlamentario.

Simplemente, con respecto al artículo 9.º, subrayar dos cosas fundamentales: que debería decir que todos tienen los derechos que en él se relacionan y se describen con respecto a las distintas administraciones sanitarias, puesto que los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios y de los enfermos deben ser iguales en cualquier centro sanitario, sea público o privado, y esto es tan obvio que yo no me atrevo casi a establecer ningún otro argumento, porque parece que de su propio peso tendría que ser aceptada esta enmienda.

Finalmente, también con respecto al artículo 9.º, tenemos que decir, por lo que atañe a este Capítulo, que voy a defender enmiendas que hacen referencia al mismo problema: la libre elección de médico y de asistencia sanitaria, libre elección de médico y centro. Son las enmiendas números 584, 587 y 588.

Somos conscientes en nuestro Grupo de que es difícil ofrecer una fórmula que respete el derecho y al mismo tiempo haga posible su ejercicio. Pero lo que no puede hacer el proyecto de ley es establecer limitaciones que afecten a la esencia de este derecho, que afecten a la esencia de la libertad de elección. Ya sé, repito, que no se pueden pedir peras al olmo, ni consagrar utopías, ni proclamar a los cuatro vientos que esta libertad de elección ya es meta lograda, como por cierto lo hicieron ustedes en determinadas etapas, creo que en la primavera de 1983, con una

frivolidad digna de más cáustico comentario. Pero lo que sí se puede y se debe hacer es reconocer con claridad y sin ambages este derecho y dar los primeros pasos en el desarrollo del mismo. Por eso nuestra enmienda 584 pretende que se diga que esas disposiciones a que se refiere el punto 13 del artículo 9.º, que desarrollarán la libre elección de médico, no signifiquen un cheque en blanco para que las distintas administraciones sanitarias hagan en cada momento lo que les convenga, sino que estén orientadas —y así debe decirlo textualmente la ley— a hacer efectiva dicha libre elección.

Igual debe decirse en el artículo 13 respecto a la libre elección a la asistencia sanitaria.

Por lo mismo, pretendemos suprimir el artículo 14, que es un precepto reglamentista, farragoso, y que hace muy difícil, por no decir imposible, que la libre elección de médico y centro se lleve a la práctica.

Señor Presidente, señoras y señores Diputados, pidiendo el voto a favor de nuestras enmiendas termino mi primera intervención.

Muchas gracias.

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto suscritas por el señor Bandrés, que tiene la palabra para su defensa.

El señor BANDRES MOLET: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, voy a tratar de que con las menos palabras posibles queden defendidas las numerosas enmiendas a este grupo de artículos, que van del 3 al 15, ambos inclusive, si no me equivoco.

La enmienda número 4 trata de sustituir el apartado 2 del artículo 3.º donde dice: «La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva», pretendemos sustituirlo por: «La asistencia sanitaria pública se extenderá a todos los posibles niveles de prestación y especialidades para la población protegida por la presente Ley. El acceso a la misma se efectuará en condiciones de igualdad efectiva».

Decía en la motivación de la enmienda escrita, que se presenta por coherencia con la número 1, que ha sido rechazada; pero una cosa es la coherencia y otra la moral que uno tiene, y uno sigue manteniendo aquí enmiendas por coherencia, pero también por moral parlamentaria.

La enmienda número 5 se refiere a los dos únicos apartados del artículo 5. Se trata de sustituir los textos aprobados por la Comisión, y que figuran en el dictamen correspondiente, por los siguientes: «1. Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria en cada uno de los niveles territoriales y sectoriales en que se organiza el sistema y tanto en lo que se refiere a la programación de políticas sanitarias para los mismos, como en el control de su ejecución.

2. A los efectos de dicha participación, se entenderán comprendidas, entre otras, las organizaciones empresariales y sindicales; la representación de cada una de estas

organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto por las leyes vigentes».

Trata esta enmienda de mejorar la participación social que propone el proyecto, estando de acuerdo con su filosofía, y también de retirar una mención que se hace a la Ley Orgánica de Libertad Sindical, que parece, a nuestro juicio, improcedente.

Al artículo 6 se presenta la enmienda número 6, que se refiere al apartado 2. La enmienda número 7 que se refiere al apartado 6 y la enmienda número 8 que se refiere al apartado 7. También se presenta la enmienda número 9, que trata de adicionar al final de este artículo un nuevo párrafo.

La primera de las enmiendas que he citado trata de sustituir el texto actual por otro que diga: «Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas, entre otras cosas, a la educación sanitaria de la población de modo que se fomente el interés individual y colectivo por la salud». En el apartado 6, añadir: «Al fomento de la investigación en las disciplinas sanitarias».

El apartado 7 con nuestra enmienda, que es de adición, tiene una redacción que quizá hubiera que modificar sobre la marcha, porque dice: «a la formación continuada y reciclaje de personal apto para el desarrollo de las funciones propias del sistema de salud». No tengo seguridad de que la palabra «reciclaje» tenga aceptación en la Real Academia de la Lengua Española, pero el sentido profundo de la expresión es claro; no hay inconveniente, en el caso improbable de que se aceptara esta enmienda, en que se pudiera sustituir este término «reciclaje» —que creo que es una expresión traída de alguna lengua extranjera— por la que corresponda en castellano, que a mí en este momento no se me ocurre.

La enmienda número 9, como decía, pretende adicionar al final un nuevo párrafo que diga: Todo ello, es decir, todas estas actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias, estarán orientadas a esos principios o esas finalidades, pero todo ello, desde la concepción de toda persona en sus aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Todas estas enmiendas tratan de mejorar la redacción, reserva hecha de la expresión «reciclaje», a la que acabo de referirme; la retirada de conceptos inválidos, por ejemplo «interés familiar», que no tiene gran cosa que ver con la salud, a mi juicio; y destacar la importancia de la investigación y la docencia, así como expresar en ese párrafo final una concepción integral de la persona. La persona, y por tanto su salud, tiene aspectos físicos, psíquicos y, evidentemente, tiene aspectos sociales.

No se defiende la enmienda 10, que fue admitida en Comisión.

La enmienda número 11, trata de sustituir, en el artículo 9.º la palabra «todos» por «toda persona». Yo no voy a recurrir nuevamente aquí a hacer filosofía sobre el contenido de esta expresión, que ha sido discutidísima tanto en el debate constitucional como a lo largo de muchos debates relativos a leyes orgánicas o a leyes no orgánicas, pero quisiera dejar claro el concepto.

Hablamos aquí de la salud de todas las personas, no «de todos», pero que no tengamos problemas de interpre-

tación. Los ha habido, señores Diputados, y SS. SS. los conocen muy bien. No voy a ocultar nada. Por ejemplo, la Ley permite despenalizar la interrupción del embarazo en tres supuestos. Es Ley Orgánica y está ahí. El gran problema de aquella ley era precisamente la significación de «todos» o de «toda persona». Los concebidos y no nacidos en aquellos tres supuestos son evidentemente «todos», porque son todos, y, sin embargo, no son «todas las personas». Yo estoy anunciando aquí la posibilidad de que exista una contradicción entre dos leyes importantes, que pudiera dar lugar a problemas de interpretación. Lo anuncio, y es por esa razón por la que mantengo esta enmienda.

Entramos en el importante artículo 9, donde se relatan todos los derechos que tienen los particulares, que tienen todas las personas —o que tienen todos, como dice el texto actual— con respecto a las distintas Administraciones públicas sanitarias.

Mediante la enmienda número 12, yo trato de sustituir el apartado 4 del texto actual por otro en el que se introduciría como novedad la parte final. Es decir, recogiendo el texto que ya existe, terminaría así: «... así como la confirmación de la validez y ausencia de riesgo adicional de los mismos, por parte del médico que los propone, del Comité de Ensayos Clínicos y de la Dirección del centro sanitario en que se realizan».

Supongo que los señores Diputados tienen los textos a la vista y saben que estoy hablando de aquellas posibilidades de que un tratamiento terapéutico esté siendo utilizado en función de un proyecto docente o de investigación, es decir, cuando el enfermo hace, de laguna manera, de lo que, en lenguaje coloquial o vulgar se llama conejo de Indias. A mí me parece muy bien que se exija ese consentimiento y esa autorización escritos del paciente para que se pueda iniciar el procedimiento, pero yo creo que esa obligación que exige al paciente, que me parece absolutamente correcta y que yo la mantengo, tiene que tener también una garantía correlativa que, en mi opinión, no está suficientemente tratada en el texto que hoy tenemos a la vista.

Me parece que haría falta esa confirmación. A mí me piden que firme que quiero que se me trate de ese modo, pero a mí también me tienen que firmar que hay una validez del tratamiento, que hay una ausencia de riesgo adicional y, además, que lo hagan el médico que me propone eso, el Comité de Ensayos Clínicos y también la Dirección del centro sanitario en que se va a realizar. Me parece una enmienda razonable y por eso la sigo manteniendo.

La enmienda número 13 se refiere al apartado 9 del artículo 9.º y trata también de sustituir el texto actual por otro. Ambos se están refiriendo al supuesto de la negativa al tratamiento de un paciente.

El texto que yo propongo es el siguiente: «A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 6, debiendo solicitar para ello por escrito el cese de la asistencia en la modalidad en que esté siendo atendido, y en los términos que señala el punto 4 del artículo siguiente». ¿Cuál es el motivo de esta enmienda? Es sencillo. En el

dictamen aparece la expresión «alta voluntaria», pero esta expresión se refiere exclusivamente al medio hospitalario, para el supuesto único de que alguien esté ingresado en un hospital y no para otro supuesto. Todos sabemos que pueden existir tratamientos distintos de los hospitalarios, y esta expresión que yo propongo tiene ese carácter más amplio, que permitiría una interpretación más generalizada de la ley.

La enmienda número 14 se dirige al apartado 11 del artículo 9.º que trata de la documentación a que da lugar la asistencia de un enfermo. En definitiva, yo propongo sustituir el texto actual por otro que tiene los siguientes términos: «A que quede constancia escrita de toda atención de salud que le sea prestada. La documentación generada como soporte de tales informaciones en el Sistema Público de Salud y entidades privadas colaboradoras, serán consideradas de la propiedad pública, si bien cada persona o sus representantes legales tendrán derecho a la información en los términos reglamentarios que se establezcan por las Administraciones competentes».

Creemos que la Ley General debe proponer una formulación respecto a la propiedad de la documentación clínica, generada en la atención de salud a la población, que ahora queda en la incógnita dentro de la Ley.

Por otra parte, entendemos que no es preciso aludir a lo del alta en instituciones hospitalarias, puesto que ya está reglamentado actualmente por Orden Ministerial.

La enmienda número 15 también pretende una sustitución del apartado 12 de este mismo artículo 9.º y fundamentalmente se dirige a una mejora de redacción y a una mayor garantía de los derechos del particular.

Queremos también adicionar mediante la enmienda número 16 una frase al apartado 14. El apartado 14 dice que los usuarios tienen derecho «a obtener los medicamentos conducentes a promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado». Queremos entre la frase «a obtener los medicamentos» y la palabra «conducentes» poner «y cualquier otro recurso terapéutico útil». Queremos que no se hable solamente de medicamentos, sino que se hable en términos más generales de cualquier otro recurso terapéutico útil, y a mí me parece lógico porque la salud, señores Diputados, no se recupera solamente con medicinas, existen otros tratamientos, otros remedios.

Si me permiten una broma —y lo digo en broma, aunque naturalmente las bromas no siempre son puras bromas, suelen tener algo de verdad en el fondo—, me han dicho que las manzanas son un tratamiento excelente para combatir el exceso de colesterol, enfermedad contra la que prevengo a SS. SS. porque es enfermedad de gentes como nosotros. Si se demuestra científicamente que las manzanas son un remedio excelente y eficaz contra el exceso de colesterol en lugar de no sé cuántas pastillas —lo digo en broma, pero también en serio— tendríamos derecho a pedirle al médico que recetara manzanas. Fíjense que alegría para los que producen manzanas y para el Ministerio de Agricultura, y también para los propios usuarios de la medicina, porque entre comerse una bue-

na reineta o tomarse unas pastillas hay una gran diferencia. Otro ejemplo más que pongo a SS. SS. Se dice por ahí que el whisky es un buen vaso dilatador. Qué gusto poder recibir una receta de varios whiskies, a ser posible escocés y de buena marca, para solucionar problemas circulatorios, en lugar de tomar no sé cuántas pastillas o inyecciones, a las que todos tenemos determinadas alergias y múltiples aborrecimientos.

La enmienda número 17 se refiere al apartado 4 del artículo 10, que dice textualmente: «Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el Alta», y pretende sustituirlo por: «Firmar el escrito por el que se solicita el cese en la asistencia en la modalidad que le esté siendo prestada como consecuencia de la no aceptación de las indicaciones terapéuticas recomendadas. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá decidir tal cese».

Es en coherencia con la enmienda número 13, ya defendida. El alta, insisto, sólo hace referencia a la asistencia hospitalaria, y existen otros tratamientos de carácter no hospitalario.

La enmienda número 18 se refiere al artículo 12, apartado 1.º, y pretende también la sustitución del texto actual por el texto propuesto, cuya lectura ahorro a SS. SS. por aparecer en la documentación que tienen en sus manos.

Creo que este artículo puede ser el adecuado para dar un contenido progresista al ejercicio de la profesión sanitaria. Y que me perdonen los redactores, pero —no es que tenga autocomplacencia— el texto que yo propongo es evidentemente mejor que el que aparece en el dictamen de la Comisión.

La enmienda número 19 se refiere al apartado 2 del artículo 12 y pide su supresión. Como se sabe hace referencia a los Colegios Profesionales de Médicos, y creemos que los Colegios Profesionales no deben ser privilegiados en una Ley como la presente; que hay, en todo caso, otras leyes, como son la de Colegios Profesionales que podrían regular este tipo de cuestiones.

La enmienda número 20 se refiere al artículo 13 y pretende también la sustitución del texto actual, que hace referencia a los núcleos de población de más de 250.000 habitantes, donde se podrá elegir el médico en el conjunto de la ciudad. Nosotros queremos sustituirlo por un texto, cuya lectura también ahorro porque la conocen sus señorías. La motivación es que es preciso limitar la elección de médico a la atención primaria y al ámbito de la zona de salud, pues lo contrario no tiene congruencia con la sistematización del nivel de prestaciones que se pretende en esta Ley general.

La enmienda número 21, que incide en el apartado 1 de este artículo 14, pretende la sustitución del texto del dictamen de la Comisión por el texto propuesto en la propia enmienda. La motivación es simplemente en coherencia con la enmienda número 20, que ya ha sido defendida.

La enmienda número 23 se trata de sustituir el apartado 1 del artículo 14, allí donde dice: «Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios, pudiendo elegir su médico de entre los que trabajan en el mismo». Pretendemos sustituir este texto por el siguiente: «Cuando el usuario no pueda ser atendido en los hospitales a que se refiere el apartado anterior podrá elegir entre los distintos Servicios especializados del Sistema de Salud y dentro de su Comunidad Autónoma, en los términos que establezcan las disposiciones de desarrollo de la presente Ley». Son precisiones que limitan la posible dispersión de cara a la sectorialización asistencial.

Finalmente —y ya termino, señor Presidente—, la enmienda número 23, que se refiere al artículo 14, trata de refundir en un solo apartado los actuales apartados 1.2 y 1.3. Actualmente, los apartados 1.2 y 1.3 aparecen redactados en la forma que conocen sus señorías. Pretendemos que se establezca el siguiente texto: «Cuando las necesidades de asistencia especializada de un usuario superen las disponibilidades sanitarias del Sistema Público de su Comunidad Autónoma, el interesado podrá elegir Servicio hospitalario especializado en los Centros del Sistema Público de otras Comunidades Autónomas próximas...».

Aquí hago una enmienda sobre mi propia enmienda, eliminando las palabras «según se hallen», y continuando «... acreditadas para ello por el Ministerio de Sanidad y Consumo, oída la Comisión Nacional de Evaluación de Calidad. A estos efectos, las Comunidades Autónomas actuarán conforme a lo previsto en el párrafo 1.5 del presente artículo». Pedimos la supresión del inciso «según se hallen», simplemente por una mayor corrección gramatical. No tiene otro sentido. La motivación de esta enmienda es la misma que la que he utilizado para defender la enmienda número 22, que no reiteraré.

Finalmente, la enmienda número 24, que fue mantenida para ser defendida hoy aquí, no tiene ningún sentido, porque estoy pidiendo la supresión de los apartados 2.1 y 2.2 del artículo 14, y resulta que el dictamen de la Comisión decide ya suprimir todo el apartado, por lo que esta enmienda queda retirada.

Muchas gracias, señor Presidente, señoras y señores Diputados.

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

Enmienda del Grupo Parlamentario Vasco (PNV). Tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente.

Procederé en este turno a la defensa de las enmiendas al Capítulo I, los principios generales. A este Capítulo nuestro Grupo ha presentado las enmiendas 720 a 736, ambas inclusive.

En este Capítulo de los principios generales, artículo 4.º, nos llama la atención que se hable de la concepción

integral y unitaria del sistema sanitario. Es un tema que ha sido reiterado por los diferentes oradores que han subido a esta tribuna, y nuestro Grupo presenta su enmienda correspondiente por entender que esta expresión, «dentro de una concepción integral y única del sistema sanitario», está fuera de lo que es el precepto constitucional. La propia reserva de coordinación de competencias del Estado en Sanidad interior presupone las diversas actividades sanitarias de las diferentes Administraciones sanitarias. Por tanto, «dentro de una concepción integral y única del sistema sanitario» entendemos que debería suprimirse.

En el apartado 2 de este mismo artículo dice la ley: «Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud, dotados de personalidad jurídica dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía». Al hilo de la referencia anterior, el hecho de dotar o no de personalidad jurídica a un ente creemos que es una propiedad de la Comunidad Autónoma, que puede ser un ente administrativo sin más, o sin personalidad jurídica. Por tanto, en nuestra enmienda proponemos también que sea suprimida la expresión «dotados de personalidad jurídica».

En la enmienda 722 al artículo 5.º proponemos la supresión de la expresión «según lo dispuesto en el Título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical», por considerar que esta apreciación está fuera de esta ley.

Al artículo 9.º de este Capítulo de principios generales mantenemos varias enmiendas. Nuestro Grupo da mucha importancia a este artículo. Este artículo 9.º dice que «todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias», hablando de los derechos de los usuarios de la sanidad. Este artículo quizá sea uno de los bienes cualitativos de todo el quehacer del INSALUD, pues el hecho de reconocer en una Ley General de Sanidad unos derechos es algo fundamental, hablando cualitativamente, y se nos está hablando de un pequeño avance de lo que es la calidad sanitaria. Por tanto, estamos, en principio, completamente de acuerdo con la necesidad de este artículo. Ahora bien, su apartado 6 dice: «A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:». O sea, que, en esos casos exceptuados, el usuario no puede hacer uso de su derecho. Y estas excepciones, en las cuales no puede hacer uso de este derecho el usuario son: «Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública o los intereses de la comunidad»; nosotros consideramos que la expresión «o los intereses de la comunidad» debe ser suprimida. Obviamente, este término de «intereses de la comunidad» es un término jurídico indeterminado, un concepto cambiante. Por tanto, pretendemos suprimir la expresión «los intereses de la comunidad», porque entendemos que el derecho fundamental de la libertad personal del usuario en cuanto a la intervención está sobradamente cubierto con que se ponga «para la salud pública».

Otra excepción de este uso de los derechos es «cuando

exista imperativo legal». Nuestro Grupo entiende que la excepción del imperativo legal debe también ser suprimida. Cuando se trata de una cuestión que afecta a la libertad y a los derechos del usuario no puede dejarse una cláusula abierta en esta ley como es la de que «exista un imperativo legal». Esto debe estar cerrado ya en esta Ley de Sanidad. No se puede dejar a lo que prevea ninguna otra ley, porque entendemos que es algo esencial, e incluso diríamos orgánico, en la defensa de los derechos fundamentales.

La cuarta excepción de este uso es «cuando la urgencia en la atención al usuario no admita demoras». Nosotros entendemos que esta urgencia quizás ha de estar delimitada, porque la expresión «cuando la urgencia» es excesivamente amplia. Esta urgencia ha de llevar consigo el peligro de lesiones irreversibles o fallecimiento «in situ» y esto debería estar debidamente especificado.

Esto en cuanto al apartado 6 de este importantísimo artículo 9.º, que, vuelvo a decir, responde a la condición cualitativa de la Sanidad.

En el apartado 8 de este artículo 9.º se establece que el usuario tiene derecho «a que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria».

Nosotros entendemos que el hecho de que se extienda un certificado acreditativo de su estado de salud no es por una cuestión reglamentaria o una cuestión legal. Tan es así que les puedo contar una experiencia mía de hace unos quince días como consecuencia de recabar información sobre los derechos pasivos de los militares de la República. Es el caso concreto de una persona cuyo estado es agudo y grave, que sentía la injusticia de no tener una notificación de lo que eran los derechos de los militares de la República, por lo que el Ministerio de Economía y Hacienda me pidió un certificado; certificado que con esta Ley, tal como está, no se le podría extender, o el médico legalmente le podría decir que no se lo debía dar, y tendría que echar mano del amiguismo para conseguir tal certificación acreditativa.

Al artículo 11 nuestro Grupo conserva la enmienda 728. Dice así: «Los poderes públicos orientarán sus políticas de inversiones en orden a eliminar las desigualdades sanitarias...». Nosotros entendemos que la política de inversiones en materia sanitaria, como poder público, no ha de tener una limitación de carácter de desigualdades en el campo sanitario, sino que es imperativo constitucional que ha de perseguir el criterio de máxima atención y de óptima calidad de la prestación. Por tanto, no hay que hablar de inversiones, sino del gasto en función —vuelvo a decir— de una igualdad sanitaria, porque es imperativo legal del artículo 43 de la Constitución, y no debe estar por encima de ello el 149.

El texto del artículo 12 dice así: «1. El Gobierno aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional y la malpraxis. 2. Los respectivos Colegios Profesionales elaborarán y actualizarán su código deontológico». Nosotros entendemos que a esto ha de añadirse un tercer punto de derecho supletorio, pues es esta una competencia exclusiva de las diferentes Comunidades Autó-

nomas y, por tanto, entendemos que el intrusismo profesional entra dentro de lo que es la regulación de los propios Colegios Profesionales. (*El señor Vicepresidente, Verde i Aldea, ocupa la Presidencia.*) No es el Gobierno quien ha de aprobar las normas para evitar el intrusismo profesional, en todo caso siempre sería una ley la que lo aprobaría. Esto está muy claro en el artículo 36 de la Constitución, aunque, no obstante, nosotros decimos que esta ley debería ser autonómica.

Al artículo 14 nuestro Grupo mantiene dos enmiendas, sobre todo la 731. Este artículo se refiere a la libertad para escoger un médico dentro del Area. Nosotros, para dar una opción a lo que supone esta libertad de escoger el médico dentro del Area, pretendemos que sea «Area de Salud geográfica», como mínimo, para que ciertas áreas geográficas, que no todas son iguales en el Estado español, tuvieran esta opción de no quedarse sólo dentro de un Area sanitaria, porque habría Comunidades que se quedarían con un Area sanitaria.

A este mismo artículo 14 tenemos dos enmiendas al tema de la acreditación, pues en este artículo se da potestad para que la acreditación sea hecha por el Ministerio de Sanidad y Consumo, oída la Comisión Nacional de Evaluación de Calidad. Nosotros entendemos que esta misión de acreditación es una mera ejecución y que debe hacerse por la Administración sanitaria competente, pero en ningún caso por el Ministerio de Sanidad.

A este mismo artículo 14, apartado 2.2, mantenemos la enmienda 735, referida a que los ingresos tendrán la condición de propios de los servicios de salud. Aun estando de acuerdo con que ha de ser así, entendemos que este precepto es una intromisión en lo que es la política presupuestaria de cada Comunidad Autónoma. Por tanto, debe excluirse, según nuestra enmienda, el término de «estos ingresos tendrán la condición de propios de los servicios de salud», que no cambia en nada el concepto de este apartado.

Estas son las enmiendas presentadas por nuestro Grupo a este Capítulo de principios generales.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Muchas gracias, señora Gorroño.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana. Tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Señor Presidente, señorías, a este Capítulo de los principios generales tenemos presentadas y mantenidas desde Comisión varias enmiendas. Me voy a referir tan sólo, para abreviar, a las que consideramos más importantes.

Al artículo 4.º, 1, proponemos una mejor redacción de la frase final del texto. En un Estado con autonomías políticas, señorías, es difícil hablar de concepción única. Dice el proyecto de ley: «Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este Título dentro de una concepción integral y única del sistema sanitario». Pienso que no es aceptable. Supone, evidentemente, una ho-

mogeneización reforzada y que alguien, una jerarquía superior, imponga la concepción única.

Según el artículo 149.1.16 de la Constitución, se asignan al Estado las bases y la coordinación general sanitaria, no la fijación de una concepción única sanitaria.

Nos parece incorrecto, simplemente, en el momento actual, usar este lenguaje centralista y jerarquizante: coordinación con integración de la diversidad de las partes. ¿Creen de verdad, SS. SS. que, de aprobarse el proyecto tal como está, habrá alguna diversidad que coordinar?

La competencia de coordinación general presupone, lógicamente, que hay algo que debe ser coordinado; esto es, presupone la existencia de competencias de las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad, competencias que el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar.

Como dice el Tribunal Constitucional —y volvemos a la lectura de las sentencias del Tribunal Constitucional—, la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias, estatales y comunitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

Créanme, señorías, en un Estado con autonomías políticas es difícil, y no es aceptable, utilizar el término «concepción única».

En el artículo 5.º proponemos salvar las formas de participación que la Constitución establece frente a la única forma de participación de los interesados que, forzosamente, han de pasar a través de los entes territoriales, según el artículo 51. Este artículo reduce las posibilidades que permite la Constitución e instrumenta un sistema representativo que favorece —esta es la impresión que da, y yo pienso que no es así— ciertos intereses de grupo.

En la enmienda al artículo 8.º, 1, solicitamos modificar la palabra «básica» y sustituirla por otra más o menos similar, pero de significado distinto, que es fundamental. Es curioso, señorías, hacer notar que en el trámite de Comisión el Grupo Socialista admitió dicha modificación para el artículo 8.º, 2, pero no para el 8.º, 1.

En una ley básica la pretensión de definir una actividad como básica, consideren SS. SS. que es un desacierto, y en el fondo es una ostensible reserva de materias para el Gobierno. En este caso, el Gobierno se reserva una técnica y una metodología instrumental, como es la epidemiología.

Y, para terminar, señorías, en las enmiendas números 884 y 887, al artículo 15, se pretenden salvar las competencias autonómicas de desarrollo legislativo, que es lo que venimos diciendo desde esta mañana. Estas competencias son las principales que en Sanidad poseen, según sus Estatutos, y que en el presente artículo son propuestas a un desarrollo legislativo que efectuará el Gobierno.

La frase «en las disposiciones que se dicten para su desarrollo» sobra rotundamente. Si al desarrollo legislativo autonómico se antepone otro desarrollo normativo, entonces ¿para qué se han hecho los Estatutos de Autono-

mía? El proyecto de ley debiera ser más respetuoso con los Estatutos y no asignar nuevas competencias al Gobierno, que por lo visto es la gran filosofía inspiradora de este proyecto.

Nada más y muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Gracias, señor Gomis.

Enmiendas del Grupo Mixto.

Tiene la palabra el señor Vicens.

El señor VICENS I GIRALT: Señor Presidente, señorías, al Capítulo que se debate tengo mantenidas las enmiendas 192 a 195, pero quiero decir desde ahora que no voy a mantener la enmienda 193, porque fue admitida en el trámite de Comisión, por tanto, voy a defender las otras dos.

La enmienda 192, al artículo 6.º, es una enmienda de adición a las dos primeras líneas del texto de este artículo. Son las dos líneas que dicen: «Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas...», y a continuación en el texto del dictamen viene, igual que constaba en el texto del proyecto, la enumeración de los cinco puntos que SS. SS. conocen. Mi enmienda pretende que en estas dos primeras líneas, después de las palabras «... estarán orientadas...», se añadan las palabras: «entre otros fines». Como verán, señorías, se trata de evitar la interpretación que pudiese dar un carácter limitativo a esta exposición en cinco minutos.

En efecto, pensamos que las Administraciones Públicas Sanitarias pueden tener multitud de fines hacia los que se oriente su acción, y una enumeración plural como la que hace el artículo 6.º es, inevitablemente, siempre limitativa si no se añade la expresión conocida de «... y otros».

Por otra parte, los cinco fines que expone este artículo 6.º me parece que quedan todos subsumidos en el primero, que es la promoción de la salud. Evidentemente, el punto 5.º, por ejemplo, que se refiere a la orientación para promover las acciones sanitarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente, como todos los otros que lo anteceden, se puede subsumir en el punto 1.º, que es la promoción de la salud. Por tanto, para evitar las interpretaciones limitativas, propongo mi enmienda que permite que los desarrollos legislativos que hagan las Comunidades Autónomas puedan fijar, además, otras orientaciones que detallen más la finalidad general de la promoción de la salud.

Mi enmienda 194 se refiere al artículo 12.2, es el punto que en el texto del dictamen dice: «Los respectivos Colegios Profesionales elaborarán y actualizarán su código deontológico». Voy a hacer dos observaciones a este texto del dictamen que es idéntico al del proyecto de ley.

En primer lugar, se trata de una cuestión de competencia autonómica. La Administración Central tiene, evidentemente, competencias sobre titulación, pero no sobre la ordenación del ejercicio profesional ni sobre Colegios Profesionales. En el caso concreto del Estatuto de Autonomía de Cataluña, el artículo 9.º, 23, dice: «La Generalidad de Cataluña tendrá competencias exclusivas sobre Colegios

Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 36 y 139 de la Constitución». Artículos que, evidentemente, no tienen ninguna relación con esta cuestión del código deontológico.

Pero no es la defensa de las competencias autonómicas el argumento que considero más importante para pedir la supresión de este punto 2, del artículo 12. El argumento que considero más decisivo es el que expongo a continuación y en segundo lugar. Creo que la referencia al código deontológico en una ley de bases es totalmente desafortunada. Con ella, parece que se está refrendando la existencia de estos códigos deontológicos, y, cuestión más grave, se abona su intromisión en el sector público sanitario. Esta referencia equivale a consagrar los llamados códigos deontológicos como un cuerpo legal con capacidad para obligar no sólo a los profesionales, sino incluso a todos los ciudadanos.

Este planteamiento contradice, evidentemente, el principio de unidad legislativa que consagra la Constitución, y, además, supone reconocer capacidad legislativa a organizaciones como son los colegios profesionales, que no pueden tenerla, y que puede decirse que no tienen contenido y funcionamiento democrático. Asimismo, con esta disposición se abre camino a la invasión de competencias y de capacidad sancionadora por parte de los colegios profesionales, en materias que, muchas veces, suponen sólo el mantenimiento de sus criterios corporativos sobre la legislación emanada del poder legislativo del Estado. La experiencia, en diversas ocasiones, ya ha demostrado la realidad de lo que estoy diciendo. Sólo tenemos que recordar ciertas posturas, digamos deontológicas, entre comillas, de los Colegios de Médicos, en temas como el de la despenalización parcial del aborto. Si este número 2 del artículo 12 fuese aprobado, sería sancionada, por una ley, la capacidad normativa de los colegios profesionales, y, por tanto, se les concedería poder de intromisión en el ámbito sanitario público.

Mi última enmienda a este Capítulo, la número 195, pretende la modificación del artículo 14.1.5. Dicho número 1.5 dice, según el dictamen: «Las Comunidades Autónomas establecerán entre sí y en su caso, con la Administración del Estado, los convenios de cooperación precisos para la aplicación de las previsiones de los párrafos anteriores». Mi enmienda de modificación pretende que se diga: «Las Comunidades Autónomas podrán establecer...», en lugar de «establecerán». Ya ven SS. SS. que lo que quiere esta enmienda es suprimir el carácter imperativo de la expresión que viene recogida en el texto del dictamen. Si de lo que se trata es, como dice el número 1.5 de este artículo 14, de la aplicación de las previsiones de esta ley, me parece innegable que estamos en el terreno del desarrollo y de la ejecución legislativa, es decir, en el terreno de una competencia de Comunidades Autónomas.

El artículo 17, número 1, del Estatuto de Autonomía de Cataluña, dice: «Corresponde a la Generalidad de Cataluña el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior». Por tanto, procede suprimir el carácter imperativo del «esta-

blecerán», y poner el carácter potestativo del «podrán establecer», tal como propone esta enmienda 195.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Muchas gracias, señor Vicens.

Turno en contra de las enmiendas. *(Pausa.)* Tiene la palabra el señor Palacios.

El señor PALACIOS ALONSO: Muchas gracias, señor Presidente.

Antes de iniciar mi intervención, quisiera comunicar a la Presidencia que vamos a presentar una enmienda transaccional a la enmienda número 290, del Grupo Mixto, presentada por el señor Fernández Inganzo, que pongo a su disposición. *(El señor Palacios Alonso hace entrega del texto a la Mesa.)* Además, deseo comunicar, para que conste en acta, que, por error, en el dictamen de la Comisión se sigue contemplando el número 2 del artículo 12, que en Comisión fue retirado.

Señor Presidente, señorías, he oído con la máxima atención las intervenciones de los representantes de los distintos Grupos Parlamentarios; he tomado buena nota de todo cuanto aquí se ha dicho; y he podido observar que los Grupos se han manifestado con dos estilos distintos: un primer estilo por parte de aquellos Grupos que expresaron una filosofía general en relación con el Título I, es decir, los principios del sistema nacional de salud, y un segundo estilo por parte de un Grupo que puso más énfasis en ir defendiendo sus enmiendas una por una. Dicho sea con todo respeto, no he podido encontrar en las argumentaciones aquí expresadas ninguna novedad en relación con las que ya conocemos de Comisión. En todo caso, señorías, estamos discutiendo los principios de lo que ha de ser el futuro sistema nacional de salud, es decir, estamos haciendo una definición de lo que ha de ser nuestra sanidad en el futuro; unos principios que, evidentemente llevan el marchamo, las señas de identidad del Gobierno socialista y del Grupo Parlamentario Socialista que le apoya, pero que sin duda alguna, ha estado abierto a cualquier tipo de planteamientos que hayan podido producirse. Hemos tenido una voluntad de entendimiento, y no puede decirse que haya sido negativa puesto que tanto en Ponencia como en Comisión se han podido incorporar algunas enmiendas, entre 30 y 40, de los distintos Grupos Parlamentarios.

Yo quisiera, señorías, al hablar de este Título que consideramos fundamental, hacer algunas consideraciones que es posible contribuyan a despejar o a modificar criterios preestablecidos. Hemos contado en muchos y en los últimos años con una legislación que se ha ido haciendo obsoleta, la legislación que, partiendo de la primera Ley de Sanidad en el tiempo de Isabel II, en 1855, se intentó remozar y poner al día con la Ley de Bases de la Sanidad de 1944. Tenemos una Ley General de la Seguridad Social de 1966, refundida en su texto en 1974; teníamos un Instituto Nacional de Previsión ya desaparecido, creado en 1908; y tenemos unos estatutos jurídicos de funciona-

miento de los distintos sectores de la sanidad que incorporaban aspectos de la propia Ley.

Una segunda consideración, señorías, es que en este país disponemos de un médico por cada 354 habitantes, lo cual nos sitúa en segundo lugar de Europa, que quiere decir prácticamente en segundo lugar del mundo, de personal médico en relación con la población, y, no obstante, tenemos carencia de psiquiatras, tenemos carencia de médicos de salud pública, y tenemos una enorme carencia de odontólogos.

Una tercera consideración, señorías, es que en nuestra nación se gasta el 22 por ciento del total del gasto de salud en productos farmacéuticos, lo cual nos sitúa muy por encima, en algunos casos cuatro y cinco veces más, de lo que gastan otras naciones de nuestro entorno regional.

Una cuarta consideración, señorías, es que nuestro sector privado está muy por encima de lo que correspondería a una demanda razonable de la población. Se sitúa entre el 25 y el 30 por ciento, cuando tal vez la demanda, en términos razonables, había de situarse alrededor del 10 por ciento.

Una penúltima consideración, señorías, es que nuestra nación se incluye, con respecto al gasto sanitario, dentro de las naciones desarrolladas. Si se admite como parámetro internacional que los países en subdesarrollo gastan entre 2 y 4 por ciento de su producto interior bruto en sanidad y que nosotros gastamos, en su globalidad, el 5,2 por ciento, señorías, tendríamos que reflexionar sobre esta cuestión.

Por último, y sólo a título de ejemplo, nosotros tenemos en el país 42.000 camas de asistencia psiquiátrica y, sin embargo, nuestra asistencia psiquiátrica ha sido permanentemente condenada por sus características de asistencia indigna e impropia de una nación que se considere civilizada y justa, puesto que sus actuaciones se han movido permanentemente en el campo de la acción custodial, asilar y manicomial. (*El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la presidencia.*) Si esto es así, si tenemos un número elevado de profesionales de la sanidad; si dedicamos una enorme cantidad del gasto sanitario al producto farmacéutico; si nuestra sanidad privada tiene una incidencia importante; si el gasto de nuestro producto interior bruto se encuentra entre el de los países desarrollados; si tenemos esa plétora de camas; si realmente hemos contado con una legislación; ¿Qué es lo que ha podido pasar para que nosotros estemos aquí ahora discutiendo los principios de lo que ha de ser un sistema sanitario de salud? ¿Qué es lo que ha podido pasar para que en todos los ámbitos de la población se esté haciendo esta demanda de una nueva sanidad? ¿Qué es lo que ha podido pasar para que los demás Grupos Parlamentarios estén de acuerdo con esta modificación, de modo que ya en el año 1980 —como decía el señor Núñez— se intentó hacer una reforma sanitaria, y otros Grupos Parlamentarios han presentado textos alternativos al nuestro?

Por eso es tan importante que nosotros discutamos los principios del sistema de salud. Por eso no es tan importante que entremos en cuestiones anecdóticas o en detalles de estilo. He podido escuchar aquí, hemos podido oír

todos, de boca del señor Bandrés, que en realidad estaba de acuerdo con los contenidos de este Capítulo, que estaba de acuerdo con las argumentaciones y con la filosofía que ahí se expresaba; pero que quería, con sus aportaciones, contribuir a enriquecer el texto. Me parece que es una aportación honesta a lo que debe ser esta discusión.

¿Qué ha pasado entonces? Ha pasado, señorías, que en estos últimos años no hemos vivido en democracia; ha pasado que no ha habido voluntad política de disponer de un sistema nacional de salud adecuado; ha pasado que hemos vivido una centralización feroz. Hemos tenido un Instituto Nacional de Previsión que lo ha sido todo menos previsor; hemos vivido un centralismo que ha vaciado de contenido sanitario a las Corporaciones locales y que, por otro lado, se movía en la indiferencia política; indiferencia política que, desde el punto de vista sanitario, contribuyó a que fueran apareciendo multitud de redes sanitarias; que contásemos con una sanidad anárquica, una especie de «puzzle» no encajado, que contribuyó a que hubiera zonas despojadas de estructuras y servicios sanitarios; que la justicia distributiva, en cuanto a los recursos de la sanidad, brillara por su ausencia cuando, en realidad, lo que primaba era el tráfico de intereses que pudieran desviar los recursos en una u otra dirección de la sanidad; que no ha habido igualdad de acceso al sistema sanitario; que no ha habido participación de los ciudadanos, con lo cual el ciudadano no es sujeto de la salud —que es lo que se plantea en nuestro proyecto de ley— sino objeto de la misma; que no se ha ido en dirección de propiciar a la población una auténtica educación sanitaria; que el sistema ha sido muy escaso en cuanto a eficacia, propiciándose una mitificación, no siempre justificada, del hospital, que se presentó como panacea de todo el sistema, careciendo de estudios epidemiológicos, evitando cualquier tipo de planificación, contando con una asistencia ambulatoria deficiente y permanentemente criticada; abandono del medio suburbial y del medio rural; un despilfarro, si se entiende por despilfarro la mala utilización de los recursos sanitarios, y una deficiente motivación de los profesionales de la sanidad.

Precisamente todos estos defectos del pasado son los que, como contenidos que consideramos fundamentales para que el sistema sanitario funcione, están incluidos en los principios del mismo. Y vamos a ir contra lo que no se hizo: a la promoción y a la prevención en relación con la salud; vamos a poner énfasis en el desarrollo de la asistencia primaria, señor Núñez, no como una parte de apoyo a la asistencia en general, sino porque realmente la mayoría de la demanda de asistencia sanitaria está en este ámbito (así se confirmó en la Conferencia de Alma Ata y así se ve en la práctica cotidiana); vamos, a través de estos principios del Título I, a establecer una igualdad efectiva del sistema, a superar los desequilibrios territoriales y sociales, y a llevar a cabo una concepción integral del sistema sanitario y de la asistencia, no una asistencia fragmentada, micronizada y absolutamente impropia; vamos a una descentralización real, poniendo especial énfasis y esperanza de modernización de nuestra sanidad en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Queremos que el ciudadano reciba una auténtica educación sanitaria a través de todos los esquemas del sistema, como elemento para saber qué es lo que le conviene y qué es lo que no le conviene. Queremos que participe no solamente como elemento que pueda valorar cómo funciona el sistema, sino como individuo que demanda para su ámbito, y que así no se produzcan las zonas negras y las desertizaciones de estructuras que hay en este momento en este país, y fundamentalmente para que el ciudadano no sea objeto de la salud, sino sujeto de la misma, sujeto de derechos de la salud, y vamos hacia la eficacia y hacia la eficiencia del sistema, que no son palabras baldías, son realidades, realidades que se traducen en verdades. Veán ustedes si no los capítulos de inversiones de los años 1981 y 82. En 1981, me parece que contábamos con 51 millones de pesetas y, sin embargo, sólo se invirtió el 25 por ciento, lo cual está muy por debajo de los 32 millones que pudo haber habido todavía el año pasado. Por lo tanto, no está todo en tener a disposición mucho dinero, sino en utilizarlo y en saber utilizarlo bien. Interpretamos como fundamento de estos principios los derechos de los usuarios, que curiosamente, no habían sido introducidos en el sistema sanitario; derechos de los usuarios que, evidentemente, forman y van a ser parte de un elemento vigorizador y revitalizador del sistema. Curiosamente, en la legislación previa SS. SS. podrán constatar que sólo existían obligaciones de los usuarios, pero no derechos.

Por último, me voy a detener, antes de entrar en una reflexión individualizada, en lo que se refiere a la libertad de elección del médico y del hospital. Es evidente que los sectores, fundamentalmente del Grupo Popular, ponen especial énfasis y hacen estandarte de la defensa de la libertad de elección. Todos, señorías, todos queremos la libertad de elección de médico y de hospital. Todos, en condiciones de igualdad real. No queremos una libertad de elección inducida, no queremos que el español pueda escoger porque puede poner un uno, una equis o un dos; queremos que el ciudadano español pueda escoger ampliamente en su vecindad, pero para eso tendremos que contar con estructuras suficientes, con equipamientos suficientes de vecindad, porque si no podría establecerse un principio de demanda, como consecuencia de una oferta —recuerden ustedes el principio o ley de Say, que dice que una cama construida es una cama ocupada, y una cama ocupada es una cama facturada—, y en consecuencia, estaríamos contribuyendo más todavía a que en este país existan zonas negras, zonas desertizadas de estructuras sanitarias.

La libertad, por consecuencia, puede ser —como hemos visto en algunas enmiendas aquí defendidas— limitada al mero círculo de la zona básica, o puede ser considerada en toda su amplitud. En la ley se ha trabajado, en base a las argumentaciones que yo he presentado en un principio, buscando un equilibrio en este sentido. Evidentemente, no es posible que nosotros vengamos aquí a decir que en todo el mundo o en todo nuestro contexto regional se puede elegir a los profesionales, porque eso es absolutamente falso, eso es una falacia. Algún mecanismo existe

en todos los países de nuestro entorno regional que lo regula, sea económicamente; sea porque se producen plazos de modificación o cambio de la elección, de seis a doce meses; sea porque se tienen circuitos de 1.500 a 3.000 usuarios; sea, como en Alemania, porque las Cajas indican a qué médico o a qué hospital hay que ir; sea como en Francia, donde el propio ciudadano tiene que llegar a pagar hasta el 20 por ciento, si decide la elección total. Por ello, nosotros no podemos traer aquí —además no es homologable absolutamente— la bandera o el estandarte de que en otros sitios la libertad es absoluta. Sólo existe un lugar en nuestro entorno regional, que es Luxemburgo, donde hay absoluta libertad de elección, pero, señorías, Luxemburgo es orográficamente muy pequeño y demográficamente mucho más pequeño que algunas de las ciudades que se van a constituir en áreas de salud donde la libertad de elección será total, puesto que su población no supera los 450.000 habitantes.

Quisiera decirle, señor Bandrés, en relación con su alocución a la manzana, que no confíe usted demasiado en la manzana, porque según dicen, nos ha deparado a las civilizaciones terribles peligros. En todo caso, quiero decirle también que las enfermedades del colesterol, según los estudios de paleopatología del Ruffier, ya se encontraban en los hombres primitivos; se han encontrado placas de ateromas que así lo confirman. Una pequeña anécdota para cambiar el carácter riguroso de la exposición.

Al señor Ruíz Soto tengo que decirle que, efectivamente, los planteamientos que nos hace de medicina preventiva, solidaridad, acción integral, etcétera, están contenidos plenamente en todo el texto del proyecto de ley. Hay que leerse con detenimiento y no mirarse sólo un artículo y olvidarse ver la globalidad de los mismos. Los principios de solidaridad y de acción preventiva, en los cuales nosotros ponemos especial énfasis y los principios del sistema integral, los encuentra usted desperdigados a lo largo de toda la ley. En este orden de cosas, desearía decirle, con todo respeto, que discrepo de su concepción de lo que son profesiones sanitarias ¿qué son entonces los auxiliares y colaboradores del sistema sanitario? Usted interpreta que sólo son profesiones sanitarias la medicina, la farmacia, la veterinaria, etcétera. Y los demás ¿qué es lo que son?, si es posible saberlo.

Respecto a la salud bucodental, ha dado la respuesta usted mismo. En cuanto a lo que se relaciona con la salud mental, yo le agradezco sus palabras de confianza relativas a que la salud mental va avanzando por buen camino.

Señor Paños Martí, en cuanto a lo que usted ha dicho respecto de la veterinaria, tengo que decirle que nosotros albergamos su propia inquietud, pero yo creo que se pretende subsanar el contenido de la ley. Yo le refiero a que preste atención al artículo 16.11, donde se habla de la mejora, desarrollo y ordenación de las actividades de la veterinaria, aplicada a la salud pública; así como el Título VI, que hace referencia a la investigación y a la docencia.

Señor Núñez, quiero decirle que nuestra voluntad ha sido puesta de manifiesto, hemos querido avanzar en ciertos entendimientos, pero a veces ello no es posible. De to-

das maneras, la ley sigue su camino. Yo en estos momentos estoy hablando sólo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista y nada más. Veremos qué es lo que pasa. Usted pone demasiado interés en decirnos que hagamos una referencia expresa al hecho asistencial dentro de la ley. Pero es que eso está contemplado. El artículo 6.4 que usted quiere corregir lo dice expresamente. Es más, me atrevería a decirle que dice exactamente lo mismo que usted plantea. La acción asistencial está absolutamente contemplada en todos los ámbitos de la ley, porque, evidentemente, sería absolutamente peregrino que nosotros pensáramos inventar ahora que un sistema nacional de salud puede salir adelante sólo con el hecho preventivo; el preventivo, el asistencial, el rehabilitador y el recuperador social son cuestiones que forman parte de un contexto globalizador de la asistencia.

Por lo tanto, no nos diga que hablamos de manera demagógica. Sé que lo dice sin ningún tinte ácido; pero sí tengo que manifestarle que estoy absolutamente convencido, y si no no habría nadie que me obligara a decirlo, de que nuestro Gobierno está actuando desde un principio de realidad objetiva absoluta. Es decir, no es sólo plantearnos todos los días qué es todo lo que se puede hacer, sino decir si lo deseable puede hacerse posible y lo posible puede hacerse alcanzable. Me va a liberar usted de que entre a discutir todas y cada una de las enmiendas que ha presentado, porque, en realidad, los argumentos son los mismos que los de la Comisión. Con todo respeto, le refiero mis argumentaciones de entonces. Con esto no quiero disminuir calidad —sé que lo ha hecho con el máximo interés— a sus enmiendas, pero la cuestión del tiempo nos lleva a estas situaciones.

Señor Pérez Royo, usted está absolutamente convencido de que las cosas no continúan igual en el ámbito de la sanidad. Yo quisiera recordarle, que el 70 por ciento (yo expresamente he ido artículo por artículo comparando el texto alternativo que ustedes han presentado a este proyecto de ley) y el 70 por ciento, repito, es absolutamente igual, con puntos y comas. Por lo tanto, no puede usted decir que esta ley del Gobierno socialista no tiene, por lo menos, un 70 por ciento de coincidencias con los planteamientos que ustedes han hecho. Sé que son cosas que se dicen, a lo mejor, en el propio estímulo de la exposición, pero quiero creer que se deben al fragor de la batalla, como me apunta mi versado compañero.

No diga usted eso de los presupuestos. Le pongo por ejemplo lo que antes señalábamos. El problema no está sólo en disponer de mucho dinero, está en saber qué dinero, para qué cosa y cómo puede ser aplicado. Sepa usted, aunque lo sabe, porque maneja esos ámbitos mejor que yo, que prácticamente todos los países cuyo producto interior bruto ha sido castigado con más del 8 por ciento para gastos sanitarios están ya legislando (Alemania, Italia, incluso Estados Unidos) para ir hacia una reducción del gasto sanitario, que se mueve por ámbitos desafortunados, no siempre relacionables con la calidad asistencial. En este sentido, le pongo como ejemplo a Estados Unidos, cuyo gasto es del 10,5 por ciento del producto interior bruto y, sin embargo, en el «ranking» internacio-

nal se encuentra en décimo lugar como país que mejor asistencia sanitaria pueda prestar.

A lo mejor me va a reprochar que hable por usted, pero no me parece que pueda sostener que nosotros hablemos de hospitalocentrismo, de medicalización, cuando por otros ámbitos se nos está permanentemente zahiriendo en la línea de que lo que hacemos es vetar a los profesionales que receten. Le recuerdo, por si no estaba presente, que nuestro gasto farmacéutico en estos momentos es más del doble, el 22 por ciento aproximadamente, del gasto farmacéutico medio de todos los países de Europa, y quizá siete veces más que el gasto farmacéutico de Inglaterra, donde se mueve alrededor del 3,5 por ciento.

Señor Bandrés, muy rápidamente le respondo a cada una de sus enmiendas. No podemos estar de acuerdo con las enmiendas números 4 y 5, puesto que nos parece que los procesos de participación están suficientemente garantizados, no sólo en este Título I, sino también en el Título III que habla de la constitución de consejos, la participación de sindicatos, comisiones en hospitales, etcétera. Además, el propio hecho reformativo sanitario no va en la línea estricta de lo que hay en estos contenidos. Usted sabe que en estos momentos están en funcionamiento un mecanismo de reforma hospitalaria en la cual se contempla el aspecto participativo reducido a esta filosofía que planteamos, pero más concretado.

Estoy convencido de que el tema de la educación sanitaria es un pilar fundamental del sistema nacional de salud y hemos puesto el máximo énfasis en que así fuera, por lo tanto, consideramos absolutamente satisfactorio el contenido de la ley. Respecto a su enmienda número 7 sobre investigación, le refiero al artículo 16.4 de la ley, y al Título VI, en sus Capítulos I y II. En cuanto a su enmienda número 8, le refiero al artículo 16.13, porque me parece que allí está suficientemente contestada. En su ausencia he puesto de manifiesto que usted incidió en que, estando de acuerdo con la filosofía de este Título, sí quería enriquecer su redacción, y me parece que en esto es en lo que podríamos tener determinadas discrepancias.

El asunto de «personas» o «todos» del artículo 9.º lo ha glosado usted muy clarificadoramente. Le quisiera poner un ejemplo. ¿Qué hacemos con una mujer embarazada con los Títulos de la Constitución que protegen a la mujer gestante, etcétera? Me parece que en el Código Civil la persona se entiende, después del nacimiento, cuando ha respirado las primeras veinticuatro horas. Sería más adecuado que dejásemos el texto como está con este «todos», aunque comprendemos lo que usted quiere decirnos con sus expresiones.

Las demás enmiendas al artículo 9.º, nos parece que no aportan nada novedoso. La número 17 recoge también el sentido de su enmienda número 13, referente al proceso de modificación de asistencia en la modalidad que se atiende. Creo que esto sería muy complicado. Como profesional tengo que decir que sería muy complejo. Si hablamos suficientemente del tema a lo mejor me convence, pero me parece complejo y crearía un sistema de relación médica burocratizada, con una serie de esquemas en el intermedio, que, por mor de la referencia a una ex-

presa modalidad, se sale del contexto de actuación global que puede tener un equipo sanitario y las decisiones que al respecto se puedan tomar, pasando por la dirección.

Ya he dicho también, respecto de su enmienda 20 sobre libertad de elección del médico, que son planteamientos. Nosotros en este momento podríamos decir: sí, libertad de elección, sin más; libertad de elección sólo en la zona básica. Si decimos libertad sin más, creo sinceramente que correríamos un enorme riesgo por aquello que hablábamos antes de la oferta y la demanda. Podría establecerse un mecanismo de vaciamiento de ciertas áreas de la población, de ciertos núcleos demográficos en cuanto a prestaciones sanitarias, que haría que la motivación para cubrir esos servicios en esas áreas fuera desapareciendo. Es decir, que no haciendo que el ciudadano sea en su ámbito sujeto de la salud, lo convertimos en objeto en otro lugar y esa zona se vacía de contenido.

Por eso hemos pretendido buscar un equilibrio en el que nos situamos en la posibilidad de completar toda nuestra diáspora sanitaria, de manera que los ciudadanos tengan las estructuras y las prestaciones sanitarias cercanas, en la convicción de que no es tan importante el hecho de elegir como, una vez que se tienen los recursos suficientes, saber cuántas personas, cuántos ciudadanos eligen. En este sentido, la experiencia francesa es muy enriquecedora. Francia tiene una vieja tradición sanitaria. Tiene también el sindicato sanitario más poderoso del mundo, diríamos, que controla la armonía entre calidad y gasto. La realidad está demostrando que con sus estructuras cercanas muy pocos franceses se mueven de su entorno, porque las estructuras sanitarias están en función del hecho democrático, en función de su participación, en función de su motivación sobre lo que tienen cercano, en función de la exigencia de una calidad específica y un control sobre la sanidad cercana. Por tanto, sí al equilibrio de momento; veremos lo que el futuro nos depara. Pero creo que es más importante saber realmente cuántos eligen que si se elige, como decíamos antes un poco irónicamente, un uno, una equis o un dos, sino que se pueda elegir de verdad.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Me sugieren desde su Grupo que le recuerde el tiempo, señor Palacios. (Risas.)

El señor PALACIOS ALONSO: Muchas gracias, señor Presidente. Ciento treinta y cuatro enmiendas me han llevado a hacer un esfuerzo impropio de sintetización.

De todas maneras, señor Presidente, quiero contestar al señor Vicens, al que le hacía algunos gestos porque el punto 2 del artículo 12 estaba retirado. Creo que su enmienda 192 no aporta nada específico. Si usted nos pide que añadamos «entre otros fines», le refiero al artículo 16 donde están prácticamente todos los demás fines: asistencia primaria, grupos de riesgo, asistencia materno-infantil, mental, laboral, investigación, promoción del personal. Los tiene todos allí y, además, en el enunciado del artí-

culo están todas las actuaciones del sistema bancario. Repase el artículo 16 y verá que estamos en coincidencia.

En cuanto a su enmienda 193, he de decirle que creo que en el espíritu de toda la ley, cuando hablamos de reinserción social, asistencia mental, etcétera, estamos hablando de los intereses individuales, familiares y sociales. Lo dice también expresamente el artículo 6.2.

Minoría Catalana no ha hecho referencia a sus enmiendas números 46, 60, 61, 62 y 67. Entonces, voy a referirme solamente a aquellas a las que hizo referencia el señor Gomis desde esta tribuna. Señor Gomis, yo insisto en mis argumentaciones —que ya hice en Comisión— de que el concepto de unicidad no quiere en absoluto suponer desintegración. Unicidad es aceptar una terminología unitaria en relación a ciertos modos de actuación de los que —y esto sí que es absolutamente constitucional— deben disfrutar todos los ciudadanos. Pero ello, evidentemente, no entra en contraste con las peculiaridades que sobre la unicidad se puedan poner de manifiesto en las Comunidades Autónomas. Son criterios distintos. Usted tiene el suyo y yo el mío. Para eso estamos, para defender aquello en lo que creemos.

En cuanto a sus enmiendas 828 y 829, creo sinceramente, como dije a otro señor Diputado, que la participación del ciudadano, en el sistema sanitario, está absolutamente garantizada por múltiples cauces en este proyecto de ley. Por otra parte, con sus enmiendas 884 y 887 no podemos estar de acuerdo, porque no podemos aceptar que sea suprimido el artículo 15.5.

Por último, contestando al Grupo Vasco, diré a la señora Gorroño que haga suyas algunas argumentaciones que he hecho respecto del concepto único, etcétera, porque sería entrar en una reiteración y, además, el señor Presidente con muy buen criterio posiblemente me corregiría puesto que el tiempo se ha agotado. Igualmente me remito a lo dicho respecto al hecho de que tengamos que retirar la referencia a la Ley de Libertad Sindical. Consideramos que está perfectamente donde está. Sé que ustedes dan mucha importancia al artículo 9.º; nosotros también. Hemos intentado establecer mecanismos de acercamiento. Nuestro Grupo ha pensado muchísimo sobre este asunto. Si mantenemos el texto es porque consideramos que su redacción es correcta y que salvaguarda el planteamiento de derechos completos que pueda tener el ciudadano.

Me reitero en los argumentos que expuse en Comisión sobre los planteamientos que hace su señoría en relación con el artículo 11 respecto del tema de la igualdad. Usted cree lo contrario. Sinceramente he de decir a su señoría que pensamos que está perfectamente expresado. Pretendemos corregir desigualdades, lo cual significa que vamos hacia la igualdad. Usted quiere poner igualdad expresamente. Nosotros, con su permiso, no vamos a modificar el texto en este sentido.

En cuanto al tema de los hospitales ustedes no hacen ninguna aportación especial. No acabo de entender la petición que nos hacen en relación a la referencia geográfica mínima para el área de salud, porque, más adelante, en la ley se hacen una serie de consideraciones sobre cuántos

les han de ser las circunstancias que puedan llevar a los servicios de salud a confeccionar sus propias áreas de salud.

Termino, señor Presidente, señalando que me parece que en el Título I, de los principios del sistema nacional de salud, hay un máximo de coincidencias. Hay aspectos que ustedes, con todo el derecho, quisieran introducir para establecer elementos de enriquecimiento, pero creo que en función de esos principios, esta ley puede ser una ley de todos, una ley que defendamos todos. En esto estamos.

Muchas gracias.

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

Agradeceré a sus señorías se ajusten al tiempo reglamentario en los turnos de réplica. El señor Ruiz Soto tiene la palabra.

El señor RUIZ SOTO: Señor Presidente, señores Diputados, quisiera empezar este turno de réplica sobre el Capítulo Primero lamentando que el Grupo Socialista no haya aceptado algunas de las enmiendas que hemos presentado a este apartado. Creo que eran muy razonables y algunas fundamentales, pero esperemos que en el trámite ese que dice el señor Ministro que es nuevo, en el camino entre el Congreso y el Senado encontremos alguna solución, porque estoy seguro de que muchos de los puntos que estamos debatiendo aquí no vamos a discutirlos allí. Así sea; todo sea por bien de la ley.

Doctor Palacios, querido compañero, amigo y opositor en este caso, comprendo las limitaciones que ustedes tienen, pero usted, como médico, me va a entender muy fácilmente. Hay que decir a los españoles desde aquí, desde este estrado lo que van a tener con esta ley de Sanidad. Quizá nos están oyendo unos tecnicismos como la libertad en el área de salud, la libre elección en no sé qué, la solidaridad, pero ellos quieren saber con qué se van a encontrar cuando necesiten asistencia sanitaria y yo creo que debemos decirselo, aparte de todas las enmiendas que se han presentado por unos y otros grupos.

Voy a decirles lo siguiente. Con la libertad de elección de médico que ustedes preconizan vamos a seguir exactamente igual. Van a seguir utilizando una cartilla y yendo a un médico y a un hospital que les asignen desde la Seguridad Social. Todo va a seguir igual. Nosotros proponemos que con esa cartilla vayan al médico que quieran y con cargo a la Seguridad Social. Después usted me habla de que es una utopía, pero queda, como si dijéramos, un poco cojo. Usted reconoce la bondad de la libertad de elección de médico —y yo creo que llegaremos a ella—, pero me dice: que es que no se puede hacer; es que en Europa la mayoría de los países dicen que hay libertad de elección de médicos, pero luego ponen trabas, unos le ponen tal y otros le ponen cual. Pero lo ponen, luego es una bondad a la que tenemos que ir. ¿Por qué no lo dicen ustedes en esta ley? ¿Por qué no se apean del burro, como dicen los castizos?

Digan en la ley que hay libertad de elección de médi-

cos y después mejoren la asistencia sanitaria, que la van a mejorar con esa simple prescripción, con que les dejen ir al médico, con que no les pongan trabas cuando querran ir a un hospital concertado y les llenen de papeles para hacer tal informe, que empiecen a pasar del médico de cabecera al inspector, de éste al especialista y vuelta a la administración del hospital para que les digan que les falta un pàpel, etcétera. De eso saben mucho los españoles, eso es lo que queremos eliminar de una vez por todas.

Usted, como médico, sabe lo que es la medicina hipócrita. No es un invento de Coalición Popular ni mío, como médico. Hipócrates ya definió lo que era el acto médico. El acto médico es una persona enferma, doliente que va a quien le pueda curar. ¿Por qué quieren entorpecer ese acto? ¿Por qué el intermediario decide que tiene que ir a ese hospital y no a ese otro? ¿Y por qué quiere ir a ese hospital de su entorno y no puede? Usted me ha puesto el ejemplo francés. Francia es un país que tiene una tradición de libertad de elección hace mucho tiempo.

En cuanto a la solidaridad, usted me dice que se ejerce a lo largo de toda la ley, pero no está mal que se diga aquí. ¿Qué es la solidaridad? Que el nivel asistencial sea igual, para que la libertad en elección de médico no se tenga que hacer en otra provincia. Que de Toledo o Soria no tengan que venir a la Comunidad de Madrid porque aquí tenemos toda clase de asistencia. Ustedes llevan tres años, ¿por qué no la han igualado por lo menos en alguna provincia o incluso mejorado? Podían haber inaugurado algún hospital o, con cargo a los presupuestos, podían haber comprado nuevos aparatos que llevan tres años sin comprar, porque la acción se demuestra haciendo, y al andar hay que echar una pierna delante y otra detrás.

Por eso nosotros queremos que no haya que cambiar esta ley cuando lleguemos al poder en las próximas elecciones, sino que nos sirva para utilizarla en beneficio de todos, señor Ministro. Además, yo quiero que sea una ley de la que digan mis nietos: cuando la Ley Lluch... ¿Y por qué? Porque va a ser buena para todos, pero de esta forma no va a serlo. La prueba es que ustedes están manteniendo una tesis diferente a la de todos. Todos los Grupos hemos dicho que quiten lo de única. Ustedes no tienen ni la generosidad de pensar que alguno de los Grupos gane las elecciones y se quite lo de única. Es solamente la cabezonada de querer mantener la expresión integral y única. ¿Y por qué? Porque apuestan por una sola sanidad, que es la pública. Pero ningún Grupo quiere quitar la sanidad pública. Lo que queremos quitar es la mala asistencia en la sanidad pública y que no sea pobre, que no sea mediocre, que no sea mediatizada desde una oficina de Madrid, sino que sea una medicina moderna y descentralizada, donde se prime la competencia, la responsabilidad y el esfuerzo. Todo eso es lo que queremos y ustedes se van a negar a ello con los tropiezos de esta ley, a no ser que en ese trámite que ha dicho el señor Ministro se introduzcan las mejoras que todos los Grupos, incluido el Popular, de la mejor manera le estamos pidiendo.

En cuanto a lo de las profesiones sanitarias, los que usted me ha citado son profesionales que no requieren titu-

lación sanitaria, son profesionales parasanitarios, y en nuestro texto alternativo nosotros hemos puesto hasta los economistas. Hemos creado un instituto de economía de la sanidad y ya he explicado por qué. Para que los economistas no caigan sobre la sanidad. De eso usted y yo podríamos hacer un tratado. Eso lo comprendió hasta el señor De Vicente en la época en que llevaba la sanidad. (Risas.)

Muchas gracias, señor Presidente. (El señor Paños pide la palabra.)

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

Señor Paños, nunca le dejan tiempo para intervenir. Tiene usted la palabra.

El señor PAÑOS MARTI: Voy a ser rápido, señor Presidente, y muchas gracias.

Señor Palacios, efectivamente antes, en función del escaso tiempo que me han dejado y del que el Presidente me ha concedido, no quise exponer los datos que recojo del proyecto. Tiene razón. En el artículo 1.º se dice que tiene por objeto la regulación general de todas las acciones. Pues bien, las acciones de veterinaria, de la salud pública no se configuran en este texto. Y en el artículo 16.11, al que ya llegaremos, fíjese, señor Palacios, que lo que dice es la mejora, desarrollo y ordenación de las actividades de veterinaria, de salud pública —enmienda que por cierto nos admitieron en Comisión— y de los servicios correspondientes, conforme a lo que se determina en esta ley. Pero resulta que en esta ley no se determina. Efectivamente se habla, pero no se determina. El artículo 1.º dice que regula todo y el artículo 16.11 habla de estos servicios conforme a lo que se determina en esta ley, pero no se determina. Lo que se pide es sencillamente muy poco.

Estoy de acuerdo con otro portavoz que ha intervenido antes respecto a si son actividades básicas o son actividades fundamentales. No pueden ser básicas las de medicina y fundamentales las de veterinaria o farmacia. Esto hay que igualarlo, hay que nivelarlo. Me parece muy bien lo de actividad fundamental para evitar equívocos sobre actividades básicas, y en eso estamos de acuerdo. Lo que se pide es sencillamente que no se limite a la investigación y experimentación, sino que luego pase como acción, como actividad; así sí quedará determinado por la ley.

Respecto a los términos alimento, alimentario, alimenticio, etcétera, ya tendremos ocasión de volver a tratarlos —son más bien cosas de tipo técnico— cuando hablemos del artículo correspondiente. De modo que mantenemos las enmiendas en este sentido. Por supuesto que la ley cita los servicios veterinarios enmendados por nosotros en Comisión, pero no los determina. Si los determinara, yo estaría encantado.

Muchas gracias.

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

El señor Núñez tiene la palabra.

El señor NUÑEZ PEREZ: Señor Presidente, señorías, el señor Palacios dice las cosas tan bien y con tanta amabilidad que dan ganas de darle la razón y retirar las enmiendas. Lo que pasa es que luego se piensa con la cabeza y no se tiene más remedio que mantenerlas.

Yo siento de verdad que con la sensibilidad con que ha tratado y reflexionado sobre las enmiendas relativas al artículo 7.º —la participación ciudadana— y al artículo 9.º no nos haya traído en este trámite parlamentario un texto sobre el que pudiésemos hablar y quizá dar fruto concreto al debate que se inició en Comisión y que está repitiendo argumentos, tal vez con algunos otros datos, que ya expusimos en Comisión. En ese trámite de aquí al Senado o del Senado aquí a lo mejor ese texto aparece y, por supuesto, también estamos dispuestos a reflexionar sobre él y a aportar o retirar lo que de nuestra reflexión y trabajo pueda servir.

El señor Palacios, al referirse a nuestra enmienda 572, dice que más o menos queremos eliminar la importancia que a la prevención y a la promoción le da la ley. No es así. Que quede la importancia que tiene. Lo que quiere nuestra enmienda es que la asistencia sanitaria figure también en este precepto y no en otro capítulo distinto del que establece los principios generales. Esa es la clave de la cuestión. Ya sé que la prevención —lo dijimos en Comisión— ha sido la cenicienta del sistema. No es necesario remontarse a 1908 ni a la Reina Isabel II, como usted ha hecho esta mañana. No es necesario; lo sabemos. Pocos gobiernos pueden ofrecer un inventario de cosas bien hechas en materia de prevención, aunque tengo que decirle que no todo es igual hasta 1977. En 1977 ya se empezaron a hacer cosas en esta línea y no voy a tratar aquí de reivindicarlas, pero sí citaré algunas para que no crea la gente que hablo de memoria. Por ejemplo, el Real Decreto de 15 de octubre de 1977 sobre sanidad escolar; el Decreto de 29 de diciembre de 1978 sobre regulación de la medicina de familia comunitaria como especialidad de la profesión médica.

Asimismo, la inauguración de determinados centros con un esquema de organización y un régimen de funcionamiento que facilitaba el desarrollo de una asistencia integrada que, obviando la grave tendencia hacia la hospitalización del sistema sanitario —usted sabe que siempre existió—, abría los medios personales y técnicos del hospital hacia fuera, extendiendo sus programas de asistencia sanitaria integral a todos los que vivían en la comarca de la cual podía considerarse centro ese centro; y valga la redundancia. Puedo citar casos concretos de hospitales y poblaciones pero no es necesario. Baste decir que en esa línea de potenciar la promoción y la prevención estábamos ya, y por tanto tenemos que estar ahora también.

Pero reconozca usted que, quizá, con la redacción que propone nuestra enmienda número 572 de establecer la asistencia sanitaria en el mismo plano y en el mismo lugar de la ley se nos quitaban dudas que ahora tenemos.

Por otra parte, también tengo que decir —quizá sea adelantar un debate que debe producirse en las enmiendas parciales de los presupuestos— que en los presupuestos del INSALUD de 1986, y para atención sanitaria pri-

maria, aparece la creación de 250 equipos de atención primaria sin que tenga reflejo en un programa presupuestario. Ya sé que las palabras y los propósitos son hermosos en el texto de la ley, pero cuando uno va al presupuesto para ver si de verdad tiene el Gobierno voluntad política de cumplir con eso tan hermoso que se dice en el artículo 3.º no tiene argumentos concretos para creer en ello y yo le aseguro que creo de verdad.

En cuanto a la educación sanitaria, que la considero pieza fundamental en el tema de la promoción y la prevención, de «por primera vez», nada. Ya le cité el Decreto de 1977. Pienso que la educación para la salud ya se convirtió desde entonces en materia obligada de los centros docentes del Ministerio de Educación, en programas que preparaba conjuntamente este Ministerio de Educación con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Respecto a la enmienda 573, cuando usted cuenta el porcentaje cuéntelo todo. Me parece muy bien que haga usted una relación, pero la verdad es que cuando usted cuenta el porcentaje del PIB que se dedica al sistema sanitario —y ya lo hablamos y concretamos en Comisión, pero no se preocupen SS. SS. que no voy a volver sobre aquellos números—, cuando usted señala que tenemos un 5,6 del PIB dedicado al sistema, está contando lo público y lo privado. Por tanto, si usted cuenta el porcentaje para decir que nuestro sistema supera al de los países subdesarrollados, tiene que tener presente que si nuestra enmienda pide que se suprima la palabra «pública», para que en el sistema esté perfectamente claro que lo privado y lo público están dentro del artículo 3.º, nosotros tendremos alguna razón. Por lo menos, la realidad actual de España nos dice que tenemos razón.

Tendría que hablar de muchas más cosas; por ejemplo, del tema de los derechos de los usuarios. Usted dice que, por primera vez, se recogen y se relacionan los derechos de los usuarios. Habría que expurgar en la legislación, desde luego a menor rango de ley. Pienso que en la propia resolución tantas veces citada esta mañana, que aprobó el congreso de los Diputados en 1980, y también en otras disposiciones de menor rango de ley hay un reconocimiento (y, si me apura usted, me remonto a la Constitución, que no es remontarnos a Isabel II sino a 1978), hay una concreción de derechos; no los vaya cercenando usted. El derecho de la participación de los usuarios es fundamental y, en cambio, ustedes se lo quitan. Dénsele ustedes. Se lo dan a través de los sindicatos y de las organizaciones empresariales, pero se lo quitan a través de las organizaciones de consumidores y usuarios que están presentes en otras leyes muy recientes que han traído ustedes y que yo voté a favor porque me gustaron. Por tanto, este es uno de los derechos que podía estar establecido con más claridad.

Podría seguir en la réplica a otras cosas que usted ha dicho muy bien y que a mí me harán reflexionar, desde luego, a lo largo de los trámites de esta ley, pero no quiero cansar más a SS. SS., sobre todo a esta hora y con viajes previstos por casi todos los que nos sentamos en estos escaños.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, medio minuto tan sólo, que es el tiempo que me ha podido dedicar el ponente señor Palacios, y no por falta de atención, que le sobra a S. S., sino porque en realidad nuestra discusión no tiene argumentos contradictorios.

Partamos de una base. Nuestro modelo es otro. Nuestra concepción de algunos términos es distinta. Usted legítimamente defiende la suya y yo la mía. No comparto su criterio de igualdad de los términos «única» y «unicidad», tal como vienen expresados en el proyecto. Pero hay algo que me preocupa, señoría. Usted ha dicho, y ha dicho bien, más o menos textualmente —por lo menos este era el sentido de sus palabras—, que hemos vivido un centralismo sanitario desde un «puzzle» de caos o de confusión y de diferentes sistemas.

Señorías, a mí lo que me preocupa y debería preocuparles (profundicen en el sentido de muchos aspectos de la ley y de muchos de sus capítulos) ¿no será que vayamos a abrir un centralismo sanitario desde el unitarismo, desde la homogeneidad mal entendida y desde la burocratización deshumanizante? No será que desde esta concepción no vayamos a hacer la reforma que realmente el país nos demanda?

Muchas gracias.

El señor VICERPRESIDENTE (Torres Boursault): Gracias, señor Gomis.

El señor Vicens tiene la palabra.

El señor VICENS I GIRALT: Sólo unas palabras para intentar aclarar una confusión terrible sobre mi enmienda 194. No sé si soy yo el culpable de la confusión o lo es el señor Palacios. En todo caso, espero que este trámite de réplica nos permita dejar clara la cuestión.

Me ha parecido que el señor Palacios decía que yo retiraba mi enmienda 194. En absoluto. No la retiro. La someto a votación. Esta enmienda es al artículo 12.2, que es el que habla del código deontológico profesional y su actualización. Esa enmienda es la que he defendido y la que mantengo. Lo que he dicho, cuando estaba en la tribuna, es que no sometía a votación mi enmienda 193, que es al artículo 6.º, pues aparece ya admitida en el dictamen y, por tanto, sería absurdo que hiciese votar una cosa que el dictamen de la Comisión ya ha incorporado. Pero la cuestión del código deontológico la mantengo. No se debe de ninguna manera en esta ley, tal como hace el artículo 12.2, mantener esta cuestión. No voy a repetir mi defensa, pero voy a recordar una sola idea al señor Palacios porque es importante para él. Le he recordado como hablar de código deontológico en ese artículo podría dar paso a que se creyese que los Colegios profesionales tienen una potestad normativa, y ya hemos visto en la despenalización parcial del aborto como mantener ciertas ac-

titudes, digamos, deontológicas ha traído serias complicaciones.

Por tanto, sólo hay potestad normativa en el Poder legislativo del Estado encarnado por estas Cámaras y por los Parlamentarios de las Comunidades Autónomas, pero de ninguna manera los Colegios de médicos tienen que actualizar ningún código, ni deontológico ni no deontológico. Los códigos los hacemos nosotros y no los Colegios de médicos. Mantengo la enmienda 194. Que queda claro.

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

El señor Palacios tiene la palabra.

El señor PALACIOS ALONSO: Muchas gracias, señor Presidente. Voy a ser muy breve.

Señor Ruiz Soto, ¿qué van a tener los españoles en el futuro y por el cauce de esta ley? Pues una asistencia sanitaria mejor, participativa, informada, consultiva, con incidencia en los estudios fundamentales cercanos al ciudadano, la asistencia primaria, la actuación en equipo. En fin, van a tener una sanidad mucho mejor. La prueba está en que ustedes no están satisfechos con la sanidad que hubo los últimos años y que en estos tres años el Gobierno socialista ha ido procurando rectificar, una vez conocido ese inmenso y proceloso medio que es el de la sanidad en nuestro país. Se han dado pasos hacia la reforma. En la ley se encontrará un marco legal. Yo estoy absolutamente convencido de que los ciudadanos encontrarán la posibilidad de una sanidad mejor, pero tenemos que contribuir todos, ustedes también.

Por otra parte, usted me habla de Europa respecto de la libertad de elección. Le voy a contestar muy brevemente. Vamos a lo concreto. En Inglaterra han de hacerse listas de 3.500 personas en su zona; se autorizan los cambios sólo por la autoridad sanitaria local. En Holanda han de hacerse listas de 2.500 personas; se puede cambiar una vez al año. En Italia las listas son de 1.500 personas; se puede cambiar cada seis meses. En Alemania ha de irse a los médicos y hospitales que las 1.800 cajas de seguros alemanas recomiendan, etcétera. Pero es que no solamente está limitado el acceso a la elección por estas fórmulas, sino que hasta el propio profesional no puede instalarse donde quiera. Lea usted la legislación al respecto y verá que se establece en general una serie de requisitos administrativos relacionados con la población para que un médico pueda instalarse y trabajar en un sitio concreto.

Usted me dice que llevamos tres años y me pregunta qué hemos hecho en el ámbito fundamentalmente hospitalario. Solamente en el año 1984 se han puesto en marcha, sobre las 56.000 camas existentes en el INSALUD, unas 10.000 más. Fíjese usted, sólo en tres años. En cuarenta y cinco años del pasado, reflexione sobre los datos de lo que se podría haber hecho y verá cómo se está haciendo un trabajo gigantesco, aunque, evidentemente, pasa por una primera fase de remoción del terreno para conocer cuál es ese terreno y comenzar a funcionar.

Se está haciendo mucho en la sanidad; no tenemos tiempo para comentarlo, pero podría decirle que es lo que

se ha hecho respecto del personal, en los centros hospitalarios respecto de la jornada de trabajo, de la jornada nocturna, etcétera.

Señor Paños, me da usted la razón, y yo se lo reconozco.

Señor Núñez, gracias por sus turbadoras palabras; se lo agradezco mucho. Creo que hemos llegado a un acuerdo en estas dos reuniones. Ustedes me han convencido de que no quieren eliminar la prevención y yo espero haberles convencido a ustedes de que la Ley no quiere eliminar la asistencia. Así establecemos un pequeño equilibrio.

Yo no quería desmerecer el trabajo de medicina preventiva que se haya podido hacer desde el año 1980, o antes, hacia adelante, si bien reconocer que el Real Decreto de Sanidad Escolar fue absolutamente inoperante hasta que hace uno o dos años los municipios empezaron a machacar sobre el tema.

Respecto de lo privado, creo que es mejor dejar el asunto en este momento, porque usted habla de lo privado en relación con el PIB, etcétera; lo hablaremos en el Título IV, en el que vamos a tener ocasión de tratar estos temas de una manera mucho más específica.

No estoy de acuerdo, en absoluto, con lo que dice de que la Ley no propicia la participación. La participación está absolutamente garantizada a través de las corporaciones territoriales oportunas, de los sindicatos, empresarios, etcétera; es decir, de los profesionales de la sanidad, de los trabajadores de la sanidad, de los ciudadanos, en general, de las asociaciones de todo tipo, a través de sus municipios o corporaciones, y tendrán la posibilidad de pasar a los órganos colegiados de carácter consultivo, incluso con una participación directiva que tendrán las áreas de salud. Por tanto, no sería bueno insistir sobre esto, porque no responde a la realidad.

Señor Gomis, cierto, son planteamientos de distinta concepción; podríamos estar haciendo un circuito de discusión en el que posiblemente no nos convenceríamos. Pero creo que no, respondiendo a su pregunta, no vamos al centralismo, vamos contra el centralismo; es decir, los servicios sanitarios de salud de las Comunidades Autónomas pueden y deben ser la mayor garantía de descentralización y modernización de este sistema. En nuestras manos está, en los Gobiernos Autonómicos está el que, evidentemente, se marche en un equilibrio racional entre el Gobierno central y el Gobierno de las Comunidades Autónomas. Evidentemente, hay una serie de elementos que garantizan que esta descentralización esté ahí: los propios servicios, el funcionamiento del Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud, etcétera.

Señor Vicens, con todo el afecto y el respeto que le tengo, le diré que nos entendemos mal; estamos absolutamente de acuerdo. Lo que ocurre es que en el «Diario de Sesiones» se incluye el punto dos, que ya había sido retirado totalmente en Comisión. Yo se lo intenté decir en un par de ocasiones; por eso decía que me parecía que al estar retirado no tenía sentido que su enmienda siguiera en pie. Nada más. Estamos totalmente de acuerdo.

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

En relación con la enmienda transaccional del Grupo Parlamentario Socialista, que se refiere a la enmienda 290, del señor Pérez Royo, ¿algún Grupo Parlamentario se opone a su admisión a trámite? *(Pausa.)*

Señor Pérez Royo, ¿retira su enmienda número 290?

El señor PEREZ ROYO: Sí, señor Presidente.

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

Vamos a efectuar las votaciones. Capítulo I del Título I, artículos del 3 al 15.

Votamos, en primer lugar, las enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo. Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 221; a favor, seis; en contra, 172; abstenciones, 43.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular. Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, 40; en contra, 170; abstenciones, 13.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista. Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, 45; en contra, 170; abstenciones, ocho.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Bandrés Molet. Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, seis; en contra, 170; abstenciones, 47.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Bandrés Molet.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco, PNV. Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, 16; en contra, 170; abstenciones, 37.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco, PNV.

Enmiendas del Grupo Parlamentario de Minoría Catalana.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, 45; en contra, 170; abstenciones, ocho.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Vicens i Giralt.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, 14; en contra, 202; abstenciones, siete.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Vicens i Giralt.

Votamos a continuación la enmienda transaccional socialista al artículo 10, apartado 3, en relación con la antigua enmienda 290, del señor Pérez Royo.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, 165; en contra, 43; abstenciones, 15.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda aprobada la enmienda transaccional socialista, que da redacción al artículo 10, apartado 3.

Votamos, finalmente, el Capítulo primero del Título I, artículos 3 al 15, conforme al dictamen de la Comisión, con excepción del artículo 10, apartado 3, que ya ha sido objeto de la anterior votación.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 223; a favor, 161; en contra, 51; abstenciones, 11.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda, por consiguiente, aprobado el Capítulo primero del Título I, artículos 3 al 15, con excepción del artículo 10, apartado 3, que ya ha sido objeto de votación, todo ello conforme al dictamen de la Comisión.

El Pleno volverá a reunirse el próximo martes, día 5 de noviembre, a las cuatro de la tarde.

Se levanta la sesión.

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