



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Año 1985

II Legislatura

Núm. 248

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

**Sesión Plenaria núm. 248**

**celebrada el jueves, 7 de noviembre 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 (continuación) («Boletín Oficial de las Cortes Generales», número 145-II, Serie A, de 17 de octubre de 1985).

### SUMARIO

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

	Página
Dictámenes de Comisiones sobre iniciativas legislativas .....	11072
	Página
De la Comisión de Política Social y Empleo, sobre el proyecto de Ley General de Sanidad (continuación) .....	11072
	Página
Artículos 16 al 38 .....	11072
Continuando el debate sobre el dictamen de la Comisión de Política Social y de Empleo iniciada en la semana ante-	

*rior, se entra en el estudio de los artículos 16 al 39, intervinendo, en primer término, la señora Gorroño Arrizabala para defender las enmiendas presentadas por el Grupo Parlamentario Vasco (PNV). Expone que su intervención se centrará fundamentalmente en el capítulo quinto, sobre la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, dando por defendidas en sus propios términos las restantes enmiendas. No obstante, resalta que todo Estado que se precie de prestar servicios sociales debe tener sensibilidad hacia la tercera edad y la infantil, por lo que en tal sentido propone la incorporación de un inciso con esta mención en el artículo 16, número 7. Asimismo, en el capítulo tercero, la enmienda 741 va en la línea de prestar la especial atención que necesita la salud mental, sobre todo en la edad infantil, por tratarse seguramente del inicio de muchos males posteriores. Respecto al capítulo quinto citado, sobre el que destaca su importancia, considera su Grupo que los artículos 21, 22, 26.1 y 29, deben considerarse como orgánicos, pero contem-*

plados en la correspondiente ley orgánica en la que se arbitre el obligado sistema de garantías personales para caso de conflictos que puedan plantearse. Entiende que en el artículo 22 se atribuye a las autoridades sanitarias la posibilidad de adoptar medidas que puedan alterar o menoscabar las libertades colectivas en momentos que surjan grandes problemas en la sociedad moderna, como los que ocurren hoy en algunos Estados norteamericanos, dando lugar a situaciones injustas con quebrantamiento de los derechos fundamentales y colectivos. De ahí que proponga la suspensión en la aplicación de estas medidas excepcionales contempladas en el capítulo quinto hasta que se promulgue la ley orgánica que establezca el obligado sistema de garantías personales.

En defensa de las enmiendas del Grupo Popular interviene el señor Paños Martí. Insiste en su posición, expuesta en debates anteriores, sobre la necesidad de reconocer en esta Ley las actuaciones de los servicios veterinarios frente a la simple mención que de los mismos se hace en el artículo 16.11. Seguidamente mantiene y da por defendidas todas las enmiendas presentadas a los artículos objeto de debate, cuyos fines son los de la mejora técnica de la Ley en congruencia con la terminología empleada en la Comunidad Europea y por la Organización Mundial de la Salud, y hasta por nuestra propia legislación.

Expone seguidamente el contenido concreto de alguna de estas enmiendas, destacando la número 431, al artículo 29, donde se elude, a su juicio equivocadamente, la competencia del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación en materia de sanidad animal y justamente al hablar de las enfermedades transmisibles. Ello puede dar lugar a falta de coordinación entre dicho Ministerio y el de Sanidad y Consumo, falta sobre la que ya existen algunos ejemplos concretos. Asimismo alude a las enmiendas 432 y 435, señalando que, ya que se habla de equivalencia y homologación de libertades, no cabe mayor homologación que considerar que el condicionamiento que regula la sanidad pública se aplique también a la sanidad privada en lugar de otro distinto. Igualmente se refiere a la enmienda 437, que propone la sustitución de la frase «tomar o sacar muestras» por no ser conforme a la terminología médica ni estar a la altura de una ley de la categoría de la presente. Por último, la enmienda 440 la justifica por razones de seguridad jurídica en orden a la tipificación de las infracciones que debe realizarse a través de disposiciones de rango de Ley.

En nombre del Grupo Mixto, el señor Bandrés Molet defiende la enmienda 25 de adición al artículo 16.3, dando mayor importancia a la reinserción social del enfermo. La enmienda 26 es de sustitución al número 7 del artículo 16, por entender más correcta la redacción que propone. Retira la enmienda 27 y mantiene la 28, al artículo 18, que es de adición, según consta en el propio texto escrito de la enmienda. Explica también el contenido de las enmiendas 29 a 31, que perfeccionan, a su juicio, el texto del dictamen. Por último, propone, a través de la enmienda 32, la sustitución del texto del artículo 30.2 por otro de contenido más autonómico, procurando evitar la invasión de

competencias de las Comunidades Autónomas en respeto a las ya contempladas en los correspondientes Estatutos, como es el caso del Estatuto de Guernica.

En defensa de las enmiendas de Minorta Catalana, el señor Gomis Martí mantiene todas las presentadas a este Título, aunque sólo hará mención en su intervención a las que considera más significativas. Propone, en primer lugar, la modificación del artículo 18.2, cuyo texto cree que no se corresponde con una ley básica, al descender a la determinación específica de los lugares de internamiento de los enfermos mentales, cuya competencia debe atribuirse a las Administraciones públicas que gestionan y organizan dicho servicio sanitario. Añade que, a su juicio, en el presente caso se va hacia una reforma anticuada y desacreditada, no siendo bueno el planteamiento que aparece de hospital general contra hospital psiquiátrico. Estima que el problema se ha planteado mal, de forma abstracta, y con el prejuicio de que el hospital general es perfecto y el psiquiátrico reúne todos los males.

Respecto al artículo 19, ya dentro del capítulo correspondiente a la salud laboral, critica la redacción del número 2 por impropia de una ley básica. Además, contempla acciones que corresponden a las Comunidades Autónomas con competencia exclusiva, dando lugar a las limitaciones correspondientes. Entiende que lo correcto es asegurar la igualdad de prestaciones y su eficacia, pero no la forma de gestión.

En relación con el capítulo quinto, mantiene 10 enmiendas que tienen una argumentación de carácter general, cual es la salvaguarda de los derechos de los ciudadanos, extremo que considera mal resuelto en el texto del dictamen. A la perfección de dicho texto se dirige la enmienda 21, de adición, determinando la excepcionalidad de las medidas que podrán adoptar las autoridades sanitarias en aras a la protección de la salud pública, y todo ello de cara a garantizar los derechos individuales, como ya ha hecho algún otro Grupo Parlamentario.

Finalmente, en el capítulo sexto, sobre infracciones y sanciones, propone, como ya hizo al discutirse el artículo 2.º, la ampliación de las materias no básicas, en especial por lo que se refiere a las contempladas en los artículos 25, 26 y 37, que regulan materias ya asumidas por alguna Comunidad Autónoma. Por elemental criterio de seguridad jurídica, considera que tampoco es este el lugar adecuado para establecer la clasificación de las infracciones ni donde debe figurar la regulación de sanciones. Por último, expone que el artículo 37 parece consagrar el principio inconstitucional de la compatibilidad entre las faltas administrativas y las penas judiciales. No considera válido que se le argumente que el artículo 34 aclare esto, porque, en su opinión, este artículo tiende a crear mayor confusión sobre el particular.

En representación del Grupo Centrista, el señor Núñez Pérez defiende las enmiendas formuladas. Por la enmienda 591, al artículo 16.14, se pretende una mayor precisión al tratar del fomento de la investigación científica sobre los problemas de la salud. En el proyecto se confunde, a su juicio, el fomento de la investigación y coordinación a la

hora de tratar de su financiación, lo que puede dar lugar a que todo quede en agua de borrajas. Cree que no se puede regular el fomento de la investigación de espaldas o descoordinadamente a los planteamientos universitarios y docentes. Insiste en que la investigación es la única vía para el progreso tecnológico aplicado a lo preventivo y asistencial, lo que le lleva a hacer hincapié en que determinados proyectos de ley sólo serán creíbles para los ciudadanos y tendrán eficacia si están respaldados por la dotación presupuestaria correspondiente, que es donde se cifra la voluntad política del Gobierno de cumplir lo que establecen las leyes. De ahí que entienda que debe hacerse en la ley una clara referencia a los presupuestos del Estado, fijando un porcentaje mínimo de, al menos, el 2 por ciento del gasto sanitario para respaldar el fomento y coordinación de la investigación.

La enmienda 595 propone la sustitución del título del capítulo sexto, que habla de la salud laboral, por el de «Salud ocupacional», para evitar un diverso tratamiento legal a un mismo hecho, como es el ejercicio de una profesión u oficio, según se realice por cuenta propia o ajena, dando lugar a flagrantes desigualdades jurídicas. La enmienda 596 propone una nueva redacción para el artículo 19, aun considerándolo uno de los más positivos de la ley. Solicita la supresión de la letra c), por innecesaria y fuera de lugar, ya que su contenido puede considerarse recogido en la letra b) y que se trata, además, de una norma casi reglamentaria. Asimismo, pide la supresión del número 2 y la sustitución del 3 por el texto al que da lectura. Concluye aludiendo brevemente a algunas otras enmiendas que tampoco suponen una oposición frontal al contenido de los artículos 28 a 31, sino que, por el contrario, pretenden una más correcta redacción de los mismos. Respecto al capítulo de infracciones y sanciones, mantiene las enmiendas 606 y 607, coincidiendo con lo expuesto anteriormente por el señor Gomis sobre el particular. Se trata de aclarar el contenido de la ley para evitar que se produzcan conflictos como consecuencia de su aplicación.

En turno en contra de las anteriores enmiendas interviene, en nombre del Grupo Socialista, el señor Palacios Alonso. Comienza presentando una enmienda al artículo 18.2, a cuyo contenido da lectura y que es aprobada por asentimiento de la Cámara. Seguidamente se detiene en el análisis de dos capítulos específicos incluidos en el Título I de la ley, uno dedicado a la salud mental y otro a la salud laboral. Por lo que se refiere al primero, lo califica de paso gigantesco hacia la solidaridad y la igualdad de todos ante la enfermedad, exponiendo algunos datos que juzga de máximo interés y sustanciales a la hora de interpretar la importancia de dicho capítulo. Los datos expuestos sobre la situación de nuestros enfermos le llevan a resaltar la necesidad de coordinación de los servicios sociales y la falta de un presupuesto para atención a la salud mental, junto a otros aspectos esenciales, como, en primer lugar, la plena integración de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, de manera que aquella deje de ser la Cenicienta de la sanidad española. Considera que, por fin, la atención a la salud mental puede ser ob-

jeto de una profunda reforma atendiendo a los principios que la nueva Ley de Sanidad postula. En segundo lugar, se produce una total equiparación del enfermo mental con las demás personas que precisan de los servicios sanitarios, hecho que no ha sucedido hasta la fecha, porque se ha tratado a aquel tipo de enfermos de forma deplorable y marginándoles. En tercer lugar, se garantiza la atención a dicha salud mental y a las secuelas de la enfermedad con un carácter tanto preventivo como asistencial y, en el nivel comunitario, en coordinación con los servicios sociales. Por otra parte, pone especial énfasis en la atención extrahospitalaria de estos enfermos y, finalmente, marca el objetivo primordial de la máxima reducción que se pueda del tiempo de hospitalización. A dicho capítulo se han presentado varias enmiendas, que pasa a analizar y en relación con las que expone la postura del Grupo Socialista. Con respecto al capítulo cuarto, sobre la salud laboral, señala que se está realizando una profunda incorporación de tecnologías variadas y de nuevas sustancias y productos a los ciclos productivos y procesos industriales que hacen que la actualización en el campo legislativo respecto a la seguridad e higiene en el trabajo sea la norma de muchos países y también del nuestro. La presente Ley entiende de que es un elemento que contribuye a dicha modernización. Agrega que todos los principios que sirven para el Sistema Nacional de Salud e informan este Título son aplicables a la prevención y promoción de la salud laboral. Se refiere también a la importancia del microclima laboral en la salud del trabajador y, en cuarto lugar, señala que en la Ley se establecen responsabilidades de coordinación entre las autoridades sanitarias y laborales y órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo, higiene y seguridad en las empresas. A continuación procede a contestar en detalle a las numerosas enmiendas presentadas a este capítulo y defendidas con anterioridad, a la vez que a fijar la posición del Grupo Socialista sobre las mismas.

Por último, se refiere al capítulo sexto, sobre infracciones y sanciones, respecto al cual existen algunas coincidencias, especialmente sobre la necesidad de dar a las mismas el rango de ley formal. Por lo demás, se remite a lo expuesto en su día en Comisión.

En turno de réplica interviene la señora Gorroño Arrizabala y los señores Paños Martí, Gomis Martí y Núñez Pérez y duplica el señor Palacios Alonso.

Seguidamente se procede a la votación de las enmiendas presentadas a los artículos 16 a 38, siendo todas ellas desestimadas por la Cámara.

Sometidos a votación los artículos 16 a 38, son aprobados por 158 votos a favor, 33 en contra y 12 abstenciones, conforme al texto del dictamen de la Comisión.

Página

Artículos 39 a 44 ..... 11086

El señor Fernández Inganzo defiende de manera global las enmiendas suscritas por el señor Pérez Royo, números 304 a 310. Señala que el presente Título, en la actual redac-

*ción del dictamen, defiende, en su opinión, un modelo sanitario público caracterizado por el centralismo, el autoritarismo y el burocratismo del Estado sobre las Comunidades Autónomas y de éstas sobre los municipios. También queda de manifiesto la disociación entre las actividades de planificación, las asistenciales y las preventivas. Cree que las facultades de la Alta Inspección se traducen en la práctica en un desprecio hacia la soberanía y responsabilidad de las Autonomías y sus Parlamentos, quedando, por otro lado, los municipios desposeídos de competencias en materia sanitaria, en tanto que, en cambio, se les obliga a participar en la financiación de los gastos que genera el sistema público de salud. Las enmiendas por él defendidas tienden a crear un servicio único, integrado y descentralizado, y para ello solicita la supresión del artículo 44, sobre la Alta Inspección.*

*El señor Paños Martí defiende parte de las enmiendas del Grupo Popular. La número 42, al artículo 39, pretende que sea también competencia exclusiva del Estado la sanidad de las Fuerzas Armadas, tema sobre el que no se dice nada en la Ley, quedando, por consiguiente, fuera del contexto de la misma. Dado que en Comisión se hicieron manifestaciones por el ponente casi coincidentes con lo que él expresa, espera que en el momento de la votación se apoye su petición. En el mismo sentido parece que va la disposición final tercera, facultando al Gobierno para dictar un Real Decreto sobre organización de la sanidad de las Fuerzas Armadas. Las enmiendas 43, 44 y 46 tienden, al igual que otras defendidas anteriormente, a recoger en la Ley la terminología científica actual, en algunos casos contemplada ya en la Ley de Consumo.*

*Continuando la defensa de las enmiendas del Grupo Popular, interviene el señor Ruiz Soto. Alude a la inquietud que acerca de su porvenir sienten diversos profesionales de la sanidad, pretendiendo las enmiendas que ahora defiende asegurar los puestos de trabajo de estos profesionales, especialmente en los medios rurales, donde el médico es una institución muy querida y arraigada por la tranquilidad que da a los ciudadanos que allí viven. Tales profesionales tienen una dedicación permanente y su posible erradicación para trasladarlos a centros de salud ya ha ocasionado protestas y resistencia por parte de estos pequeños pueblos. Es por ello por lo que las enmiendas 452 y 454 de su Grupo, junto al reconocimiento a la labor de estos compatriotas, pretenden asegurar su permanencia en las zonas rurales.*

*En nombre del Grupo Mixto, el señor Bandrés Molet defiende brevemente las enmiendas que tiene formuladas. La primera de ellas, la número 33, al artículo 41, es de sustitución del párrafo primero por el texto escrito y conocido de todos. Se trata de una salvaguarda, que considera necesaria, de las diferentes atribuciones de las Comunidades Autónomas en materia de salud. Da lectura al contenido de la enmienda 34, al artículo 41.14, postulando la supresión de la frase «cuando las razones de interés general así lo aconsejen», por el peligro que supondría equiparar dicho interés general al del Estado, como ha ocurrido a lo largo de mucho tiempo con grave daño para todos.*

*En cuanto al artículo 42, en sus apartados 1, 2 y 3, propone que queden éstos simplificados sustituyéndolos por un solo apartado, a cuyo texto da lectura. Considera confusa la actual redacción del proyecto al referirse a servicios de salud no mencionados en la Ley hasta el presente artículo, además de aparentar contradicción con lo determinado después en el artículo 43.*

*Retira las enmiendas 37 y 43 y mantiene las números 38, 39 a 42 y 44, todas ellas al artículo 44. No repite sus textos por ser de todos conocidos al estar impresos. Solamente resalta que, a través de las mismas, se pretende salvar las desconfianzas a que antes se refería al hablar de intereses generales, o bien mejorar la redacción del artículo, con excepción de la enmienda 44, que propone un apartado 7 nuevo en aras a una mayor seguridad jurídica para los sujetos de esta Ley. Asimismo trata de evitar equívocos en el ejercicio de la alta inspección por parte del Estado en perjuicio de las Comunidades Autónomas.*

*En defensa de las enmiendas 608 a 612, del Grupo Centrista, interviene el señor Núñez Pérez. Manifiesta que la primera de ellas pretende la supresión de la frase «sin menoscabo» en el número 1 del artículo 41, así como dar nueva y más clara redacción a los números 5 y 6. Dado que se trata de resolver el tema de las competencias del Estado y las Comunidades Autónomas, considera que es el momento de establecer una distribución que evite el mayor número de conflictos en el futuro. Existen muchas competencias que son claramente atribuibles al Estado como hay otras, también, de clara atribución a las Comunidades Autónomas, y así debe recogerse en la Ley. En el artículo 44 pide la supresión de las letras d) y e) por considerar que se confunden en dichos apartados la inspección sanitaria con la financiera. El proyecto se refiere claramente a la primera y esto es lo que debe regularse en este artículo. Concluye pidiendo el voto favorable para sus enmiendas.*

*En nombre del Grupo Vasco, la señora Gorroño Arrizabalaga comienza defendiendo una enmienda por la que solicita la supresión íntegra del título objeto de debate, por entender que no se pueden dictar normas generales destinadas a delimitar las competencias de las Comunidades Autónomas cuya tarea compete al legislador constituyente. El tema ya fue contemplado también por el Tribunal Constitucional en su sentencia sobre la LOAPA. Agrega que el legislador ordinario no puede dictar normas meramente interpretativas que cierren el paso a otras interpretaciones posibles.*

*Se refiere después a la filosofía de las doce enmiendas parciales a este título, que van en la misma línea anteriormente expuesta de considerar que el mismo entraña una clara intromisión en lo que son competencias de las Comunidades Autónomas.*

*Concluye aludiendo al tema del médico rural, sobre el que a su Grupo le preocupa la doble dependencia que se sigue manteniendo en la Ley al hacerles depender, de un lado, de las Corporaciones locales, y, de otro, de la institución sanitaria, doble dependencia que ya ha originado graves problemas e incide negativamente en la labor a desarrollar por dichos profesionales.*

En nombre del Grupo Mixto, el señor Vicens i Giralt defiende las enmiendas números 196 a 201, a los artículos 41 a 44. Las dos primeras van dirigidas al artículo 41, números 2 y 5, y tienden a modificar la redacción actual para garantizar las competencias de las Comunidades Autónomas respetando lo establecido en sus Estatutos, para lo que es preciso concretar previamente las actuaciones a desarrollar por la Administración central del Estado. Las restantes enmiendas van dirigidas al artículo 44, relativo a la Alta Inspección, con la que muestra su desacuerdo total. La califica de buen ejemplo de desconfianza respecto a las Comunidades Autónomas, puesto que la redacción del artículo muestra la voluntad de atarlas corto para que no se desmanden en su actuación. Para ello acude al sistema de una doble inspección ordinaria confiando, naturalmente, la Alta Inspección a la Administración central. Consiguientemente, propone la supresión de diversos apartados del artículo en cuestión que, a su juicio, incurre incluso en inconstitucionalidad, citando en su apoyo la sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de abril de 1983.

En nombre de Minoría Catalana, el señor Gomis Martí señala que al presente título tienen formuladas trece enmiendas, cuya defensa realiza globalmente. Considera que el texto del proyecto menoscaba las facultades de las Comunidades Autónomas, confundiendo en algunos aspectos con el Real Decreto de noviembre de 1981, que fue contestado por todos los Grupos Parlamentarios, incluido el socialista. Agrega que esta Ley está llena de reservas a favor de la Administración central del Estado, encontrándose en el presente título el núcleo central de las mismas y que permitirá al Gobierno dictar por Real Decreto, e incluso por circular, la legislación básica en la materia. Estando de acuerdo en que se establezcan claramente las competencias correspondientes a la Administración central, entiende que ello no debe menoscabar el respeto a las competencias claramente definidas en los Estatutos autonómicos, que en estos artículos se limitan. Alude a la enmienda 930, al artículo 41.4, en cuyo apoyo cita sentencias del Tribunal Constitucional, y da por defendidas las restantes enmiendas al capítulo segundo.

En relación con el capítulo tercero, dice que el artículo 43.1 presupone que las Corporaciones locales tienen perfectamente fijadas sus competencias, cuando ello no es cierto, toda vez que la Ley de Bases de Régimen Local establece la legislación básica, pero su desarrollo y complementación corresponde a las Comunidades Autónomas, las cuales pueden y deben delegar, a su vez, en las Corporaciones locales, y en tal sentido va la enmienda 937. Señala que se están produciendo incoherencias fáciles de evitar y recuerda también que las Comunidades Autónomas están perfectamente capacitadas para determinar las obligaciones de los entes locales.

En relación con el capítulo cuarto, sobre la Alta Inspección, expresa su profunda preocupación y desacuerdo al igual que anteriores intervinientes. Cree que el artículo 44 no se ajusta tampoco a la doctrina del Tribunal Constitucional, además de establecer una inspección superpuesta, de alguna forma inútil y costosa.

En turno en contra de las anteriores enmiendas interviene, en nombre del Grupo Socialista, el señor Gimeno Martín. Expone que se hallan ante un título que, como en todas las leyes sectoriales, siempre da lugar a una alta polémica en relación con las competencias de las distintas Administraciones. Respecto a las intervenciones de algunos enmendantes, señala que ciertos Grupos quieren dar siempre la sensación de que ellos defienden las competencias autonómicas frente a la actitud del Gobierno y del Grupo Socialista apoyando mecanismos fundamentalmente centralistas. Cree que tal postura no responde a la realidad, como intenta demostrar al afirmar que en el presente título se define un modelo sanitario fundamentalmente autonomista y de acuerdo claramente con el Estado de las Autonomías que define nuestra Constitución. Como ejemplo cita el artículo 42, que señala expresamente como residuales en favor de las Comunidades Autónomas las competencias no atribuidas claramente al Estado, en un sentido completamente autonomista que se mantiene en el conjunto de la Ley.

Seguidamente se refiere a las intervenciones concretas de los enmendantes, fundamentalmente en la parte en que han acusado de centralista al proyecto de ley, manifestando que, ciertamente, el Legislativo ordinario no puede hacer la Constitución, pero si en ésta no se concretan específicamente las competencias de las distintas Administraciones, forzosamente el legislador deberá concretar lo que es legislación básica, como claramente ha determinado el Tribunal Constitucional. Por ello, frente a los que propugnan la supresión de este título sostiene que el mismo es absolutamente necesario en la Ley, definiendo las competencias, no de las Comunidades Autónomas, sino del Estado. Al Gobierno y al Grupo Socialista no les queda más remedio que recoger la doctrina del Tribunal Constitucional y así lo hacen en la Ley. No obstante, no adoptan una postura absolutamente cerrada y, así, presentan una enmienda transaccional a la 759, del Grupo Vasco, al artículo 46, propuesta que podría considerarse transaccional en relación con casi todas las intervenciones realizadas por los distintos Grupos Parlamentarios.

Contestando al señor Fernández Inguanzo, señala que la Alta Inspección, les guste o no, existe en el bloque constitucional sobre la materia sanitaria y, por ello, no hay otra solución más que mantenerla. En otro caso carecería de sentido incluso el artículo 155 de la Constitución, que regula la intervención del Estado en las Comunidades Autónomas. Con ello se recoge también, una vez más, la doctrina del Tribunal Constitucional en materia sanitaria.

Respecto a la petición del señor Paños Martí sobre la sanidad militar, considera que están todos de acuerdo sobre el fondo y por ello una disposición final prevé la homologación de estas formas de asistencia sanitaria.

En cuanto a la intervención del señor Ruiz Soto, le contesta que aquí se están defendiendo las competencias de los municipios, mientras que él reivindica y apoya las reclamaciones de los médicos rurales, que es cuestión completamente distinta. Hablaba el enmendante de que los médicos rurales están de servicio permanente y justamen-

te por ello los centros de salud sirven para que dichos médicos no tengan que estar las veinticuatro horas del día pendientes de su profesión, situación contra la que han protestado insistentemente. La solución al problema cree que no puede ser otra que el establecimiento de los centros de salud previstos en la Ley.

En turno de réplica intervienen los señores Fernández Inguanzo, Paños Martí, Ruiz Soto, la señora Gorroño Arribabalaga y los señores Núñez Pérez y Gomis Martí y duplica el señor Gimeno Martín.

Seguidamente se procede a las votaciones de las diversas enmiendas formuladas por los Grupos Parlamentarios, siendo todas ellas rechazadas, con excepción de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Socialista en relación con la número 759, del Grupo Vasco, al artículo 44.6.

Sometidos a votación los artículos 39 a 44, son aprobados conforme al texto del dictamen.

Página

**Artículos 45 a 89** ..... 11100

En defensa de las enmiendas del Grupo Centrista interviene el señor Núñez Pérez. Se refiere a la amplitud de este título, que abarca diversas materias y al que su Grupo mantiene las enmiendas que van de la número 608 a la 687. Debido al poco tiempo del que dispone no podrá exponer el contenido de cada una de ellas, por lo que las da por defendidas en los mismos términos expuestos en su día en Ponencia y en Comisión, centrando, por tanto, su intervención en dos temas concretos. El primero se refiere al artículo 45 y al capítulo primero de este título, que, en su opinión, es incompleto al no contemplar los centros privados, concertados o no, que también deben estar al Servicio de la Salud e integrados en el Sistema Nacional. De no considerarse dichos centros, la conclusión que se deduce es que el Sistema Nacional de Salud previsto en la Ley es el propio de un país subdesarrollado al que se destina un porcentaje del producto interior bruto muy por debajo de los países desarrollados de nuestro entorno. El propósito de sus enmiendas es la consecución de un sistema más eficaz y ajustado a la realidad en el que no se puede prescindir de la sanidad pública.

El segundo aspecto al que desea referirse es el de la financiación. Entiende que la Ley debe clarificar dicho sistema de financiación y resolver con claridad las relaciones y servidumbres de la política sanitaria en la Seguridad Social. El artículo 82 relaciona las cuotas de financiación para atender a las necesidades sanitarias, en contraposición, a su juicio, con las disposiciones adicionales primera y segunda.

A través de la enmienda 634, y con el propósito de dejar la cuestión claramente definida en la Ley, pide la supresión de toda referencia en el artículo 81 a los presupuestos de la Seguridad Social o, en otro caso, que a través de una disposición transitoria se establezca un calendario de coexistencia entre los dos modelos financieros incompatibles entre sí. Agrega que el juego previsto es que la Seguridad Social vaya perdiendo peso en la financiación de la sanidad hasta llegar a la total financiación de ésta por

el Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones locales, como reconoció el propio Ministro en la presentación del proyecto de ley, aunque luego tales ideas no se plasmasen en el texto articulado. Ya en años anteriores se habló de la irracionalidad del sistema de coexistencia de dos sanidades públicas, la del Estado y la Seguridad Social, con regímenes de personal y presupuestarios totalmente diferentes y con dos redes hospitalarias y ambulatorias ni siquiera complementarias, situación que es cada vez más insostenible y a la que hay que procurar dar solución. Añade que el presupuesto del Instituto Nacional de la Salud se halla congelado en términos reales desde 1978, dado que la Seguridad Social se ha visto acuciada por el desmedido incremento de las prestaciones económicas, especialmente como consecuencia del aumento del paro y la consiguiente reducción de los cotizantes. Esta situación se ha traducido en un paulatino deterioro de las instalaciones sanitarias y la prácticamente nula posibilidad de afrontar las inversiones para el mantenimiento y reparaciones precisas. En tal situación, el que en el artículo 81 se prevea como normal la financiación a través de cuatro Administraciones públicas demuestra la falta de racionalidad del proyecto de ley en esta materia, sin entrar en los previsibles conflictos de competencias y las dificultades de coordinación a que se dará lugar. Por ello parece una solución más racional el que el INSALUD se financie íntegramente con la aportación del Estado a la Seguridad Social, cuya cuantía, además, viene a ser equivalente al presupuesto de aquél. Solamente este año permitiría una gran racionalidad y una mejor asignación de recursos, con una enorme simplicidad burocrática.

En nombre del Grupo Mixto, y para la defensa de las enmiendas suscritas por el señor Pérez Royo, interviene el señor Fernández Inguanzo. Señala que son las enmiendas números 311 a 340. Analiza el contenido de los capítulos que integran el Título III del proyecto de ley, para agregar que se diseña un modelo o sistema nacional de salud en el que no se incluyen los centros privados, sistema que, además, se financiará mayoritariamente con las cuotas de los afiliados a la Seguridad Social y que no será universal ni gratuito en cuanto que se cobrarán tasas por algunos servicios, como tampoco será participativo, ya que dicha participación no existe, quedando en una simple declaración de buenas intenciones absolutamente insuficiente, a juicio de los Diputados comunistas.

Se extiende en el tema de la falta de participación de los usuarios en los órganos representativos y de control, así como la exclusión de las confederaciones sindicales en un sistema sanitario paradójicamente financiado fundamentalmente con las cuotas de los trabajadores y empresarios. Igualmente expone que el servicio sanitario público debe ser, a su juicio, suficiente y homogéneo y tendente a que todas las prestaciones se realicen a través de sus propios medios, por lo que considera que la inclusión de elementos del sector privado significaría introducir elementos mercantilizadores de la salud.

En relación con el tema de la coordinación general sanitaria sus enmiendas van encaminadas a evitar que se produzcan situaciones de centralismo y autoritarismo por

parte de la Administración central con respecto a las Comunidades Autónomas.

Acerca del procedimiento de financiación del sistema público de salud señala que el proyecto articula un sistema mixto a través de aportaciones del Estado, cotizaciones de los trabajadores y tasas. La conclusión es que no se diseña un sistema universal ni gratuito, sino otro distinto en el que el Estado financiará la beneficencia y las cuotas de los asegurados el resto. Califica de regresiva la aplicación de tasas por la prestación de determinados servicios y no acepta que se justifique en base a la crisis económica, por tratarse de un gasto social que debe tener preferencia sobre otros gastos estatales. Postula también que la financiación de los servicios públicos de salud se atienda exclusivamente con cargo a los presupuestos de las distintas Administraciones públicas, y en este sentido mantiene las enmiendas correspondientes.

Respecto al tema de personal regulado en el capítulo sexto manifiesta que persiste una dualidad de situaciones administrativas del personal y que tampoco se contempla la participación de éste en la elaboración del estatuto marco. Para garantizar los derechos y deberes de estos trabajadores presenta las oportunas enmiendas.

Asimismo en nombre del Grupo Mixto, el señor Bandrés Mole defiende de manera simplificada las numerosas enmiendas presentadas. El artículo 46 lo enmienda en el sentido de establecer el principio de asistencia universal que forma el núcleo de su filosofía respecto de esta Ley. En el artículo 47 pretende incorporar la gratuidad de las prestaciones, fijando el plazo de cinco años para que el sistema se financie en exclusiva a partir de medidas fiscales impositivas.

En el artículo 48 propone que se despeje la inseguridad que da lugar el texto actual, para lo que pide la participación de un representante de cada Comunidad Autónoma en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud y la fijación de siete miembros en representación de la Administración del Estado para evitar centralismos. También se pretende en dicho artículo ampliar la participación de las organizaciones empresariales y sindicales, aludiendo a criterios de proporcionalidad a tenor de la legislación vigente. Con la enmienda 50, al artículo 50, que da por defendida, se trata de salvaguardar los derechos estatutarios de las Comunidades Autónomas. Igualmente da por defendida la enmienda 51, que postula la sustitución de tres apartados del artículo 51.

Las enmiendas 52 y 53, al artículo 52, pretenden establecer una clara determinación de competencias entre las diferentes Administraciones con un texto más claro y eficaz que el del dictamen. Igualmente tiene sentido autonómico la enmienda 55, al artículo 56. Enumera las restantes enmiendas a los diversos artículos y cuyo contenido da por conocido a través del texto escrito de las mismas, siendo el propósito de ellas en numerosos casos la búsqueda de una redacción más clara que la del proyecto de ley.

Se suspende la sesión a la una y veinte de la tarde.

Se reanuda la sesión a las cuatro de la tarde.

En defensa de las enmiendas del Grupo Popular interviene

el señor Ruiz Soto. Señala que el Título III de la Ley que ahora se debate es seguramente el más importante de la misma. Dado que dicha Ley afecta a la salud de todos los españoles, debe procurarse por todos lograr el mejor sistema para la conservación de aquélla, y a tal finalidad responden las enmiendas a las que a continuación se refiere. Destaca la importancia de algunas de ellas, como, por ejemplo, las relativas al concepto de sanidad privada, que reitera es tan amplio, que no incluye sólo a la que tiene ánimo de lucro, toda vez que existen instituciones privadas de tipo benéfico y es conocido igualmente que las Diputaciones y Ayuntamientos tienen extraordinarias organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro al servicio de los españoles, algunas de ellas concertadas con la Seguridad Social. Tiene, por otra parte, determinadas ventajas esta sanidad, como ocurre con la posibilidad de estar al día cubriendo las plazas que atiendan a nuevas especialidades y que en el sector público no se puede realizar de forma inmediata al tener que cumplir unos procedimientos concretos de selección del personal.

Se refiere, asimismo, al tema de los colegios profesionales como instituciones reconocidas por la Constitución y que en esta Ley prácticamente han desaparecido, cuando resulta que realizan funciones puramente técnicas que afectan a la salud y a la asistencia de todos los españoles. Considera que no se puede hacer una Ley de Sanidad sin tener en cuenta a los sanitarios, como ya ha dicho en numerosas ocasiones, ya que ello sólo conduciría al fracaso de la propia Ley.

En el capítulo tercero se habla de las prestaciones sanitarias públicas y de la gestión unitaria y, una vez más, propone que se contemple a las instituciones privadas, ya que en otro caso, no cabe hablar de gestión integral de la sanidad.

A continuación se refiere a los hospitales privados con normativas de funcionamiento más ágiles que las relativas a los públicos y cuya existencia considera que no puede menospreciarse en la Ley.

Alude al tema de los conciertos, aceptando que se establezcan medidas fiscalizadoras restrictivas en relación con los hospitales sujetos a los mismos; medidas fiscalizadoras que, sin embargo, debieran extenderse también a los públicos, a la vista de los resultados que han puesto de manifiesto algunas auditorías realizadas acerca de su funcionamiento. Es decir, que está de acuerdo con el sistema de control y vigilancia, pero no sólo para los hospitales concertados sino también para los públicos. En resumen, trata de mostrar su conformidad con la idea de fiscalización, pero siempre que ésta sea igual para todos, ya se trate de hospitales privados o públicos.

En relación con el capítulo de la financiación se refiere al Plan integral de Salud contenido en el programa del Grupo Popular para destacar las diferencias que existen en relación con el proyecto socialista. Califica a éste de más farragoso y de desconfianza hacia las autonomías. Concluye afirmando que no se podrá contar con una Ley general moderna mientras se insista en el mantenimiento del sistema de financiación existente hasta ahora, constituido básicamente por las cotizaciones contra las que

existe un clamor por parte de las organizaciones empresariales. Se trata aquí, no ya de razones sanitarias, sino de política económica. Se procura, por otra parte, financiar el sistema de salud a través principalmente de las cotizaciones de empresarios y trabajadores cuando no todos los españoles beneficiarios son trabajadores empresarios. Se establece, además, un sistema de cuota mensual o de iguala para aquellos que no son trabajadores empresarios, sistema que califica de totalmente anticuado y socialmente injusto y que va a impedir que el Ministerio de Sanidad pueda confeccionar sus presupuestos, quedando a expensas de las decisiones del Ministerio de Trabajo y de los economistas. Con ello es evidente que no se considera una sanidad buena y que agrade a los usuarios. Expone las soluciones que al respecto se contienen en el proyecto alternativo del Grupo Popular, para concluir lamentando las agresiones que, a su juicio, se han venido cometiendo contra las profesiones sanitarias.

La señora Gorroño Arrizabalaga defiende las enmiendas del Grupo Vasco (PNV), esperando conocer en relación con algunas de ellas la posición del Grupo Socialista a la vista del ofrecimiento del señor Ministro sobre su posible consideración en el Senado. Concreta, por tanto, su intervención en relación con los artículos 68 y 72, de gran importancia para cuestiones tan fundamentales como la calidad de la asistencia para los usuarios. Se muestra conforme en general con el artículo 68, salvo en la cláusula que establece «si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten», por considerar que puede darse prioridad a tales disponibilidades por el hecho concreto de la justificación de las necesidades asistenciales. Por otra parte, para que prime auténticamente la calidad asistencial debieran realizarse algunas modificaciones en los artículos citados, ligados entre sí.

Respecto al tema de la financiación se establecen dos tipos, que son los Presupuestos Generales y los de la Seguridad Social, sobre cuyo particular el Grupo Vasco recuerda la especificidad de la disposición transitoria quinta del Estatuto de Guernica, que trata de los conciertos económicos con la Seguridad Social. Por último, da por defendidas las restantes enmiendas presentadas.

En nombre de la Minoría Catalana, el señor Gomis Martí defiende conjuntamente todas las enmiendas presentadas a este título, mostrando en primer lugar su discrepancia con el artículo 47, y en concreto con la expresión «dispositivo único» de su párrafo tercero. Considera que no se puede hablar de dispositivos únicos cuando la Ley establece múltiples servicios de salud.

Respecto al artículo 48, sobre el Consejo Interterritorial, entiende que éste debe ser órgano de comunicación e información y que no puede ni debe realizar las actividades de gestión que el proyecto le adjudica. También se propone la inclusión en dicho Consejo de las corporaciones profesionales sanitarias por considerar su asesoría importante y necesaria.

En cuanto al capítulo segundo, todas las enmiendas de su Grupo se fundamentan en la consideración de básicas en relación con las materias reguladas en el mismo, ya que

en otro caso se afectaría a la organización sanitaria de las Comunidades Autónomas. Se extiende en la exposición de este tema y en la doctrina establecida por el Tribunal Constitucional, para concluir manteniendo sus propuestas.

Acerca del artículo 73, relativo a la elaboración y aprobación de la planificación general sanitaria, considera que encubre de alguna manera una delegación legislativa al Gobierno para realizar la misma. Ello daría lugar a una situación de dudosa constitucionalidad, a su juicio, por entender que tal competencia corresponde a las Cortes. Igualmente mantiene diversas enmiendas sobre el tema de la financiación, en base principalmente a la confusión o inconcreción grave de algunos de sus preceptos y a las limitaciones que se establecen para las competencias de las Comunidades Autónomas, como trata de demostrar al analizar el contenido de los artículos 83 a 85 del proyecto. Por último, pretende que en el artículo 87 se establezca un régimen aplicable a todo el personal sanitario con el consiguiente respeto de los derechos adquiridos y el mantenimiento de las competencias de las Comunidades Autónomas.

En turno en contra de las enmiendas al Título III de la Ley interviene, en primer lugar y en nombre del Grupo Socialista, el señor De Vicente Martín. Expone la imposibilidad de contestar individualizadamente a los enmendantes, por lo que lo hará de una manera global y en la respuesta podrán entender éstos lo que a cada uno le afecta.

Señala que el Servicio Nacional de Salud es una idea fuerte en el sistema sanitario, que expresa la voluntad de los poderes públicos de llevar adelante, desde un dispositivo único, las respuestas a las necesidades sanitarias de la población asistencial. A la vista de la Constitución considera que ello es posible en nuestro país; se trata, incluso, de adecuarse a la Constitución. Respecto a la acusación de falta de participación de los usuarios, se consideraría fracasado en alguna medida si después del detenido estudio de toda la regulación relativa a los Consejos de Salud y de área se confirmase que tal participación no existe. Contrariamente, afirma que existe participación, como también existe gratuidad, de la que igualmente se ha hablado. Si se mencionan las tasas es en relación con determinados segmentos de la población que en una situación de crisis económica dispone, sin embargo, de suficientes medios para acceder a ella. Expone que la idea del Sistema Nacional de Salud contenida en el proyecto de ley implica un concepto fundamentalmente sociológico y funcional, carente de personalidad jurídica.

Respecto a las manifestaciones del señor Ruiz Soto en relación con las entidades sanitarias privadas señala que el más mínimo rigor intelectual impide que se diga lo que él ha afirmado anteriormente. Agrega que cuando el enmendante habla de que se incluya en el sistema sanitario no sólo al sector público, sino también al privado, demuestra ser un estatalista a ultranza. Justamente porque quiere la libertad del sector privado se regula en la Ley, pero sin incluirlo en el Sistema Nacional de Salud, porque no se pretende ni nacionalizarlo ni estatalarlo. Si lo que el enmendante pretende es la socialización de no pocas pér-

didadas de los hospitales privados, le pide que lo diga claramente. Se ha invocado la mejor capacidad de gestión de estos hospitales sobre los públicos, cuando en unos y otros hay ejemplos de todo. Frente a tal postura, puede afirmar que la historia demuestra que algunos hospitales privados no aportan la calidad, sino, antes al contrario, son la marginalidad del sistema sanitario. Ciertamente que existen hospitales privados muy meritorios, y para ello es plenamente válida la idea de la vinculación, pero no para los otros. Se ha mencionado que los hospitales públicos tardan mucho en contratar al personal, calificándolos de burocratización y afirmando que los hospitales privados introducen las innovaciones con anterioridad a los públicos. Reconoce tal afirmación en relación con no pocos casos de iniciativa privada con sentido plenamente sanitario, pero también debe considerarse lo que pudiera llamarse el espacio económico del empresario.

Sobre la no participación de los colegios profesionales en el Consejo Interterritorial expone que para comprar aparatos y medicamentos están los empresarios hospitalarios y no los asalariados, que no realizan tal labor. Sobre que no se menciona a los colegios profesionales señala que no existe motivo para ello, puesto que no se trata de una ley de colegios profesionales. Reconoce que estos colegios tienen un importante papel que cumplir, aunque tal papel deba ser objeto de actualización, tema que tampoco debe ser objeto de este debate.

En relación con la intervención de la señora Gorroño manifiesta que en la materia no básica él se encuentra donde estaba la semana pasada, con lo que cree que le entiende la enmendante.

Respecto al tema de la calidad, expone que en los artículos 76 y 77 se halla regulada de manera inequívoca. Al señor Gomis le manifiesta, por último, que es ocioso insistir en lo ya señalado respecto a los temas básicos y no básicos, pero, en última instancia, sí quiere decirle claramente que no existe desconfianza hacia las Comunidades Autónomas.

Termina el turno en contra de las enmiendas al Título III, en nombre del Grupo Socialista, el señor Gimeno Martín, centrándose en el tema financiero de la sanidad. Expone que el binomio Presupuestos Generales-Seguridad Social en que se apoyan algunos Grupos para calificar a la Ley de buena o mala es un binomio falso, ya que no es este el aspecto fundamental para valorar el conjunto de la misma. Añade que al aprobarse cada año los Presupuestos Generales del Estado y los de la Seguridad Social se conocen las cantidades destinadas a la sanidad, si bien lo importante no es esto, con serlo mucho, sino cómo se distribuye ese dinero, que es la idea clave del tema financiero. Expone a continuación los sistemas aplicados en otros países donde se siguen modelos distintos entre sí, demostrando la experiencia que no se puede adoptar una posición dogmática y calificar de mejoras a uno u otros sistemas, cuestión por otra parte que no es el problema de fondo que ahora se discute. El problema de fondo es que, comparando las aportaciones del Estado a la sanidad y lo que ésta cuesta respecto a las transferencias de que hoy disponen las Comunidades Autónomas, se llegara a la

conclusión de que no es posible afrontar debidamente el tema de la financiación sanitaria si no se hace de forma global y a la vista de las limitaciones financieras de las aludidas Comunidades. Reitera que la mayor importancia del tema está en la forma en que se distribuye el dinero sanitario, para añadir que ello se hace siguiendo dos criterios importantes, como son el de la población y el de los desequilibrios territoriales, toda vez que en realidad no se puede hacer de otra manera, salvo que se deseara contribuir a aumentar los desequilibrios ya existentes entre las regiones. Se refiere, por último, al capítulo de personal, sobre el que todos los Grupos coinciden en la misma postura de defender una relación estatutaria general para el personal sanitario de la Seguridad Social, con excepción del Grupo Popular, que desearía contar con diversos estatutos específicos.

En turno de réplica intervienen los señores Fernández Inguanzo, Ruiz Soto, la señora Gorroño Arrizabalaga y el señor Gomis Martí y duplica el señor De Vicente Martín. seguidamente se procede a las votaciones de las numerosas enmiendas presentadas al Título III, siendo todas ellas desestimadas.

Sometido a votación el texto del dictamen correspondiente a dicho Título III, es aprobado por 167 votos a favor, 40 en contra y dos abstenciones.

Página

**Artículos 90 a 96** ..... 11123

En nombre del Grupo Popular, el señor Ruiz Soto retira todas sus enmiendas a estos artículos correspondientes al Título IV.

En nombre del Grupo Mixto, el señor Fernández Inguanzo mantiene las enmiendas suscritas por el señor Pérez Royo.

El señor Gomis Martí mantiene, asimismo, las enmiendas de Minortía Catalana.

En nombre del Grupo Centrista defiende las enmiendas presentadas el señor Mardones Sevilla.

El señor Bandrés Molet, del Grupo Mixto, defiende todas las enmiendas por él presentadas a los artículos de la Ley pendientes de debate.

En nombre del Grupo Vasco, la señora Gorroño Arrizabalaga da por defendidas sus enmiendas.

En turno en contra de las enmiendas al Título IV de la Ley interviene, en nombre del Grupo Socialista, el señor Palacios Alonso, que, al mismo tiempo, expone la posición de dicho Grupo en favor del dictamen.

Se someten a votaciones diversas las enmiendas de los Grupos Parlamentarios al Título IV de la Ley, siendo rechazadas todas ellas.

Sometidos a votación los artículos 90 a 96, correspondientes al Título IV, según el texto del dictamen, fueron aprobados por 168 votos a favor, 42 en contra, una abstención y seis nulos.

Página

**Resto del articulado** ..... 11130

*El señor Ruiz Soto interviene en defensa de las enmiendas del Grupo Popular a este Título.*

*La señora Gorroño Arrizabalaga pide que se sometan a votación las enmiendas del Grupo Vasco (PNV).*

*El señor Gomis Martí defiende las enmiendas de Minoria Catalana.*

*El señor Fernández Inguanzo defiende las enmiendas del Grupo Mixto suscritas por el señor Pérez Royo.*

*En nombre del Grupo Centrista, el señor Mardones Sevilla defiende las enmiendas presentadas.*

*En turno en contra de las anteriores enmiendas intervienen, en nombre del Grupo Socialista, los señores Díaz Sol y Gimeno Martín.*

*Se someten a votaciones diversas las enmiendas de los Grupos Parlamentarios, desde el Título V hasta el final de la Ley, siendo todas ellas desestimadas.*

*Sometido a votación el texto del dictamen del citado Título V hasta el final del proyecto de ley, es aprobado, conforme a dicho dictamen, por 165 votos a favor, 38 en contra y tres abstenciones.*

*Seguidamente se procede a la votación de diversas enmiendas presentadas por los Grupos Parlamentarios al título de la Ley y a la exposición de motivos, que son, asimismo, rechazadas.*

*Sometida a votación la exposición de motivos, se aprueba por 169 votos a favor, 32 en contra y una abstención conforme al texto del dictamen.*

*El señor Vicepresidente (Torres Boursault) anuncia que la votación final y de conjunto, en la medida en que el proyecto de ley contiene disposiciones de naturaleza orgánica, tendrá lugar el próximo martes, día 12, a partir de las cinco de la tarde.*

*Asimismo, anuncia el señor Vicepresidente que la Comisión de Presupuestos se reunirá a partir del próximo martes para dictaminar el proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1986. El Pleno celebrará sesiones igualmente el próximo martes y el miércoles por la tarde.*

*Se levanta la sesión a las ocho y diez minutos de la noche.*

*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 (continuación)

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señorías, se reanuda la sesión.

Proseguimos el debate del dictamen de la Comisión de

Política Social y de Empleo sobre el proyecto de Ley General de Sanidad.

La Presidencia, oída la Junta de Portavoces y en ejercicio de sus facultades de ordenación del debate, ha dispuesto que el resto de la tramitación de este proyecto sea por títulos.

Proseguimos, pues, con el debate de la parte restante del Título I, que comprende los artículos 16 a 38, ambos inclusive.

Enmiendas a la parte restante del Título I, del Grupo Parlamentario Vasco (PNV). Para su defensa tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, en este Título I, que consta de los capítulos segundo, tercero, cuarto y quinto, nuestro Grupo se va a centrar, sobre todo, ya que se va a discutir por Títulos, en el capítulo quinto, «De la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva», no sin antes hacer mención a dos enmiendas —las otras las considero defendidas en sus propios términos— que pertenecen al capítulo segundo. Una de ellas se refiere a las actuaciones sanitarias del sistema de salud.

El artículo 16 viene a regular cómo las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud, «desarrollarán las siguientes actuaciones», y a continuación cita un total de quince. Pues bien, el número 7, que dice: «Los programas de orientación familiar en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes», nosotros lo ampliamos haciendo mención a lo que es la geriatría y el capítulo infantil.

Entendemos que todo Estado que se precie de prestar servicios sociales, al igual que los de la órbita europea, debe tener mucha sensibilidad ante lo que supone la geriatría, la tercera edad y la infantil. Por tanto, hacemos una llamada a la sensibilidad de las Administraciones públicas en este artículo 16, relativo al desarrollo de actuaciones de dichas Administraciones públicas. Desearíamos ampliar este apartado en tal sentido.

En el capítulo tercero, «De la salud mental», nuestra enmienda 741 va en la línea de la especial atención que requiere la salud mental, sobre todo en la edad infantil, pues entendemos que es quizá el meollo o el inicio de todos los males posteriores, y de ahí la necesidad de un seguimiento con personal especializado, que debe figurar en este capítulo, el cual no recoge específicamente la edad infantil en la salud mental.

Como decía al principio, el capítulo quinto, que trata de la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, nuestro Grupo, al igual que el proyecto, considera dicho capítulo muy importante.

En la disposición adicional sexta, el Grupo Socialista y el Gobierno consideran los artículos 21, 22 y 29 como orgánicos, lo que jurídicamente, aunque sea un tratamiento extraño, tiene sus precedentes en leyes ordinarias, en las que hay ciertos artículos orgánicos. Pero, resuelto el caso de los artículos 21, 22 y 29, nuestro Grupo entiende que los preceptos de todo este capítulo, sobre todo los artículos 21, 22, 26.1 y 29, han de ser mantenidos como or-

Artículos  
16 a 38

gánicos, si bien a la espera de la correspondiente ley orgánica, en la que se arbitre el obligado sistema de garantías personales.

¿Por qué pensamos esto? Como ya venía diciendo, en este capítulo quinto, «De la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva», están regulados los derechos fundamentales, que pueden ser tanto personales como colectivos, y por una autorización administrativa en ciertos casos, como urgencia forzosa, reconocimiento, tratamiento, incluso hospitalización o vigilancia, pueden ser llevados a cabo. Por tanto, no sólo se requiere la salvaguarda de que sean considerados artículos orgánicos, sino que una ley orgánica que garantice o arbitre el obligado sistema de las garantías personales que ampare en conflictos indeterminados, como son los del artículo 21, cuando ello sea necesario por razones de necesidad y urgencia sanitarias.

El artículo 22 dice que: «Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o vigilancia», las cuales son medidas autoritarias que pueden alterar lo que son las libertades colectivas, máxime en estos momentos en que se habla de los grandes problemas que tiene la sociedad norteamericana con el SIDA y los graves conflictos colectivos que está creando en diversos Estados de Norteamérica. Por tanto, en este capítulo se deja una puerta abierta a ciertas intervenciones que muchas veces no pueden ser controladas. Quizá en la ley se pueda decir que, al tratarse de artículos orgánicos, esos derechos fundamentales sí que están amparados. Sin embargo, en todas estas leyes el peligro que entrañan son quizá esas pequeñas parcelas de poder, por lo que algunas Administraciones, haciendo uso de esta ley, pueden llevar a situaciones muy injustas y a quebrantar lo que son los derechos fundamentales y colectivos.

Ante la importancia que nosotros atribuimos a todo este capítulo quinto, pretendemos, con una enmienda al artículo 29, que se suspenda la aplicabilidad de esas medidas excepcionales en tanto no se promulgue una ley orgánica en la que se arbitre el obligado sistema de garantías personales.

Tales son nuestras enmiendas, englobadas en esta filosofía.

Mantenemos también otras varias enmiendas a este capítulo quinto, pero ya son puntuales, competenciales, y considero que están suficientemente explicadas en el texto de las mismas. Por tanto, las sometemos directamente a votación.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular al Título I. El señor Paños tiene la palabra.

El señor PAÑOS MARTI: Con la venia, señor Presidente, señorías. Continuamos con el debate del Título I, que trata del sistema de salud, y del capítulo segundo, que trata de las actuaciones sanitarias de la salud.

Debatiendo artículos anteriores, en un momento dado

se me agradeció por parte del portavoz del Grupo Socialista el haber reconocido que este proyecto de ley, en su artículo 16.11, hablaba del desarrollo de los servicios veterinarios. Y fue un error de interpretación que me sirve ahora para empalmar la defensa de las enmiendas que presentamos a este capítulo, aunque yo también agradezco su gratitud expresa.

Lo que yo decía es que este artículo 16.11, que efectivamente habla de los servicios veterinarios por una enmienda introducida en Comisión por el Grupo Popular, habla de los mismos «en función de lo que se determina en esta ley», y resulta, señorías, que en esta ley no se determina absolutamente nada sobre las actuaciones de estos servicios, como veremos a lo largo de la exposición que pienso hacer respecto al capítulo segundo.

Hecha esta introducción, tengo que decir que mantendremos todas las enmiendas presentadas dándolas por defendidas, a excepción naturalmente de la 407, que fue admitida, y de la 431, que se refiere a la protección, promoción y desarrollo de la salud bucodental, pues ya en Comisión el Diputado señor Ruiz Soto lo dejó a la intención del Grupo Socialista, toda vez que ha sido promovido el proyecto de ley de odontología.

Nuestras enmiendas a este capítulo, en general, tienen dos fines. Uno de ellos, como es lógico, la mejora de la ley —evidentemente, sin ninguna intención política—, la mejora terminológica, mejora técnica, mejora científica, mejora de expresión y congruencia con la terminología que se utiliza en la Comunidad, donde dicen que vamos a ingresar, con la terminología que se utiliza en la Organización Mundial de la Salud e incluso congruencia con nuestra propia legislación, que viene en unos términos totalmente distintos a los que figuran en la ley. Naturalmente, si estas correcciones se nos aceptan, entenderemos que existe la intención de hacer una buena ley, dentro de lo que la limita el proyecto que estamos discutiendo; si no se nos aceptan, habrá que pensar en otra intención. Yo no lo veo así. Creo que, por el procedimiento que sea, podríamos llegar a un entendimiento, porque ya anunció el señor Ministro que entre este trámite y el del Senado trataría de acercar los criterios de nuestro Grupo y los del Grupo Socialista, lo que se traduciría en la mejora de esta ley.

Así, la enmienda 408 se refiere al punto 9.º del artículo 16, que habla del control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios. Señores, yo creo que en este momento una ley no se puede limitar a hablar de productos alimentarios, en principio porque no creo que ningún técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo haya dado este dato, pues no es de uso corriente en ninguna esfera o área de la salud. Nosotros pretendemos que se enmiende este punto introduciendo las palabras «alimentos, productos alimenticios y alimentarios», tal como viene redactado en el Código Alimentario español, tal como viene en las directivas y en las reglamentaciones de la Comunidad Económica Europea, tal como viene cuando se determinan y definen las especialidades sanitarias de la CEE y tal como viene en los distintos escritos que señalan los cometidos comunitarios de

la veterinaria, de los servicios de la salud y de los servicios de higiene y alimentación. De este modo quedaría más perfecto. Se trata, sencillamente, de sustituir «productos alimentarios». Realmente entiendo yo que si esta modificación no se acepta no hay que pensar nada más que en una falta de información, en que es una sinopsis de lo que quiere decir. Sin embargo, en caso de que no se acepte esta enmienda, habría que pensar que existen algunas causas ocultas —no creo que las haya— para no poner la expresión «productos alimentarios», lo que sería tanto como referirse al envasado del tomate y no al tomate.

Por otra parte, siguiendo con la exposición, la enmienda 412 es sencillamente una adición, que también el Diputado Ruiz Soto en Comisión casi dejó a criterio del Partido Socialista, porque se trata de que, siendo lo que discutimos los principios generales no concretados a ninguna actuación determinada, en el sentido de que esta ley quiere tener la tendencia de básica, se introduzca la importancia de la hidrología, ya que no hay ningún país europeo, al menos del que yo haya tenido referencia, que no considere en sus normativas sanitarias el problema de los balnearios, de las aguas termales, porque hoy es uno de los procedimientos modernos, no tradicionales, que se utilizan en la salud pública.

La enmienda 431, al artículo 29, tiene también, no quisiera decir cierto trasfondo, pero sí cierta importancia. Nosotros no entendemos el texto del artículo 29, y nadie lo entenderá cuando habla de las enfermedades transmisibles, para adoptar las correspondientes medidas de control de los enfermos y de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos.

Señorías, lo único que se pide es que esta ley la redacte el Gobierno y no el Ministerio de Sanidad y Consumo, porque resulta que ustedes eluden la competencia del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación en materia de sanidad animal. Cuando ustedes hablan de enfermedades transmisibles están olvidando, están ignorando —no en el sentido del calificativo ignorantes— que tradicionalmente y en todos los países, según el Comité de Expertos de la Comunidad, existen dos sanidades distintas que se conjuntan en un bien último que es la salud del hombre: una es la sanidad animal y la otra es precisamente, desde el punto de vista de salud pública, la que se refiere a lo que todos denominamos zoonosis.

No pueden ir estos dos Ministerios por rumbos distintos; imposible. De hecho no irán. Ya se puede escribir aquí lo que se escriba, que el Ministerio de Agricultura ha tenido siempre la competencia de la producción animal sana, y el Ministerio de Sanidad tiene competencia únicamente cuando el animal se ha convertido en alimento a través de la inspección y el control de esos alimentos para evitar la transmisión de enfermedades al hombre. Lo único que se pide, señores, es bien sencillo. Piensen ustedes en los últimos casos de rabia en Melilla, que no tuvieron mucho eco en la prensa, donde por una falta de coordinación entre ambos Ministerios cinco hombres cayeron enfermos de rabia. ¿Por qué? Porque no se había aplicado lo que actualmente está previsto en la Ley de

Epizootias y lo que es en este momento la Ley de Bases de Sanidad de 1944; ya se establecía con esto un nuevo sistema de ignorancia de un Ministerio a otro.

Lo que hacemos es, sencillamente, un llamamiento a la congruencia dentro de esta ley, que creo que mejoraría muchísimo sólo con aceptar la ordenación conjunta de estos temas por los Ministerios de Sanidad y Consumo y Agricultura.

Mantenemos la enmienda 432 y la 435, como es lógico. Se ha hablado aquí muchísimo por nuestro portavoz, el señor Ruiz Soto, y por el Grupo Socialista de la libertad, la equivalencia, la homologación de libertades. Señores, más justicia, más homologación, que considerar que el condicionamiento que regula la sanidad pública debe ser aplicado a la sanidad privada y no distinto, pienso que no la hay. Creo que es una aplicación sensata dentro del concepto de libertad, dentro del concepto de homologación y dentro del concepto de equilibrio de la justicia distributiva de las normas legislativas.

La enmienda 437 es casi de léxico; no nos parece bien que se diga en el texto «tomar o sacar muestras». Si se va al Diccionario de la Real Academia, sabemos que sacar es extraer una cosa, pero en la terminología médica, en la terminología sanitaria, no se dice «sacar sangre». Esta expresión se emplea por la gente normalmente, es corriente; no cabe duda de que es castellano, pero proponemos la supresión de la expresión «o sacar» con el fin de mejorar el texto. Si quieren podemos decir tomar o sacar muestras, tal y como se señala en el texto al principio, pero esta expresión no es propia de una ley de esta altura y de esta categoría. No ponemos mucho énfasis, pues como ustedes comprenderán, no tiene importancia de fondo, pero allá el responsable de mantener este léxico.

La enmienda 440 es sencillísima de mantener; se justifica por un criterio de seguridad jurídica. Por ello, para dar seguridad jurídica, las infracciones leves, graves y muy graves deben tipificarse por disposición con rango de ley formal.

Creo, señor Presidente, que con esto terminamos el Título I. Dicho Título llega hasta el artículo 39, ¿no es así?

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Hasta el 39 exclusive.

El señor PAÑOS MARTI: Nada más, señor Presidente, muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto suscritas por el señor Pérez Royo.

El señor Fernández Inguanzo tiene la palabra.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Señor Presidente, el señor Pérez Royo ya ha defendido el Título I completo.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto suscritas por el señor Bandrés. El señor Bandrés tiene la palabra.

El señor BANDRES MOLET: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, intervengo brevemente para defender las enmiendas presentadas a este Título a partir del artículo 16, representando a Euskadiko Ezquerria.

La enmienda 25, al artículo 16.3, trata de añadir el siguiente párrafo: «La superposición, conexión y continuidad de las acciones asistenciales y de rehabilitación con programas de actuación para la reinserción social del individuo enfermo en la Comunidad». El motivo de esta enmienda está claro: se trata de dar una mayor importancia en la reinserción social, en este caso del enfermo, como objetivo de primer orden. Creemos que la redacción que proponemos recoge mejor el sentido del dictamen a este propósito.

La enmienda 26 se dirige al número 7 del artículo 16 y pretende sustituir la expresión «Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes» por otro texto que diga: «Los programas de contracepción y orientación sexual y la prestación de los servicios correspondientes». Sabemos que el sexo y la familia tienen mucho que ver. El origen de la familia está, evidentemente, en la pareja, pero creemos, como dice la motivación escrita, que por fortuna no se exclusiviza la sexualidad en la institución familiar y por eso nos parece más acertada la redacción que proponemos.

La enmienda 27 queda retirada porque su texto ha sido aceptado, aunque por un error no la retiramos en su momento y lo hacemos ahora.

La enmienda 28, al artículo 18, pretende una adición al número 3 en la forma que aparece escrita en nuestro texto. Consideramos que el texto que proponemos recalca mejor la línea terapéutica y asistencial más adecuada.

La enmienda 29 incide en el artículo 25.2 y añade un inciso entre las expresiones «tráfico de bienes» y la frase «cuando supongan un riesgo o daño para la salud». Nuestro inciso es el siguiente: «... así como para el desarrollo de actividades, ...». Se trata de ampliar el campo en que puedan limitarse actividades por razones de salud pública.

La enmienda 30, al artículo 27, es de carácter terminológico y no tiene mayor importancia. Se trata de sustituir la palabra «limitar» por «atajar». No es que sea una palabra de mi personal gusto, pero creo que es una expresión más determinante, más drástica que la que aparece en el texto y que refleja mejor la propia finalidad del artículo.

La enmienda número 31 es de adición al artículo 30.1, y pretende añadir la expresión «totales o parciales» después de «modificaciones» y antes de «que respecto». La motivación es una mayor garantía de control.

Finalmente, señor Presidente, nuestra enmienda 32, al artículo 30.2, trata de sustituir el texto actual por otro que diga: «La previa autorización administrativa se referirá también a las operaciones de calificación, acreditación y registro del establecimiento. Las normas relativas a clasificación, registro y autorización serán establecidas por la Administración del Estado y/o de las Comunidades Autónomas en el marco de sus respectivas competencias».

Es una enmienda de contenido autonómico que trata de evitar la invasión de competencias de las Comunidades Autónomas, en nuestro caso concreto de la Comunidad Autónoma vasca, y lo hacemos por respeto a los Estatutos autonómicos, y muy en concreto del de Guernica, que prevé competencia plena en esta materia.

Esto es todo, señor Presidente, muchas gracias.

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

Para la defensa de las enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana, tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Señor Presidente, señorías, mantenemos todas las enmiendas a este título, pero defenderé tan sólo las más significativas de cada uno de los capítulos. (*El señor Vicepresidente, Verde i Aldea, ocupa la Presidencia.*)

En el capítulo tercero, «de la salud mental», el artículo 18.2 dice textualmente: «La hospitalización de los procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales». Es evidente, en primer lugar, que no corresponde a una ley básica la determinación específica de los lugares de internamiento de los enfermos mentales. Dicha competencia, en todo caso, debe corresponder a las Administraciones públicas que gestionen y organicen dicho sistema sanitario. De ahí el sentido de nuestras enmiendas al presente capítulo y de ahí que ya en Comisión tratásemos de introducir —sin éxito, evidentemente— un añadido al apartado del artículo objeto de este debate que diga: «Los servicios de asistencia psiquiátrica existentes estarán contemplados para su utilización conjunta y coordinada en el esquema asistencial».

Alguna razón debía reconocernos la señora Renau, ponente de este capítulo, al ofrecernos —SS. SS. lo recordarán— una enmienda transaccional que si bien, como dijo en Comisión, quitaba rigideces, no podíamos aceptar por mantener un criterio que no compartimos.

Da la impresión, señorías, de que aquí y ahora se quiere practicar la política italiana de la desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica y cerrar de golpe todos los centros nosocomiales psiquiátricos existentes. Esta posible reforma, señorías, llega tarde, porque precisamente en Italia, y vistos sus escasos éxitos, ya se está planteando la reinstauración de las instituciones especializadas. Pregúntenlo, por favor; mejor dicho, ya saben que esto es verdad. Mi impresión es que en este tema vamos hacia una reforma anticuada y desacreditada. De acuerdo con la asistencia en hospitales generales, pero también con la otra, debidamente regulada y modernizada. No es bueno el planteamiento que aparece de hospital general contra hospital psiquiátrico.

El problema de la asistencia pasa mejor por hablar de una organización para un determinado territorio, lo que se llama la sectorización, referida a la psiquiatría, y que es la misma cuestión que la del área sanitaria de la ley.

El problema, a mi entender, se ha planteado mal, dicho sea con todos los respetos. Pienso que se plantea en

abstracto y con un claro prejuicio, como si hospital general fuese igual a perfección y hospital psiquiátrico igual a todos los males.

Háganse, señorías, la siguiente pregunta: ¿Los enfermos mentales crónicos incurables, dónde van a estar? Según el proyecto que nos proponen, en un hospital general, y ya en el hospital, ¿dónde? ¿Al lado, encima o debajo del departamento de pediatría? Por favor, reconsideren y admitan el sentido de nuestra enmienda; la perfectibilidad de que nos hablaba el otro día el señor De Vicente bien puede pasar por estas modestas enmiendas.

Al capítulo cuarto «De la de salud laboral», tenemos también varias enmiendas. Dice el artículo 19, sobre la actuación sanitaria en el ámbito de la salud ocupacional, y a mi entender dice bien, que tal actuación comprenderá diversos aspectos: promover la salud física y mental del trabajador, actuar sanitariamente en la prevención de riesgos y vigilar las condiciones ambientales, de trabajo, etcétera. Pero al llegar al punto 2 dice dicho artículo lo que no debiera decir, esto es, que «las acciones enumeradas en el punto anterior se desarrollarán desde las Areas de Salud a que alude el capítulo tercero del Título III de la presente Ley». Esta concreción de que las acciones de salud laboral u ocupacional se desarrollarán desde las Areas de Salud es impropia, señorías, de una ley básica. No todas las acciones han de partir de las Areas de Salud; hay otras actuaciones que no tienen por qué partir de las Areas de Salud, y la organización sanitaria, lo repetimos una vez más en el debate de esta ley, corresponde a las Comunidades Autónomas con competencia exclusiva en esta materia, limitada evidentemente, y según doctrina constitucional, por la potestad organizadora del Estado, limitación explicitada en la repetida y reiterada sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de abril de 1983, al considerar que es materia básica estatal la determinación con carácter general de requisitos técnicos que han de ser mínimos y de condiciones mínimas en cuanto tratan de establecer características comunes en los centros, servicios, actividades o establecimientos sanitarios; la homologación de programas de formación, perfeccionamiento y especialización sanitaria y los criterios generales para la determinación de los puestos de trabajo.

Lo que estamos discutiendo, señorías, no se refiere a ninguno de estos supuestos. Pienso que lo correcto es asegurar la igualdad de prestaciones y su eficacia, pero no la forma de gestión.

Al capítulo quinto, intervención pública, tenemos también varias enmiendas. Después del debate en Comisión mantuvimos para este Pleno exactamente diez, y no es mi intención, como dije antes, defenderlas una por una, sino más bien resumirlas todas en una sola argumentación de carácter general. Algunas de ellas traen causa del criterio mantenido reiteradamente de la consideración de lo básico de los preceptos a que se refieren, pero otras obedecen al principio, por todos los Grupos defendido, de salvaguardar los derechos de los ciudadanos, extremo éste que consideramos mal resuelto o de interpretación confusa tal como viene desarrollado en el texto del proyecto.

Decía el señor Palacios en Comisión, al contestar a las

enmiendas defendidas por los diferentes Grupos, que este interesante capítulo de la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva había merecido un trabajo profundo del Grupo Socialista, y yo lo creo, y que alentaba la convicción de que no había razón alguna para aceptar ningún tipo de enmienda. En aras de la perfectibilidad del proyecto, que tan razonablemente reconocen SS. SS., me atrevería a decir que alguna de las enmiendas defendidas, no ya por nuestro Grupo, sino por otros Grupos Parlamentarios, ayudarían a una mayor claridad de lo que al parecer todos pretendemos: el respeto a los derechos individuales de las personas.

A ello, señorías, va dirigida nuestra enmienda al artículo 21, al proponer la inserción de un simple añadido que determine la excepcionalidad de las medidas que podrán adoptar las autoridades sanitarias en aras de la protección de la salud pública, medidas necesarias para establecer y determinar las consiguientes garantías. Como dice el señor González Navarro, un sistema democrático es aquel en que el ejercicio del poder político por los distintos gobernantes llamados a ejercerlo está frenado, limitado y controlado.

Son preocupantes las facultades que se concede a las autoridades sanitarias sobre hospitalización, vigilancia y control de cualquier persona o grupos de ellas ante la sospecha que la salud de la población pueda quedar afectada por la situación sanitaria concreta.

Con estas medidas, señorías, se podrán adoptar por simple decisión de autoridades sanitarias, sin intervención alguna de la autoridad judicial, medidas realmente gravísimas, y díganme si esta situación no puede resultar peligrosa en manos de gobernantes poco aficionados a ejercer el poder sin freno, sin limitación y sin control.

Créame, señor Palacios, recapacite. No dudo que para ustedes —lo repito— habrá sido este un Capítulo muy trabajado, pero no esté tan convencido de que no existen razones convincentes para aceptar algunas de las enmiendas presentadas al mismo, sin otra intención, reitero, que la perfectibilidad del proyecto, en lo que todos evidentemente coincidimos.

Por último, al Capítulo sexto, «De las infracciones y sanciones», al defender nuestras enmiendas al artículo 2.º, ya hicimos constar nuestro criterio sobre la ampliación de las materias no básicas —parece que ésta es la música que se va reiterando en todos y cada uno de los capítulos de la ley, pero es así— y entre dichas materias incluimos, es obvio, las que contemplan los presentes preceptos de este capítulo, «De las infracciones y sanciones» y de manera especial los artículos 35, 36 y 37.

Señorías, estos preceptos regulan materias asumidas ya por algunas Comunidades Autónomas y sobre las que se ha producido legislación que incluso ha sido validada por sentencias del Tribunal Constitucional. Tal es el caso de la Ley de Higiene y Control Alimentarios, aprobada por el Parlamento de Cataluña.

En el trámite de Comisión, yo manifesté que al ser posterior dicha sentencia a la presentación del proyecto ante esta Cámara hubiera podido ocurrir que no hubiera dado tiempo a rectificar los contenidos del presente capítulo.

En este momento, yo ignoro realmente a qué criterio obedece lo que, a mi entender, es una incongruencia política y jurídica. Pero hay más, por un elemental criterio de seguridad jurídica, no es este el lugar adecuado donde debe establecerse la clasificación de las infracciones ni donde debe figurar la tabla de sanciones. La tipificación de las infracciones debe remitirse a una disposición posterior con rango de ley. Es este el sentido de nuestras enmiendas 925 y 926.

Para acabar, una observación: el artículo 33, al indicar que las infracciones en materia de sanidad serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir, parece que consagra el principio inconstitucional de la compatibilidad entre las sanciones administrativas y penas judiciales.

Se me dirá seguramente que el artículo 34 del proyecto deja clara toda esta cuestión al señalar que en ningún caso se producirá una doble sanción por los mismos hechos. Reparen que, en vez de aclarar este artículo, lo que hace es crear más confusión, porque, o bien se está contradiciendo con el anterior, si es que se está refiriendo a cualquier tipo de sanción administrativa o penal, o sólo está prohibiendo el «bis in idem» respecto de las sanciones administrativas. Reflexionen SS. SS. y admitan las enmiendas de simple corrección que les proponemos.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista. Tiene la palabra el señor Núñez.

El señor NUÑEZ PEREZ: Señor Presidente, señorías, a los artículos que restan por debatir de este Título I, el Grupo Centrista mantiene varias enmiendas que, con la mayor brevedad posible, trataré de defender.

La primera de ellas es la número 591, al punto 14 del artículo 16, y pretende sencillamente que se regule con mayor precisión y rigor el fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud y en coordinación con la Universidad y con los organismos de investigación respectivos.

Voy a detenerme en esta enmienda, como en algunas otras, dejando aquellas que coinciden con las de otros Grupos Parlamentarios y que han sido muy bien defendidas por mis antecesores en el uso de la palabra.

La defensa de nuestra enmienda está en parte condicionada por los resultados de los debates que se están celebrando en esta Cámara en torno al proyecto de Ley de la Investigación Científica y Técnica, pero mientras no contemos con esta ley bueno será que en las que con ella tienen relación o dependencia redactemos con claridad los correspondientes preceptos.

Así, en el punto 14 de este artículo 16 creemos que no queda claro que el fomento de la investigación es una cosa y la coordinación es otra, y la financiación de ambas la clave para que la norma no quede en agua de borrajas. El punto que enmendamos debería contar con estos tres

elementos, tal y como propone nuestra enmienda y la de otros Grupos Parlamentarios: la investigación, la educación y la industria y otros organismos que a la investigación se dedican.

La investigación, lo saben SS. SS., es elemento de ciencia, tecnología y calidad para el mantenimiento de la salud, y es, al mismo tiempo, la base y la clave de la productividad sanitaria.

La educación no sólo es la clave para aumentar la capacidad profesional de los que están involucrados en este servicio al ciudadano, sino que los valores aportados por la Universidad desde sus Facultades de Medicina, Farmacia, Veterinaria, Químicas, etcétera, constituyen un componente base de la eficacia sanitaria. No puede regularse el fomento de la investigación de espaldas o descoordinada de planteamientos universitarios y docentes.

Finalmente, la industria farmacéutica y parasitaria da contenido a los medios que apoyan la función asistencial al servicio de la ciencia médica. La coordinación y la implicación de dicha actividad industrial en la eficacia de los servicios —no son palabras mías, son palabras que pueden recoger y ver SS. SS. en documentos de la Organización Mundial de la Salud—, no sólo es fundamental en una concepción asistencial ante la carencia de salud o peligro para la vida humana; es también fundamento de tratamientos preventivos de esta misma salud y la base de desarrollo de nuestra calidad de vida.

Por ello, una concepción integral del sector social que contribuye con su labor investigadora, educadora e industrial a la calidad de nuestras vidas, tiene que plantearse en esta ley de manera coherente en la búsqueda de un objetivo común de eficacia, a partir de una clara idea de servicio a la sociedad, desde una concepción táctica inspirada en la libertad de actuar y desde una Constitución que hace de los poderes públicos factor de moderación y no restricción de la capacidad creadora del ser humano.

Disculpen SS. SS. si me he detenido en la defensa de esta enmienda unos minutos. Aunque todos compartimos esta idea —la hemos compartido en Ponencia y en Comisión, donde también la dedicamos algún tiempo— bueno será repetir que la investigación es la única vía para el progreso tecnológico aplicado a lo preventivo y a lo asistencial. De nuevo tenemos que recordar que determinados proyectos de ley tienen verdadera eficacia y son creíbles por los ciudadanos cuando están respaldados por la partida presupuestaria correspondiente, que es donde se cifra la voluntad política del Gobierno de cumplir lo que establece en las leyes. Por ello creemos que en una Ley de Sanidad debería hacerse clara referencia a los Presupuestos Generales del Estado, estableciendo un porcentaje mínimo que respaldara todos los años el gasto destinado al fomento y coordinación de la investigación y que se cifrase al menos en el 2 por ciento del gasto sanitario. Así recorreríamos el camino que va desde las pomposas declaraciones a la cotidiana realidad.

La enmienda 595 se refiere al título que tiene el Capítulo cuarto. Proponemos que se sustituya el del proyecto, «De la salud laboral», por otro que diga «De la salud ocupacional». Si se mantiene la redacción actual, estaríamos

ante un diverso tratamiento legal para un mismo hecho: el ejercicio de una misma profesión u oficio por cuenta propia o ajena, o, dicho de otro modo, la prestación de un trabajo dentro de los moldes de la relación jurídico-laboral. Cuando el trabajo es uno de los elementos reales de esta relación tiene un tratamiento en la Ley de Sanidad; la prestación, en cambio, del mismo trabajo fuera de los moldes de esta relación jurídico-laboral no lo tiene. Los ejemplos son muchos y muy importantes, y podemos encontrarlos en todos los sectores: trabajo en el mar, trabajo en el campo, guarderías, vigilancia, transportes, trabajadores autónomos, a domicilio, etcétera.

Está claro que el proyecto, con la redacción actual, que nuestra enmienda trata de corregir, nuclea la defensa del individuo ante los riesgos de enfermedad o accidente laboral, en el sujeto de la relación laboral, pero no en el trabajador en el más amplio sentido de la palabra. Ello puede llegar a cristalizar en flagrantes desigualdades jurídicas.

La siguiente enmienda, la 596, propone una redacción nueva del artículo 19. Ello no significa que estemos totalmente en desacuerdo con el artículo; al contrario, lo consideramos uno de los más positivos de este proyecto. Para no cansar a SS. SS. me detendré simplemente en alguno de los puntos más diferenciados de nuestra enmienda.

Primero, solicitamos, por ejemplo, que se suprima el apartado c), porque nos parece innecesario y está fuera de lugar hacer referencia expresa a la determinación y la prevención de los factores de microclima laboral en cuanto que puedan ser determinantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores. Esta microprecisión del microclima puede considerarse recogida en el apartado b) bis, introducido en el dictamen de la Comisión, y en el apartado b), que se mantiene con el siguiente tenor literal: «actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales». Esto sí es un párrafo para una ley general de Sanidad, y no la precisión casi reglamentaria que nuestra enmienda propone eliminar de este texto.

También quisiera subrayar, dentro de esta enmienda al artículo 19, la solicitud de supresión del punto 2 y la sustitución del punto 3 por otro que dijera lo siguiente: «Para el ejercicio de las competencias enumeradas en este artículo, se contará con la colaboración técnica de las autoridades sanitarias y se procurará la adecuada coordinación de éstas con las autoridades laborales y con los órganos de participación legalmente establecidos en orden a la inspección y control de la seguridad e higiene en las empresas».

Creemos que puede y debe haber otras actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud ocupacional que no corresponden a los poderes públicos y que en la redacción del proyecto no figuran. A nuestro entender, el precepto debe establecer con claridad un titular preciso y responsable de estas iniciativas, porque de lo contrario estaremos creando un semillero de conflictos y también mermando la eficacia y los resultados que con este artículo se pretende conseguir.

Por otra parte, no parece lógico, ni útil, ni necesario

que deban ser comunicadas a las autoridades laborales pertinentes todas y cada una de las sustancias utilizadas en un ciclo productivo, sino simplemente aquellas que pueden ocasionar riesgos laborales. No es necesario exponer a SS. SS. lo que ello supondría, que determinados secretos de elaboración, patentes, etcétera, quedarían al descubierto y sin la oportuna protección jurídica en aras de una exagerada regulación de la salud ocupacional. Me parece que todo debe tener un equilibrado sistema de límites, y el que nuestra enmienda propone es el más acertado, el más justo y el que más se acomoda a lo que el proyecto de ley pretende.

Finalmente, para terminar este Capítulo, haré referencia a la enmienda 597, relativa al artículo 20, que pretende se intercale en el texto, entre las palabras «gestión» y «relacionada», la expresión «de los poderes públicos». Creemos que el proyecto de ley debe distinguir entre la gestión, que corresponde a los poderes públicos, y la planificación y la coordinación, en la que intervienen otras instituciones.

Así, pasaremos, y lo haré muy brevemente, al Capítulo quinto y último de este Título I, al que mantenemos once enmiendas, que expondré con brevedad.

Ocurre que las enmiendas de todos los Grupos tratan, una vez, de corregir los excesos del proyecto y, otras, de completar sus defectos, su excesiva prudencia o su timidez, como es el caso de nuestras enmiendas al artículo 24, que dice exactamente lo siguiente: «Las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud, serán sometidas por los órganos competentes a limitaciones preventivas de carácter administrativo».

Yo creo que se debería añadir la frase siguiente: «Ninguna de estas actividades podrá realizarse sin previa autorización». Creemos que este requisito no debe considerarse implícito en las limitaciones preventivas a que se refiere el texto del proyecto en el artículo 24, sino que debe declararse expresamente. A mí me parece muy importante.

También, la enmienda 599 pretende añadir un párrafo al artículo 26, que dijera lo siguiente: «En todo caso, la Administración tendrá la obligación de indemnizar los daños y perjuicios que se produzcan, regulándose su responsabilidad y la tutela judicial adecuada mediante el procedimiento que a este propósito se regule.»

Con ello, se pretende dejar a salvo los derechos de los ciudadanos que se vean afectados por las medidas adoptadas en los supuestos de riesgo a que el artículo 26 se refiere.

También al artículo 27 tenemos enmiendas, pretendiendo que sea modificado en un doble sentido. Primero, para dejar claro que las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, no solamente pueden sino que deben dictar normas sobre publicidad y propaganda comerciales, para que éstas se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud. Y segundo, que expresamente se determine que la aplicación de tales normas no comportará censura previa. Ya sé que me dirán SS. SS. que esto no se infiere del texto del proyecto, pero hay que

interpretarlo. ¿Para qué? Hay que dejarlo bien claro, con una redacción que no ofrezca lugar a dudas.

Las restantes enmiendas no suponen una oposición frontal al contenido de los artículos 28, 29, 30, 31 y 32; simplemente proponen una mejor redacción de los mismos, con la excepción de la 605 al artículo 32, que propone añadir la palabra «sanitaria» después de «las funciones de inspección», para que quede claro que sólo la inspección sanitaria y no otras son las autorizadas.

Las enmiendas al capítulo «De infracciones y sanciones» son las números 606 y 607. Voy a ser breve porque coincido con lo que ha dicho el señor Gomis. La primera, pretende modificar el artículo 36 con un texto que diga: «Las infracciones leves, graves y muy graves se tipificarán por disposición con rango de ley formal». No es esta ley el lugar adecuado para establecer las infracciones ni la tabla de sanciones, y por eso solicitamos también la supresión del artículo 37. Además, hay que tener en cuenta que diversos Estatutos de Comunidades Autónomas, como ha dicho el portavoz del Grupo de Minoría Catalana, han asumido la regulación de estas materias, y el Tribunal Constitucional ha dicho también una palabra posterior al envío de este proyecto por el Gobierno al Congreso de los Diputados.

Hay que tener en cuenta estas cuestiones para evitar que la ley, ya en su primera redacción, produzca conflictos que todos tenemos que tratar de evitar.

Nada más y muchas gracias.

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

Para turno en contra de las enmiendas, tiene la palabra el señor Palacios.

El señor PALACIOS ALONSO: Antes de comenzar la intervención, quisiera comunicar la intención de nuestro Grupo de presentar una enmienda al artículo 18.2, que diría así: «La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales». Como ven, se añade «la hospitalización de los pacientes», y no «la hospitalización de los procesos», que es lo que viene en el texto.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): ¿Está la Cámara conforme en aceptar esta enmienda como enmienda de redacción, sustituyendo la expresión «procesos agudos» por «pacientes por procesos»? (Asentimiento.)

Tiene la palabra el señor Palacios.

El señor PALACIOS ALONSO: En la línea de culminar este Título I que habla de los principios del Sistema Nacional de Salud, creo que no deberíamos pasar de largo sin destacar dos hechos de sustancial importancia, como es el que se dediquen dos capítulos específicos, uno a la salud mental y otro a la salud laboral.

Personalmente tengo que decir que comienzo con una contenida, pero profunda satisfacción en lo que respecta a la temática relacionada con la salud mental. Me parece que es un paso gigantesco hacia la solidaridad sin reser-

vas, hacia la igualdad de todos ante la enfermedad.

Quisiera, señorías, reflejar algunos datos que me parece son del máximo interés y que, por otra parte, son datos sustanciales a la hora de interpretar la importancia de este primer Capítulo.

Tenemos en nuestro país de todos los enfermos institucionalizados de por vida, el 50 por ciento; de todos los enfermos mentales manicomializados, es decir, que llevan más de 250 a 300 días, aproximadamente el 85 por ciento, en los manicomios o centros psiquiátricos; mientras que en los hospitales clínicos la media es de 20 a 25 días, y se supone que en los países avanzados en esta materia la media es de 12,5 días.

Por otra parte, el 15 por ciento de los enfermos que están en hospitales psiquiátricos no son enfermos mentales. Y, además, el 40 por ciento de esos enfermos hospitalizados no deberían estar ingresados. Tenemos en este momento 38.000 camas psiquiátricas. Se calcula que sobran aproximadamente unas 23.000. Tenemos, por el contrario, muy pocas camas para agudos, sólo 1.000, cuando necesitamos aproximadamente 6.000. Tenemos cuatro psiquiatras por cien mil habitantes, cuando nos corresponderían, aproximadamente, 6,4 psiquiatras por cien mil habitantes. Hay una enorme carencia de otros profesionales de la salud mental para la asistencia de estos pacientes. Hay falta de coordinación con los servicios sociales; hay una falta de presupuesto para la atención a la salud mental; hay varios aspectos, a mi modo de ver, sustanciales.

En primer lugar, la plena integración de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud. A este respecto, el hecho de que exista un capítulo expreso ya pone de manifiesto la importancia del tema en el que tratamos este logro.

Por fin, señorías, la salud mental va a dejar de ser la cenicienta de la sanidad española; casi me atrevería a decir un claro exponente de la indiferencia y/o de la crueldad colectiva de los años pasados. Por fin la atención a la salud y a la patología mental pueden ser objeto de una profunda modificación en el marco de una reforma global de la sanidad, sin la cual aquélla no sería posible, atendiendo a los principios que la ley de Sanidad postula.

Quiero, señorías, hacer referencia a una Comisión especial para la reforma psiquiátrica en España, creada en el Ministerio de Sanidad, que ha emitido un documento que estoy seguro es absolutamente enriquecedor y sería un estimable punto de referencia para todas SS. SS. y para los interesados en el tema.

En segundo lugar se produce una total equiparación del enfermo mental con las demás personas que precisen de los servicios sanitarios. Hata ahora saben SS. SS que no ocurrió así, que la salud mental formaba parte de la zona oscura, o la zona oculta de la sociedad. Por ello, salvando escasas excepciones, el paciente mental fue tratado de forma deplorable, custodial, asilar, segregado y marginado. Creo, señorías, que era un hecho de indignidad social que en estos momentos, al aprobar esta ley, nosotros estaremos en condiciones de atajar.

En tercer lugar, se garantiza la atención a la salud men-

tal y a las secuelas de la enfermedad, desde un punto de vista preventivo y también asistencial, en el nivel primario en los centros de salud, y en el nivel comunitario en coordinación con los servicios sociales.

En cuarto lugar, pone especial énfasis en la atención extrahospitalaria de la salud mental en los distintos resortes del entorno y del tejido social. Aunque no lo diga expresamente la Ley nos estamos refiriendo a hogares, clubs, centros de día, residencias de día, atención a domicilios, hospitalización parcial, etcétera.

Por último, señorías, en quinto lugar, se marca como objetivo primordial la máxima reducción posible del tiempo de hospitalización, llevando progresivamente a los pacientes fuera de los hospitales, al ámbito comunitario; y los que así lo requieran a los servicios específicos de los hospitales generales.

A este Capítulo hay presentadas varias enmiendas del señor Bandrés, una de ellas es la 27 en la que, según mi criterio, el señor Bandrés expresa realmente lo que la propia Ley contiene.

En relación a su enmienda 28, al artículo 18.3, que hace referencia a las actuaciones y servicios de reinserción social, está expresamente contenido —al menos lo interpretamos así— en los puntos 1 y 3 del mismo Capítulo.

Por el Grupo Vasco, la señora Gorroño pone énfasis en hacer referencia a la psiquiatría infantil, geriatría y drogodependencia. Ruego, por favor, que volvamos atrás, al artículo 16, donde se hace relación de todos los grupos posibles de riesgo. En todo caso, aunque no estuviese así reseñado, tenga en cuenta que cuando hablamos de la salud mental, desde un punto de vista integral, estamos estableciendo el criterio de atención a la salud mental de manera global.

En lo que respecta al planteamiento hecho por el señor Gomis en la enmienda 741, al artículo 18.2, de que los servicios de asistencia psiquiátrica existentes utilizarán conjunta y coordinadamente el sistema asistencial, su referencia a Italia y a que nuestros planteamientos puedan ser abstractos, quisiera decirle que en todo el contexto de la ley, en cuanto a la coordinación con otros centros por lo que se refiere a vinculación y concertación con centros privados, queda claro que el grupo de centros que no pertenezcan al sistema público, tiene la posibilidad de integrarse en el Sistema Nacional de Salud en función de una serie de criterios de homologación, agilización, adaptación, inspección, etcétera. Lo que sí está claro para nosotros es que se tiende a la desmanicomialización, es decir, a la eliminación de esa triste figura sanitaria que, salvando excepciones, es el hospital psiquiátrico, el manicomio. Todo lo demás queda perfectamente abierto.

En cuanto al Grupo Popular, creo que es de interés indicarles que estamos totalmente en contra de lo que plantean en la enmienda 416 de que la asistencia se haga también en los hospitales psiquiátricos. Vamos, en este sentido, en la línea que antes he expresado de que los pacientes activos o agudos sean atendidos en las unidades especiales de los hospitales generales, no en los centros monográficos que tienden a la institucionalización.

El señor Paños hablaba de nuevo de la libertad, en re-

lación con una de las enmiendas que él planteaba. Yo quisiera hacer una breve referencia sobre esto. La libertad no es algo que se descubre, como los nuevos ricos descubren el dinero, y se juega con ella; la libertad no es algo que se tenga de repente, es algo que se lleva en el corazón y que debe madurarse y meditar profundamente en el cerebro, en la mente.

En cuanto al Capítulo cuarto, señorías, es importante también que se haga una referencia expresa a la salud laboral. Tengamos en cuenta que estamos asistiendo a una profusa incorporación de tecnologías variadas, de nuevas sustancias y productos a los ciclos reproductivos, a los procesos industriales, e incluso a los servicios. Las permanentes investigaciones y la actualización en el campo legislativo, respecto de la seguridad e higiene en el trabajo, son la norma de muchos países y también del nuestro. Esta Ley General de Sanidad, en principio, es un elemento contributivo a esta modernización. Se hace, por tanto, preciso una actuación conjunta y polivalente para evaluar sistemáticamente las condiciones del ambiente de trabajo, cuantificando y haciendo prevención de los riesgos a que los trabajadores están expuestos.

Aquí voy a ser muy breve. Hay cuatro aspectos sustanciales: primero, todos los principios que sirven para el Sistema Nacional de Salud e informan este Título, son aplicables a la prevención y promoción de la salud laboral.

Segundo, este bloque informa de cuantos aspectos puedan ser determinantes de nocividad al trabajador, en cuanto —y en esto, señor Núñez, discrepamos con usted— a que se haya de hacer expresa referencia al microclima laboral. Evidentemente, no todos los productos o sustancias que forman parte del ciclo productivo pueden ser nocivos; pero hay que tener también en cuenta el posible hecho interrelacional de las sustancias y que esto sí puede, en algunas ocasiones, ser negativo, y consecuentemente también obliga a que sea conocido.

En tercer lugar, se establecen responsabilidades. Responsabilidades de coordinación entre las autoridades sanitarias, laborales y órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo, higiene y seguridad en las empresas.

Y, por último, consideramos de importancia, en el ámbito de una actuación circunscrita a los términos que esta ley establece, que las actuaciones se realicen en el ámbito del área de salud.

Paso por alto una serie de consideraciones y voy directamente, en lo que se refiere a este Capítulo, a las contestaciones.

En cuanto al señor Gomis, respecto del artículo 19.2, que pide la supresión del punto 2, relativo a las áreas, yo le diría que, en contra de lo que él nos aporta, lea verdaderamente la sentencia del Tribunal Constitucional respecto de lo que se consideran estimaciones básicas en la aplicación de estos conceptos.

Ya sé que ustedes circundan —y tienen su razón para hacerlo, sin duda— siempre alrededor de lo que pueda ser intrusión de la ley en lo que son competencias de sus propios Estatutos, pero nosotros —ya se lo he dicho con ab-

solita honestidad— estoy convencido de que esta intrusión no se produce y que se establece el equilibrio adecuado entre lo que son competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Respecto al Grupo Popular, me parece de interés la enmienda 418 al artículo 20, donde dicen que es misión de las empresas de planificación, la programación, etcétera, relacionada con la salud laboral. Nosotros nos preguntamos si los trabajadores no tienen ninguna importancia en la participación de todos estos actos relacionados con el sistema sanitario. ¿Qué importancia tiene para ustedes, entonces, lo que la Constitución establece en sus artículos 9, 21, 23, 28, 37, etcétera?

Dicen ustedes que los poderes públicos han de velar por el cumplimiento de la legislación vigente. Dicho sea con todo respeto, a mí me parece una petición innecesaria, porque es una obligación, sin duda, de los poderes públicos sin que expresamente tenga que estar diciéndose en todo el contenido de la ley.

Al señor Núñez, respecto a su enmienda 596, al artículo 19, ya le he dado respuesta por lo que concierne al microclima.

En cuanto a la enmienda 597, al artículo 20, parecen estar de acuerdo, pero la frase de los poderes públicos, que quieren añadir va implícitamente, desde nuestro punto de vista, en el texto. Yo estoy completamente seguro de que su intención es darle otro estilo, llamaríamos desde su parte, enriquecedor, desde el nuestro darle otro estilo, pero nos va a permitir que hasta este trámite —después ya se verá— aportemos el estilo que interpretamos que no es propio.

Hay en el Capítulo quinto —y me parece de interés— una coincidencia de los Grupos, subsumiendo de alguna manera lo que son los planteamientos de la enmienda 743, del Grupo Vasco, defendida por la señora Gorroño. En esto hay coincidencia de las enmiendas 419 y 430, si no me equivoco, del Grupo Popular, y 908, de la Minoría Catalana, con una enmienda, cuyo número no recuerdo, del señor Bandrés.

Dicen que este artículo 29, así como los artículos 21, 22 y 26, deben ser regulados por ley orgánica, por afirmar que afectan a los derechos fundamentales de las personas. Y aluden a cierto tratamiento de tipo respetuoso con lo que deben de ser los derechos fundamentales de las personas.

En este sentido, señora Gorroño y demás proponentes de enmiendas similares, me voy a limitar a leerles muy brevemente algunas referencias y fallos del Tribunal Constitucional.

El Tribunal Constitucional ha precisado el concepto de desarrollo de derechos fundamentales y libertades públicas a que se refiere el artículo 81.1 de la Constitución, que es al que ustedes se refieren, entre otras, en dos sentencias. Por un lado, la sentencia 6/1982, que me parece muy interesante, que dice así: «El artículo 81 de la Constitución se refiere al desarrollo directo de los derechos fundamentales, pues este artículo y las otras muchas alusiones de la Constitución al instrumento de la ley orgánica en materia concreta que, como se ha dicho, convierte a

las Cortes en constituyentes permanentes, no puede extremarse con los importantes problemas de consenso interno, que conllevan al punto de convertir el ordenamiento jurídico entero en una mayoría de leyes orgánicas, ya que es difícil concebir una norma que no tenga una conexión, al menos remota, con un derecho fundamental».

Por otra parte, si esto fuera todavía poco al respecto de lo que aquí planteamos, quisiera referirles a ustedes la ley Orgánica 4/1981, que, sin duda, habría de resolver sus dudas.

Pueden leer SS. SS. el artículo 4, b), donde quedan establecidas las facultades del Gobierno para actuar de forma excepcional —y cito textualmente— en los casos de crisis sanitaria, tales como epidemias o situaciones de contaminación grave. Es decir, el Gobierno puede, en circunstancias concretas y sin hacer intrusión en lo que son derechos de los ciudadanos, adoptar medidas que hayan de ser ejecutadas en función del interés público.

Por lo que respecta al Capítulo sexto, y para terminar, quisiera decirles que hay unas coincidencias en lo que hace referencia a infracciones y sanciones y se tratan con rango de ley formal.

Nosotros les decimos lo que ya planteamos en Comisión. Realmente, también hubiéramos deseado que pudiera ser así. En este trámite, no hemos encontrado la fórmula que lo posibilitara. En todo caso, esperamos que si no en una ley formal individualizada, si dentro de esta ley se pueda hacer la tipificación de esas infracciones y sanciones para, si es posible, aunarlas todas.

Discúlpenme si no he dado respuesta concreta a algunos casos. Concretamente, el señor Paños se refería a la salud veterinaria. Yo tengo que discrepar en esto y le ruego que ponga atención al artículo 8.º, en su punto 2, donde evidentemente hace referencia a la vinculación de la salud veterinaria con la salud general. Hace referencia a la zoonosis, a los estudios epidemiológicos, etcétera. Pero SS. SS. me disculparán en cuanto cierta premura de tiempo y la cortesía parlamentaria me impiden ser, si bien puntual y riguroso, no exhaustivo. Muchas gracias.

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

¿Turnos de réplica? (Pausa.) Tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, antes de comenzar la nueva defensa de nuestras enmiendas, me gustaría decir que coincidimos plenamente con el inicio de la intervención del señor Palacios y el halago ante este proyecto de ley de lo que significa la introducción de la salud mental y la sensibilidad ante este tema, hasta ahora un tanto olvidado en lo que es política sanitaria.

Mi intervención se va a centrar, sobre todo, en el Capítulo quinto, artículo 29, pues todo lo que se refiere a la geriatría y a la psiquiatría infantil son dos conceptos diferentes que están en la globalidad, pero seguimos haciendo hincapié en lo específico de este tema, por la sensibi-

lidad que supone aplicar los servicios sociales al mismo. Son dos conceptos diferentes.

En este Capítulo quinto, señor Palacios, usted dice cómo nuestro Grupo pide la promulgación de una ley orgánica en virtud del artículo 81.1 de la Constitución. Es así. La sentencia que usted ha nombrado 6/82 de desarrollo directo y la Ley Orgánica 4/1981, en su artículo 4, b), dan facultades al Gobierno para actuar de forma excepcional.

Nuestro Grupo entiende que no son suficientes, pues debe existir una salvaguardia, sobre todo, ante actuaciones de este tipo, teniendo en cuenta lo que supone garantizar un derecho de libertad y la seguridad de los ciudadanos y también la propia esencia de lo que es el Estado social y democrático de Derecho.

No es que ello sea una virtud para ciertas actuaciones que se prevén en este Capítulo quinto. Nuestro Grupo entiende que la intervención en medios personales y materiales puede verse prorrogada indefinidamente por una sola disposición administrativa y motivada. Nótese que la intervención y la reclusión dependen aquí de una simple decisión administrativa, ya que las autoridades sanitarias competentes —nos vamos a pequeñas parcelas de poder— pueden usar de esta ley, y los afectados se ven excluidos del sistema ordinario de las garantías judiciales frente a la intervención y la prevención de la libertad.

No hay aquí ningún abogado que asesore, ni plazo de puesta a disposición judicial, ni juez que decida la libertad o internamiento. Señor Diputado Palacios, se pretende institucionalizar el temido sistema de internamiento en centros hospitalarios. Ahí queda esta interrogante. Por este Capítulo quinto se puede dar salida a los internamientos en centros hospitalarios. Esta pregunta queda en el aire en este Capítulo quinto.

Y vuelvo a decir que la incidencia del SIDA podría ser de una sensibilidad extraordinaria en cuanto a la actuación ante este Capítulo quinto y lo que puede ser una Ley Orgánica, pues ante la omisión de este sistema de garantías personales, nos parece de suma preocupación que se promulgue una ley básica del Estado, que objetivice la acción y concrete estos argumentos etéreos previstos en este Capítulo.

Por tanto, insistimos en las enmiendas al artículo 29, las mantenemos y esperamos una reflexión del Grupo Socialista.

Gracias, señor Presidente.

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

¿Turno de réplica? El señor Paños tiene la palabra.

El señor PAÑOS MARTI: Con la venia, señor Presidente.

A ver si tengo suerte y salgo elegido en muchas legislaturas para entender cómo funciona un Congreso, para entender cómo funciona un Parlamento. No lo entiendo y no me voy a acostumbrar.

Cuando el señor Palacios estaba no contestándonos, pensaba yo en esa anécdota que me contaban el otro día de un pobre hombre que pedía un duro porque llevaba sie-

te días sin comer. ¡Pero, hombre, qué va a comer usted con un duro! Le preguntaba uno. Y respondía: no, si es para pesarme a ver lo que he perdido. Pues ésta es la sensación que me da a mí. No entiendo hasta dónde llegamos.

El señor Palacios no ha contestado al Grupo Popular ni una sola cosa, ni concreta ni inconcreta, y vamos a verlo. Pide disculpas por no contestar cosas concretas; disculpas concedidas, pero hay que hacer un alarde de generosidad para disculparle, señor Palacios. Lo hacemos, pero vamos a ver si de verdad esto es un Parlamento, un Congreso, a ver si hay diálogo, a ver si se debate, porque a mí el señor Palacios no me ha debatido nada de lo que he expuesto.

Por ejemplo, habla de los trabajadores y se pregunta si los trabajadores no tienen importancia para el Grupo Popular. La enmienda 416 estaba decaída y por eso no la he citado, por tanto, no me debe contestar a lo que no le pregunto. Que se quite de la cabeza el Grupo Socialista que al Grupo Popular no le interesan los trabajadores. Qué duda cabe que le interesan los trabajadores. ¿Cómo es posible que plantee una interrogante sobre si a nosotros nos preocupan los trabajadores? Pues claro que nos preocupa el bienestar económico y social de España, de los trabajadores, de las empresas, de los funcionarios, como se viene demostrando, por ustedes y por nosotros, en esta Cámara. Dejémonos ya de esos ataques y de esas dudas que se formulan ante la opinión pública. ¡Como si a nosotros no nos interesaran los trabajadores! Claro que nos interesan, tanto o más que a ustedes, porque tanto ustedes como nosotros somos buenos españoles. (Rumores.) Les moleste o no, señores, así es.

Respecto a lo que hemos expuesto de modo concreto, señor Palacios, yo lo único que les digo a ustedes a lo largo de todas las enmiendas es que no entiendo, no ya que no me conteste, sino que no asuman enmiendas que no tienen mayor importancia, si saben lo que se hacen. Y perdón, no es ofensa.

Si ustedes en una Ley de consumo utilizan las palabras «alimentos, alimenticio y alimentario»; si ustedes en el Código alimentario las utilizan exactamente igual; si las reglamentaciones comunitarias las utilizan exactamente igual, y determinan y definen la terminología en uso en la Comunidad; si la Organización Mundial de Salud así lo pone; si todas las normativas legales hasta ahora, incluso la Ley de Bases del 44, así lo estiman, no entiendo por qué ahora cambian ustedes de repente todos estos conceptos científicos, técnicos y terminológicos nacionales e internacionales por «productos alimentarios». Producto alimentario es la máquina de hacer chorizos, no el chorizo. Lo digo de un modo gráfico, no es así literalmente.

Señores, se les dice que vamos a mejorar la ley. ¿Por qué no aceptan ustedes una cosa de este tipo técnico, científico y terminológico aceptada universalmente? ¿Qué razones hay? No lo entiendo.

Que algunas otras cosas ustedes no las acepten porque hay una filosofía de programación y de tipos de sociedad, pues muy bien, qué le vamos a hacer; nosotros mantenemos nuestras enmiendas y nos resignamos a que no se

acepten, pero lo que no se puede hacer, señor Palacios, es pedirme disculpas por no contestarme a cosas muy concretas.

En mi argumentación me he basado en las manifestaciones del señor Ministro que dijo que, desde aquí hasta la aprobación definitiva podía haber ciertas modificaciones y acercamientos. Usted me ha citado el artículo 8.º, 2.º. Supongo que estaba presente el señor Palacios cuando se debatió el artículo 8.º, 2.º. Este artículo no dice nada de actuaciones y actividades de servicios veterinarios. El artículo 8.º, 2.º, se refiere a «estudios de investigación y experimentaciones»; nada más. Precisamente nuestra enmienda iba a modificar este artículo, pero no se modificó.

Por otra parte, señor Palacios, estoy orgulloso de ostentar esta profesión de veterinario, pero le digo que no estoy defendiendo una profesión, estoy defendiendo la sanidad española, la salud pública española. Naturalmente tendré la deformación profesional y por eso quizá ponga ejemplos de esta profesión, que es la que conozco, pero de ningún modo me conteste aludiendo a la profesión de veterinario, para mí esto es un honor íntimo, pero no político. Espero, señor Palacios, que reconsideren su postura y que, al menos, acepten las enmiendas de tipo técnico y terminológico que hemos expuesto.

No vamos a repetir, porque ya sé que no lo aceptan, el problema de las enfermedades transmisibles, pero también le advierto que es un error de la propia ley que la hace inaplicable, porque aunque conste en la ley no se podrá aplicar. Hay dos competencias distintas para distintos Ministerios y distintos Departamentos y si no se pone lo que dice nuestra enmienda será inaplicable.

Señor Palacios, también le pido disculpas por si me he excedido en el tono, de lo que sí quiero dejar constancia, se rían o no, es de que el trabajador es un hombre que tiene que gozar de la salud igual que el empresario, el funcionario y todos; dejémonos ya de esos señalamientos, porque nuestro Grupo vela por la salud, igual que el suyo, de todos los españoles, incluidos los trabajadores, y, a lo mejor, con mucha más intención de la que ustedes creen.

Muchas gracias.

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

En turno de réplica tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Señor Presidente, señorías, le agradecí en Comisión, y reitero el agradecimiento ahora, señor Palacios, el tono cordial con que usted sabe contestar a nuestras enmiendas. Le agradezco también, de todo corazón, otra cosa. Se ha disculpado por no haber contestado puntualmente ciertas enmiendas de los Grupos o enmendantes. Yo, que quiero tener una visión optimista del futuro de esta Ley, pienso que lo que no se ha contestado es aquello que S. S. y el señor Ministro hace pocos días nos dijeron, que, en aras de la perfectibilidad, están dispuestos a consensuar y a pactar. Entonces, pienso, con esta visión optimista, que lo que no ha contestado, que es lo más, nos permitirá realmente hacer una mejor ley o una buena Ley de Sanidad.

Su contestación a nuestras enmiendas se centra, como se ha centrado antes, en dos temas que son los nuestros, los que venimos reiterando, de lo básico y de lo no básico. Intentaré darle una argumentación que he escrito esta mañana en un momento. Me gustaría por lo menos discutirla, y me gustaría hacerlo porque el otro día no tuve ocasión de contestar al señor Ministro cuando me dijo que hacía una mala lectura de las sentencias del Tribunal Constitucional.

Manifestó entonces y ha vuelto a manifestar S. S. que la ley se ajusta a las sentencias. Pues bien, las sentencias referidas a los conflictos positivos de competencias promovidos por los Gobiernos vasco y catalán en los Reales Decretos de coordinación y planificación sanitaria y de registro sanitario de alimentos, se manifiesta muy claramente diciendo que el legislador estatal es totalmente libre para asumir o no el contenido de dichos Decretos. El Tribunal Constitucional dijo que aquellas materias serían de competencia estatal si así lo establecía el legislador. En consecuencia, el legislador puede tener una concepción más o menos autonómica, que yo respeto, además muchas veces comparto los criterios que S. S. manifiestan. Se puede tener una concepción más o menos autonómica y, en este momento, ustedes están aplicando una concepción menos autonómica en la lectura de las sentencias del Tribunal Constitucional. Hay un logro en la ley; es verdad, señor Palacios, el logro de la integración de la salud mental en el sistema sanitario. Es un gran logro de la ley, pero le voy a dar otras cifras. Creo que, gracias a su argumentación, S. S. ha dado la razón a uno de mis planteamientos expresados con motivo de las enmiendas presentadas al capítulo de la salud mental. La fuente es la misma, es del Ministerio de Sanidad y Consumo, y se nos decía que el 40 por ciento de la población internada en los centros psiquiátricos permanecía más de diez años:

Me va a permitir que le diga —además, usted lo sabe— que las Diputaciones tienen conciertos con entidades psiquiátricas. Le puedo asegurar que hay una institución psiquiátrica en la provincia de Tarragona, que es antigua, donde el último estudio realizado por la Diputación sobre los enfermos mentales internos nos da los siguientes resultados: hasta un mes, el 50,32 por ciento de la población asistida; hasta tres meses, el 29,94; total, un 80,26 por ciento de la población enferma ingresada. Las cifras que S. S. daba sobre promedios europeos —me imagino— o sobre Inglaterra era el 93,7, en estos momentos Tarragona alcanza el 80,26.

Estos datos me sirven para decirle lo que argumenté al defender las enmiendas al capítulo de la salud mental. Vea S. S. que resolver estos problemas desde una organización próxima a la realidad puede dar unos resultados que, al legislarlos con carácter general, deben matizarse de otra manera, porque la realidad conjunta puede ser más crítica, más difícil, puede ser distinta. Este era el contenido de nuestras enmiendas cuando señalábamos que la Ley no tenía por qué fijar qué clase, cómo y dónde, sino que tenían que ser las Comunidades Autónomas las que lo hicieran en el desarrollo de sus leyes.

Gracias, señor Palacios. Gracias, señor Presidente.

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

El señor Núñez tiene la palabra para consumir un turno de réplica.

El señor NUÑEZ PEREZ: Señor Presidente, señorías, intervengo muy brevemente para consumir un turno de réplica a la intervención del señor Palacios, que no nos ha contestado a temas concretos. En relación con algunos temas —ocurrió en el debate del jueves pasado— se remite a trámites posteriores. No sé si es que estamos en el mes de noviembre y ese punto de contricción del último momento va a hacer que la ley sea buena al final. No sé en qué trayecto se encontrará Don Juan con Doña Inés. (*Un señor Diputado pronuncia palabras que no se perciben.*) No es mal sitio. Pero, en fin, vamos a tratar de replicar a las cuestiones que se nos han planteado esta mañana.

Señor Palacios, tiene usted especial afecto por la cenicienta. (*El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la Presidencia.*) En todos los debates, en todas las reuniones nos saca una cenicienta. El otro día la cenicienta era el hecho preventivo, que es como le gusta llamarlo al señor Palacios. Hoy la cenicienta es la salud mental y también lo es el hecho investigador. Tenemos varias cenicientas, lo que yo no sé es si tendremos tantos príncipes, es decir, tanto dinero, para que esas cenicientas se conviertan en princesas y salgan de la situación en que se encuentran. Le voy a demostrar que, tal como está la ley y sobre todo tal como están los presupuestos, esas cenicientas van a seguir limpiando la cocina y todas esas cosas que les adjudica el cuento que todos conocemos.

En cuanto a la cenicienta del hecho preventivo —el otro día se lo dije, pero hoy se lo voy a recordar— efectivamente no tiene en los presupuestos generales del Estado un respaldo que nos haga creer en este punto de la ley. Es decir, si no he tomado mal las notas, en la Memoria del INSALUD el programa de medicina preventiva y social aparece dividido en siete programas, con una referencia a la medicina laboral —que precisamente hoy nos toca estudiar, y por eso lo he traído aquí y lo he recordado—, pero ninguno de ellos está desarrollado, ni cuantificado, ni desagregado de su gasto, no siendo posible saber cómo se va a gastar el total presupuestado.

¿Y qué pasa con la salud mental? Efectivamente, la salud mental es un logro de la ley. Todo el mundo lo ha reconocido y yo también lo reconozco. Pero reconozca usted, señor Palacios, que quizá la salud mental queda mejor ahora porque el proyecto de ley ha sido espoleado por las enmiendas de diversos Grupos Parlamentarios a las que ustedes han sido sensibles.

¿Cómo no han aprendido esta lección de reflexionar sobre enmiendas presentadas por otros Grupos Parlamentarios para otras materias, al ver que queda mejor el texto? En la salud mental tenemos un ejemplo.

En cuanto a la salud ocupacional creo que debe referirse a toda clase de ocupaciones, pero tampoco me ha contestado a este tema. Si me apuran, como decía con mu-

cho gracejo la Diputada señora Cruaños en Comisión, hasta a los «hobbies». ¿Por qué no? Pero este tema tiene que estar dentro del programa de salud ocupacional entendida en este sentido que he tratado de explicar en nuestras enmiendas al artículo 19. Nuestras enmiendas al artículo 19 —que, vuelvo a repetirlo, es un buen artículo— lo que pretenden es una redacción más clara.

El señor Paños preguntaba por qué estas enmiendas, que única y exclusivamente tienen una intención de mejorar técnicamente la ley, no son tenidas en cuenta. Lo que queremos es que se regule con claridad la salud ocupacional y que no se contribuya a que las relaciones laborales se embrollen, sino que se pacifiquen y se ordenen, para que la regulación de la salud mental no sea un semillero de conflictos para las empresas; es decir, no incida negativamente en la vida de las empresas.

En cuanto al hecho investigador —otra de las cenicientas, y ésta sí que ha sido una buena cenicienta— tampoco me han contestado SS. SS. a lo que a mí me preocupaba. La investigación —como decíamos antes y vuelvo a repetir ahora— es la única vía para el progreso tecnológico con independencia y valor añadido nacional, y su única limitación debe proceder de la utilización presupuestaria. Haciendo unos cálculos sobre los presupuestos que tenemos en debate, me parece que nos sale una partida presupuestaria de unos 10.000 millones de pesetas, lo que supone escasamente un 1 por ciento de los gastos sanitarios. ¿Es eso bueno? A mí me parece que por lo menos esta vez hay en los presupuestos un dato de partida, aunque nosotros decimos que es poco y pedimos más. Pero no me ha contestado usted a este tema y, por tanto, le tengo que decir que sigue siendo una cenicienta sin redimir, de las muchas que usted saca a relucir en sus discursos de réplica a nuestras enmiendas.

Vamos a ver si en posteriores enmiendas tenemos más suerte y son ustedes sensibles a la intención, muchas veces política, efectivamente, y es lógico que no se acepten nuestras enmiendas, pero otras veces simplemente con ánimo de mejorar técnicamente el proyecto, y ustedes a eso, tampoco le hacen caso.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el señor Palacios.

El señor PALACIOS ALONSO: Muchas gracias, señor Presidente.

Voy a comenzar contestando a la última intervención. Yo no sé si habré utilizado esa palabra de cenicienta, a la que usted se refiere tantas veces, pero ya que me ha dado usted la oportunidad le voy a recordar una frase de Bertrand Russell que dice: «Mirando hacia atrás sólo se ven ruinas». No es exactamente así, pero se ven muchas ruinas mirando hacia atrás, y en el ámbito de la Sanidad muchísimas ruinas; llámelas usted como quiera. Y en esta ley se quieren corregir y se quieren eliminar de una vez por siempre y darles un marco legal que vaya permitien-

do un desarrollo hacia la sanidad que todos deseamos y que los españoles demandan.

En cuanto al capítulo de la investigación, señor Núñez, quiero referirme a un Título expreso dentro de la ley, donde se establecen todos y cuantos criterios este Grupo Parlamentario y el Gobierno han considerado apoyables en materia de investigación. ¿Que usted quiere que se recoja en la ley un porcentaje específico para dedicar a la investigación? Ese es un criterio que usted sustenta; nosotros no lo hemos creído oportuno, pero el hecho evidente es que en los Presupuestos Generales del Estado no se ha retirado el capítulo de investigación, está ahí todavía.

Por otra parte, le recuerdo también que estamos en este momento en el trámite de una ley de la ciencia que, evidentemente, también tendrá que aportar algunas cuestiones al respecto. En este sentido quisiera decirle con toda cortesía que está muy bien que apoyemos y pongamos énfasis en muchas cosas, pero no olvidemos que «atrás» está ahí y que «atrás» hubo muchísimas deficiencias, empezando, ya que usted hace referencia a la prevención, otra cieniente más, por el Instituto Nacional de Previsión creado en 1908 que, si lo fue de algo, lo fue de imprevisión, pero no de previsión estrictamente, y respetando lo que ustedes hayan podido hacer a partir de 1981, que se reconoce.

Al señor Bandrés no le había contestado en el trámite anterior y creo que puedo hacerlo ahora, no fue descortesía. Cuando usted pedía, con respecto al artículo 16, una referencia a los aspectos de contracepción y sexuales, nosotros no hemos creído oportuno hacer esto en tanto en cuanto que, al hacer referencia a la planificación familiar, interpretábamos ésta como un término acuñado internacionalmente, en el cual no solamente se tratan aspectos relacionados con el mero hecho planificador, sino también, todo lo concerniente al aspecto sexual. Evidentemente en el documento del Plan Nacional de centros de orientación familiar usted puede ver que se dedican capítulos expresos a la temática de sexología, enfermedades de contaminación sexual, contracepción, etcétera. Fue por esa y no por otra razón.

A la señora Gorroño tengo que decirle que nosotros apoyamos el criterio que se sustenta en la Ley de no dar carácter orgánico a los artículos que ustedes refieren en la enmienda 743, así como otros Grupos, precisamente porque no nos parece conveniente, desde el punto de vista jurídico constitucional, la regulación por la vía de ley orgánica de los artículos 21, 22, 26.1 y 29, que ustedes dicen, entre otras cosas porque, como esas sentencias del Tribunal Constitucional definen y dejan perfectamente claro, no constituyen el núcleo fundamental de la ley, y también porque las garantías que ustedes solicitan —ya he hecho referencia a ello— nos parece que se contienen perfectamente en la Ley Orgánica 4/1981 de 1 de junio respecto de los estados de alarma, excepción y sitio en su artículo 4.º, b).

Al señor Paños le diré, con todo cariño, que yo he salido con la impresión, después de su intervención, de que me estaba riñendo cariñosamente —así lo acepto—, es decir, me estaba echando una pequeña —dígame con todo

respeto— bronca. Pues bien, yo creo que no debe enfadarse. Ahora, permítame que le recuerde cariñosamente que, mientras yo hacía referencia a seis o siete enmiendas específicamente, algunas subsumidas en la 743, otras referentes a otras cuestiones, usted estaba distraído dialogando por los bancos. No es un reproche, es simplemente buscar el empate por lo menos en esta cuestión.

El señor Gomis evidentemente se mantiene —me parece muy natural y muy lógico— en lo que interpreta como aspectos básicos a defender desde su punto de vista como Grupo. Yo tengo que decirle que puede incidir en esa línea, pero nosotros tenemos perfectamente claro que no hay transgresión de competencias en esta ley.

En lo que se refiere al hospital concreto del que usted me daba unos datos respecto a la buena asistencia en materia de salud mental, yo me acojo a lo que dije en mi primera intervención, y es que, evidentemente salvando honrosas excepciones, la salud mental había transcurrido en un ámbito de marginalización y de manicomialización que había que evitar a toda costa, porque era impropio de una sociedad que se estimase civilizada y justa. Esas excepciones las hay; son excepciones que comenzaron con un movimiento de democratización hospitalaria mental en 1970, pero que evidentemente en la mayoría de los centros no ha cuajado. La realidad es que ese informe al que hacía referencia es un informe auténtico, dentro de la total autenticidad que pueda darse a la información que en ese ámbito de la salud mental podamos tener en este momento.

Yo no sé si se me ha quedado alguna cuestión más, pero en todo caso decirles, señorías, que cuando procedamos a la aprobación de este Título, lo podemos hacer con la convicción de que estamos dando unos pasos absolutamente fundamentales para que, de una vez y por siempre, salvando pequeñas cosillas anecdóticas de movilización de estilo de la propia ley, en este país se pueda ir avanzando hacia una sanidad realmente eficaz, eficiente, solidaria y justa.

Muchas gracias.

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

Vamos a proceder a las votaciones.

Enmiendas al resto del Título I, artículos 16 al 38, ambos inclusive.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 201; a favor, 39; en contra, 159; abstenciones, tres.*

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

A continuación, votamos las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos*

*emitidos, 203; a favor, 33; en contra, 165; abstenciones, cinco.*

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

Votamos seguidamente 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, 204; a favor, nueve; en contra, 193; abstenciones, dos.*

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

A continuación, 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, 204; a favor, 13; en contra, 165; abstenciones, 26.*

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

Votamos las enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 204; a favor, 40; en contra, 160; abstenciones, cuatro.*

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 204; a favor, 39; en contra, 160; abstenciones, cinco.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista a los artículos restantes del Título I.

Votamos, por último, los artículos 16 al 38, conforme al dictamen de la Comisión.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 203; a favor, 158; en contra, 33; abstenciones, 12.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan aprobados los artículos 16 al 38 conforme al dictamen de la Comisión.

El señor Núñez me ha pedido la palabra y no le he visto. ¿Qué deseaba, señor Núñez?

El señor NUÑEZ PEREZ: Unicamente pedir votación separada de unos artículos.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): ¿Quiere manifestar su posición contraria respecto a algún artículo en concreto?

El señor NUÑEZ PEREZ: Era respecto al artículo referente a la salud mental, que queríamos votarlo a favor.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Que quede constancia de ello en el «Diario de Sesiones» para rectificar el error de la Presidencia. Gracias, señor Núñez. *(El señor Ruiz Soto pide la palabra.)*

El señor Ruiz Soto tiene la palabra.

El señor RUIZ SOTO: Nada más que para unirnos al sentido de la manifestación de los centristas.

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

Título II, artículos 39 al 44, ambos inclusive.

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

Tiene la palabra para su defensa el señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Señor Presidente, señorías, voy a defender globalmente las enmiendas a este Título II, que van desde la 304 a la 310.

Este Título II, que trata de las competencias estatales, autonómicas, locales y de la Alta Inspección, a nuestro juicio, tal y como lo presenta el dictamen de la Comisión, define un modelo sanitario público caracterizado por el centralismo, el autoritarismo y el burocratismo del Estado sobre las Comunidades Autónomas y de éstas sobre los municipios. La disociación entre las actividades de planificación, las actividades asistenciales y las actividades preventivas, también queda claramente manifestada.

Se desprende que el Estado ejerce una acción fiscalizadora sobre las Comunidades Autónomas a través de la Alta Inspección y de la coordinación general sanitaria.

Las competencias de la Alta Inspección se traducen en la práctica en un desprecio hacia la soberanía y responsabilidad de las Autonomías y de sus Parlamentos autonómicos; incluso la Alta Inspección suplanta las funciones del propio Tribunal de Cuentas y de la jurisdicción ordinaria. Siguiendo esta línea, los municipios se ven desposeídos de competencias en materia sanitaria, limitando éstas exclusivamente al control del medio ambiente y de la distribución de los alimentos; no asegura los medios técnicos y humanos para hacer frente a estas responsabilidades, y añade un tinte centralista al obligar a los municipios a participar en la financiación de los gastos que genera el sistema público de salud.

La figura del área sanitaria se superpone como una es-

estructura burocrática sobre los municipios, sin identificarse ni funcional ni organizativamente en las áreas demográficas administrativas que históricamente se pueden considerar como comarcas.

La disociación entre las actividades de planificación, las asistenciales y las preventivas, viene determinada por la delimitación de competencias, ya que a la Administración Central le van a corresponder las actividades de planificación y de la Alta Inspección, mientras que a las administraciones autonómicas les van a corresponder las actividades asistenciales y a las administraciones locales les queda reducido a las actividades preventivas.

Las enmiendas que nosotros presentamos tienden a crear un servicio único, integral, integrado y descentralizado. Pedimos la supresión del artículo 44 porque proponemos la supresión de la Alta Inspección, ya que se puede considerar una duplicidad de competencias de otros organismos del Estado —judiciales, Tribunal de Cuentas, etcétera—.

Pensamos que las actuaciones de fiscalización, control y evaluación que se otorgan a la Alta Inspección deben ser realizadas por el organismo de participación a nivel estatal del sistema nacional de la salud.

Nada más. Muchas gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el señor Paños.

El señor PAÑOS MARTI: Señor Presidente, señorías, el Título II entendemos, por su texto literal, que trata de clasificar, de encuadrar las competencias de la sanidad en los ámbitos estatales, autonómicos, locales y los de la Alta Inspección, que vienen aparte.

Bien, si esto es así, nuestra enmienda 442, el artículo 39, que mantenemos, está más que justificada, porque lo único que se solicita es que la sanidad militar sea también competencia exclusiva del Estado, es decir, la sanidad de las Fuerzas Armadas. Y debe ser así, porque si no ¿de quién va a depender? ¿De qué competencia —según el Título—, estatal, autonómica o local, va a depender la sanidad de las Fuerzas Armadas? Queda en el aire; no depende de nadie, queda fuera de todo el contexto de esta ley y, naturalmente, de cualquier otra.

Por otra parte, no hay que olvidar que esta es una Ley General de Sanidad y, repito, no es una ley especial del Ministerio de Sanidad y Consumo, y su pretensión de básica la faculta para dar unas normas generales.

Pues bien, no puede ser sólo competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior —que está bien y debe serlo—, sino que debe serlo también la sanidad de las Fuerzas Armadas, que naturalmente será ejercida a través del Ministerio de Defensa.

En la Comisión se hacían argumentaciones casi coincidentes con la que yo estoy exponiendo. Por lo tanto, entiendo que se debe de apoyar nuestra postura y no negarla. Por ejemplo, se hablaba de que el Ministerio de Defensa tiene atribuidas ciertas competencias sanitarias, y de hecho las tiene; se hablaba de que no se niega al Estado,

a la Administración central, ciertas competencias parciales dentro de la sanidad de las Fuerzas Armadas, y es así. Luego un punto más de argumentación a nuestro favor. Incluso se hablaba —con lo que no estamos de acuerdo— de reconducir la especialización hacia una medicina militar y una medicina civil. Supongo que lo que quiso decir el ponente en aquel momento es que las especializaciones, aplicadas a la población militar o a la civil, son distintas, pero no hacía referencia a especializaciones de medicina militar o civil, puesto que el currículum académico es uno sólo, es de licenciado en medicina.

En definitiva, esas tres exposiciones concurren y apoyan la tesis que estamos manteniendo. Yo creo que hasta los propios redactores del proyecto así lo han entendido, porque se percatan ellos mismos, al considerar los artículos 195 y 196 de la Ley 85/1978, que es para garantizar el apoyo de los servicios sanitarios de las Fuerzas Armadas en el sistema nacional de salud. Así parece ser que lo entiende también la disposición final tercera, que faculta al Gobierno para dictar un Real Decreto, conjunto con el Ministerio de Defensa, para la organización de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, es decir, la repercusión de la sanidad de las Fuerzas Armadas en la salud pública.

Yo creo que tanto la argumentación del representante socialista en la Comisión como la que se dio en la propia reconsideración de facultar al Gobierno para hacer un Real Decreto conjunto con el Ministerio de Defensa, sobre la función de las Fuerzas Armadas en defensa de la salud pública general de España, avalan mantener nuestra enmienda 442 y, por lo tanto, la mantenemos.

Las enmiendas 443, 444 y 446 las voy a sintetizar, si puede ser, en cuarenta segundos, porque aún tiene que terminar este título el señor Ruiz Soto. Es lo mismo que antes, y si antes no se quiso aceptar la terminología actual científica académica, yo diría que de diccionario, ahora tampoco.

En la enmienda 443 volvemos a hacer referencia a alimentos y productos alimentarios, que son dos cosas totalmente distintas.

En la enmienda 444 volvemos a matizar una terminología, puesto que aquí parece ser que se consideran aditivos los desnaturalizadores. Hay unos desnaturalizadores y unos agregados especiales, que no son aditivos. Todo lo que se agrega se adiciona, y así se define en nuestro código alimentario y en nuestra Ley de Consumo. Yo me hago cruces al pensar que esta ley tiene terminología distinta a la de Consumo o, por lo menos, confusa.

Por último, en la enmienda 445 se habla de la homologación de los medicamentos, creando otra confusión. La disposición adicional cuarta crea confusión, y el mismo texto de la ley casi lo explica. No es lo mismo producto biológico que producto farmacéutico que producto zoonitario. Ya nos remitiremos a la disposición adicional. Vayan ustedes pensando en modificar esa disposición para que vaya de un modo congruente con la reglamentación de la Sanidad.

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

Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Queríamos defender, en este capítulo de las competencias de las corporaciones locales, algunas enmiendas, aunque ya en Comisión nos fueron aceptadas dos.

Creo que una institución, que para todos nosotros es muy querida y que ha prestado grandes servicios a la Sanidad, como es la de los médicos rurales, los profesionales y los sanitarios de Administraciones Locales, entre los cuales están los farmacéuticos, los veterinarios, los ATS, las matronas, padece ahora mismo una seria inquietud sobre su porvenir. Las enmiendas que ha presentado nuestro Grupo pretenden asegurar su puesto de trabajo en su sitio, en sus localidades.

Existe una idea del Partido Socialista puesta en práctica, sobre todo en las Autonomías donde gobiernan los socialistas, de radicar los centros de salud en zonas comarcales, quitando los médicos de los pueblos, incluso también se piensa en los farmacéuticos, en los veterinarios y en el resto de los sanitarios. Esto ha producido y va a producir graves problemas con la organización de la Sanidad, porque el médico rural es una institución muy arraigada en nuestros pueblos.

Nuestros conciudadanos que viven en pueblos, en zonas rurales, en comarcas saben de la tranquilidad que les da el saber que tienen a su médico, a su «don Antonio», a su «don Manuel» en el pueblo, en su área, porque cuando alguien de su familia se pone enfermo acuden a su puerta; están de guardia las 24 horas del día, durante los 365 días del año... Esto no es motivo de risa; es así. La profesión sanitaria tiene una dedicación permanente y bueno es que se hable ya de que muchas veces, por encima del cumplimiento del deber están las obligaciones de los sanitarios, sobre todo los rurales.

Esto ha ocasionado prótestas, incluso con sus propios alcaldes socialistas, porque todos los pueblos se van a resistir a la erradicación, a que se quite del pueblo donde están actuando a estos sanitarios para llevarlos a centros de salud.

Nosotros queremos abogar por ellos y reconocer la aportación que han hecho a la sanidad con nuestros compatriotas en esas zonas rurales, hechas muchas veces en la soledad de los conocimientos, sin los medios técnicos que tienen en las grandes ciudades y hospitales, sólo con los conocimientos de su carrera, de su estudio diario, de su sacrificio, de su sentido común; sin embargo, han salvado muchas vidas en estos pueblos. Esta enmienda pretende asegurar la permanencia de estos sanitarios.

Sus servicios pueden ser recabados por la Comunidad Autónoma, no nos cabe duda, pero pedimos que, cuando sean recabados esos servicios, no entren en incompatibilidades.

Este es el sentido de la defensa de las enmiendas 452 y 454.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Bandrés.

El señor BANDRES MOLET: Señor Presidente, señores Diputados, con la misma brevedad que en la ocasión anterior, voy a defender las enmiendas que mantiene Euzkadi Euzkerra a este título.

La primera de ellas es la 33, referida al artículo 41, que intenta sustituir el párrafo primero en la forma que figura y SS. SS. conocen, porque tienen el texto en sus manos. El motivo es muy sencillo. Se trata de una salvaguarda necesaria, desde mi punto de vista, porque las atribuciones en materia de salud son diferentes, según los diferentes Estatutos de las Comunidades Autónomas. Por eso propugnamos que se sustituya el texto que dice: «La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas...», por el siguiente: «La Administración del Estado, sin menoscabo por las competencias reconocidas a las Comunidades Autónomas por sus respectivos Estatutos, y sin perjuicio del pleno ejercicio de las mismas, desarrollará las siguientes actuaciones...»

La enmienda 34 se refiere al artículo 41.14. En el texto de la Comisión se establece lo siguiente: «La coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público cuando razones de interés general así lo aconsejen». Pretendemos que desaparezca la frase «cuando razones de interés general así lo aconsejen». Parece que sólo dará efecto ese tipo de coordinación para perseguir o impedir fraudes, abusos, corrupciones o desviaciones cuando haya un interés: el del Estado. Eso es peligrosísimo.

Entendemos que hay que ejercer esas funciones siempre que se produzca la causa que dé lugar a ellas, pero no supeditadas a ese peligroso, insisto, interés general, que podría equipararse al nefasto interés de Estado que, a lo largo de tantos siglos, ha ocasionado tanto daño.

El artículo 42, apartados 1, 2 y 3, se intenta por Euzkadi Euzkerra que quede simplificado. Sustituimos los tres apartados por uno solo, cuya redacción sería: «Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias reconocidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.»

Prevedemos en un primer párrafo la posibilidad de que se ejerciten las competencias que uno tiene por razones estatutarias, pero también por las que el Estado transfiera. En segundo lugar, esta cláusula residual establece el que aquellas actuaciones previstas en esta ley que no se reservasen expresamente al Estado queden entendidas que se atribuyen a las Comunidades Autónomas.

La redacción actual del proyecto en sus tres apartados es confusa. Por ejemplo, se refiere a servicios de salud, de los que no se ha hablado en la ley hasta este artículo. Parece que se contradice con lo que se va a exponer a continuación en el artículo 43. No parece pertinente, desde nuestro punto de vista, que aparezca el tema de la Seguridad Social. Estas son las razones que exponemos en defensa de esta enmienda y de ahí la propuesta de estable-

cer esta fórmula que, a nuestro juicio, simplifica, da más sencillez y da más soluciones a los distintos problemas que puedan plantearse.

La enmienda 37 queda retirada, señor Presidente.

Las enmiendas 38, 39, 40, 41, 42 —retiramos la 43— y, finalmente, la 44 se refieren al artículo 44. No voy a repetir los textos porque será casando para SS. SS., que probablemente los conocen. Únicamente decir que la enmienda 38 trata de sustituir el párrafo 44.2, a) por otro nuevo, en el que nosotros queremos que aparezcan «los objetivos de salud de carácter general establecidos por el Estado», expresión que en el texto aparece como «los objetivos de carácter general establecidos por el Estado». Vuelve, si se quiere, la desconfianza que he planteado antes sobre los intereses generales. Son objetivos de salud. Estamos en una ley de la salud, de sanidad. Por tanto, no son objetivos de carácter general, imagínense de cualquier otro tipo: estratégico, militar, que no tiene nada que ver con la salud. Estamos ante una Ley de Sanidad y me parece interesante adecuar el precepto al ámbito preciso, estricto y expreso de esta ley. Esta es la razón por la que presentamos esta enmienda.

La enmienda 39 tiende a una mejor redacción; la 40, a una redacción más clara; la 42 tiende a una mayor concreción en el texto, y hemos retirado la enmienda 43, al igual que la 37, como he manifestado antes, por estar adecuado el texto del proyecto al de nuestras enmiendas.

Finalmente, la enmienda 44, al artículo 44.7 pretende un apartado 7, de nueva creación, que diría: «Todas las actuaciones descritas anteriormente podrán ser recurridas administrativamente ante los Tribunales». Es evidente que se trata de una seguridad jurídica mayor para los sujetos de esta ley. Se da por sobreentendida —no sé que explicación nos darán después—, pero realmente parece interesante que quede consignada de modo expreso en la ley.

Todas estas enmiendas, de la 38 a la 44, con las excepciones de las que hemos retirado, tienden a tratar de evitar equívocos en el ejercicio de la alta inspección por parte del Estado respecto de las Comunidades Autónomas, ya que la redacción del proyecto puede suscitar dudas razonables, en dónde residen las competencias y en cuál es el control y hasta dónde puede llegar este control posible por parte del Estado.

Estas son las razones, señor Presidente, que nos empujan a mantener las enmiendas que acabo de defender.

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

Para defender las enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista, tiene la palabra el señor Núñez.

El señor NUÑEZ PEREZ: Señor Presidente, señorías, decía el señor Palacios en su última intervención, recogiendo una frase de Bertrand Russell, que hay que mirar hacia atrás, y que, si se mira hacia atrás, sólo se ven ruinas. Yo tengo que decirle, antes de continuar con el debate de esta ley, que hay que mirar atrás sin ira y entonces los ojos no se nublan y se ven las cosas buenas que la

Historia ha dejado a la Humanidad en todos los aspectos de la vida: culturales, científicas, etcétera. Yo sé que el señor Palacios es incapaz de mirar con ira a nada, pero quizá en el fragor del debate se le escapó esta frase de Bertrand Russell que, para mí, no es nada afortunada.

Y ya con esto aclarado, voy a defender, señor Presidente, con la mayor brevedad, las enmiendas a este título, que son las que van de la 608 a la 612, según dice el documento que nos ha distribuido la Cámara.

La primera de ellas es el artículo 41, pretendiendo que se suprima la expresión «sin menoscabo», que figura en el apartado 1 del citado artículo, y dar nueva redacción a los puntos 5 y 6, para una mayor claridad de redacción.

Dejando aparte esta enmienda —la 609—, que la tienen sus señorías y no voy a importunarles leyéndola, creo que está claro —y es muy fácil de defender— que estas frases «sin menoscabo» y «sin perjuicio», que tanto proliferan en los proyectos de ley, lo único que hacen es confundir las fórmulas que se pretenden dar.

En este punto estamos tratando de resolver nada más y nada menos que el tema de las competencias del Estado y las de las Comunidades Autónomas. Pienso que este momento es la gran ocasión para establecer un planteamiento o distribución de estas competencias, evitando la mayor parte de los conflictos que se van a producir en las relaciones entre las dos Administraciones.

Decía el señor Gomis en Comisión, si mal no recuerdo —y decía muy bien—, que el famoso Decreto de 1981 —muy contestado no solamente por las Minorías Vasca y Catalana, sino por la propia oposición socialista en aquel momento— se recogía aquí mejorándolo y exagerándolo, pienso que tenía razón.

El sentido de nuestra enmienda es que no podemos estar en contra, ni mucho menos, de aquel Decreto, en absoluto; pero si queremos, desde la experiencia de aquel Decreto —que no era una ley— recoger lo que puede en esta ley superarse en el grado de conflictividad de relaciones entre las dos Administraciones.

Hay que establecer, pues, el principio que fundamenta la base competencial que corresponde a la Administración del Estado. Pienso que todos estamos de acuerdo en que la determinación de la política sanitaria nacional, las bases de funcionamiento del sistema nacional de salud, así como la coordinación de todas las políticas sanitarias o, si quieren ustedes, de todas las Administraciones sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas, corresponden al Estado. De aquí, efectivamente, se pueden derivar un montón de competencias específicas que pueden ser señaladas en este artículo 41 con mayor precisión, si se quiere, pero, evidentemente, hay que dejar a salvo que otras competencias claras y tan perfectamente definidas como las anteriores para la Administración del Estado corresponden a las Comunidades Autónomas. Y estas competencias se derivan fundamentalmente de las que se les han asignado o asumido en los correspondientes Estatutos.

Por estas razones, creo que nuestra enmienda debe ser aceptada. Pero tengo que decir más. Recuerdo, señor Gimeno, que en la contestación que usted me dio a este plan-

teamiento en Comisión, más o menos, venía a decirme que, en parte, compartía el sentido de nuestra enmienda, que no le gustaban tampoco palabras «sin menoscabo» y «sin perjuicio», y me parecía muy bien, pero decía usted que si no aceptaban mi enmienda era por razones políticas. Entonces no le entendí muy bien. Pero el otro día, oyendo al señor Ministro, acabé de entender, efectivamente, que el planteamiento había quedado perfectamente claro, en un debate extraordinario, para mí muy importante, sostenido entre el señor De Vicente Martín y las minorías. El señor Ministro después echó un cubo de agua sobre todo lo que se dijo aquí en el debate parlamentario al manifestar que la cuestión, por razones políticas, se resolvería en otros trámites que nada tienen que ver con esta Cámara. Aquello a mí me sentó muy mal y supongo que le sentaría todavía peor a los señores intervinientes en aquel debate, en que quedó perfectamente reflejada la posición de todos. Con aquel debate y con aquellas conclusiones se podía haber arreglado este tema, que, en definitiva, se acercaba bastante a lo que dice nuestra enmienda, señor De Vicente, ... *(Pausa.)* ¡Qué le vamos a hacer!

Señor Presidente, me parece que hay otras enmiendas que voy a tratar de defender con la máxima brevedad.

En el artículo 44 pedimos que se supriman los apartados d) y e). El primero incluye, dentro de la labor inspectora, el «supervisar el uso, destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado, asignados a las Comunidades Autónomas, que tengan un destino o finalidad determinada», y el apartado e): «comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios», etcétera.

El proyecto confunde, con estos dos apartados, la inspección sanitaria con la inspección financiera. No tiene nada que ver una cosa con otra. El proyecto se está refiriendo a la primera. La primera es la que debe regularse aquí, en función de las competencias propias de cada uno de los organismos o administraciones que deben realizar este servicio. La primera inspección, que es la que corresponde regular en este artículo, es el mecanismo que tiene el Estado para asegurar que a todos los ciudadanos se les da un tratamiento correcto, sobre la base del principio de igualdad que se recoge en esta ley, pero que viene en directo de nuestra Constitución.

Por todas estas razones, y para no cansar más a SS. SS., pido, simplemente, que se vote a favor de nuestras enmiendas; con lo cual se hará un buen servicio a este proyecto de ley.

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

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, nuestro Grupo Parlamentario tiene varias enmiendas a los artículos del Título II y una enmienda de totalidad, que es de supresión del Título.

Por tanto, señorías, voy a pasar a defender la enmien-

da de totalidad al Título II y después consideraré todas las enmiendas puntuales que son la 748, 749, 750, 751, 752, 753, 755, 756, 757, 758 y 759, y que son al articulado de los tres capítulos de este título. Consideraré la filosofía de esta enmienda nuestra al Título II en su totalidad.

El fundamento de nuestra enmienda consiste en que el legislador posconstitucional no puede dictar normas dedicadas con carácter general a delimitar las competencias de las Comunidades Autónomas. La delimitación competencial corresponde al poder constituyente. Por tanto, y en concreto, cada Estatuto de Autonomía cierra el proceso de distribución mediante la asunción de competencias no reservadas al Estado. Ciertamente es que el legislador posconstitucional, al regular aquellas materias que vienen en la Constitución, está efectuando una delimitación competencial, pero es el Tribunal Constitucional quien, en última instancia, en caso de que se actuara en exceso en temas puntuales, que dictará la norma correspondiente. Caso distinto es el que nos trae esta enmienda a la totalidad: que un título se dedique a una delimitación general de competencias, atribuyéndose así funciones propias del constituyente.

El Tribunal Constitucional ya examinó este caso específico en la sentencia 76, de 5 de agosto de 1983, sobre la LOAPA. Es algo extensa esta sentencia, pero venía a decir: No cabe duda de que las Cortes Generales pueden legislar en principio sobre cualquier materia, sin necesidad de poseer un título específico para ello, pero esta potestad tiene sus límites, derivados de la propia Constitución y, en su caso, lo que las Cortes no pueden hacer es colocarse en el mismo plano que el poder constituyente, realizando actos propios de éste, salvo en el caso de que la propia Constitución atribuya alguna función constituyente. Esta es la argumentación general de esta enmienda a la totalidad. El Tribunal Constitucional lo dijo claro: «excepto que se le atribuya esta función al poder constituyente».

De estos principios generales podemos hacer algunas matizaciones, como son éstas del Tribunal Constitucional. Y las funciones expresamente citadas que puede llevar a cabo el poder constituyente son aquellas leyes estatales que tienen como fin una función atribuida de competencias, como pueden ser leyes orgánicas de transferencias o delegación, o bien cuando es la propia Constitución la que remite a una ley del Estado el precisar el alcance de las competencias de las Comunidades Autónomas, o cuando el Estatuto de Autonomía cierra el proceso de delimitación competencial, remitiéndose a las prescripciones de una ley estatal, en cuyo caso el reenvío operado atribuirá a la ley estatal la delimitación posible del contenido competencial de las Comunidades Autónomas.

Como saben SS. SS., es evidente que en la materia que nos ocupa, la Ley General de Sanidad, no encontramos ninguno de estos supuestos excepcionales por los que una Ley General de Sanidad pueda cumplir este papel delimitador, máxime en un título como el II, que trata de las competencias estatales, autonómicas, locales y de alta inspección, tal como viene en el proyecto.

Otra segunda matización es que, de acuerdo con las

consideraciones anteriormente citadas, el legislador tampoco puede dictar normas que incidan en el sistema constitucional, atribuyéndose las competencias para integrar hipotéticamente lagunas existentes en la Constitución.

Finalmente, nuestro Grupo entiende que el legislador estatal nunca puede ni debe insistir directamente en una delimitación competencial mediante la interpretación de criterios que sirvan de base de la misma, ya que el legislador ordinario no puede dictar normas meramente interpretativas, pues estas normas interpretativas cierran el paso a lo que pudieran ser las varias interpretaciones posibles ante ella.

Por tanto, con estas tres matizaciones, consideramos que el Título II debería ser suprimido de esta ley. La filosofía de las 12 enmiendas puntuales a este título es la misma, porque consideramos que en todo él hay una clara intromisión en lo que son las competencias de las Comunidades Autónomas.

Y voy a detenerme un momento en el tema de la medicina rural, expuesto por el señor Ruiz Soto. Fuera ya de todo este contexto, a nuestro Grupo le preocupó y le sigue preocupando esta doble dependencia del médico rural que sigue manteniéndose en esta ley, ya que, por un lado, depende de lo que es la Corporación local, el Ayuntamiento y, por otro, de la institución sanitaria. Esta doble dependencia trae graves problemas e incide negativamente en la labor que puede realizar este médico en cuanto a la medicina primaria, sobre todo el médico rural, que es donde debe estar el gran médico, el gran especialista de todas las especialidades, el médico mejor formado y el de mejor expediente. Damos mucha importancia a esa doble dependencia del personal rural.

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Vicens i Giralt, que tiene la palabra.

El señor VICENS I GIRALT: Señor Presidente, señorías, las enmiendas que mantengo a este título, enmiendas numeradas de la 196 a la 201, son enmiendas a los artículos 41 a 44. Paso a defender las dos primeras, las números 196 y 197, que son enmiendas al artículo 41, aquel que contiene las actuaciones que deberá desarrollar la Administración central del Estado.

La enmienda 196 al número 2 de este artículo 41, es una enmienda de adición que pretende que cuando se habla de la determinación de los requisitos sanitarios, de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, actuaciones que deberá desarrollar la Administración central, se diga «requisitos sanitarios mínimos». Mi enmienda consiste en la adición de la palabra «mínimos».

La razón es que, si se mantuviese la redacción actual, se impediría que las Comunidades Autónomas que tengan competencias para ello fuesen más exigentes que el mínimo que, evidentemente, debe garantizar la Administración central del Estado. Ese concepto de garantizarlos igual para todos los ciudadanos me parece que exige la inclusión de requisitos sanitarios mínimos, sin querer po-

ner un techo superior para concepciones más exigentes de los controles y de las versiones sanitarias de alimentos, servicios o productos para el uso o consumo humano.

La enmienda 197 al artículo 41 es una enmienda de modificación del número 5. El número 5 debería quedar redactado de la siguiente manera, de acuerdo con la modificación que propongo; y estamos siempre hablando de las actuaciones que debe desarrollar la Administración central del Estado. El número 5 debería decir: «La reglamentación y registro u homologación, según proceda, y el control de calidad de los medicamentos de uso humano y veterinario». Ya ven SS. SS. que la modificación consiste en cambiar los conceptos de autorización e inspección de los medicamentos de uso humano y veterinario. Esto por lo que dice el artículo de la Constitución que establece las competencias exclusivas del Estado, que es el 141.1.16. Este artículo dice que es competencia exclusiva del Estado la legislación sobre productos farmacéuticos, pero no los conceptos de autorización y de inspección ordinaria, que de ninguna manera pueden incluirse en el concepto de legislación sobre productos farmacéuticos, sobre todo teniendo en cuenta a las Comunidades Autónomas que tienen competencia en materia de ejecución y desarrollo legislativo en sanidad.

Por ejemplo, el Estatuto de Cataluña, en su artículo 17.3, atribuye a la Generalidad de Cataluña, cito literalmente «... la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos». El número 4 de este mismo artículo 17 dice: «La Generalidad de Cataluña podrá organizar y administrar a tales fines y dentro de su territorio todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas» —de ejecución de la sanidad— «y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y funciones en materia de sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo».

El texto es largo, pero ilustrativo, porque los términos en que está redactado el artículo 17.4 del Estatuto de Cataluña no tendría ningún sentido, en materia de ejecución de la legislación del Estado sobre medicamentos, si no se incluyesen los conceptos de autorización y de inspección ordinaria. El número 5 del artículo 41 del proyecto de ley de sanidad pretende atribuir estas competencias a la Administración central, y por esta razón nuestra enmienda número 197 propone modificarlo.

Las otras tres enmiendas que mantengo a este título, las números 198, 200 y 201, son enmiendas al artículo 44, es decir, al artículo que trata de la alta inspección. Debo expresar mi desacuerdo total, el desacuerdo de mi Partido, Esquerra Republicana, con el modelo de alta inspección que propone este proyecto de ley. Creo que se trata de un buen ejemplo, que habrá de citarse si se aprobase tal como está, de desconfianza respecto a las Comunidades Autónomas. He aquí, en todo el artículo 44, un buen ejemplo de la voluntad de atar corto a las Comunidades Autónomas para que no puedan desmandarse. El sistema que aplica el proyecto de ley en este caso es crear una doble inspección ordinaria. Habrá la inspección ordinaria de las Comunidades Autónomas y, con el nombre de alta

inspección, otra inspección ordinaria de la Administración central, además, claro está, de la alta inspección que corresponde a la Administración central del estado. El resultado va a ser, sin duda, la máxima burocratización del procedimiento de inspección sanitaria.

Creo que el objeto de la alta inspección no puede ser otro que el de una verificación global por el Estado en cuanto a si la Comunidad Autónoma cumple con la Constitución y con las leyes. Esto es una concreción al sector de la sanidad en cuanto al principio general de control que el artículo 155 de la Constitución otorga al Estado sobre las Comunidades Autónomas, de modo que el sujeto inspeccionado sería la propia Comunidad Autónoma y más concretamente los órganos de ella que reglamenten y administren la sanidad, pero de ninguna manera pueden ser los administrados sujetos exclusivamente al control de la Comunidad Autónoma.

Por todas estas razones mi enmienda 198 propone la supresión total de las letras c), d) y e) del número 2 de este artículo 44. La letra c) es la que atribuye como actividad propia de la alta inspección analizar el nivel de extensión y calidad de las prestaciones y servicios sanitarios con carácter general. Evidentemente, por todo lo que he dicho, es una atribución de la inspección ordinaria. No hay necesidad de que lea las letras d) y e); se refieren a inspección financiera; son competencia, en todo caso, del Tribunal de Cuentas, siguiendo lo que dispone el artículo 153 d) de la Constitución, pero de ninguna manera son competencia de una alta inspección de sanidad. Los redactores del proyecto de ley en estos puntos d) y e) confunden la inspección sanitaria y la inspección financiera, lo cual es grave.

La enmienda 200 se refiere al número 4 de este artículo de la alta inspección. Dicho número establece que las actuaciones de la alta inspección se concretarán en informes al Ministerio de Sanidad, y el Ministro, en caso de que lo estime procedente, dará traslado de los mismos a los órganos competentes de la Comunidad Autónoma. Creo que realmente es muy fuerte si es que se incluyen, como parece, los casos de infracción. Parece que si hay infracción por parte de órganos de la Comunidad Autónoma el Ministro debería comunicar el informe o acta en que se manifiesta esta infracción a los órganos competentes de la Comunidad Autónoma, para que pudiesen dar su opinión sobre las causas de la infracción, si es que hay infracción. Me parece que habría que modificar este párrafo del número 4 en el sentido de mi enmienda 200, que propone, en lugar de la frase «si lo estiman procedente», la frase «en caso de infracción», y dejando el «si lo estiman procedente», lo mande o no el acta de inspección, cuando no se trata de casos de infracción.

Finalmente, mi enmienda 201 pretende la supresión total del número 6 de este artículo 44. Es el increíble punto en el que se da una redacción que estimamos no es constitucional. Es decir, la de que si las medidas adoptadas por el órgano competente de la Comunidad Autónoma resultasen insuficientes y persistiese la infracción, el Ministerio de Sanidad y Consumo intervendrá por sí mismo. Aquí, señorías, se llega a lo increíble, a una redacción que,

a criterio nuestro, no es constitucional; incluso el ponente del Grupo Socialista que intervino en este punto manifestó sus dudas sobre la constitucionalidad de este texto. Efectivamente, el texto no es sostenible tal como está redactado en el proyecto de ley, y buena prueba de ello son las sentencias números 32 y 42, del Tribunal Constitucional, del año 1983.

Para abreviar, porque mi tiempo se está terminando, voy a citar un sólo párrafo de la sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de abril de 1983, que es de una aplicación evidente a este caso y que debería motivar la supresión de todo el número 6 de este artículo. Cito literalmente lo que dice el Tribunal Constitucional: «La alta inspección constituye una competencia estatal de vigilancia, pero no un control genérico indeterminado que implique dependencia jerárquica de las Comunidades Autónomas respecto de la Administración del Estado, sino un instrumento de verificación o fiscalización que puede llevar, en su caso, a instar la actuación de los controles constitucionales establecidos en relación con las Comunidades Autónomas...» (Repito, señorías, la frase de que puede llevar, en su caso, a instar la actuación de los controles constitucionales establecidos en relación con las Comunidades Autónomas). Y prosigue la sentencia: «... pero no a sustituirlos, convirtiendo a dicha alta inspección en un nuevo y autónomo mecanismo de control». Y esto es precisamente lo que hace el número 6 del artículo 44, convertir la alta inspección en un nuevo y autónomo mecanismo de control, aparte de los constitucionales establecidos.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

Para la defensa de las enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana, tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, mi Grupo tiene presentadas 13 enmiendas a tres de los cuatro capítulos de este título, que intentaré defender globalmente.

En el Capítulo Primero, competencias del Estado, el artículo 41 dice: «La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones»: y las selecciona hasta 16. Y, al acabar su lectura, la primera pregunta que uno debe hacerse es: Después de tanto desarrollo estatal, el menoscabo de las Comunidades Autónomas ¿cómo queda? A los más avezados en la materia, además, seguro que la lectura de dicho artículo les producirá cierta perplejidad, al confundirlo —lo ha dicho el señor Núñez— con el Real Decreto del señor Sancho Rof, por lo demás, para mí un buen Ministro. El Real Decreto de noviembre de 1981, que en su momento ya fue conocido como LOAPA sanitaria, como nos recordaba el señor Núñez en Comisión, fue contestado por todos los grupos, incluso por el Grupo Socialista. Dicha contestación ha merecido ahora, señorías, la categoría máxima de legislación básica. Si bien toda la ley se halla llena de reservas a fa-

vor del Gobierno o de la Administración del Estado, en el presente artículo se halla el núcleo central de dichas reservas; reservas que permitirán al Gobierno hacer legislación básica por el Real Decreto o bien, si es necesario y urgente, incluso por circular.

Pienso que todos estamos de acuerdo en que hay que establecer y definir con claridad la base competencial que corresponde a la Administración del Estado, pero deberíamos estar también de acuerdo en que hay que dejar a salvo todas aquellas competencias claras y definidas que figuran en los correspondientes estatutos de autonomía. Por lo que hace referencia a la Generalidad de Cataluña, este artículo 41 viene a modificar y limitar el propio traspaso de competencias en varios puntos, y sólo a título de ejemplo: cuando determina que es competencia de la Administración Sanitaria del Estado la fijación de los métodos de análisis y medición y los requisitos técnicos y condiciones mínimas en materia de control sanitario del medio ambiente; o cuando determina las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones de equipos y estructura de los centros o servicios sanitarios; o en la determinación de catálogo y registro general de centros, servicios o establecimientos sanitarios; o en los servicios de vigilancia y análisis, o en todas aquellas delegaciones de Gobierno que ya discutiremos cuando entremos en las disposiciones finales. El menoscabo de las Comunidades Autónomas, señorita, es éste.

En cuanto a la enmienda 930 al artículo 41.4, sobre la autorización de aditivos, es un simple problema de acatamiento de unas competencias del Estado, sentencia del Tribunal Constitucional. A la Administración del Estado le compete la reglamentación técnico-sanitaria, no la autorización de aditivos uno por uno. Ya que otras seguramente no podrán hacer, dejen por lo menos a las Comunidades Autónomas esta tarea de ventanilla. Lo ha dicho el Tribunal Constitucional y lo ha dicho en sentencia de agosto del presente año, al respetar la facultad de autorizar aditivos a la Generalidad de Cataluña. Lean, por favor, la sentencia y actúen en consecuencia acatándola.

Doy por defendidas el resto de las enmiendas a este Capítulo.

En el Capítulo Tercero, de las Corporaciones Locales, entendemos que la actual redacción del artículo 43.1 presupone que los entes locales tienen perfectamente fijadas sus competencias, cuando ello no es cierto. La Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local establece la legislación básica, pero su desarrollo y complementación corresponde a las Comunidades Autónomas, extremo este que el presente texto no respeta. Las Comunidades Autónomas pueden y deben legislar en materia competencial de las Corporaciones Locales y nuestra enmienda 937 va en este sentido. El presente proyecto de ley se ocupa fundamentalmente de las Corporaciones Locales en el presente artículo y en la Disposición Transitoria Segunda. En esencia, el proyecto establece lo siguiente: primero, responsabilidades sanitarias mínimas de los Ayuntamientos; segundo, participación de las Corporaciones Locales en los Consejos de Salud, y tercero, adscripción de servicios sanitarios y

acuerdos de financiación de las Comunidades Autónomas. Por su parte, la Ley de Bases de Régimen Local, en su artículo 26, establece los servicios mínimos de los Ayuntamientos, los gradúa en función del censo de habitantes. Comparando ambos textos, se advierten las siguientes contradicciones: primero, no se puede dar el mismo trato a todos los municipios; segundo, frente a la insuficiencia de medios, la Ley de Bases de Régimen Local prevé la dispensa, el proyecto de la ley de Sanidad recurre al auxilio administrativo; tercero, el proyecto habla de responsabilidades y la Ley de Bases de Régimen Local habla de obligaciones. Como pueden comprobar SS. SS., se están produciendo incoherencias que son fáciles de corregir y, por tanto, fáciles de evitar. Las Comunidades Autónomas, lo recuerdo una vez más, están perfectamente capacitadas para determinar las obligaciones de los entes locales. El presente proyecto define unas responsabilidades que las Comunidades Autónomas pueden incrementar o pueden flexibilizar.

Y por fin, el Capítulo Cuarto, de Alta Inspección. Nos hallamos —y creo que se ha dicho ya por los señores Diputados que me han precedido en el uso de la palabra— ante un tema que nos preocupa a todos, incluso a SS. SS., profundamente y sobre el cual todos hemos manifestado nuestro punto de vista y también, ¿por qué no decirlo?, nuestro profundo desacuerdo. Se crea, señoritas, una Alta Inspección que, a nuestro entender, es otra inspección superpuesta a la normal, que vendrá a competir con ella de forma inútil y costosa. Son varias las sentencias, también constitucionales, que se han ocupado de la Alta Inspección del Estado: la de 20 de mayo de 1983 afirma que la Alta Inspección constituye una competencia estatal de vigilancia, pero no un control genérico e indeterminado que implique dependencia jerárquica de las Comunidades Autónomas respecto a la Administración del Estado. ¿De verdad creen SS. SS. que lo que se deduce del contenido del artículo 44 se ajusta a la doctrina del Tribunal Constitucional? ¿Se ajustan a la sentencia los apartados d), e) y f), cuando nos habla de supervisar el uso, destino y utilización de los fondos y subvenciones propias del Estado, o de comprobar el destino de los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, o de supervisar la adscripción de los establecimientos transferidos? ¿No se estarán confundiendo inspecciones sanitarias con inspecciones financieras? Alta Inspección, sí; pero como función de garantía y verificación, como bien ha dicho el Tribunal Constitucional. Y, como complemento, el apartado 6, que dice así: «Si las medidas adoptadas por el órgano competente de la Comunidad Autónoma resultasen insuficientes y persistiese la infracción, el Ministerio de Sanidad y Consumo podrá, por sí mismo, poner en ejecución lo previsto en la legislación estatal». ¡Albricias por el señor Ministro! ¡Albricias por tanto poder! Porque yo tengo la modesta impresión de que lo único que puede hacer constitucionalmente el Ministro de Sanidad por sí mismo, en el caso previsto en este apartado, es poner los hechos en conocimiento del Gobierno, a fin de que se ponga en marcha el requerimiento previsto en el artículo 155 de la Constitución, artículo que habla

simplemente de un previo requerimiento al Presidente de la Comunidad Autónoma, y, en el caso de no ser atendido, podrá el señor Ministro, el gobierno, adoptar las medidas necesarias con la aprobación por mayoría absoluta del Senado. Un poco más complicado, pero con mayores y mejores garantías de legalidad. Por ahí, señorías, van nuestras enmiendas a este Capítulo de la Alta Inspección. Muchas gracias, señor Presidente.

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

Turno en contra. Tiene la palabra el señor Gimeno.

El señor GIMENO MARIN: Gracias, señor Presidente.

Nos encontramos en el debate de un título que, como todas las leyes sectoriales, suscita una cierta polémica desde el punto de vista de lo que son las competencias de las distintas administraciones, y un título que también es apasionante, desde el punto de vista jurídico, desde el momento en que estamos pensando en la construcción de un Estado de las Autonomías, pero que puede ser muy pesado de escuchar a SS. SS. Yo voy a intentar hacerlo lo más ameno posible, y es difícil. Lo que sí quiero indicar es que, a veces, cuando se sube a esta tribuna, por parte de algunos enmendantes se da o se quiere dar la sensación de que existen algunos grupos que defienden fundamentalmente las competencias de las Comunidades Autónomas, y parece como si el Grupo Socialista o el Gobierno tuvieran unos mecanismos de pensar esencialmente centralistas. Yo creo que no es así, y voy a intentar demostrarlo y justificarlo, porque en este título —título importante— del proyecto se define un modelo sanitario principalmente autonomista y claramente de acuerdo con el Estado de las Autonomías que define nuestra Constitución.

Y, como ejemplo, citaría el artículo 42 —de paso, le recuerdo al señor Bandrés que el artículo 42 ya no es el que dice él—, que es un artículo en el que incluso se señala claramente como residuales para las Comunidades Autónomas las competencias no señaladas como tales para el Estado —en tal sentido fundamentalmente autonomista—, y un artículo que de alguna manera sienta la clave, con el conjunto de la ley y los otros artículos, para defender ese modelo autonomista que, en lo que se refiere a la Sanidad, defiende nuestro Grupo. Con esto, de alguna forma, quiero hacer referencia a algunas de las contradicciones que se manifiestan en estos debates, porque se nos acusa de modelo centralista y burocrático por parte de algún enmendante, como el señor Fernández Inguanzo. (*El señor Vicepresidente, Verde i Aldea, ocupa la Presidencia.*) Yo le quiero decir que a veces me da la sensación de que como se viene con los discursos hechos es difícil captar los mensajes o los debates que aquí se producen, porque yo creo que el señor Fernández Inguanzo tiene en su cerebro un modelo, que es el italiano, que es un modelo más municipalista que el nuestro. Pero es que el nuestro, como tenemos una Constitución que marca unas competencias muy claras para las Comunidades Autónomas y unos Estatutos de Autonomía, es decir, el bloque de constitucionalidad, es un modelo fundamentalmente autonomista

frente a esa concepción que a veces creo que se defiende por el señor Fernández Inguanzo.

Frente a ese planteamiento, se nos dice también por otros sectores que este modelo no es fundamentalmente autonomista, y con esto quiero hacer referencia a las intervenciones planteadas desde los Grupos nacionalistas con un primer matiz. Señora Gorroño, yo creo sinceramente que la sentencia de la LOAPA, la cual acatamos en su doctrina muy claramente, no tiene nada que ver con lo que se está haciendo en esta ley, y se lo digo de verdad porque incluso en materia sanitaria el Tribunal Constitucional se ha manifestado en lo concreto como en ninguna otra área sectorial, con dos sentencias que son el catón constitucional de las competencias en materia sanitaria, que son los números 32 y 42 del año 1983, que se produjeron como consecuencia de los recursos presentados por los Parlamentos vasco y catalán, a raíz de los conocidos ya —y llamados aquí en diversas ocasiones y en Comisión— como Decretos Sancho Rof. En esas sentencias se dice claramente, como no podía ser menos, que lo que no podrá hacer el Gobierno será definir en términos generales y por Real Decreto lo que es básico, pues es al Legislador posconstitucional a quien corresponde establecer lo que entiende por bases de una materia, delimitando así lo que es competencia estatal y definiendo, al mismo tiempo, el punto de partida y el límite a partir del cual puede ejercer la Comunidad Autónoma su competencia de desarrollo legislativo. Es muy distinto lo que dicen las sentencias de la LOAPA a lo que dicen estas sentencias. Es cierto que el Legislativo no puede hacer la Constitución, pero también es cierto que si en la Constitución no se concretan en lo específico las competencias de las distintas Administraciones, forzosamente el Legislador, pero por Ley, no por Real Decreto, tiene que entrar a concretar lo que es básico, y por mandato del Tribunal Constitucional. Desde ese punto de vista sólo le puedo decir que sí es importante y que no se puede defender, en mi opinión, que este Título debería no existir en la ley. Yo creo que tiene que existir a la fuerza. Lo que no hace esta ley en el Título II es definir las competencias de las Comunidades Autónomas, lo único que hace es definir las competencias del Estado, y yo creo que eso lo debe hacer la ley. Pero aún le diré más. Al Grupo Socialista y al Gobierno, sin duda, en este título se nos planteó un problema muy simple, y fue que lo único que podíamos hacer era recoger puntualmente lo que ha dicho el Tribunal Constitucional sobre cada una de las competencias que se señalan en esta ley, porque sobre cada una de ellas ya se ha pronunciado el Tribunal Constitucional. Y le diré algo más: en una sentencia reciente del Tribunal Constitucional, de julio de 1985, también en materia sanitaria, se dice, como se ha afirmado ya en múltiples sentencias y como ha venido afirmando una reiterada doctrina del Tribunal, que las competencias son indisponibles. Es decir, no nos quedaba otro remedio al Gobierno y al Grupo Socialista que recoger la doctrina del Tribunal Constitucional en cada una de las competencias sobre las que se ha pronunciado, porque se ha pronunciado sobre todas. Es más, en algunos de los temas en los cuales se podría sus-

citar alguna duda sobre la significación de lo que ha dicho el Tribunal Constitucional, mi Grupo y el Gobierno estamos dispuestos a hacer una consideración al respecto. Así, ya le adelanto al Grupo Vasco que mi Grupo plantea una transaccional a su enmienda 759, al artículo 44.6, que podría ser transaccional con respecto a casi todas las intervenciones que se han manifestado por parte de los distintos Grupos, y que diría así: «Si las medidas adoptadas por el órgano competente de la Comunidad Autónoma resultaran insuficientes y persistiese la infracción, el Gobierno utilizará las medidas previstas en la Constitución». Esto no tiene duda.

También quiero recordarle al señor Fernández Inganzo que la Alta Inspección, nos guste o no nos guste, existe en el bloque constitucional sobre la materia sanitaria, no hay otra solución, y tiene que haber Alta Inspección a pesar de lo que usted plantea, y tiene que haberla, porque si no no tendría ningún sentido ni siquiera el artículo 155 de la Constitución, que es el que, de alguna manera, regula también la intervención del Estado en relación con las Comunidades Autónomas, y eso respecto a lo que ha sido y lo que ha significado este título por lo que se refiere a la clara voluntad del Grupo Socialista y yo creo que del proyecto elaborado por el Gobierno, es decir, recoger puntualmente la doctrina elaborada por el Tribunal Constitucional en cada una de las materias sanitarias.

Hay algunos temas más. Me voy a referir concretamente a uno, porque se ha tratado por el señor Gomis. Señor Gomis, usted me plantea el tema de los aditivos, pero no estoy de acuerdo con la interpretación que hace usted de alguna de las últimas sentencias del Tribunal Constitucional, por cierto muy recientes. Una de las que yo he estudiado con mucho detenimiento es de julio, publicada en agosto, y creo que es una de las que usted cita; pienso que tiene que estar de acuerdo conmigo, en principio, en que esa sentencia hace continuamente referencia a las que yo citaba antes, las sentencias 32 y 42, de 1983. Porque esa sentencia, que se dicta como consecuencia de una impugnación o de un recurso de inconstitucionalidad del Gobierno frente a la Ley de Registro Alimentario, elaborada por el Parlamento catalán —creo que va por ahí el tema—, distingue claramente el Tribunal Constitucional y hace unas matizaciones de una coherencia y de una lógica importantísimas, porque viene a plantear que una cuestión es el acto administrativo de autorización de aditivos y otros compuestos, y otra, el acto de registro. Le quiero recordar que el Tribunal Constitucional decía al Parlamento catalán y a la Generalidad que, en cualquier caso, respecto a lo que se pudiera deducir desde esas instancias con relación a que se había transferido el Registro General Alimentario, no se había producido ese fenómeno. También se decía que en materia de aditivos la competencia venía reconocida para la Dirección General de Sanidad, pero como en materia de aditivos lo que a nivel legal se plantea continuamente es que sólo son posibles las listas positivas de aditivos, lo que se produce a continuación es que el mecanismo de autorización de aditivos que usted plantea es prácticamente una lectura del catálogo elaborado por el Estado en materia de aditivo; porque no

es posible, bajo ningún concepto, que un aditivo nuevo se someta a autorización de la Comunidad Autónoma. Es imposible porque lo único que puede hacer la Comunidad Autónoma es ejecutar, y lo dice claramente la sentencia del Tribunal Constitucional, y yo creo —y así se lo digo— que la competencia marcada para el Estado en el artículo de competencias de este Título II hay que interpretarla en ese sentido, en el único posible, que es en el que lo ha interpretado el Tribunal Constitucional. Sigo diciéndolo: hemos recogido la doctrina del Tribunal Constitucional; creo que en algún punto aún se puede mejorar, pero, en cualquier caso, creo que la voluntad lógica de este proyecto es que sea fundamentalmente autonomista en materia sanitaria; pero no podemos hacer dejación de las competencias que corresponden al Estado.

Al señor Núñez quiero decirle que yo ya sé que usted no puede estar —y se lo dije en Comisión— muy en contra de este título, aunque, como usted bien ha dicho, es partidario de mejorarlo, y no puede estarlo, porque los Decretos Sancho Rof proceden de Gobiernos anteriores, y habrá que reconocer, en todo caso, que el Tribunal Constitucional se ha pronunciado sobre éstos punto por punto y ha resuelto un problema jurídico importante, a pesar de las posiciones que todos tuviéramos en un momento determinado.

Usted me plantea el tema del «sin menoscabo» como uno de los problemas importantes de la ley. Desde otras instancias se me planteaba que había que establecer aún más cautelas y más salvaguardas. Mi Grupo prefiere dejarlo como está, porque creemos que es perfectamente válido, aunque usted con sus argumentos pueda defender las posiciones que quiera, y no sería contradictorio ni siquiera con el planteamiento que existe en el texto actual.

En cuanto al Grupo Popular, quiero decirle al señor Paños que sobre la Sanidad militar estamos de acuerdo en el planteamiento de fondo, y también que, en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, existe una disposición final que prevé la homologación y refundición de todas las formas de la asistencia sanitaria del personal militar. Es evidente que ello es competencia del Estado. Quiero decirle que, en cualquier caso, en nuestra concepción, el Ministerio de Defensa, de cara a los objetivos que le son propios, necesita competencias propias para atender a esos objetivos. En cuanto a lo demás, es nuestra intención y voluntad armonizar y unificar al máximo toda la normativa existente, no sólo en el tema de la asistencia sanitaria de las Fuerzas Armadas, por lo que respecta a otros colectivos.

Señor Ruiz Soto, no resisto la tentación de decirle que cada vez que sube a esta tribuna para hablar sobre temas sanitarios —y muchas veces hemos discutido usted y yo sobre esto—, me da la sensación de que o es usted un sindicato de médicos o un colegio profesional; en este caso, un sindicato de médicos.

Al hablar de este tema, usted se ha olvidado de una cuestión: Aquí estamos hablando de un modelo que define las competencias de los municipios, y usted viene a reivindicar las reclamaciones de los médicos rurales. No hablamos de eso, pero como usted ha sacado el tema, no voy

a eludirlo. Sobre el «don Manuel» de los médicos rurales o de los médicos de pueblo, o de los APD, o de los interinos, que a veces también los hay, al que hace referencia, usted me plantea que quiere tener ahí a un señor que esté veinticuatro horas y que tiene que poner un letrero en la puerta que diga dónde está por si acaso le necesitan. Eso no lo quieren ni el «don Manuel» ni los que le llaman así. Es imposible. Ese modelo no puede ser racional. De alguna manera, usted está planteando que no está de acuerdo con los centros de salud en el medio rural. Me da la sensación de que es el problema de fondo. Yo le digo que un centro de salud sirve para que el médico rural no tenga que estar las veinticuatro horas del día pendiente, porque protestan mucho de eso, y usted lo sabe. Si no pueden estar pendientes las veinticuatro horas y tampoco tenemos los centros de salud, ¿cómo lo resolvemos? Yo creo que la solución es los centros de salud para que puedan realizar una jornada normal y no estén de servicio las veinticuatro horas del día. Aquí definimos las competencias de los municipios, no las competencias de los médicos rurales; pero si decimos que el municipio, cuando por sí mismo no pueda resolver sus problemas, acuda al médico rural, que depende de otra Administración, pero que en esos momentos, funcionalmente, depende claramente del Ayuntamiento. Siento habérselo planteado así, pero el problema de fondo es ése. Tengo la sensación de que usted, cuando sube a la tribuna, no puede resistir la tentación de hacer un planteamiento reivindicativo. Creo que tendremos más momentos para discutir este tema. Con esto quería terminar mi intervención.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Muchas gracias.

Para turno de réplica tiene la palabra el señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Gracias, señor Presidente.

Señorías, yo no tengo un modelo italiano en mi mente ni de ningún tipo, aunque no estaría mal si ello satisface las necesidades de nuestro país. Lo que tengo en cuenta y lo que examino son las concreciones del dictamen de la Comisión, que define las atribuciones del Estado, pero analizo qué es lo que deja a las Autonomías, y lo que deja es única y exclusivamente, no sin medios suficientes, una tremenda fiscalización y solamente el aspecto asistencial de la sanidad.

Cuando hablo de burocraticismo, me refiero a algo que está claro en el desarrollo del dictamen, que es la mínima participación de las asociaciones representativas directas de la sociedad.

En cuanto al tema de la Alta Inspección, nosotros estamos, ¿cómo no?, al servicio de la Constitución y la defendemos plenamente. Nosotros no estamos contra la inspección, pero consideramos que la asistencia de organismos fiscalizadores o inspectores, tal como se plantea en el dictamen, al margen de la estructura administrativa y de los órganos de participación, supone una duplicidad de funciones y conlleva una desconfianza hacia las administra-

ciones que tienen que desarrollar actividades sanitarias. En otras enmiendas nosotros planteamos precisamente esta cuestión, en el sentido de dar esta inspección al órgano participativo del Servicio Nacional de la Salud. Nada más y gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Tiene la palabra el señor Paños.

El señor PAÑOS MARTI: Gracias, señor Presidente. Brevemente para poder compartir el turno con el señor Ruiz Soto.

Si el señor Gimeno reconoce, como yo, que en el fondo estamos de acuerdo en el tratamiento y en los objetivos que debe perseguir esta ley, y también reconoce que existe una competencia del Estado respecto a la sanidad de las Fuerzas Armadas, nosotros mantenemos nuestra enmienda, ya que ese es su sentido, y esperamos el voto favorable del Grupo Socialista.

Por otra parte, el señor Gimeno ha eludido, ya sé que es repetida la respuesta, el problema de la terminología de alimentos. Gracias, señor Presidente.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Con la venia, señor Presidente. Señoras y señores Diputados, señor portavoz del Grupo Socialista, señor Gimeno, no sé si cuando me subo a esta tribuna tengo un carácter reivindicativo, aunque no es malo que lo tengamos. Ustedes también lo tenían siempre cuando estaban en la oposición, y es lógico que la oposición reivindique mejoras para la sanidad, entre ellas la de los médicos rurales, la de los APD, o la de las Administraciones Locales, en las cuales están incluidos también los farmacéuticos, los veterinarios, los ATS, las matronas, los diplomados de enfermería. Sabe que siempre repito esto para que no me digan que sólo soy médico.

Le voy a explicar cuál es el modelo que proponemos en nuestro texto alternativo: los centros de apoyo rurales. Quiero explicárselo a usted y a todo el que me quiera oír. El Grupo Popular propuso estos centros para apoyar a los médicos rurales, para impedir que estuvieran las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año. Pero ¿cómo? Llevando especialistas a los centros comarcales para ayudar a los médicos rurales, no como ustedes intentan, con ese sentido de la economía, quitando los médicos rurales y llevándolos al centro de salud —eso es diferente—, dejando desasistidos a los pueblos. Existen razones geográficas, ya que se van a quedar sin médico en algunos pueblos de la sierra, aislados por la nieve, que SS. SS. conocen y recorren en las campañas electorales y cuando no las hay. En esos pueblos hay un médico, un farmacéutico, un veterinario, un ATS, solucionando esa medicina primaria, tan querida para ustedes. Es un modelo que han venido a copiar hasta los suecos, porque es un modelo de asistencia de primer orden en la medicina primaria. Esto lo reivindico y me siento orgulloso de ello. Ya le he dicho al Grupo Socialista cómo

lo puede hacer. Me va a decir que eso es caro, que cuesta dinero. Pues habrá que sacarlo de donde sea, quitarlo de otros sitios, pero habrá que llevar a los hombres de nuestros pueblos la asistencia sanitaria que requieren los tiempos modernos, que requiere también el esfuerzo de la imaginación, de la técnica y de la asistencia sanitaria que se merece la gente de nuestros pueblos.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, ante la enmienda transaccional presentada por el Grupo Socialista al artículo 44.6, nosotros retiraríamos nuestra enmienda 759, pero dada la rápida lectura del señor Gimeno, me gustaría oírla de nuevo. O quizá lo pueda dejar para luego.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Se la leo ahora mismo.

La enmienda transaccional a la 759, correspondiente al artículo 44.6, dice lo siguiente: «Si las medidas adoptadas por el órgano competente de la Comunidad Autónoma resultaren insuficientes y persistiese la infracción, el Gobierno utilizará las medidas previstas en la Constitución».

Este es el texto de la enmienda transaccional.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Hay una cosa que se me había escapado en la primera lectura: dice que será el Gobierno; nosotros pedíamos que fuese el Ministerio de Sanidad y Consumo. De todas formas, aceptamos la transacción del Grupo Socialista y retiramos la enmienda.

Siguiendo con la argumentación de las enmiendas que hemos presentado a este Título II, quiero decirle al señor Gimeno que cuando habla de las competencias de las diferentes Administraciones y del fin de armonizar y unificar, me hace dudar de que esta filosofía sea autonomista y no centralizadora. Es un lenguaje que a una persona le puede dejar indiferente de lo que supone ser autonomista o ser centralizador. Me preocupa este lenguaje y que se plasme en la ley.

Cuando defendía la enmienda a la totalidad al Título II, argumentaba la filosofía del Tribunal Constitucional en su sentencia sobre la LOAPA, que se refería a la distribución de competencias en un título en general. El Tribunal Constitucional ha emitido sentencias respecto a muchos puntos sanitarios. Se podría hablar de muchos problemas sanitarios que se han podido suscitar, pero eso no quita para que en este punto la sentencia de la LOAPA se pueda usar como argumento. Es una traducción literal de esta sentencia. Nosotros mantenemos la argumentación de la LOAPA y, en consecuencia, la supresión de este Título II.

Usted dice que es distinto lo que dice la sentencia sobre la LOAPA y los diferentes desarrollos de las competencias del Estado y las Comunidades Autónomas. Pero sabe que hay muchas sentencias a las que ustedes dan

una interpretación y nosotros otra. De ahí nuestras quince enmiendas a estos diferentes apartados. Nosotros pensamos que nuestra lectura en este caso es la idónea y no la suya.

Ha puesto como ejemplo el artículo 42.2, que dice que las decisiones o actuaciones públicas previstas en esta ley que no hayan sido reservadas al Estado se considerarán atribuidas a las Comunidades Autónomas. Señor Gimeno, una ley ordinaria como ésta no es quién para decir que las que no se hayan dicho aquí serán atribuidas a las Comunidades Autónomas. Las competencias de las Comunidades Autónomas son asumidas en sus diferentes Estatutos de Autonomía, no por lo que dice esta ley. Para nosotros esto es otra filosofía, que incluso se plasma en los diferentes artículos, por lo que nos preocupa mucho el talante autonómico de este capítulo.

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

Tiene la palabra el señor Núñez.

El señor NUÑEZ PEREZ: Muchas gracias, señor Presidente. Con brevedad, voy a replicarle al señor Gimeno algunas de las cosas que ha dicho en torno a mi intervención.

Se ha hablado hoy aquí de lo reivindicatorio. Yo recuerdo un latinajo que aprendimos cuando estudiábamos Derecho, cuya traducción decía algo así como: «Allí donde ha ido a parar la cosa, allí la voy a reclamar».

Resulta que yo tengo que reclamar aquí y reivindicar lo que de positivo tenían unos decretos, los de 1981, que fueron tan criticados por los Socialistas, pero que el Tribunal Constitucional ha dejado claro que en muchos puntos eran perfectamente válidos. La prueba está en que la propia ley los recoge.

En lo que no estoy de acuerdo es en cómo recoge la ley algunos aspectos de aquella cuestión. Cuando la asistencia sanitaria ha sido gestionada centralmente, como ha ocurrido en España, porque no existía el Estado de las Autonomías, es interesante observar claras desigualdades en la distribución provincial, superiores incluso a las que existen en la renta «per capita». El gasto sanitario por personas oscilaba, a finales de 1981, entre menos de 10.000 pesetas para algunas provincias y más de 22.000 para otras. El proceso autonómico en el que estamos permitirá, si no se pierde el norte de la solidaridad, que es una palabra con la que todos nos llenamos la boca, y se hace con perfecta ejecución técnico-jurídica, ir disminuyendo progresivamente estas desigualdades, porque cada Comunidad dispondrá de recursos proporcionados a la población protegida y deberá utilizarlos y gestionarlos con las correspondientes competencias que deben serle reconocidas.

El futuro de la planificación sanitaria en las distintas Comunidades Autónomas no debe encontrar obstáculos, y menos en esta ley. Y en esta ley los encontrará si peca de excesivamente reglamentista. En esa idea van nuestras enmiendas: en aligerar el peso reglamentario que la ley tiene.

Finalmente, debo decirle que la ley debe seguir las pautas marcadas por el Tribunal Constitucional que, en este punto —lo reconozco— nos ha dotado de una copiosa y rica jurisprudencia.

Ahí tenemos un coadyuvante magnífico para hacer que esta ley, en este punto, tenga la menor cantidad de defectos posibles.

Efectivamente, tiene que haber alta inspección —yo estoy de acuerdo con la ley en este punto y con lo que dice el señor Gimeno—, pero alta inspección sanitaria. Démosle a la alta inspección sanitaria lo que es alta inspección y dejemos para el Tribunal de Cuentas lo que es de su competencia.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Muchas gracias, señor Núñez. El señor Gomis tiene la palabra.

El señor GOMIS MARTI: Señor Presidente, señorías, en realidad, señor Gimeno —lo venimos repitiendo desde los debates en Comisión— hacemos lecturas distintas, incluso interpretaciones distintas, de diferentes sentencias del Tribunal Constitucional.

Yo le he hablado del artículo 41 y le había dicho textualmente que si bien toda la ley se halla llena de reservas a favor del Gobierno o de la Administración del Estado, el artículo 41 tiene un núcleo central de reservas que permiten al Gobierno dictar legislación básica por real decreto. Entiendo que es así. De acuerdo en que el Tribunal Constitucional dijo que la lista del Real Decreto podía ser competencia estatal si el legislador así lo consideraba, pero de ninguna manera tenía por qué transcribirse en la ley, prácticamente de forma íntegra, dicha lista de materias. Este es el tema.

El Grupo Socialista, legislador mayoritario, no tenía, ni tiene por qué considerar taxativamente los supuestos del señor Sancho Rof. ¿O es que la concepción sanitaria es la misma? Yo pienso que no.

El Tribunal Constitucional dejó el tema abierto a la concepción del legislador. Ahora resulta, según sus manifestaciones, que la concepción sanitaria es la misma de antaño.

Pero como además su señoría ha hecho, antes de contestar a las enmiendas, una manifestación sobre el preámbulo general relativo al autonomismo, me va a permitir que, con la máxima delicadeza posible, le diga, señor Gimeno, que nunca he intentado calificar a las personas —ni a su señoría— de autonomista o no autonomista. ¿Cómo puedo dudar yo del autonomismo del señor Ministro, que seguramente ha hecho del autonomismo la razón política de su vida? ¿Cómo puedo dudar de ello?

Otra cosa es que diga —ustedes tienen que aceptarlo— que la ley que les ha salido, bien por las dificultades de la propia ley, bien por los pactos que han tenido que hacer, es antiautonomista. Les ha salido una ley centralista, y no deben molestarse sus señorías cuando se discute de esta manera. Yo pienso que es una opción válida. Creo que las cosas son como son. Puede haber criterios de sus señorías más autonomistas y menos autonomistas; que no duden del autonomismo del señor Ministro, como no pue-

den dudar del autonomismo que nosotros mantenemos a través de nuestras enmiendas.

No es hablar por hablar, no es decir: soy más o menos autonomista. Hay un instrumento en sus manos en estos momentos, para demostrarlo. Yo simplemente les digo que esta ley de competencias reabsorbe las que en este momento tiene una Comunidad Autónoma como Cataluña. Y se lo voy a leer sin más detalles.

Toda la legislación en materia de salud pública, legislación sobre autorización, contratación, apertura y cierre de centros sanitarios, acreditación de la legislación sobre ordenación farmacéutica, autorización de tecnología sanitaria, autorización de aditivos, autorización de centros para transplantes, legislación sobre infracciones y sanciones, control sanitario del medio ambiente, política de ayudas y subvenciones, planificación sanitaria, sistemas de información sanitaria, política de conciertos, entidades privadas en materia de régimen local, todo esto sale de esta ley, que ustedes manifestaron el otro día que estaban dispuestos a perfeccionar, y a nosotros nos parecía que por ahí andaba el señor Ministro, que algunas de las correcciones que podían introducirse iban precisamente en ese sentido, de hacer el proyecto más autonomista.

Por lo demás, no se molesten, señorías. No hagan ustedes una definición o una valoración dogmática del autonomismo. El autonomismo se demuestra a través de esto, de instrumentos legales, de actitudes intelectuales. Yo las respetaré siempre.

Les voy a leer lo que ayer publicaba la prensa y que decía un ilustre Diputado de esta Cámara, compañero suyo y nuestro, el señor Múgica, de cuya competencia intelectual y rigor no pueden dudar: Decía: «Las autonomías son imparables y es cuestión de dejar trabajar a los que creemos en las autonomías, porque estoy seguro de que el jacobinismo no triunfará en este país; la modernización del Estado exige la no uniformización. Ahora bien, también soy consciente de que mi posición no es mayoritaria en la dirección del partido, pero sin la plena integración del País Vasco y Cataluña no se puede hablar seriamente de la gobernabilidad de España».

Entiendo, señorías —y se lo digo de todo corazón—, que el proyecto que les ha salido a ustedes y que mantienen y defienden, es un proyecto antiautonomista. Muchas gracias.

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

Terminado el turno de réplica, tiene la palabra el señor Gimeno.

El señor GIMENO MARIN: Señor Presidente, muchas gracias, Contestaré, en principio, al señor Gomis, que vuelve a lo mismo de siempre, intentar dar la sensación de que nuestro Grupo no defiende posiciones autonomistas; el suyo parece ser que él dice que sí. Se lo dije en Comisión, señor Gomis, y se lo vuelvo a decir ahora; nuestro Grupo, con toda sinceridad, tiene que hacer un ejer-

cicio riguroso de responsabilidad jurídica y política, y lo que no puede hacer nuestro Grupo, bajo ningún concepto, es contradecir al Tribunal Constitucional en lo que ha dicho que es competencia del Estado. Esa es la posición del Grupo Socialista. Es una posición responsable en lo jurídico y en lo político y lo que no se puede hacer es lo contrario, que es lo que a veces, tengo la sensación, ustedes plantean.

Le dije también y repito clarísimamente, porque así se ha pronunciado el Tribunal Constitucional, que las competencias autonómicas tienen unos límites generales. No lo hemos dicho nosotros, lo dice la Constitución y el Tribunal Constitucional, que la ha interpretado. Esos límites se derivan, sobre todo, de la defensa del consumidor y sobre el mercado interior, la libre circulación de productos, etcétera. Eso es así y no lo vamos a cambiar, a pesar de que a veces parece a que a ustedes les gustaría que se cambiara.

Desde esa tribuna me ha enumerado las competencias que se les quitan a las Comunidades Autónomas. Yo le digo que usted no tiene razón, porque el Tribunal Constitucional es el que se ha pronunciado sobre cada una de ellas y sobre su interpretación.

Contestando con ello a otros Grupos, de igual manera la sentencia del Tribunal Constitucional sólo les puede decir una cosa: la lista que figura en esta ley sólo puede ser interpretada tal como lo ha hecho el Tribunal Constitucional, ni como nosotros ni como ustedes dijeron; sólo como ha dicho el Tribunal Constitucional. Por eso está reflejado, clarísimamente reflejado, en el Título II de la ley.

Al señor Paños recordarle —aunque no se lo he dicho yo, sino otro compañero—, que en cuanto a lo alimentario y lo alimenticio tiene razón. Pero también le digo que nos hemos limitado a copiar el texto que ya había sido dictaminado por el Tribunal Constitucional. Sinceramente se lo digo a nivel personal, creo que tiene razón, como figura en el texto concretamente.

En cuanto a la intervención del señor Fernández Inganzo, plantearle simplemente que el modelo es el que define claramente este Título. Yo no sé cuál preferirán ustedes; yo deduzco que prefieren un modelo más municipalista, pero en el marco de nuestra Constitución hay que buscar un equilibrio en la importancia que tiene las Comunidades Autónomas, que es mucha. También le digo que tienen muchas competencias en materia sanitaria, tales como, por ejemplo, dirigir los Servicios regionales de Salud que corresponden a cada una de las Comunidades, desarrollar la legislación, ejecutarla, etcétera. Yo creo que son competencias suficientemente importantes.

Al señor Núñez, indicarle que yo sinceramente creo que nuestro esfuerzo ha sido recoger, no sé si suficientemente, lo que dijo el Tribunal Constitucional. Y como no tengo por qué omitirlo, porque lo estoy repitiendo, quiero decirle que el Tribunal Constitucional se pronunció sobre materias que en distintos momentos otros Grupos, incluido el nuestro, estaban en contra. Una vez que se ha pronunciado el Tribunal, nuestra concepción es muy clara: lo que ha dicho el Tribunal Constitucional es lo que hay que defender. Y eso es lo que hacemos.

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

Vamos a proceder a las votaciones.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo y defendidas por el señor Fernández Inganzo.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 222; a favor, siete; en contra, 209; abstenciones, seis.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Mixto suscritas por el señor Pérez Royo.

Enmienda del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Bandrés.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 224; a favor, 16; en contra, 202; abstenciones, seis.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Mixto suscritas por el señor Bandrés.

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

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 224; a favor, 16; en contra, 202; abstenciones, seis.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Mixto suscritas por el señor Vicens.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco. Queda retirada la enmienda 759 y procedemos a la votación de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Socialista, correspondiente al artículo 44.6.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 224; a favor, 167; en contra, 10; abstenciones, 47.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Queda aprobada la enmienda trasaccional del Grupo Socialista a la 759 del Grupo Parlamentario Vasco y que afecta al artículo 44.6.

Votamos seguidamente las restantes enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 224; a favor, 16; en contra, 164; abstenciones, 44.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco a este Título II.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 223; a favor, 55; en contra, 164; abstenciones, cuatro.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista.

Enmiendas del Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 224; a favor, 20; en contra, 164; abstenciones, 40.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 225; a favor, 42; en contra, 171; abstenciones, 12.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Vamos a proceder a la votación de todos los artículos del Título II, conforme al dictamen de la Comisión, con excepción del artículo 44.6 que ya ha sido votado con la enmienda transaccional.

Título II, artículos 39 a 44, ambos inclusive, conforme al dictamen de la Comisión.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación dio el siguiente resultado: votos emitidos, 225; a favor, 160; en contra, 59; abstenciones, seis.*

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Queda aprobado el Título II de la Ley, artículos 39 a 44, conforme al dictamen de la Comisión.

Procedemos seguidamente al debate del Título III de la Ley. Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista. Para su defensa tiene la palabra el señor Núñez.

El señor NUÑEZ PEREZ: Señor Presidente, señorías, corresponde analizar ahora el Título III, título muy amplio, que contiene los siguientes capítulos: desde el que trata de la organización general del sistema sanitario público, pasando por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, áreas de salud, coordinación general sanitaria, de la financiación y del personal. ¡Casi nada! Nuestro Grupo mantiene a este Título las enmiendas que van desde la 608 a la 687, incluyendo tanto las que presenté nuestro Grupo como las que presenté con fundamentos muy parecidos, por no decir idénticos, nuestro compañero el señor Mardones.

Está claro que en los diez minutos que se me conceden

en la ordenación de este debate no voy a poder exponer a SS. SS. todas y cada una de las enmiendas. Por tanto, me van a permitir que las dé por defendidas en los mismos términos que expuse tanto en Comisión como en Ponencia la mayor parte de ellas, pero desearía centrar este debate en dos temas concretos. El primero hace referencia al artículo 45 y al primer capítulo de este Título fundamentalmente. El texto del proyecto señala que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la Salud integrarán el Sistema Nacional de Salud, y esto, a nuestro modo de ver, dice menos de lo que tenía que decir. ¿Por qué? Porque creemos que falta la inclusión de los centros privados, concertados o no, que también deben estar al servicio de la salud y que también deben estar, ¿por qué no?, integrados en el sistema nacional.

Decíamos el primer día de debate que un sistema sanitario propio de un país desarrollado sería aquel que dedicase a estos temas más de un 5,3 por ciento del Producto Interior Bruto. Tal como está definido en el artículo 45 y según pudimos demostrar en Comisión, lo que se dedicaría sería un 3,92 por ciento, de tal manera que si no contamos con los centros privados, concertados o no, automáticamente tendríamos que concluir que el Sistema Nacional de Salud que nos presenta la ley es un sistema propio de un país subdesarrollado. Por tanto, debe tenerse en cuenta el porcentaje del gasto privado, que es muy importante, está cerca del 1,5, que, sumado al anterior, superaría el 5,4, casi el 5,5 que, efectivamente, se está dedicando actualmente en España y que le da a nuestro sistema de salud el rango o por lo menos el puesto que le corresponde dentro de los países desarrollados.

Efectivamente, todavía falta mucho para llegar a un servicio público más eficaz y mejor, pero de lo que no cabe duda es de que sólo se conseguirá si no se olvida en la estructura del servicio público a estos centros privados, concertados o no, vuelvo a repetirlo, a los que se refiere nuestra enmienda.

Ya sé que no se pudo incluir en esta ley lo que era una gran ilusión de los socialistas: un servicio nacional de salud estilo inglés. Han reflexionado, han puesto los pies en la realidad y quieren hacer un sistema nacional de salud que no es el que querían —sobre todo no es el que querían determinados miembros del Grupo Parlamentario Socialista—, pero que es el que se puede hacer en estos momentos.

Nuestra enmienda trata de que esto que se quiere hacer sea lo más eficaz y ajustado posible a la realidad y de que no se establezcan en la ley relaciones vergonzosas, para contar con la sanidad privada en unos sitios y no incluirla en otros. Hay que contar con ella de verdad y regularla en todo el Sistema Nacional de la Salud, como pretende nuestra enmienda y como creo que debería ser. (El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la Presidencia.)

Y con el permiso de SS. SS. señor Presidente, paso al tema de la financiación. Doy por defendidas todas las enmiendas que, en definitiva, traen causa de ésta, para terminar al otro lado del paréntesis, que es la financiación.

Nuestra enmienda 634 es la primera a este Título. La

ley debe clarificar el sistema de financiación y resolver con claridad las relaciones y servidumbres de la política sanitaria con la Seguridad Social. Todos los problemas económicos-financieros se plantean como consecuencia de la existencia en la propia ley de dos modelos sanitarios simultáneos y alternativos que, por vía de principio, son incompatibles entre sí y también con los objetivos de ahorro y equilibrio financiero del que nos hablaron y del que hablamos en el proyecto de ley sobre la reforma de pensiones. El artículo 82 nos señala como fuentes de financiación para atender las necesidades sanitarias de todos los organismos e instituciones las siguientes: en primer lugar, las cotizaciones sociales, es decir, las prestaciones de la Seguridad Social; después, transferencias del Estado; luego, tasas por prestaciones de determinados servicios, así como las aportaciones de las Comunidades Autónomas y corporaciones locales. Pero la disposición adicional primera, en su punto segundo, establece, por el contrario, que el régimen económico y financiero de las prestaciones específicas de la Seguridad Social se regirán, en todo caso, por las normas generales de esta última para el conjunto del Estado. Es decir, las prestaciones de asistencia sanitaria que no sean fruto de la llamada medicina libre se seguirán pagando por la Seguridad Social. Todo ello nos plantea la gran cuestión que ya intentamos dibujar en el debate de totalidad y que hemos repetido en Comisión. ¿La asistencia sanitaria en sentido amplio —promoción y prevención incluidas, por supuesto—, es una prestación de la Seguridad Social o es un servicio público abierto a todos los ciudadanos? SS. SS. deben sacar sus consecuencias al contestar a esta pregunta, porque el proyecto no es consecuente y pretende hacer equilibrios circenses entre dos modelos incompatibles.

Nuestra enmienda 634 resuelve la cuestión de forma clara. Consideramos la atención de las necesidades sanitarias como un servicio público abierto a todos y, por tanto, pedimos que en el artículo 81 se suprima toda referencia a los presupuestos de la Seguridad Social. Esto no se puede hacer de la noche a la mañana —y así lo entendemos nosotros—, que una disposición transitoria establezca un calendario de coexistencia entre dos modelos financieros incompatibles entre sí, repito, y que no debería ir más allá del plazo fijado por la Resolución de 1980 que nos concedió a todos la posibilidad de ir sorteando las dificultades en un tiempo prudencial. Pero con estos dos modelos es con los que alegremente se hacen combinaciones dentro del proyecto, y estos dos modelos, tengo que decirlo, también son incompatibles con una interpretación sistemática y rigurosa de la Constitución.

La actual redacción del artículo 41, corregida por la Comisión mixta Congreso-Senado —y es la tercera vez que lo digo, a ver si a la tercera alguien me contesta a este punto—, al suprimir la alusión a las prestaciones sanitarias lo que quiso hacer fue separar sistemáticamente de la Seguridad Social todo lo concerniente al derecho a la salud y las prestaciones para satisfacerlo. Pues bien, el proyecto no sólo pasa por alto esta norma constitucional, sino que parece ser el propósito de los legisladores consagrar perpetuamente el modelo contrario. Varios miem-

bros de la Comisión redactora del proyecto de ley así lo han reconocido con desparpajo y sin pudor, y uno de ellos, ante la lógica pregunta de hasta cuándo este lío, dijo: «Eso dependerá de la coyuntura económica de los próximos años», es decir, hasta que los socialistas dejen de gobernar.

El juego previsto es que esta Seguridad Social vaya perdiendo peso en la financiación de la Sanidad, es decir, hasta llegar a la total financiación por el Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones locales. El propio Ministro reconoció en el discurso de presentación de la ley que esto era el ideal —y lo he leído con mucho detenimiento, señor Ministro, varias veces—, pero, de momento, inalcanzable. Pues ¿por qué envían al Congreso una llamada Ley de Sanidad cuyo primer problema a resolver no se resuelve? Poca confianza tienen ustedes en los resultados de su gestión para superar la crisis cuando perpetúan en una adicional, no en una transitoria, algo que ustedes mismos califican de naturaleza transitoria.

Por tanto, señores parlamentarios, yo creo que esta enmienda se defiende por sí sola y debería ser el punto de atención de todo nuestro debate, y si efectivamente es insuperable establecer o resolver la incompatibilidad entre los dos modelos financieros, hagamos un análisis, un ejercicio de humildad, y digamos que esta ley no puede llevarse a la práctica.

Si en los años anteriores ya se había demostrado la irracionalidad de este sistema al coexistir en realidad dos sanidades públicas, la del Estado y la de la Seguridad Social, con regímenes funcionariales de personal y presupuestarios totalmente distintos y con dos redes hospitalarias y ambulatorias, ni siquiera complementarias, en estos momentos esta situación es más insostenible, por lo que voy a decir.

Se me dirá que por qué no se avanzó en la resolución de esta fórmula en años anteriores, y yo acepto con deportividad esta crítica que me afecta muy directamente. Hay un programa de mejora y racionalización de la Seguridad Social del año 1982 en el que colaboraron ustedes, a través de UGT, en las conversaciones que trataban de desarrollar el ANE, y ahí se dibujaba no sólo la posibilidad del sistema sanitario definitivo que podíamos darnos los españoles, sino que también se establecía un calendario, haciéndose eco de las mismas dificultades que ya apuntó la resolución citada de 1980.

El presupuesto del Instituto Nacional de la Salud —y perdonen que me detenga otra vez y más tiempo quizá del normal, y ruego que me disculpe el señor Presidente— ha estado congelado en términos reales desde 1978. Esto es lógico porque la Seguridad Social se ha visto acuciada por el desmedido aumento de las prestaciones económicas, que han absorbido íntegramente los incrementos habidos, incluida la creciente participación del Estado en la financiación de la Seguridad Social; y ha visto, por otra parte, disminuidos sus ingresos, porque evidentemente hay menos cotizantes debido al menor número de empleados de las empresas, que crean bastante menos empleo de lo que creaban antes, y no quiero aquí reseñar

las escalofrantes cifras de parados porque ya es un tema que en esta Cámara sale por cualquier motivo.

Aquí se ha dicho que por primera vez en los Presupuestos de la Seguridad Social se pasa del billón con «b», pero esto, en términos reales, no nos dice absolutamente nada; no nos dice nada de aumento espectacular, de aumento necesario, es el que debería haberse aprobado o que debería ser aprobado en los próximos Presupuestos Generales para atender todas las necesidades creadas. Esta especie de subsidiariedad de lo que hasta ahora llamamos INSALUD respecto de las prestaciones económicas se ha traducido en un paulatino deterioro de las instituciones sanitarias dependientes y la casi nula posibilidad de afrontar las inversiones no sólo para la adecuada cobertura del territorio nacional, sino ni siquiera para el mantenimiento y reposición precisa.

Ya hay hechas transferencias en la actualidad, ya lo he dicho también y no voy a cansar a SS. SS. con este tema. Faltan todavía muchas Comunidades Autónomas que no han recibido transferencias de los servicios de la antigua AISNA, por ejemplo, pero, aun contando con que las transferencias del INSALUD se realicen a un ritmo rápido, con la actual estructura financiera, no va a suponer esto sino un agravamiento de la irracionalidad.

El que este proyecto de ley prevea en este artículo 81 como normal la financiación de lo que denomina servicios de salud de las Comunidades Autónomas, a través de los presupuestos de cuatro Administraciones públicas, habla por sí solo de la falta de racionalidad de este planteamiento y ello sin entrar en los previsibles conflictos de competencias y en las dificultades de una coordinación que hasta ahora, según el propio proyecto de ley, ha sido un mito más que una realidad, aun sin existir entonces las Comunidades Autónomas.

Parece, por tanto, que una solución racional —ya termino, señor Presidente, señoras y señores Diputados—, dejando aparte la red de las corporaciones locales que por su especialidad y menor tamaño sería más fácil coordinar, consistiría sencillamente en que el INSALUD, tanto lo ya transferido como lo pendiente de transferir, se financiara íntegramente con la aportación del Estado a la Seguridad Social que en cuantía además viene a ser equivalente al Presupuesto de aquél. Solamente este hecho, señoras y señores Diputados —lo dije en el debate de totalidad, lo dije en Comisión y lo digo ahora—, introduciría por sí solo una gran racionalidad y permitiría una mejor asignación de recursos y una considerable simplicidad burocrática.

Todas las enmiendas posteriores y relativas a este Título, y concretamente a este Capítulo quinto, «De la financiación» y al Capítulo sexto, traen causa de esta gran preocupación que he tratado de exponer a SS. SS. para la defensa global de todas estas enmiendas.

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

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto suscritas

por el señor Pérez Royo. Tiene la palabra el señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Señor Presidente, señorías, nosotros tenemos en este Título III una serie de enmiendas que van desde la 311 a la 340.

El Capítulo primero del Título III habla «De la organización general del sistema sanitario público». Como elementos relevantes, a nuestro juicio, del capítulo estarían los que hacen referencia a las características fundamentales de este Sistema Nacional de la Salud, como son la extensión de sus servicios a toda la población, la coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios en un dispositivo único y la financiación a través de impuestos, cotizaciones y tasas, y la estructuración de la participación a los distintos niveles, Zonas de salud, Areas, Comunidades Autónomas y el Estado.

En los Capítulos segundo y tercero de este Título se estructuran los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, los servicios de salud de las Areas y los servicios de salud de las Zonas. En esquema se nos presenta una estructura cuyos organismos de participación son los siguientes: a nivel del Sistema Nacional de Salud, hay un consejo interterritorial formado prioritariamente por representantes de las Comunidades Autónomas y de los miembros de la Administración, existiendo a su vez un consejo consultivo formado por sindicatos y empresarios. A nivel de Servicios regionales de Salud, de cada Comunidad Autónoma, no se define cuál va a ser la composición del Consejo de Salud. A nivel de Areas, hay tres organismos: uno de participación, el Consejo de Salud del Area, que estará formado por representación de los ciudadanos a través de sus ayuntamientos, es decir, una representación de segundo grado, y que comprenderá el 50 por ciento de los miembros de este Consejo de Salud de Areas estará formado por los profesionales sanitarios titulados a través de sus colegios profesionales correspondientes y el restante 25 por ciento a través de la Administración. También plantea la creación de un Consejo de Dirección de área formado en un 60 por ciento de sus miembros por la Comunidad Autónoma y en un 40 por ciento por los Ayuntamientos. Por último, en las zonas básicas de salud no se hace referencia a ningún organismo que propicie la participación de los ciudadanos.

En este Título también se establece que los hospitales privados podrán vincularse al sistema nacional de la salud mediante Convenio. Consideramos que con este artículo se renuncia a la creación de un Servicio Nacional de la Salud caracterizado por ser único, público, gratuito en el momento del uso, universal, con una integración patrimonial y jurídica de las redes públicas sanitarias existentes, y participativo.

Se diseña un modelo que únicamente pretende coordinar las actuales redes sanitarias públicas, constituyendo un sistema nacional de salud, en el que se incluyen centros privados, que se financiará mayoritariamente con cuotas de afiliados a la Seguridad Social, no será universal, no será gratuito, ya que se pueden cobrar tasas por

algunos servicios, y tampoco será participativo. La participación efectiva prácticamente no existe, salvo como una declaración de buenas intenciones, pero eso a todas luces es insuficiente a juicio de los Diputados Comunistas.

Llamar a los diferentes organismos representativos de los ciudadanos solamente con vistas a informar, no es articular un sistema participativo, sino solamente consultivo. En el articulado no se crean organismos participativos a los distintos niveles del sistema sanitario con capacidad de gestión y de intervención; no se articula la dotación de medios suficientes para su creación; no se crean órganos de participación paritaria entre la Administración, trabajadores y usuarios; no hay fórmulas de participación comunitaria que integren sectores sociales que no están necesariamente representados a través de las corporaciones locales; no es admisible que en el Consejo de Salud de Área de la Ley aparezca una representación de los Colegios Profesionales de un 25 por ciento de sus miembros; pensamos que no deben figurar, pues la representación debe ser de todos los trabajadores a través de sus órganos sindicales representativos y no a través de los Colegios Profesionales, que son órganos corporativos y sólo representan a profesionales titulados.

No está clara la función de las corporaciones locales al restringirles sus competencias, ni tampoco como se define quién participa en los Consejos de Salud de área. Se insta un modelo no participativo, alejando la gestión del sistema de la Comunidad, hecho que va a provocar que el nivel de atención primaria no se impulse desde abajo y pierda su papel de elemento dinamizador del cambio sanitario.

Es grave la no existencia de órganos de representación de los usuarios, y paradójicamente un sistema sanitario financiado fundamentalmente con las cuotas de los trabajadores y los empresarios no admite la presencia de las confederaciones sindicales, de los sindicatos del sector sanitario en ningún órgano de control de la gestión.

Por otra parte, consideramos que en el articulado de la ley no se debe hacer referencia nada más que a hospitales del sector público. Los hospitales del sector privado de forma transitoria podrán, hasta que el sector público cree unos recursos necesarios, establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios, garantizando las diversas administraciones públicas el control sobre la administración y gestión de estos centros concertados. Pensamos que no debe hacerse referencia en el texto de la ley a estos conciertos, ya que serían la excepción. En todo caso, habría que articular estos conciertos en una disposición, a nuestro juicio, transitoria.

Las enmiendas que proponemos a los capítulos primero, segundo y tercero van encaminadas a la clarificación de un Servicio Nacional de la Salud, universal, gratuito en el momento del uso, financiados por los presupuestos de la Administración Pública, e integrado, participativo, descentralizado y basado en la atención primaria.

Estructuramos la participación de la comunidad en los cuatro niveles del Servicio Nacional de la Salud: zona básica de la salud, área de salud, servicio nacional o regional de la salud de cada Comunidad Autónoma y Servicio

Nacional de Salud del Estado, mediante órganos de representación tripartitos y paritarios, en los que participen los usuarios, los trabajadores del sector sanitario y la Administración.

Pensamos que la referencia que se hace a órganos consultivos formados por sindicatos y patronos no tendría razón de ser en un servicio público de salud financiado exclusivamente con los presupuestos de la Administración Pública.

Por último, pensamos que el servicio sanitario público debe ser suficiente y homogéneo; es decir, debe tender a que todas las prestaciones se realicen a través de sus propios medios, ya que incluir elementos del sector privado, introduciría elementos mercantilizadores de la salud.

Las enmiendas que proponemos al capítulo cuarto de este tercer Título, sobre la coordinación general sanitaria, son tendentes a evitar que se produzcan situaciones de centralismo y autoritarismo por parte de la Administración Central con respecto a las Administraciones Autonómicas, y a garantizar que sea en los órganos de participación a nivel estatal donde se coordinen, mediante acuerdos de ese órgano de participación, las actividades sanitarias de los distintos niveles del sistema público de salud.

El capítulo quinto de este Título III habla sobre la financiación del sistema público de salud. En resumidas cuentas, el articulado del dictamen de la Comisión propone una financiación mixta a través de aportaciones del Estado, de las cotizaciones de los trabajadores y de tasas. Al no preverse la financiación del Servicio Nacional de la Salud a través de los presupuestos de las Administraciones Públicas, el sistema sanitario no será un elemento progresista de reparto de riqueza y, además, como consecuencia, no se diseña como universal ni gratuito. El Estado financiará la beneficencia y las cuotas de los asegurados financiarán el resto.

La instauración de tasas por determinados servicios nos parece rotundamente regresiva, sobre todo cuando se alude a la crisis económica para justificarlo. Al parecer, se pretende restringir el capítulo del gasto público únicamente en el capítulo del gasto social y no en otros casos, como armamento, Interior, etcétera, cuando la situación de crisis económica debería inspirar justamente lo contrario.

Las enmiendas que proponemos van encaminadas a que la financiación de los servicios públicos de salud sea única y exclusivamente con cargo a los presupuestos de las distintas Administraciones Públicas, único modo de garantizar los elementos característicos de lo que sería un sistema público de salud, universal, homogéneo, igualitario y redistributivo.

El capítulo sexto de este tercer Título articula las relaciones de personal al servicio del sistema público de salud. Se plantea la creación de un Estatuto marco que regirá al personal de la Seguridad Social, regulado por sus distintos estatutos, y, por otra parte, mantiene otra figura, que es la del funcionario público, persistiendo una dualidad en las situaciones administrativas del personal del futuro sistema público de salud.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señor Fernández Inguanzo, le ruego que vaya terminando.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Termino, señor Presidente.

Por otra parte, no se contempla en la elaboración del Estatuto marco la participación del personal afectado. Las enmiendas que proponemos a este Capítulo tienden a garantizar que los deberes y derechos de los trabajadores del sistema público de salud no van a ser impuestos, sino que van a ser negociados colectivamente, tanto en las condiciones laborales como salariales, y que las posibles modificaciones del Estatuto en su actual régimen laboral, sea funcionariado, sea personal laboral o contratado se negociarán entre las partes interesadas.

Las modificaciones en el articulado también tienden a garantizar que, en el sector público sanitario, y también en cuanto a las características de este sector, los trabajadores tengan reconocidos sus derechos.

Nada más y muchas gracias.

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto suscritas por el señor Bandrés Molet.

El señor BANDRES MOLET: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, voy a defender, de un modo simplificado, las numerosas enmiendas —reconozco que son muchas— a este Título III presentadas por Euskádiko Ezkerra.

El artículo 46 quiere ser enmendado por nosotros en el sentido de establecer el principio de asistencia universal, es decir, la universalidad de la asistencia sanitaria y demás prestaciones de salud, que forman parte del núcleo de nuestra filosofía respecto a la ley que se está debatiendo.

En el artículo 47 intentamos introducir la expresión terminante de la gratuidad de las prestaciones y también establecemos un período, que nos parece razonable que fuera de cinco años, para que se pueda financiar en exclusiva el sistema de salud a partir de medidas fiscales impositivas, pero en el plazo de cinco años tras la aprobación de la ley. Se trata de garantizar la universalidad y gratuidad, estableciendo un plazo máximo para su plena eficacia.

El artículo 48 pretende ser también modificado de forma que se despeje esa inseguridad que se desprende del texto actual. Queremos que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud esté integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y señalamos un número de siete miembros por parte de la Administración del Estado, para precisar así el número de componentes de la Administración Central y evitar justamente ese centralismo que tanto preocupa en esta Cámara a los diferentes sectores representativos.

La enmienda al apartado 5 del artículo 48 pretende también ampliar la participación de organizaciones em-

presariales y sindicales, pero no del modo que aparece establecido en la ley haciendo esa referencia a los sindicatos más representativos, sino a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto en la legislación vigente. Nos parece que es un texto más amplio y que permitiría una mayor participación.

Damos por defendida la enmienda 50 al propio artículo 50, que es de sustitución y trata de salvaguardar los derechos estatutarios de las diferentes Comunidades Autónomas.

Igualmente damos por defendida la enmienda 51, al artículo 51 —curiosamente el número de las enmiendas y el de los artículos coinciden—, que trata de sustituir los tres apartados de ese artículo por el texto que SS. SS. conocen, y quiere que el proyecto sea integrador de los servicios dependientes de las diferentes Administraciones. La ley en este terreno avanza muy poco, reservando el patrimonio a las Administraciones actualmente responsables de los servicios. Nuestro criterio de integración pasa por la completa integración patrimonial de los servicios y establecimientos sanitarios en las Comunidades Autónomas, única garantía de homogeneidad funcional y de crear capacidad política. Creemos que la descentralización debe venir a la hora de programar los planes, accionar su ejecución y controlar la misma, y todo esto debe hacerse con participación de la Comunidad.

Las enmiendas 52 y 53, ambas a los apartados 1 y 4 del artículo 52, tratan de establecer una clara determinación de competencias y atribuciones entre las diferentes Administraciones, entendiendo que el texto propuesto es más claro y eficaz que el que aparece en el dictamen.

La enmienda 54, al artículo 55, también intenta sustituir el texto actual dándole una mejor redacción, ya que la expresión genérica «plan de salud» que se establece en el texto del dictamen nos parece que carece de contenido específico.

La enmienda 55, al artículo 56, tiene también claro contenido autonómico y trata de buscar una redacción que, conforme al espíritu de la ley, no permita invasiones en las competencias de las Comunidades Autónomas desde el Poder central.

Nuestra enmienda 56, al artículo 56, es coherente con la enmienda 51. También queremos modificar el propio epígrafe del capítulo tercero y llamarle «de zonas y áreas de salud», porque parece que así sería lógico, de acuerdo con el texto del dictamen y por coherencia con nuestras propias enmiendas.

La enmienda 58, al artículo 57, donde intentamos sustituir su apartado 2, no es una sola diferencia de matices, sino que queremos establecer las estructuras de base en lo que se llama en la ley «zonas de salud».

Damos por defendida nuestra enmienda 59, al artículo 57, que trata de especificar convenientemente el concepto de atención primaria. Pretendemos también la supresión del apartado 3.2 del artículo 57 mediante la enmienda 60.

Nuestra enmienda 61 se dirige a sustituir el apartado 2 del artículo 59 para intentar diversificar más la composición y no reglamentar porcentajes, siendo esta compe-

tencia, en todo caso, a nuestro juicio, de las Comunidades Autónomas.

La enmienda 62, referida al artículo 59, en su apartado 3, quiere establecer una redacción distinta de las funciones del Consejo de Salud, unas funciones que hagan los consejos de salud unos órganos más operativos, más participativos, porque nos parece que, tal como figuran hoy en el dictamen de la Comisión, representan una figura prácticamente decorativa.

Queremos sustituir, mediante la enmienda 63, al apartado 3 del artículo 60, estableciendo siete funciones para el Consejo de Dirección —cuya lectura ahorro a SS. SS.—; modificación que propongo simplemente por establecer una coherencia con el modelo de sanidad que venimos proponiendo.

Damos por defendidas las enmiendas 64 y 65, que tratan de sustituir los apartados 2 y 3 del artículo 61 respectivamente.

La filosofía de todas estas enmiendas, incluyendo la 66, es establecer con más precisión las funciones del gerente, teniendo en cuenta la experiencia hasta este momento recogida.

También queremos enmendar el artículo 63. Lo queremos sustituir por el texto —cuya lectura también ahorro a SS. SS.— que figura en su documentación, indicando y expresando que nos felicitamos porque se ha suprimido en el texto del dictamen de la Comisión, que en esto se diferencia del primitivo texto enviado por el Gobierno, toda referencia a la Organización Médica Colégial, y entendemos que es una mejora sustancial.

A través de nuestra enmienda número 68 tratamos de sustituir el artículo 65, desarrollando más el concepto y funciones de la zona básica, elemento que nos parece imprescindible en la presente ley.

Mediante la enmienda 69 tratamos de enmendar el artículo 66, precisando y ampliando las funciones de los centros de salud.

La enmienda 70 intenta sustituir el artículo 67 en sus cuatro apartados. Y lo hacemos porque queremos dar al hospital un contenido de atención integral a la salud. Queremos abordar el problema de la alta especialización y queremos garantizar la asistencia psiquiátrica, lo que ya viene siendo admitido por la ley. Es este un perfeccionamiento que nosotros aplaudimos y, además, nos han admitido alguna enmienda sobre este tema.

Queremos suprimir el artículo 68 a través de la enmienda 71, porque nos parece que, en cuanto a la salud, no tiene sentido hablar del sector privado en esta ley. Estamos hablando de áreas de salud en este momento, y la concertación se tratará más adelante en artículos posteriores. Estamos en contra del refuerzo de los centros privados que supondría la aprobación de los artículos 68 y 69 —en el caso de que fueran aprobados—. Por eso nuestra enmienda 72 desea, también, la supresión del artículo 69.

La enmienda 73 queda retirada porque, suprimido ya el artículo 70, no tiene sentido nuestra enmienda que intentaba una sustitución para mejorar su texto.

La enmienda 74 se dirige al artículo 73 y quiere sustituir su apartado 1, igual que la enmienda 75, que trata

también de modificar el apartado 2.a) del propio artículo 73.

Nuestras enmiendas 76, 77 y 78 no deben ser defendidas porque han sido admitidas.

Pasamos a la enmienda 79, al artículo 73, que trata de sustituir las palabras «tenidos en cuenta» por «conocidos». Se quiere dar una redacción más cuidada a este artículo, pero también una redacción que suponga una menor exigencia para las Comunidades Autónomas. Se trataría de una audiencia, podríamos decir, no vinculante.

La enmienda 80, al artículo 78, pretende la supresión del apartado 1, porque nosotros creemos que esta función que aquí se establece en el artículo 78.1 ha sido ya tratada en la Alta Inspección del artículo 44. Tal como se plantea aquí resultaría una alusión abusiva y excesiva a la misma cuestión.

Las enmiendas 81, 82 y 83 se dirigen a los artículos 78, 79 y 80 del proyecto y tratan de buscar unas redacciones más claras en el primer y tercer caso, y la enmienda 82, al artículo 79, pretende la supresión total de la frase «sin perjuicio de las adaptaciones que requiera la coyuntura presupuestaria». ¿Por qué? Porque entendemos que es grave la inclusión de esta expresión, ya que significaría que el Ministerio de Hacienda sería, al final, el decisorio sobre la asistencia sanitaria.

La enmienda 84 tiende a una sustitución del apartado 1 del artículo 82 en coherencia con nuestra propuesta de universalización y gratuidad de la sanidad. También tiende a que se establezca una limitación estricta de las tasas.

La enmienda 85 se dirige al artículo 82, apartado 2, intentando la sustitución del párrafo primero por el texto que aparece en la documentación que tienen SS. SS. La motivación sería idéntica a la que hemos empleado para la enmienda 84.

Las enmiendas 86 y 87 se refieren ambas al artículo 83, primer párrafo, y pretenden la adición de un nuevo guión al final del artículo. La primera enmienda es simplemente por coherencia con las anteriores enmiendas. La enmienda 87 trata de que quede perfectamente claro que el pago por asistencia médica debe realizarse para servicios iguales. Por eso queremos que se establezca un nuevo guión al final del artículo que diga: «En cualquier caso, los servicios prestados a este grupo de ciudadanos se harán en condiciones de absoluta igualdad y equidad respecto de la prestada a los ciudadanos afiliados a la Seguridad Social».

Las enmiendas 88, 89 y 90, que son las últimas que voy a defender, se remiten al artículo 87, apartados 1, 2 y 3. La primera enmienda trata de sustituir las tres últimas líneas por una expresión que diga, después de la palabra «autónomas», «se regirá por la legislación laboral vigente». Entendemos que no tiene por qué establecerse una nueva categoría laboral uniforme y, además, según parece, por decreto o por decisión del Poder Ejecutivo.

La enmienda 89 quiere la supresión del apartado 2, por coherencia con la enmienda que acabo de defender. Y finalmente la enmienda 90 pretendé sustituir la primera frase del artículo 87 por otra que diga: «Las normas de las Comunidades Autónomas en materia de personal se

ajustarán a lo previsto en la legislación laboral vigente». Su motivación es idéntica a la de las dos últimas enmiendas que acabo de defender.

Esto es todo, señores Diputados, y espero haberme sometido al tiempo reglamentario.

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

La Junta de Portavoces se reunirá a la una y treinta minutos. se suspende la sesión hasta las cuatro de la tarde.

*Era la una y veinte minutos de la tarde.*

*Se reanuda la sesión a las cuatro de la tarde.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señorías, se reanuda la sesión.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular al Título III. El señor Ruiz Soto tiene la palabra para su defensa.

El señor RUIZ SOTO: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, hemos entrado en la discusión del Título III de la Ley General de Sanidad. Este Título III es quizá de por sí el más importante de esta ley, a pesar del cansancio de SS. SS. y de que muchas veces entramos en tecnicismos que pudieran aburrir o que pudieran hacer más lenta la discusión de esta ley. Pero vuelvo a repetir, señorías, y no me cansaré de decirlo, que esta ley, que afecta a la salud de todos los españoles, debe ser una ley que SS. SS. la conozcan perfectamente, porque, además, se lo van a preguntar en sus sitios de procedencia y, como es una ley difícil, se aprende mejor por las interpelaciones y las enmiendas que hagamos entre la oposición y las explicaciones que da el Gobierno, que no del estudio farragoso de la ley, donde muchas veces, detrás de una sola palabra hay un mundo de prestaciones, de servicios y también una cantidad de intereses, no intereses puramente económicos, porque la salud no es un bien mensurable; la salud se tiene o no se tiene, pero su conservación, su promoción, que es lo que intentamos todos, es muy importante, y perdonen SS. SS. esta disquisición.

Al artículo 47 tenemos la enmienda 458, que es una enmienda puramente técnica y en que se habla de las características fundamentales del sistema nacional de salud.

Se ha dicho aquí esta mañana, y con muy buen sentido, que el proyecto de ley socialista dejó la vieja idea utópica del servicio nacional de salud por el sistema que es más flexible, que permite el utilizar aquellas instituciones o aquellas entidades, ya sean públicas, privadas o de tipo benéfico, que pudieran influir en la sanidad. En el artículo 47, en su párrafo tercero es conveniente incluir una palabra, o quitar otra. Cuando se habla de la coordinación y, en su caso, integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único, nosotros decimos: todos los recursos sanitarios, «públicos y privados», en un dispositivo único. Es un viejo tema que ya me habrán oído SS. SS. otra vez, pero tenemos que volver a recordarlo porque será la definición del sistema nacional de salud el

que luego hará este planteamiento. Nosotros creemos que en un sistema nacional de salud tiene que estar incluido todo aquello referente a la salud. ¿Y qué es todo aquello referente a la salud? Pues lo que se relaciona con la medicina preventiva, la medicina curativa, la medicina rehabilitadora, y todo lo que engloba el concepto de salud, sin que nada le sea ajeno. Y en este proyecto los socialistas vuelven otra vez, con esa obcecación impropia de la concepción de esta ley, que nos debe afectar a todos, y con esa machaconería de insistir en que se trata sólo de la sanidad pública, vuelven a dejar fuera de la sanidad a aquellos que intervienen en la sanidad privada, con lo que creemos que se produce una gran pérdida para todo el Estado. Porque con esto se coarta la iniciativa privada, y no la iniciativa privada en un sentido peyorativo, en el sentido de que tenga ánimo de lucro, término que utilizan las señorías del Grupo mayoritario que apoya al Gobierno también con mucha insistencia. No se trata de ese ánimo de lucro, aunque no sea malo ganar dinero, pero parece que este aspecto en los temas de salud provoca en la gente una especie de alergia: «ganan dinero con la desgracia de los demás, con la salud de los demás». Ese concepto es ya un concepto periclitado, de antiguas sanidades y de servicios públicos de beneficencia que no tienen ya ninguna consistencia en el mundo actual. Porque los profesionales de la sanidad, igual que los profesionales de cualquier otra profesión, tienen que vivir de ella, y en la iniciativa privada hay muchos hospitales e instituciones ejemplares, que ya he relatado en anteriores intervenciones, que no sólo lo hacen mejor que los hospitales públicos, sino que lo hacen además con mejor economía y con más funcionalidad. Porque en la iniciativa privada interviene un factor gerencial, un factor empresarial que ahora SS. SS. van a introducir —cuando venga el Ministro de Sanidad nos lo dirá— en sus hospitales. Están contratando gerentes para llevar gerencialmente los hospitales, porque efectivamente tiene que ser así. Hay que introducir dentro del concepto de salud y dentro del concepto de que la sanidad tiene precio, aunque la salud no lo tenga, estos temas de la eficacia y de los resultados en los temas sanitarios.

Por tanto, a nosotros nos parece que esta obcecación que vuelve a introducir el Partido Socialista en la Sanidad debe desterrarse de una vez y hay que volver a poner o a quitar lo de recursos sanitarios. Y si es que tanto les afecta la palabra «privada» pongan ustedes sin más «recursos sanitarios», pero no dejen a los gobernantes que vengan después de ustedes el que en esta ley sólo se hable de una sanidad pública, como si no existiera la sanidad privada.

Vuelvo a repetir a SS. SS. que el concepto de sanidad privada es tan amplio que no incluye sólo este ánimo de lucro, hay instituciones de tipo benéfico, instituciones en diputaciones y ayuntamientos que tienen extraordinarias organizaciones sanitarias para el servicio de los españoles sin ningún ánimo de lucro, algunas de ellas concertadas con la Seguridad Social. Este es un tema principal de nuestra enmienda a este artículo.

Además, hay otros conceptos, en los que no quisiera ex-

tenderme, pero sí señalarlos, porque la medicina y la sanidad públicas que ustedes quieren implantar con esta ley, son más socializadas, más burocratizadas, es una Sanidad y un concepto de salud de dirigismo, con vales, con encauzamiento del usuario; es una Sanidad que no tiene agilidad para transformarse con arreglo a cómo se avanza y cómo se transforma la técnica, sobre todo en las nuevas profesiones no hay manera de adaptarlo, hay que hacer oposiciones. Muchas veces tarda años en cubrirse una plaza de un servicio en una especialidad nueva y no se pueden contratar médicos, mientras que en un hospital privado no tienen más que contratar al profesional y poner en servicio inmediatamente la nueva especialidad.

No quiero cansarles con las nuevas especialidades que aparecen en todos los conceptos de salud, tanto en la medicina primaria como en la especializada o en la hospitalaria, y quiero ponerles a ustedes un ejemplo para que se haga menos árida esta disertación. De resonancia nuclear magnética no tiene ningún aparato la Seguridad Social, cuando lo tiene la iniciativa privada. Y yo les digo a SS. SS. que si alguna vez necesitan para un familiar suyo, la mujer, el marido, los hijos, que se les realice esta exploración, ¿por qué no van a tener derecho a hacerla? Sé que cuando se goza de buena salud esto parece un término risueño, pero hay que preguntarle a un paciente o a un usuario de nuestra Sanidad que padece alguna patología, que necesite algún método de diagnóstico de éstos, y nosotros lo que queremos es que ese señor con su cartilla del seguro pueda utilizar ese aparato y muchos otros aparatos más y otras técnicas que sean necesarias.

Sé que los economistas siempre dicen que los sanitarios somos generadores de gasto, pero lo somos en bien de un fin principal, primordial, que es el enfermo. No hablo de sanidad de la derecha ni de sanidad electoral, hablo pura y simplemente en interés del usuario, en el interés de los pacientes, el interés de los pacientes, en el interés de los españoles para que se utilicen todos los medios necesarios para proteger, promocionar y salvaguardar su salud.

El tema del artículo 48 lo voy a tratar de una sola vez, porque se insiste y esta mañana un ponente de la oposición hablaba de que por fin se habían quitado los colegios profesionales. Miren ustedes, por ejemplo, en el Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud, dice el texto del proyecto del Gobierno, que entre las funciones que tendrá estará la coordinación de las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes de servicio, así como coordinar los principios básicos de la política de personal, aparte de otras funciones que nos parece muy bien que tenga el Consejo Interterritorial —aunque nosotros en nuestro proyecto le dábamos otro sentido, porque era un proyecto más ágil, luego hablaremos del capítulo segundo—, pero no ponen a los colegios en las entidades representativas. Sólo hablan de que este Consejo estará integrado paritariamente por representantes de las organizaciones empresariales y sindicatos más representativos.

Ocurre que precisamente los colegios profesionales, que

son instituciones reconocidas en la Constitución, en esta ley no intervienen para nada; prácticamente han desaparecido. Realizan funciones puramente técnicas que afectan a la salud y a la asistencia a todos los españoles, y resulta que ustedes quitan a los colegios profesionales.

Señorías, perdonen que les diga que esto también forma parte de otro concepto que tiene la izquierda sobre los colegios profesionales. Parece que los colegios profesionales no les son gratos y solucionan el problema, como en muchas otras ocasiones, simplemente quitándolos.

No pueden ustedes hacer una ley de Sanidad sin los sanitarios. Creo que ya lo he dicho otras veces, pero lo volveré a repetir muchísimas más. Si ustedes dan la espalda a los sanitarios españoles, que están representados en colegios profesionales, no piensen que esta Ley de Sanidad pueda llevarse a efecto, de ninguna manera.

Eso que yo llamo alergia a las batas blancas —y en las batas blancas ya saben ustedes a quienes incluyo— no pueden obviarla SS. SS. por mucho que se empeñen. Será como el famoso problema de tener el fantasma siempre colgado de esta ley y sin nombrarlo. Pero si van a contratar productos farmacéuticos, ¿es que las organizaciones empresariales y sindicales van a saber más que el Colegio profesional de farmacéuticos? Si van a contratar bienes y servicios sanitarios, ¿van a saber más que los mismos profesionales sanitarios las líneas y niveles que tienen que alcanzar esos profesionales? ¿Es que en la política de personal van a saber seleccionar éste los empresarios y los sindicatos a los niveles técnicos que se requieran?

Por todas estas razones, y otras muchas, la defensa de los colegios profesionales es una de las principales valoraciones que nosotros tenemos que hacer en esta Ley de Sanidad, y advertir a la opinión pública española que con una obcecación —y no queremos hacer peyorativa la palabra— muy cerril los socialistas no quieren utilizar los conocimientos y las aportaciones que los colegios profesionales han hecho y tendrán que hacer a la sanidad española.

Al Capítulo tercero, de las áreas de salud, tenemos la enmienda 472. En él vuelve a hablarse otra vez, como en muchas otras ocasiones, de las prestaciones sanitarias públicas, obviando otras prestaciones sanitarias, y de la gestión unitaria. Nosotros proponemos otra vez las públicas y las privadas, y no una gestión unitaria —palabra también muy querida para los socialistas—, sino una gestión integral de la sanidad.

Hay dos o tres enmiendas técnicas y después pasamos al artículo 68, que en el tema de las áreas de salud habla de la política sanitaria en las Administraciones Públicas, y habla de que los hospitales generales del sector privado que lo solicitaren serán vinculados al Sistema Nacional de Salud de acuerdo con un protocolo definido. En este apartado nos vamos a encontrar con los hospitales, tema fundamental para la asistencia de los españoles.

Antes les hablaba de cómo un hospital privado, de cómo un hospital no público tiene métodos más ágiles de gestión empresarial para organizar y preparar una nueva técnica que se aplique inmediatamente. Ahora las técnicas

son de aplicación inmediata, en cuanto se produce el descubrimiento, y en los hospitales públicos, por lo menos en los de la red pública, es prácticamente imposible hacerlo en el tiempo en que lo hace cualquier otra entidad privada. Se tardan años antes de emplear esa nueva técnica y muchas veces lo hacen a remolque de hospitales de tipo privado que han ejercitado esos nuevos métodos diagnósticos y que han instalado esas técnicas en sus hospitales.

¿Y esto por qué es? Muy sencillo, porque los hospitales públicos tienen una reglamentación que hace que sus mecanismos no tengan la agilidad suficiente, que sus formulaciones en cuanto a personal y sus necesidades en cuanto a aparataje tienen que pasar por un proceso burocratizado, por un proceso tremendo, para que finalmente un despacho en Madrid lo resuelva.

Nosotros hemos dicho que en las Comunidades Autónomas podrá ejercerse esto. Quiera Dios que alguna vez llegue la famosa autonomía hospitalaria, que el hospital genere sus gastos y sus ingresos, que sea dirigido gerencialmente. Seguimos pensando que ésa será la única manera de evitar el tremendo gasto público y de hacer de una vez mayores de edad a unas instituciones hospitalarias, algunas muy buenas, que tiene la Sanidad Pública, a las que nosotros queremos potenciar, pero también —y vuelvo a repetir este término de la competitividad— que entren en competencia con otros profesionales para que entre todos contribuyan a la mejor asistencia de todos los españoles, que es la única meta que nos debe motivar a todos en estos debates.

En cuanto a los convenios —y al hablar del Área de Salud dice que puede establecer convenios con los hospitales privados— pone una serie de medidas restrictivas. A nosotros no nos importa, y además nos parece muy bien que pongan medidas restrictivas, fiscalizadoras, de funcionamiento, de cómo se gastan los dineros públicos. Estamos de acuerdo, pero no sólo en hospitales concertados, como pasa ahora, sino también en hospitales públicos, en muchos de los cuales, algunos recientemente, se han hecho auditorías que se pueden tachar casi de escandalosas. El sistema que tienen ustedes que seguir es controlar, vigilar, estamos de acuerdo, pero no sólo a los hospitales privados ni a los concertados, que muchas veces están concertados en peores condiciones, por supuesto en casi todas las ocasiones, que los hospitales públicos y que, aparte de ver retrasados sus pagos, son severamente mirados por el ojo de la Sanidad Pública, viendo ella misma la paja en el ojo ajeno sin ver la viga en el propio.

Han puesto que los protocolos serán objeto de revisión periódica; perfecto. Que el sector privado vinculado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos es tan lógico como que es el derecho inalienable a la titularidad y a la propiedad privada. Luego vendrán los derechos y obligaciones en cuanto a duración, prórrogas, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones. Estamos de acuerdo: igualdad para todos. Pero en el artículo 69.3 —ya lo decimos nosotros en nuestra enmienda 492, dice la ley: «...quedará asegurado que la atención

sanitaria dada por hospitales privados para los usuarios del Sistema Sanitario se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo». Es curioso que nieguen esta propiedad para los hospitales, no sabemos por qué razón; volvemos otra vez a la demagogia de que no se puede ganar dinero con la salud, de los profesionales sanitarios con ánimo de lucro, como si los profesionales sanitarios no tuvieran que comer también y mantener a sus familias y como si los hospitales estuvieran... (*El señor Ministro de Sanidad se dirige con el gesto al orador.*) Claro que sí, señor Ministro. Si hubiera estado antes me hubiera usted escuchado más cosas.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señor Ruiz Soto, por favor.

El señor RUIZ SOTO: Lo que yo quiero decir es que la igualdad sea para todos, que la fiscalización sea igual para los hospitales privados y para los públicos.

Luego hay un artículo en el cual se les dice a los hospitales privados que tienen que tener el mismo horario que los hospitales públicos. Concierte usted con un hospital los servicios, dígame usted qué servicios quiere que no tiene usted, a los que no puede llegar y que le tienen que hacer los hospitales privados, pero no le diga usted cuál es el horario que tiene que mantener, cuáles son las plantillas que tiene que hacer, sino dele usted el concierto, páguele a su tiempo, no con retraso, arregle los Presupuestos para que puedan cobrar todos, no como pasa ahora con muchos hospitales, cuyos proveedores llevan muchos años sin cobrar, y entonces verá usted cómo, además, tiene mejores hospitales.

Nosotros en el artículo 72 hemos introducido también una enmienda, la número 498, en la cual hablamos de los análisis de calidad y se lo ponemos igual a los hospitales privados —porque en este tema nos tendrán siempre a su lado—, para analizar la calidad, la eficacia de las prestaciones, porque —repito— tiene que ser igual no sólo para los hospitales privados sino también para los hospitales públicos. En esta enmienda técnica que introducimos se propone el siguiente texto: «Todos los hospitales públicos y privados deberán disponer de una unidad de análisis de calidad para evaluar la eficacia de la asistencia prestada».

En el capítulo de la financiación, me referiré también a modalidades de asistencia en los hospitales y de pago por patologías.

En el artículo 73, relativo al Capítulo cuarto, «De la Coordinación General Sanitaria», nosotros hemos establecido en nuestro texto alternativo el Plan integrado de Salud, sobre el cual SS. SS. me permitirán que les diga la diferencia que hay entre el proyecto socialista y el proyecto alternativo del Grupo Popular. ¿Y cuál es la diferencia?

La diferencia es que el Plan integrado de Salud de los socialistas lo hace más farragoso, porque —como ya hemos señalado aquí— todavía tienen miedo a que funcionen las Autonomías. Nosotros hemos confiado más en las Autonomías. ¿En qué hemos confiado más? En que los

planes que hacen las Autonomías los hemos incluido directamente en nuestro Plan del Sistema Sanitario, como lo llamamos, y no, como aquí, que antes tienen que informar las Autonomías, a ver si el Estado les reconoce lo que pueden hacer. Sin embargo, en nuestro Plan, después de pasar por el Consejo Interterritorial, que es donde se ejerce la solidaridad, formamos los planes estatales y conjuntos, que es lo que va a ser el Plan integrado del Sistema Sanitario que propone Alianza Popular. Ustedes dan otra vuelta: antes, las Autonomías tienen que retratarse para ver si el Estado les va a autorizar o no; luego, el Estado manda el resultado para que las Autonomías se lo adapten; una vez adaptado, vuelve el Plan integrado de la Salud, y, por fin, consultan con el Consejo Interterritorial. Es un lío, señorías, yo lo reconozco, pero por ese motivo con el sistema que proponemos pretendemos hacerlo más fácil y más sencillo.

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

El señor RUIZ SOTO: Sí señor Presidente, sólo me queda concluir con el Capítulo quinto y el Capítulo sexto.

En el Capítulo quinto, «De la financiación», dentro de este importante Título III (*Rumores.*)

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

El señor RUIZ SOTO: En este Capítulo quinto, una de las principales pegadas que tiene esta ley es que ustedes patentizan otra vez, otra vez vuelven por ley ahora a llevar a la práctica lo que está ocurriendo en este momento. Ustedes no podrán tener una Ley General de Sanidad moderna mientras sigan las cotizaciones, mientras siga el sistema financiero que tienen ustedes ahora. Ustedes saben que hay un clamor entre las organizaciones empresariales. Estas no son razones sanitarias sino razones de política económica —y perdonen SS. SS. que me meta en ellas—. Una de las principales acusaciones, dentro de las cargas que tienen las empresas, es que la Sanidad está financiada por las cuotas de los trabajadores y las cuotas de los empresarios. Esto es injusto, porque ni todos los españoles son trabajadores ni todos los españoles son empresarios. Ustedes mismos reconocen en su ley que hay una parte de españoles que pueden adherirse a este sistema pagando una cuota mensual; aquí establece el Estado también un igualatorio nacional que, además, va en contra de los cotizantes porque ese 3 ó 4 por ciento que dice el señor Ministro que se queda fuera resulta que va a poder igualarse con el Sistema público pagando una cuota, o sea, que encima a los que tienen más poder adquisitivo les va a salir más barato este sistema. Este es un sistema totalmente anticuado, un sistema, además, socialmente injusto, un sistema que genera paro, y luego, por encima de todas estas razones, está que el Ministerio de Sanidad no va a poder hacer su presupuesto, que se lo va a volver a hacer el Ministerio de Trabajo. Mientras que el Ministerio de Sanidad, mientras que los que rigen la sanidad,

sean economistas, sean médicos, sean planificadores, no puedan hacer su propio presupuesto, no habrá una sanidad buena, no habrá una sanidad ejemplar, no habrá una sanidad plétórica y una sanidad que agrade a los usuarios.

Por tanto, no digan SS. SS. que no había alternativa a esta Ley, que la había, y yo creo que más avanzada y más justa socialmente; nosotros introducíamos a los usuarios. Ustedes, a lo mejor por un afán electoralista, no han introducido a los usuarios en la Sanidad, están muy quejosos de los gastos de sanidad. En los Presupuestos Generales diremos lo que tengamos que decir, porque siempre se ahorra en sanidad, pero lo que sí está claro es que el ahorro en Sanidad baja la calidad de ésta y, por tanto, el sistema que ustedes se han propuesto es un sistema que no introduce ese término, ese nuevo individuo, aparte de los Presupuestos Generales del Estado de las Comunidades Autónomas, que es el usuario.

¿Cómo lo haríamos nosotros ser partícipes de esta financiación? Muy fácil: por tramo de renta; luego pongan ustedes lo que quieran: moderador, prestaciones sanitarias; por encima de los niveles de renta que afectarían a los que más ganan, habría que cotizar en la atención sanitaria, y por debajo de este listón estableceríamos en los Presupuestos Generales del Estado la dotación, no cotizarían en estas prestaciones.

Yo sé que esto es un problema complejo, que hay que agilizar la Administración, pero ustedes, señoras y señores Diputados, en su Gobierno se han llenado en este estrado la boca de decir que estaban modernizando la Administración. Aquí tienen un reto de modernización innegable.

En el capítulo de personal sólo voy a citar un par de artículos, uno de ellos es el apartado 2 del artículo 87, que se refiere a los estatutos marco. No puede haber un estatuto marco para todas las profesiones sanitarias. Lo siento, señorías, no hay puerta de atrás en las profesiones sanitarias. Las profesiones sanitarias, esas cinco profesiones que les había dicho, son complementarias entre sí, pero diferentes, y cada una cumple una función perfectamente definida y diferente. Por tanto, tienen que tener cada una su Estatuto marco y no englobarlas a todas en un sistema de contratación igual, porque no es lo mismo el contratar un médico, que un físico, que un ATS, que un auxiliar de clínica, que un celador sanitario. Cada uno, sin que sirva a un clasismo, porque en la sanidad hay una escala de jerarquías que están al servicio del paciente, que son las jerarquías de la inteligencia, las jerarquías del que más conocimientos tiene más dirige y más rige, teoría que, por cierto, va en contra de lo que ustedes están haciendo día a día en sus hospitales, donde se ha premiado más la pertenencia a su Partido que los conocimientos a nivel técnico (*Rumores. Un señor DIPUTADO: ¡Vamos, anda!*) y todos los días en los periódicos lo estamos viendo. No quiero poner la cara colorada a SS. SS. con recientes acontecimientos en Almería, hoy en el Piramidón, etcétera. (*Rumores.*)

Luego, como colofón de esta, yo diría, agresión a las profesiones sanitarias, hay unas líneas que dicen así: «El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades

imperativas de la organización sanitaria con respeto de todas sus condiciones laborales y económicas dentro del área de salud». Este párrafo que acabo de leer implica que ya los profesionales sanitarios (que no confían en la gestión socialista, que se han visto perseguidos y que se han visto atacados algunos en los niveles de conocimiento por todas estas leyes) no confían en esto. (*Rumores.*) Ahora, a las incompatibilidades, al descrédito, parece que se une la movilidad en las plantillas. Cualquier señor que no sea agradable a sus directivos puede ser trasladado a cualquier parte del área de salud o a cualquier otro sitio. (*Varios señores DIPUTADOS: ¡Muy bien! Rumores.*) Esto, señorías, es así, y los profesionales sanitarios no se fían de la gestión socialista en materia sanitaria; quizá en otras sí (*El señor DE RATO FIGAREDO: Y hacen bien.*) porque tienen razones que se están viendo todos los días y que no quisiera explicar, entre ellos mi misma persona (*Rumores.*)

Les digo que este artículo sería mejor que lo retiraran para tranquilizar; porque si además de las incompatibilidades que van a empezar a aplicar el 1.º de enero, donde van a empobrecer a todas las profesiones sanitarias, les aplican la movilidad de plantillas, mala sanidad van a tener ustedes con esta Ley y con estos procedimientos. (*Rumores.*)

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

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

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, a este Título III de la estructura del sistema sanitario público, nuestro Grupo Parlamentario conserva numerosas enmiendas.

Tengan en cuenta, señores Diputados, que este tema de la estructura del sistema sanitario público está en íntima relación con el artículo 2 del Título preliminar. En el artículo 2.º se dice qué artículos considera no básicos el proyecto de Ley General de Sanidad. Pues bien, como ustedes recordarán, la semana pasada nuestro Grupo defendía la inclusión, en los artículos 58 al 72, de bastantes más artículos que van en este Título III. En vista de la intervención del señor Ministro, en la que dijo que, oídas nuestras tesis al respecto, el Grupo Parlamentario estudiaría las enmiendas correspondientes y en el Senado estaría la respuesta, doy por oídas sus palabras y dejo las enmiendas para reflexión del Grupo Socialista.

No obstante, dada la importancia del tema de la calidad y la asistencia, me gustaría hacer hincapié en las enmiendas a los artículos 68 y 72, ambos considerados como no básicos en esta Ley de Sanidad.

El artículo 68 habla de los hospitales generales del sector privado que soliciten su vinculación con el servicio nacional de salud, y se viene a decir que cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen. Completamente de acuerdo. Pero hay otra cláusula, y es: «y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten». Nuestro Grupo considera que esto de «y si las disponibilida-

des económicas del sector público lo permiten» debiera retirarse, pues consideramos prioritaria la prestación sanitaria y, por tanto, con la frase «las necesidades asistenciales lo justifiquen», queda suficientemente aclarado el tema. Lo de «las disponibilidades económicas» no debe primar ante lo que supone una vinculación al sistema nacional de salud.

Los artículos 71 y 78 van ligados con lo que supone la calidad asistencial. Nuestro Grupo considera que para primar lo de la calidad asistencial quizá habría que hacer unas pequeñas modificaciones en ambos artículos. En el artículo 71 se dice: «los médicos y otros profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo». Nosotros creemos que no debe ser realizada esta evaluación de la calidad por el propio personal que trabaja en esos centros; que no debe ser la misma gente que trabaja en ellos la que evalúe la calidad, sino que hay otros medios bien regulados para estos sistemas de calidad.

Otro tanto sucedió con el artículo 42. Nuestra enmienda pretende asegurar el control de calidad, porque entendemos que en este artículo queda bastante ambiguo, aun cuando hable de lo que es el control de calidad.

Como he dicho, todo este capítulo que habla de la organización de los sistemas de salud, lo dejo sin introducirme en las enmiendas. No obstante, me gustaría remarcar la filosofía de todas las enmiendas presentadas al capítulo quinto. Como bien dice la ley, hay dos tipos de financiación: los presupuestos generales y la Seguridad social. A nuestro Grupo le gustaría dejar claro que el Estatuto de Guernica posee la especificidad de la transitoria quinta, que habla de la Seguridad Social, de los convenios de Seguridad Social y de los conciertos económicos. Es, simplemente, un recuerdo de lo que viene a decir el Estatuto de Guernica.

Dicho esto, considero defendidas las enmiendas restantes en sus propios términos.

Gracias, señor Presidente.

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

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

El señor GOMIS MARTI: Señor Presidente, señorías, voy a defender de manera conjunta casi todas las enmiendas a todos los capítulos de este título.

Sobre el capítulo primero, organización del sistema sanitario, manifestamos al artículo 47 nuestra reiterada discrepancia por medio de las enmiendas 945 y 946; discrepancia que se centra en la utilización de la expresión «dispositivo único» del párrafo tercero.

Es curioso observar que todos los Grupos, excepto el Socialista, hemos planteado a lo largo de la discusión del proyecto nuestra oposición a la utilización de estos términos de «unicidad», por no adaptarse ni a la realidad de lo que contempla el proyecto, ni a lo que se pretende,

según se manifiesta en la contestación a nuestras argumentaciones.

Que dentro del Estado la prestación de las actividades sanitarias, tanto públicas como privadas, se conciban de manera coordinada dentro de una estructura sanitaria común, de manera que ofrezcan un aspecto coherente y solidario, parece y es razonable, pero no se puede hablar de dispositivos únicos cuando la ley establece múltiples servicios de salud.

En nuestras enmiendas 947 a 951 tratamos de modificar el artículo 48 sobre el Consejo Interterritorial. Entendemos que dicho Consejo debe ser un órgano de comunicación y de información que no puede, ni debe, realizar actividades de gestión como las que el proyecto le adjudica.

Por fin, en la enmienda 952 al artículo 48.5, se propone la inclusión de las corporaciones profesionales sanitarias en los órganos consultivos del Consejo Interterritorial. Esta asesoría profesional es importante y necesaria, y se halla bien estructurada en países con sistemas racionales públicos de salud.

Al capítulo segundo, servicios de salud de las Comunidades Autónomas, prácticamente todas nuestras enmiendas se fundamentan en la misma argumentación: la consideración de no básica de las materias que regulan los correspondientes artículos de dicho capítulo.

Opinamos, y así lo hemos venido manteniendo desde el artículo 2.º, que el Estado no puede dictar normas básicas que regulen de manera más o menos genérica la organización sanitaria de las Comunidades Autónomas.

La tan traída y repetida sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de abril de 1983 contiene referencias en materia de organización, y así el Tribunal Constitucional considera que es materia básica estatal la determinación con carácter general de requisitos técnicos que han de ser mínimos, y condiciones mínimas en cuanto trata de establecer características comunes en los centros, servicios, actividades o establecimientos sanitarios; la homologación de programas de formación, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, cuando con ello se trata de regular las condiciones de obtención de títulos académicos o profesionales; los criterios generales, los requisitos y condiciones para la determinación de los puestos de trabajo. Pero los artículos de este título, que, según el proyecto de ley, deben aplicarse directamente a todas las Comunidades Autónomas, no se refieren a ninguno de estos supuestos. Las reglas que imponen tratan, primero, de la división del territorio de cada una de las Comunidades en demarcaciones denominadas áreas de salud; segundo, constitución de la persona jurídica, llamada servicio de salud, y tercero, de la gestión unitaria de todos los centros de titularidad pública y contenido poblacional de cada área.

No hay duda de que el Estado tiene competencia básica organizadora de la sanidad interior, pero sin absorber las competencias organizativas de las Comunidades Autónomas y sin imponerles determinadas organizaciones personalificadas o no.

Hay un listón establecido por el Tribunal Constitucio-

nal que separa la potestad organizadora del Estado y la de las Comunidades Autónomas. El proyecto de ley considera la sola potestad organizadora, una sola, la del Estado, trabando y encorsetando por doquier la autonomía de las Comunidades Autónomas.

En cuanto a las áreas de salud, la autonomía política de las Comunidades Autónomas queda aquí limitadísima con el artículo 57.3, por unos parámetros que fija el legislador. Un porcentaje determinado no puede ser básico. La participación en la organización y gestión de las áreas de salud ha de ser establecida por las Comunidades Autónomas, según los principios de la presente ley, no según sus porcentajes. Ha de darse algún margen a las Comunidades Autónomas. Por otro lado, no pueden transferirse funciones de control de la organización y gestión, desde las Asambleas Autónomas a los entes locales. Todo ello es materia que han de regular las Comunidades Autónomas. En las enmiendas se pretende salvar la situación de exceso de fijación de la materia que se establece en el texto.

La volumetría poblacional de las áreas de salud que se determina en el artículo 57.3.2 no debería fijarse de forma tan concreta. Hace falta más flexibilidad en un campo en el que, por lo demás, las Comunidades Autónomas pueden establecer su propia dinámica o manera de hacer las cosas, dentro de los principios básicos del Estado, no dentro de las cifras exactas fijadas por esta ley.

Entendemos que el servicio de salud autonómico, en todos sus niveles, ha de ser dirigido y gestionado por los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas, bajo la legislación y control de su Parlamento o Asamblea parlamentaria. El troceamiento de facultades autonómicas hacia diversos niveles territoriales supone tomar competencias de los órganos autonómicos y, por tanto, se produce una vulneración de diversos Estatutos de Autonomía.

En cuanto a la coordinación, es evidente, señorías, que no nos ponemos de acuerdo sobre los términos coordinación y planificación. Respeto su criterio, sin compartirlo, y es lástima que tengamos que seguir discutiéndolo seguramente más allá del debate de esta ley.

Comprueben, señorías, que ustedes lo que hacen es centrar la coordinación general de que habla el artículo 149.1.16 de la Constitución exclusivamente a la actividad planificadora. Repito que, si bien la rúbrica del capítulo cuarto del proyecto es precisamente de la coordinación general sanitaria, en dicho capítulo se habla inicialmente de la actividad planificadora. Lo que demuestra que para ustedes sólo la planificación es capaz de arrojar un resultado coordinador. Además, permítanme que se lo diga, lo que se desarrolla es una mala planificación; planificación que deja, por ejemplo, en el aire el importante problema de aprobar los planes estatales.

El artículo 73, donde se habla de la elaboración y aprobación de la planificación general sanitaria, parece encubrir una delegación legislativa al Gobierno para aprobar esta planificación, con una concepción que no es sino una manifestación sectorial de la planificación de la actividad económica general.

Comprueben SS. SS. la coincidencia casi literal del ar-

título 131 de la Constitución sobre la potestad planificadora de la actividad económica general del Estado y los números 3 y 4 del artículo 73 del proyecto de ley. Sinceramente, da la impresión de que, a través de una manipulación de conceptos, se quiera conferir de manera encubierta una delegación legislativa al Gobierno para que pueda aprobar esa mal llamada planificación general sanitaria. Es obvio que, de ser así, estaríamos ante una situación de dudosa constitucionalidad, y esto porque, siendo competencia de estas Cortes la aprobación por ley de la planificación económica general al ser la sanitaria una manifestación de aquélla, la delegación tendría que ser por tiempo indefinido y sobre unos criterios también específicamente determinados, sin que pueda entenderse concedida de modo implícito o por tiempo indeterminado. Pero, sea cual sea la intención, una cosa es clara: de coordinación, sólo la rúbrica del título, nada más; ni en la letra ni el espíritu, de planificación: la económica, lo que, evidentemente, no es lógico, ni oportuno ni legal.

En cuanto a la financiación presentamos y hemos mantenido varias enmiendas a este capítulo, en base, fundamentalmente, a dos cuestiones: la confusión o inconcreción gravísima de algunos de sus preceptos y, como es obvio, por la limitación que se introduce a las competencias de las Comunidades Autónomas.

Veamos si no. El artículo 83 establece que la financiación de la ampliación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social se realizará... en el supuesto de personas sin recursos económicos, con cargo a transferencias estatales, sin especificar cómo se calculará el importe de la compensación.

Ciertamente, no ayuda a la comprensión el artículo 84, cuando dispone que la generalización del derecho a la protección de la salud se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para eliminar las desigualdades territoriales.

¿Puede cumplirse este precepto? ¿Dónde se dirigirán las transferencias? Si es al servicio de salud comunitario deberán estar integradas previamente en el Presupuesto de la Seguridad Social, y, si es así, la distribución debe realizarse en base a la población protegida, según fija el propio proyecto.

En el artículo 85 el Gobierno se reserva la definición de unos centros especiales que serán gestionados de forma centralizada, cosa que en el fondo quiere decir que determinados centros serán financiados por mecanismos de base no poblacional, aspecto que rechazamos rotundamente. Cada centro ha de servir a un territorio bajo el presupuesto de la Comunidad Autónoma respectiva. Los pacientes que procedan de otras Comunidades acarrearán la correspondiente facturación a su Comunidad Autónoma de origen; cualquier otro mecanismo supone, ni más ni menos, una anomalía redistributiva injustificada, favorecedora del centralismo. Existe la capacitación, la atracción de la capitalidad, no mediante la desigualdad financiera. A cada territorio según su población, sin adi-

tamentos que carguen a una Comunidad Autónoma con los gastos de otra.

En el artículo 85, párrafo sexto, se establece que los presupuestos de las Comunidades Autónomas tendrán carácter limitativo. ¿Quiere ello decir que todas las partidas estarán cerradas? Si en una de ellas se produce un mayor gasto, por ejemplo, por horas extras, por causa de una epidemia, ¿no habrá forma de poder destinarle los fondos necesarios? En todo ha de ser limitativo el montante global del conjunto de créditos, no los simples créditos iniciales.

Y por fin, y acabo, señorías, en cuanto a personal, las enmiendas 1.009 y 1.010, al artículo 87, van orientadas a mantener el régimen jurídico aplicable a todo el personal sanitario, con el consecuente respeto a sus derechos adquiridos y a mantener las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas.

Nada más, señor Presidente, muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Enmiendas del Grupo Mixto, suscritas por el señor Vicens. (Pausa.) Se dan por decaídas.

Turno en contra de las enmiendas al Título III. Tiene la palabra el señor De Vicente.

el señor DE VICENTE MARTIN: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, las circunstancias horarias han hecho que estemos debatiendo ahora el turno de réplica de intervenciones que se han producido esta mañana, entre ellas la del señor Fernández Inguanzo, que, una vez más, como portavoz de su Grupo, insiste en la idea del Servicio Nacional de Salud, idea que ha sido calificada en una singular intervención, a la que dedicaré posteriormente el tiempo que se merece, el señor Ruiz Soto. De una parte, el señor Fernández Inguanzo, para insistir en esa idea; de otra, para decirnos que hemos abdicado de una idea que es utópica. Les contesto a los dos al mismo tiempo, y lo digo porque esto no es un colegio en que se pueda ir contestando de uno en uno. Estoy seguro que la globalización de la respuesta les permitirá entender lo que a cada uno les afecte.

El Servicio Nacional de Salud es una idea-fuerza en el sistema sanitario, o en las concepciones sanitarias, que expresa la voluntad de los poderes públicos de llevar adelante, desde un dispositivo único, la respuesta a las necesidades sanitarias de la población, no sólo asistencial, sino también de prevención y promoción. Y eso, señor Fernández Inguanzo, con la Constitución en la mano, no es posible ahora en España. ¿Por qué? Porque las competencias que la Constitución —y perdóneme el tono, pero es la enésima vez que lo digo desde esta tribuna— atribuye a las Comunidades Autónomas impide la existencia de un ente que, con carácter único, excluya las competencias de las demás. Por tanto, no es una idea utópica abandonada; es adecuarse a la Constitución, señorías. Así, con respuesta breve, que, sin duda, su señoría entenderá.

Su señoría, señor Fernández Inguanzo, hablaba de la falta de participación. Yo no sé —se lo digo de verdad—, pero me consideraría fracasado, y casi me considero fracasado en alguna medida, si, después de haber leído todo

lo relativo a los Consejos de Salud, a los Consejos de Área, etcétera, su señoría no asume que se establece la participación en esta ley. (*El señor Vicepresidente, Verde i Aldea, ocupa la Presidencia.*)

Es más, su señoría, esta mañana, en su intervención, salvo error u omisión, derivado del tránsito, ha dicho que en las zonas básicas de salud no había participación. Señoría, léase, por favor, el artículo 54.3, que, para ámbitos inferiores a área, dice, de manera inequívoca, que la Comunidad Autónoma establecerá los mecanismos de participación.

Permítame que le diga que si algo hay de carácter territorialmente inferior al área que las leyes estudian es la zona básica de salud. Perdóneme que tenga que utilizar este argumento, que puede parecer hasta ofensivo, pero es que es la realidad.

Su señoría ha hablado de un Servicio Nacional de Salud con unas características que les son propias a los Servicios Nacionales de Salud, y no crea que no estamos de acuerdo con la idea. Lo que ocurre es que hay ideas que necesitan que se acomoden a las pautas legales.

Ha hablado usted de la participación. La hay. Ha hablado usted de la descentralización. No hablamos nosotros de descentralización; hablamos de competencias de Comunidades Autónomas. No nos quedamos a mitad de camino, vamos hasta el final, con todas sus consecuencias.

Ha hablado S. S. de gratuidad. También la hay. Usted me dirá. ¡Ojo! ¿Y las tasas para qué? Señor Fernández Inganzo y señor Ruiz Soto —que también tocó el tema—, cuando estamos hablando de tasas estamos haciéndolo, en definitiva, de determinados segmentos de la población a los que, en una situación de carencia y de crisis económica, no se puede garantizar gratuitamente la atención sanitaria, porque disponen de los suficientes medios para tenerla con cargo a ellos. Seamos sensatos. No coja el rábano por las hojas; cójalo por el 3 por ciento de la población y acertará.

Quiero decirle, asimismo, en relación con este tema, que la idea del sistema nacional de salud... (*Pausa.*) Más abajo todavía, pero en su momento. La idea del sistema nacional de salud que se explica en el proyecto de ley es un concepto fundamentalmente sociológico, fundamentalmente funcional, como explica perfectamente el texto legal, carente de personalidad jurídica, y consiguiente, o entendemos eso o, desde luego, tenemos que cerrar la tienda de los debates, en los cuales la idea no se acomoda a las pautas legales.

Señorías, les aseguro que para mí, que siempre he defendido el Servicio Nacional de Salud como idea, es muy fácil subir aquí a decirles: De utópico, nada, de acuerdo, pero estaría el extramuro de la Constitución y, consecuentemente, no tengo más remedio que decirselo, porque no es el tema.

En alguna medida, la intervención del señor Bandrés se producía también en relación con este tema y con el de la participación. Ruego a nuestro compañero de Cámara y buen amigo que se sienta aludido en aquello que ha expuesto, porque, evidentemente, no puedo contestar a todos. (*El señor Bandrés Molet hace gestos afirmativos.*)

Perfectamente, el gesto omnicomprendido que hace desde ahí es agradecido por mí.

El señor Núñez me anunció que, por una razón familiar, no podía venir esta tarde. Me comentó que no nos sintiéramos molestos por su ausencia. Deseo que la razón familiar no sea mala, sino buena. En todo caso, le contestaré que las ideas son las mismas que aquí se están exponiendo.

Voy a hacer referencia, no obstante, a su intervención, en el marco del señor Ruiz soto, porque ha sido físicamente el más largo.

El señor Ruiz Soto ha dicho que esta era una ley sólo para la sanidad privada. Señor Ruiz Soto, aprenda a leer o, perdón, lea. Artículo 91 y siguientes. De las entidades sanitarias privadas. El menor, el más elemental rigor intelectual impide decir lo que S. S. ha dicho desde aquí. La tosquedad de su argumento evidenciada aquí es palmaria, y utilizo estos términos que pudieran parecer enojosos hacia S. S., que sabe que no lo son, porque S. S., con expresiones como «cerril» y alguna otra utilizada esta tarde desde esta tribuna, me permitirán, no que empate con él —y vuelvo a una referencia del anterior debate—, sino que le diga las cosas más claritas de lo habitual, por aquello de facilitar la intelección.

Su señoría expone su teoría sobre la base de decir: ¡Ojo!, yo vengo a hablar aquí de la salud de todos; yo no vengo a mirar aquí en función de los problemas de los profesionales de la sanidad; esta es una ley que afecta a todos, etcétera. De entrada, va desgranando una serie de ideas, detrás de las cuales está la demostración justa de lo contrario. Y a ello voy. Cuando S. S. habla de que se incluya en el sistema sanitario, no sólo el sector público, sino el sector privado, S. S. demuestra ser un estatalista a ultranza. Y justamente porque queremos la libertad del sector privado se le regula en la ley, pero no se incluye en el sistema nacional de la salud, porque no se pretende ni nacionalizar ni estatalizar, y S. S. sí, y no es un error, créame. Lo que pretende es la socialización de las pérdidas de no pocos hospitales privados, señoría. Dígalo claro. Cuando S. S. invoca la necesidad de una vinculación de los hospitales privados a los públicos a través de la integración en el sistema, ¿qué está pidiendo S. S.? ¿La integración de aquellos que tienen calidad? Para eso está el expediente previsto en los artículos correspondientes del proyecto de ley y, concretamente, del título que debatimos. Para eso no hace falta nada, porque con el respeto a la titularidad jurídica y el mecanismo previsto del expediente de homologación de calidad, S. S. tendrá garantizada la vinculación. Pero S. S. no quiere vinculación; quiere que, en definitiva, pasen al sistema público por la vía de la socialización de pérdidas o, alternativamente, lo que quiere es otra cosa, a la que posteriormente aludiré. (*El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la Presidencia.*)

Su señoría está insistiendo fundamentalmente no sólo en la idea de que aquí sólo se trata a la sanidad pública y no a la privada —insisto, es usted un estatalizador, nosotros no—, sino también en intentar defender la calidad. Usted dice que se coarta la iniciativa privada, frase lite-

ral tomada de su intervención. ¿Cómo se coarta la iniciativa privada? ¿Respetándola y sujetándola a las normas de la ley y, por tanto, al control de las Comunidades Autónomas y del Estado, o integrándola en el sistema y haciéndola desaparecer?

Su señoría ha invocado aquí la mejor capacidad de gestión de los hospitales privados sobre los públicos, y yo le digo a S. S. —y creo que no puedo decirle, sino algo que sabe— que de una y otra cosa hay en unos y en otros; pero S. S. sabe que abunda más la no afiliación a la Seguridad Social en los hospitales privados; S. S. sabe que abunda más la elusión fiscal en los hospitales privados; S. S. sabe que se puede hablar de costes más bajos sobre la base del quebrantamiento de las normas legales. Y no digo que los hospitales privados lo hagan con carácter general, ¡Dios me libre!, no es el caso y no generalice cuando me responda. Estoy diciendo claramente que la historia de algunos hospitales privados, aquellos que no aportan calidad, sino que son la marginalidad del sistema sanitario, para los que no hay una solución de vinculación, para los que usted la pide, porque los otros ya la tienen y no hay necesidad de pedirla, se apoya en no pocos casos en las compatibilidades que se van a resolver, sana medida; en el incumplimiento de normas legales de tipo fiscal y, si quiere, se lo explico al detalle. Usted sabe que hay una técnica muy clara de división en los hospitales privados —al menos en algunos— de lo que es la propiedad de la gerencia como soporte sanitario, de lo que es la actividad del profesional. Por ahí va el tema. Pero hay hospitales privados meritorios, muy meritorios. ¡Adelante para ellos!, en la fórmula de la vinculación, pero no para los otros. Créame, señoría, que no sólo estataliza, sino que pretende introducir un elemento de referencia absolutamente inexacto.

Su señoría ha hablado de nuestra obcecación, de nuestra machaconería. Ha invocado en defensa de su tesis una referencia de carácter general: la salud. En determinado momento ha dicho: no es malo ganar dinero. Efectivamente, no lo es, pero sí es malo ganar dinero por algunos, no por todos, a costa de la mayoría. Señoría, ese es el tema que aquí se debate. Y le voy a poner un ejemplo que S. S. sin duda compartirá. Le invito a que me diga cuántos hospitales privados o instituciones no hospitalarias hacen lo que no rinde dinero, la promoción de la salud o la prevención de la enfermedad. Invítele, y queda a ello convocado, a que me diga cuántos. Eso no cuesta dinero, eso no es negocio, ¿y sabe usted quién lo hace?, los ayuntamientos, que por cierto, se equivoca, no con hospitales privados, con públicos; las diputaciones, que se sigue usted equivocando, con públicos; entidades benéficas del sector privado, que las hay, sin o con ánimo de lucro, pero en todo caso afectando a los recursos positivos, al beneficio y a la mejora de la sanidad. Pero entre lo que es privado, privado —para entendernos—, busque usted un ejemplo, que estoy dispuesto, con toda sinceridad, a reconocerlo.

Ha hablado usted aquí de atentados a la libre competencia. Mire usted, más atentado a la libre competencia que eliminar la competencia integrando los hospitales

privados en el sistema público no conozco ninguno. Se lo digo con toda sinceridad; quedo abierto a sus sugerencias. *(Risas.)*

Ha hablado de que queríamos que continuara el dirigismo, que queríamos que continuara la burocratización. Su señoría, que sabe distinguir entre la firmeza de mi tono y el afecto personal, porque nos conocemos hace tiempo, sabe que esto no impide que aquí hablemos firmes en nuestras posiciones, pero señor Ruiz Soto, no con piñón fijo, viniendo a contar lo que le apetece contar a uno, aunque no venga a cuento, sino lo que tiene que ver con la enmienda. Usted ha dicho aquí: los hospitales públicos tardan mucho en contratar al personal, y lo ha calificado de burocratización. Y a continuación ha dicho que colocamos al primero por tener carnet. Señoría, si lo contratamos con rapidez, tiene carnet aunque no lo tenga, porque usted ha decidido que lo tiene, y está dispuesto a repetirlo. Esa es su técnica. Yo la entiendo. Pero si no seguimos ese método y seguimos el método del respeto a las normas legales, es burocratización. ¿Nos quiere decir cuál es la solución? *(Risas.)*

Decía S. S. que los hospitales privados introducen innovaciones y el sector público les sigue. Yo le digo a usted: cierto, en no pocos casos ha sido la iniciativa privada la que con sentido sanitario, no exento de sentido económico de abrir mercados donde no los hay por parte de la iniciativa pública, ha abierto una línea de tratamiento, de diagnóstico normalmente, o terapéutica. Es cierto, tiene usted más razón que un santo. Pero no niegue que junto a la razón del interés del avance para la solución de la enfermedad hay también lo que, en definitiva, llamaríamos el espacio económico del empresario. Eso hay que reconocerlo. Y ¿qué ocurre? Que usted ha definido el espacio económico del empresario y dice: ¿por qué compran ustedes tal aparato —no recuerdo el nombre, no soy médico, perdone que no tenga facilidad para estos términos— si ya lo tiene otro? Para que haya la libre competencia que usted reclama. *(Rumores.)*

Decía S. S. en su intervención sobre los colegios que no participaban en el órgano que se establece en el articulado de la ley a propósito del Consejo interterritorial. Para comprar aparatos, para los medicamentos, invocaba usted esas motivaciones profesionales. Por favor, en la CEOE está Farmaindustria, y en la CEOE están los empresarios hospitalarios. Quienes compran son los empresarios no los asalariados, por muy dignos que sean, cualquiera que sea el empresario. No pretenda usted sustituir al empresario con un dirigismo de tipo profesional. Esa es la razón de que no estén ahí. Su sitio, lo tienen. Decía usted que esta ley no toca los colegios. Es que no tiene por qué tocarlos, señor Ruiz Soto, para eso está la Ley de Colegios Profesionales, para eso está ese marco legislativo específico. Los colegios profesionales no tienen que estar aquí.

Habla usted, asimismo, de alergia a las batas blancas. No trate usted de enfrentar al Gobierno y al Partido Socialista con los sanitarios de este país, porque de mucho repetirlo ya sabe usted lo que pasa, se acaban no creyendo los tópicos que por repetidos se demuestra en la rea-

lidad que no son ciertos. Le he reconocido desde aquí el valor de la iniciativa privada en los avances tecnológicos de diagnóstico terapéutico. Le he reconocido que hay gente cumplidora. No generalizo. Le pido —perdón por la expresión— que no generalice intentando colocarnos de enemigos naturales de. No, no hay peor enemigo que quien no sabe defender a aquel de quien se siente solidario.

Decía usted que nuestra única meta, en definitiva, era ahorrar, que nuestra única meta era, en definitiva, terminar, enfrentarnos, o no estar de acuerdo con los colegios profesionales. Creo —estoy seguro de que coincido con S. S., porque en más de una ocasión lo hemos hablado— que los colegios profesionales tienen un importante papel, pero hay que actualizar ese papel, y aunque siempre en este debate, la semana pasada y hoy, he hablado con el pleno respaldo de mi Grupo —y que entienda quien quiera—, ahora le digo ya a título personal que mi posición, que naturalmente no tiene mayor valor, es la de considerar que aquel que trabaja por cuenta ajena con relación de naturaleza jurídico-pública o laboral al servicio de un ente empleador, de un empresario público o privado, me da lo mismo, tiene ya el mecanismo de control de las normativas laborales y funcionariales, y quien trabaja por cuenta propia totalmente o durante unas horas, en ese ejercicio de la actividad profesional ha de tener el control deontológico del colegio, porque los usuarios y el propio bien del colectivo profesional así requieren que se haga. Pero no pretenda usted someter al médico que trabaja en un hospital privado, no público, pero también en uno público, le añado el argumento, a la doble disciplina de la normativa laboral en el privado y de la pública funcional en el público y, además, la del colegio profesional. Ahora le digo que, no obstante su argumento, tendría un apoyo histórico si la actuación de algunos colegios profesionales de España, no todos —no generalizo una vez más—, se hubiera caracterizado por dar el paso adelante en no pocas actuaciones que hubieran requerido un control deontológico fulminante. (*Varios señores DIPUTADOS: ¡Muy bien!*) Ahí estaría la legitimación, digamos, empírica. Usted sabe que no es así.

Yo, señor Ruiz Soto, terminada la exposición que S. S. ha hecho, con el tono que S. S. ha marcado, ¡ojo!, ha sido usted el que ha elegido el tono, yo no —usted fue el que habló de «cerril» o de obcecación reiteradamente, yo no—, he intentado, tal vez haciéndolo mal, contestarle. Sabe usted que tiene mi respeto personal, mi respeto político, pero cada uno defiende aquello en lo que cree y yo tengo la sensación, señoría, de que esta tarde usted no ha defendido aquello en lo que cree, sino todo lo contrario.

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

El señor DE VICENTE MARTIN: En relación con la intervención de la señora Gorroño, en representación del Grupo Nacionalista Vasco, tengo que decir que en la materia básica estoy donde estaba la semana pasada. Creo que nos entendemos y, por tanto, S. S. por la brevedad no se sentirá molesta. Únicamente preguntaba: ¿Y si las dis-

ponibilidades no lo permiten, habrá vinculación? Señora Gorroño, si nos trae un papel de los empresarios del sector privado diciendo que no les importa cobrar cuando se pueda pagar, asunto resuelto. (*Rumores.*) Ese es el problema. Es un elemento de seriedad. Hablaba S. S. de la calidad el otro día, que me parece una preocupación importante. Le digo que en los artículos 71 y 72 está de manera inequívoca explicado y regulado el tema de la calidad, y usted, si mal no recuerdo por mis notas, ha dicho que no deben ser los propios interesados los que la controlen. Mire, señoría, hay una cosa que se llama la autoevaluación y otra que se llama la heteroevaluación. La primera la hacen los propios interesados, y es buena pauta la autocrítica para el funcionamiento de cualquier institución; la segunda se hace por el gerente que se esté contratando; por las auditorías y por los mecanismos habituales de inspección. Pues bien, no hay peor cosa que quien se siente evaluado no haya, por así decirlo, en el mecanismo de dirección participado que establece el artículo 72, concluido sobre el particular.

Señor Gomis, perdón, porque le cojo al final del trayecto y ya ve usted que me llaman a terminarlo, con razón por lo demás. Le quiero decir sencillamente que, en relación con el tema básico y no básico, es ocioso que insista en lo que he señalado. En última instancia, no hay desconfianza en las Comunidades Autónomas; lo digo con toda sinceridad. Se lo decía a propósito de la intervención del señor Fernández Inguanzo, y espero que esta declaración de posición propia y de Grupo sea tenida por usted como una contestación genérica, pero no como una desatención a su intervención, que agradezco. (*Varios señores DIPUTADOS: ¡Muy bien!*)

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

En el escaso tiempo que no le han dejado, tiene la palabra el señor Gimeno.

El señor GIMENO MARIN: Gracias, señor Presidente, en ese escaso tiempo voy a intentar concretar los argumentos fundamentales de mi Grupo.

Muy brevemente, porque pretendo centrarme especialmente en el tema financiero de la sanidad, forzosamente tengo que hacer algunas referencias al tema de la coordinación, al que el señor Gomis ha hecho una referencia especial.

Quiero indicarle que en la coordinación —y es el mismo tema, de alguna manera relacionado con lo que hemos hablado esta mañana—, desde el punto de vista jurídico, uno de los instrumentos es la planificación, y en el proyecto de ley este capítulo se refiere fundamentalmente —por cuanto se habla de planificación general— a una serie de principios mínimos elaborados por el Estado que lógicamente se entiende que deben ser cumplidos por todas las Comunidades Autónomas. Y en la medida en que las Comunidades Autónomas no se adaptan a esos principios, puede aparecer o no la acción del Estado, estando o no de acuerdo con los planteamientos planificadores de las Comunidades Autónomas, pero no en aque-

llos aspectos de esa planificación de las Comunidades Autónomas que es competencia propia de las mismas, sino sólo en el supuesto de que de alguna manera se incumplan o infrinjan los principios que se establecen por parte de la planificación general. Ese es el sentido que se tiene, en este capítulo, sólo ése, y no tiene otra intencionalidad.

Me voy a referir ya a los otros dos capítulos, y con ello contesto o pretendo contestar a la globalidad de los Grupos, porque cuando hablamos del tema financiero —luego hablaremos del tema de personal—, prácticamente todos los Grupos hacen unos planteamientos análogos, aunque en el fondo que subyace en esos planteamientos no se coincide. Distingo claramente el planteamiento que hace el Grupo Popular cuando formula sus propuestas de tema financiero y habla de los Presupuestos Generales del Estado de los planteamientos que se hacen por otros Grupos.

Quiero indicar a partir de ahí que el binomio Presupuestos Generales/Seguridad Social, que se hace por algunos grupos para intentar de alguna manera decir que esta ley es buena o mala, es un binomio falso. Creo que ese no es el dilema fundamental para valorar el conjunto de la ley. Es más, creo que utilizando argumentos técnicos, yo podría incluso decir que cuando aprobamos los presupuestos de la Seguridad Social y los Presupuestos Generales del Estado, si usáramos el concepto de Presupuestos Generales del Estado que utiliza la Constitución en su artículo 134, vendríamos a decir que ambos tienen algo de común en cuanto Presupuestos Generales del Estado, tanto que al final de cada año aprobamos conjuntamente los Presupuestos Generales del Estado y los de la Seguridad Social.

¿Qué quiero decir con ello? Que al final de cada año en este país sabemos claramente cuál es la cantidad asignada a la Sanidad; cuál es la cantidad asignada en el presupuesto de la sección del Ministerio, y cuál es la cantidad asignada en el Presupuesto de la Seguridad Social, fundamentalmente INSALUD, pero no única y exclusivamente. ¿Y qué es lo importante? Lo importante no es eso, lo importante es cómo se distribuye ese dinero; esa es la clave fundamental del tema financiero. Porque desde la concepción de algún grupo parece que se cuestiona por el modelo financiero que planteamos la concesión global de lo que es el sistema nacional de salud, y quiero recordar a algún Grupo que ni siquiera el servicio nacional de salud del Reino Unido está exento de cotizaciones sociales, porque también en sus presupuestos hay un 8 por ciento que depende de la Seguridad Social. Y si utilizáramos el modelo italiano llegaríamos a la conclusión de que también el modelo italiano —como consecuencia del artículo 69 de la Ley 833 de 1978, que aprueba el modelo— establece claramente como principio —a pesar de que también es un modelo en el cual hemos fijado nuestra atención— algo que es análogo a las cotizaciones, que es lo que venían pagando antes a los seguros obligatorios que existían. Con lo cual, ni en cuanto a los modelos globales que existen podemos adoptar una posición dogmática y decir, según sea Seguridad Social o Presupuestos Generales, que el modelo es mejor o peor, porque creo que no es

ese el problema de fondo. Tampoco sería el problema de fondo si nosotros hiciéramos una ficción cuando hablamos de presupuestos o de problemas financieros y tuviéramos en cuenta que lo que aporta hoy el Estado a la Seguridad Social es del orden de 941.000 millones, vendríamos a concluir que prácticamente ese dinero es lo que supone el gasto del INSALUD, con lo cual vendríamos a pensar que posiblemente no sea el problema fundamental el de los Presupuestos Generales del Estado. El problema fundamental es que, si la Sanidad cuesta un billón de pesetas en este país y hoy las Comunidades Autónomas tienen transferido 1.700.000 millones de pesetas, no es posible, ni siquiera por una ley ordinaria como la que estamos aprobando, entrar en un planteamiento que afecta al conjunto del sistema financiero de las Comunidades Autónomas, por la importancia que tiene sin duda alguna, y por eso es por lo que hace falta que en el planteamiento global de la financiación de las Comunidades Autónomas se aborden estos temas que, de alguna manera, quedarían desvirtuados si los planteáramos en este momento.

Lo importante de esta ley es que define cómo se distribuye el dinero sanitario, y se hace bajo dos criterios muy importantes en mi opinión: el criterio de la población, que a algunos sectores parece que les gusta, y el criterio de los desequilibrios territoriales para resolver ese problema, porque no se puede hacer de otra manera, ya que, si así lo hiciéramos, estaríamos reproduciendo permanentemente los desequilibrios existentes a nivel de las distintas regiones, trasladando simplemente un problema financiero, bajo el sistema del coste de los servicios transferidos, y ese planteamiento a mí me parece que no es correcto.

También quiero indicar claramente al Grupo Popular y al señor Ruiz Soto que, cuando él habla de problema financiero/Presupuestos Generales del Estado, de alguna manera está haciendo un exámen de fondo, en el cual lo que está planteando conjuntamente es el «ticket» moderador como una parte del sistema financiero moderno, fundamental del modelo sanitario que él plantea. No es ese nuestro problema, nosotros reconocemos la existencia de las tasas que hoy existen, pero nada más. No estamos de acuerdo con un planteamiento de «ticket» moderador, y ésa es la filosofía global del sistema financiero que defiende claramente esta ley.

Quisiera decirle al señor Fernández Inganzo que no se preocupe tanto por el tema de las tasas, porque es como está ahora en la situación actual y, además cualquier tasa hay que establecerla por ley, como consecuencia de lo cual, no hace falta tener tantas preocupaciones y precauciones en lo que se refiere al tema por parte de esta ley.

Me refiero finalmente al capítulo de personal. En este capítulo es curioso —quizá con una única excepción— que todos los Grupos coincidan con el proyecto en lo fundamental, que es defender una relación estatutaria para el personal sanitario, en el sentido de lo que es hoy el personal de la Seguridad Social con sus diversos estatutos. Sin embargo, el Grupo Popular plantea claramente que querría unos estatutos específicos y no un estatuto general de base para definir las relaciones con este personal.

También es curioso destacar que, por la otra parte, por la parte más a la izquierda en todo caso, se hace un planteamiento: se viene a decir —me refiero al señor Fernández Inguanzo— que se quiere, en la relación laboral que se define, hasta poder negociar por convenio la modificación del estatuto, y eso es imposible. Si estamos en un sistema estatutario, estatutario con todas sus consecuencias; si estamos en un sistema laboral, laboral con todas sus consecuencias. Negociación, sí, pero no se puede modificar en una negociación de personal el estatuto por el que se rige.

Para terminar, simplemente decirle al señor Ruiz Soto, en cuanto a la referencia que hace al artículo de la movilidad —porque, como sabe, se ha cambiado de lado en la ley y ahora lo tenemos en el capítulo de personal—, que su planteamiento me sorprende, porque me lo hace usted desde su Grupo. No me sorprende su planteamiento personal en este tema, me sorprende que me lo haga un Portavoz en este caso de Coalición Popular, de su Grupo. ¿Por qué? Porque usted me está diciendo que movilidad no para el personal que hay en la Seguridad Social, el personal sanitario, y todos los días estamos escuchando desde esos bancos que movilidad total, flexibilidad total, y usted no nos deja siquiera que alguien que esté prestando trabajos en un servicio pueda moverse a otro porque sea preciso. Lo que le estoy planteando es que eso es una incongruencia enorme, porque ese artículo que hace referencia a la movilidad incluso se refiere al artículo 40 del Estatuto de los Trabajadores, con el que ustedes no están de acuerdo, porque dicen que es muy poco flexible, porque no permite la movilidad, y resulta que ahora no sólo no quieren el artículo 40 de este Estatuto de los Trabajadores, sino que piden la imposibilidad de mover a nadie ni a un metro de distancia, porque usted sabe que cuando a uno le conceden una plaza en un hospital, ya no hay quien le mueva de planta, aunque lo necesiten en otra. Ese es el problema, ésa es la incoherencia en que normalmente cae usted, señor Ruiz Soto, cuando tiene que hablar desde esta tribuna, como se lo decía esta mañana, porque se convierte en un sindicato de médicos y lo único que hace es plantear las reivindicaciones de los médicos, pero no piensa en las necesidades del servicio, que son muy importantes para resolver los problemas de los usuarios.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Para consumir un turno de réplica, tiene la palabra el señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Muchas gracias, señor Presidente.

En mi opinión, señor De Vicente, no bastan buenas intenciones, no bastan justas formulaciones, hay que arbitrar los medios para su realización.

Uno de los aspectos positivos de la ley es que se habla mucho de participación, pero la participación tiene dos frentes: uno, ¿quién participa y cómo participa? Dos, ¿para qué participa? Si se participa meramente, si se arbitran unos organismos únicamente para informar, qué

duda cabe de que no existe una real participación. Pero, después, hay que participar para algo. Por ejemplo, si hurtamos a las administraciones locales la mayor parte de las competencias, ¿qué van a hacer allí? Pero, además, ¿cómo participan los ciudadanos en esas corporaciones de segundo orden? A través de los Ayuntamientos. ¿Dónde está la participación de los usuarios, señor De Vicente? Es positivo que hablemos de los Consejos de Salud del Area, pero ¿quién participa en esos Consejos? En la ley no está claro.

Por otra parte, cuando hablamos del Servicio Nacional de la Salud, no estamos en contra de la Constitución, sino todo lo contrario: la Constitución, en su artículo 43, responsabiliza a la Administración de los problemas de la salud de los ciudadanos, de todos los ciudadanos, y ésa es precisamente la esencia de nuestro Servicio Nacional de la Salud. Yo creo que efectivamente el Servicio Nacional de la Salud queda totalmente desnaturalizado desde el momento en que no hay gratuidad, en que se establecen condiciones; es decir, que no todo el mundo puede acceder a todos los servicios sanitarios. Es una cuestión fundamental, y no se nos hable otra vez de las circunstancias del dinero, etcétera. Resulta que el dinero falta fundamentalmente para aquellos servicios que tienen un mayor carácter social.

Nada más y muchas gracias.

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

Tiene la palabra el señor Bandrés.

El señor BANDRES MOLET: Renuncio, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Con la venia, señor Presidente, señoras y señores Diputados. Señor Portavoz del Grupo Socialista, señor De Vicente, le agradezco mucho su salida al estrado; creía que estaba perdido para la Sanidad y salió sólo al principio de esta ley, pero veo que vuelve otra vez al ágora de lo cual me alegro. Ha hecho varios juicios de intenciones sobre mí, que creo que no debe hacerlos: que si no siento lo que digo; que si soy estatalizador... Que me llame estatalizador, es curioso. Ahora resulta que el liberal es usted. ¿Cómo puede usted, señor De Vicente, decir que yo no creo lo que digo, si usted nos acaba de manifestar en la réplica que a usted no le gusta el Servicio Nacional de la Salud, y resulta que está defendiendo el Sistema Nacional de la Salud? Vamos a ser serios, señor De Vicente. El que no cree en lo que está defendiendo es usted. Sube usted a decir lo que su Grupo quiere que diga, y lo hace muy bien, porque usted es un gran parlamentario y yo también me quito el sombrero como usted se lo quitó la primera vez que yo subí al estrado, pero la incoherencia es suya, no mía. Yo creo en el sistema mixto de sanidad, que es el sistema de la libre competencia, que

no lo hay dentro de la medicina pública, y yo no quiero institucionalizar; o el dinero que deban los hospitales, como dice usted, socializar los gastos. Yo no quiero socializar los gastos, lo que quiero es que los hospitales que de verdad quieren, utilizando la libertad —porque esta Ley de Sanidad se entiende que es para todos los españoles, no sólo para unos pocos, también para esos hospitales privados—, que si ellos quieren voluntariamente se puedan adscribir al sistema sanitario, que es lo que yo vengo diciendo a lo largo de toda esta disertación.

Ustedes hablan de una cosa diferente, hablan de conciertos, y cuando hablan de los conciertos dicen: tiene usted que tener tantas enfermeras, tiene usted que tener tantos médicos; le tengo que decir yo qué módulos tiene para trabajar; le tengo que decir el tiempo que tiene usted para concertarse; le tengo que decir el dinero que tiene usted que cobrar. Usted me dirá la igualdad que hay en un sector y en otro, porque usted no le dice lo mismo al sector público. Un hospital cualquiera, no quiero mencionar a ninguno: resulta que la cama, o tal servicio, o tal patología, le sale por tal dinero, usted tiene que dar este mismo servicio por igual dinero y vamos a ver lo que pasa; porque usted sabe cómo se conciertan los hospitales, incluso los que yo llamaba privados y usted me ha dicho que eran públicos; esos mismos hospitales que ustedes conciertan casi por la mitad de lo que cuesta una cama de un servicio de sus hospitales del INSALUD. Sin embargo, esos hospitales se gestionan y hacen medicina preventiva, y hacen beneficencia, y algunos atienden hasta la asistencia psiquiátrica, cosa que no han hecho hasta ahora los hospitales del INSALUD y que van a hacer después de esta Ley. No hemos podido entrar esta mañana en la discusión de la asistencia psiquiátrica, y me hubiera gustado mucho haberlo discutido con el doctor Palacios, porque es un tema para mí muy querido, pero no vamos a entrar en ese asunto.

Usted ha llamado ilegales a algunos hospitales privados. Usted no puede decir eso desde este estrado, señor De Vicente, sin decir los nombres, porque para eso está el Juzgado de Guardia —yo, si sé de alguno, me voy al Juzgado de Guardia— y tiene usted que decir lo que ha dicho poco más o menos, que no pagan los derechos fiscales que tenían que pagar, que no cumplen los requisitos. Juzgado de Guardia, señor De Vicente, y si no, no lance eso desde este estrado, no tiene usted derecho a hacerlo, se lo digo con todo el respeto y con el cariño que sabe le tengo. *(Risas.)*

Ahora vamos a hablar de los Colegios. Usted dice que los Colegios Profesionales tienen que estar en una ley de Colegios Profesionales. De acuerdo; ¿pero es que en una ley de Sanidad no tienen que estar en los órganos de representación, en los órganos de dirección, en los órganos de asesoramiento los profesionales sanitarios? ¿A través de qué cauce? A través de los Colegios Profesionales.

Los colegios Profesionales, aunque ustedes no se lo crean, no defienden intereses, para eso están los sindicatos, esos que dice el señor Gimeno —para el que luego tendré unas palabras— que yo represento. Yo no represento a ningún sindicato ni a ningún Colegio Profesional, pero

en una ley de Sanidad yo le digo que los Colegios Profesionales tienen que estar, porque tienen que asesorar, tienen que dirigir, tienen que decir por dónde debe ir la rehabilitación, la medicina preventiva, la medicina curativa, y todo lo que afecta a la salud. Por eso yo hablo de salud, porque no estamos hablando aquí de una parcela de la sanidad, estamos hablando de la salud de todos los españoles. Por eso yo defiendo a los Colegios Profesionales, porque nadie mejor que ellos saben lo que se debe hacer, lo que se debe decir y cómo se debe dirigir.

¿Que hay que actualizar los Colegios? Pues muy bien, a mí me parece estupendo, y esta ley sería a lo mejor una ocasión memorable. ¿Que hay que hacer una ley? Pues aquí, en esta misma ley, tenían ustedes una ocasión extraordinaria para empezar ya a situar los Colegios. Yo no quiero ninguna situación de privilegio para los Colegios. Yo lo que quiero es que opinen, porque son ellos los que saben y pueden mejorar la salud de todos los españoles, eso no me lo negarán los señores socialistas.

En cuanto a lo que yo he dicho sobre las direcciones de los centros hospitalarios —y perdonen, porque ya he sido muy extenso, que vuelva atrás— yo no he dicho en el método selectivo; en el método selectivo de los directores de hospitales ustedes lo hacen muy rápidamente: por el artículo 24, fulanito de director del hospital, y punto. Además, a lo mejor a su mujer la colocan en otro sitio, como ha habido casos *(El señor De Vicente hace gestos.)* No digo la suya, perdóneme, usted no es sanitario. Para los que sí hay restricciones es para los otros, para los que tienen que estar al pie del quirófano o de la consulta ocho horas, para esos tienen ustedes control; y para esos jefes de servicio que ustedes han obviado, que prácticamente han sembrado la desolación en los hospitales, porque ahora nadie quiere serlo, porque, en primer lugar, ganan menos; en segundo lugar, están mal vistos y, en tercer lugar, casi siempre les ponen de jefe a alguien que tiene menos categoría que el jefe de servicio. En eso han convertido ustedes los hospitales públicos, sus queridos hospitales del INSALUD.

Le quiero decir, para que ustedes y los españoles lo sepan, que yo he rendido mi vida en un hospital público y sigo siendo médico de un hospital público, de lo cual me siento muy orgulloso. Pero eso no significa que yo no quiera también para el resto de los hospitales lo mismo que tenemos en los públicos: lo quiero en las mismas condiciones, igual; y «el que más chifle...», ya sabe usted, señor De Vicente.

Cito otro tema, que es el del tres por ciento, el de las tasas. Me han hablado de la financiación los señores De Vicente y Gimeno, y con este último no quiero cometer la descortesía de no contestar. Ustedes han hablado de que la ley de Sanidad es universal, para todos los españoles, que es a los que afecta el sistema sanitario que vamos a implantar. Es curioso. ¿Qué se hace con ese tres por ciento? Debía afectar a los teóricamente ricos que hay en España, a los que pueden sufragar la medicina; y en vez de aumentarles la cuota, ustedes son tan buenos, señores socialistas, que les hacen una iguala y se convierte el sistema nacional en un igualatorio, le llaman tasa, y van a pa-

gar lo que cualquier peón de albañil o cualquier empresario por la asistencia sanitaria.

Me parece mala solución, qué quiere que le diga; me parece injusto. Si es verdad que ese tres por ciento tiene disponibilidad económica, que paguen la sanidad, o no se la hurten ustedes a la sanidad privada —creo que estoy hablando clarísimamente—, porque se establece, además, una competencia ilícita por parte del Estado.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Señor Ruiz Soto, le ruego que concluya.

El señor RUIZ SOTO: En seguida, señor Presidente.

Citaré ahora el tema de la movilidad, señor Gimeno, y se lo voy a explicar clarísimamente. Los profesionales sanitarios ya estamos con la mosca detrás de la oreja. No podemos creernos en este tema lo de la justicia de los socialistas, porque la utilizan muchas veces en contra de los profesionales sanitarios, no sé si por motivos ideológicos o por otras motivaciones. Yo no pretendo que no haya movilidad y que sea perenne el puesto de trabajo, ¡nada más lejos de mi intención! Lo que digo es que esta movilidad sea de tablón de anuncios, de anuncio de plaza libre y que opte el profesional, que es como se debe hacer en una sociedad moderna y democrática, y no el sistema del no: usted me molesta y se va a otro servicio. Y no le quiero recordar tres casos de tres doctores del «1.º de Octubre» sucedidos la semana pasada. (*Rumores.*) Para que no ocurra eso es por lo que digo que no pueda haber movilidad de plantillas, sino que salga en el tablón de anuncios la plaza libre y que pueda optar el profesional que lo desee.

Después dice usted que pienso en los trabajadores y no en el servicio; que soy un sindicalista sanitario; que parece que vengo aquí con sentido reivindicativo. Todo el día me lo viene diciendo, y cada vez que me lo dice me siento más orgulloso y más contento, porque lo que estoy haciendo es reivindicando una buena sanidad, unas mejoras para las profesiones sanitarias, porque redundará en mejora de la asistencia sanitaria que reciban los españoles.

En cuanto a usted, me parece que es un preclaro miembro de UGT. Dígale usted a la UGT que tengan presente el servicio y no las intenciones de los trabajadores, verá usted lo que le contestan.

Nada más. Muchas gracias.

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

Tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, mi intervención se va a centrar, sobre todo, en el tema de la calidad asistencial, al que aludía el señor De Vicente.

He hecho notar anteriormente mi sensibilidad especial ante lo que supone no sólo la calidad de los servicios hospitalarios, sino de la asistencia en sí. El señor De Vicente, ante la redacción del proyecto, dice que el control debe ser realizado por el propio personal porque es una auto-

crítica. Para nosotros, de esta forma no existe posibilidad de control social de la calidad de esos servicios.

Señor De Vicente, el jefe de servicio debe controlar a este servicio, pero debe responder ante la sociedad de la calidad de estos servicios; si no, se crea una tecnocracia médica o una tecnocracia sanitaria. Si no responde ante nadie, tiene el poder total y absoluto.

En cuanto al artículo 71, nuestra enmienda propone el siguiente texto: «Los centros hospitalarios estarán sometidos a evaluaciones relativas a la calidad asistencial de los mismos».

¿Qué supone esto? Que todos los centros hospitalarios públicos, o los que estén en el Sistema Nacional de Salud, tendrán evaluados sus controles de calidad asistencial. Esto supone para la Administración sanitaria poder evaluar la calidad de estos centros y tomar las medidas correspondientes, incluso ante los propios hospitales públicos, porque éste es un servicio social y hay que tener un control ante la sociedad. Esta es una obligación de la Administración sanitaria.

La enmienda al artículo 72 trata de asegurar el control de calidad. Vuelvo a decir que consideramos que este artículo es poco claro e insuficiente, pues habla de aspectos cualitativos de la calidad. Por supuesto, hoy en día el aspecto cualitativo, como el humanitario, tiene un gran valor, pero todo ello hay que agruparlo en la calidad.

Hoy en día podemos hablar de parámetros de calidad, que son: la efectividad, capacidad para curar a los enfermos; la eficiencia, el resultado de unos servicios y el coste de éstos; el tercero de estos parámetros en el desglose de la calidad es la adecuación, que significa la relación entre los servicios de salud ofrecidos y las necesidades de esta población; el cuarto es la calidad científico-técnica. Esto es hablar de control de calidad. Por supuesto, lo cualitativo está implícito, pero es un mero aspecto.

Por tanto, consideramos que el control es un tema tan serio que debe llevarse a cabo y lo que supone un aseguramiento del control de calidad ha de tener una redacción clara y precisa. Fíjese en la redacción que proponemos para este artículo 72: «Todos los hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control externo de calidad el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial».

Es un texto claro y preciso sobre el sistema de control y da respuesta ante la sociedad de que ésta es una preocupación de las Administraciones sanitarias correspondientes.

Gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Gracias, señor Presidente. Señorías, no tengo nada que replicar al señor De Vicente. La contestación de mis enmiendas le ha cogido a final, de trayecto y las ha despachado, cosa que agradezco con una delicada y cordial manifestación. Por otra parte, es

lógico que así sea, porque en el transcurso de su brillante intervención ya había dado respuesta a argumentaciones y planteamientos bastante coincidentes con los que nosotros defendemos.

Al señor Gimeno quiero decirle que coincido con él. Coincido, señor Gimeno, en que la planificación es un instrumento de la coordinación, pero yo no he dicho sólo esto; yo he dicho que era una lástima que sólo se hablara de coordinación en la rúbrica del título, y no quisiera pensar que ello obedece a que en el antiguo proyecto no se hablaba para nada —cosa grave, porque es un precepto constitucional— de coordinación, sino de planificación. Y cosa extraña y coincidente que en el Decreto del señor Sancho Rof no se hablaba de coordinación, sino de planificación. Tengo la impresión de que lo que se ha hecho es salvar esta grave omisión cambiando simplemente el título: donde decía coordinación vamos a poner planificación. Y le decía antes y le repito ahora que coordinación sólo en la rúbrica del Título; planificación, casi nada. Sí planificación financiera, que tiene otras connotaciones. Nada más, señor Gimeno. Gracias por su contestación.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Tiene la palabra el señor De Vicente.

El señor DE VICENTE MARTIN: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, en primer lugar quiero responder al señor Fernández Inguanzo diciéndole que no bastan las buenas intenciones, pero S. S., con mejores títulos que yo, sabe que la existencia de un ideal utópico constituye un elemento de referencia de cualquier actividad política que se quiera sentir centrada y no bamboleante para un lado y para otro.

Reconozco que he dicho que la idea del Servicio Nacional de Salud es una idea-fuerza, y le digo que hay un límite constitucional. Por tanto, no es una buena intención. Yo procuraré, con el respeto a la Constitución, en lo que modestamente me corresponda, como uno de los muchos —uno partido por doscientos dos, para entendernos—, que el Sistema Nacional de Salud se parezca en su funcionamiento a un servicio, respetando los marcos legales constitucionales. Ahí podemos encontrar un elemento de coincidencia.

Decía usted, ¿para qué la participación? No hay más que leer el artículo 59 para tener clarísimo para qué sirve la participación. Se lo digo: para verificar la adecuación de las actuaciones en el área de salud; orientar las directrices sanitarias del área; proponer medidas en el área de salud; promover la participación comunitaria; conocer y proyectar el anteproyecto del Plan de Salud; informar la memoria, etcétera. Me parece que son algunas actividades importantes. La única diferencia, digámoslo claro, que nos separa —al menos así lo entiendo y si no es así le ruego que no se moleste por mi manera de identificarme con las posiciones que señala— es que no está la representación directa de los usuarios, sino que es a través de las corporaciones locales.

Le digo, con todo el respeto personal que sabe le tengo, que no hay ningún invento hasta ahora, ni en el mundo

occidental ni en otro mundo, que establezca un mecanismo para resolver este tema. ¿O es que hay que hacer unas elecciones directas entre todos los ciudadanos para que designen en su calidad de usuarios? Esa podría ser una solución, no le digo que no. Otra podría ser coger a las escasas y menguadas asociaciones —por desgracia, dicho sea de paso, bastante tímidas— y darles representación. Podría ser otra solución. Entonces, ante la falta de un mecanismo de naturaleza general se establece un mecanismo de naturaleza universal aplicado a este caso. ¿Puede haber otra solución más perfecta? Sin duda alguna puede haberla, pero me parece que ésta es, con la ley en la mano, la que permite una mayor amplitud.

En cuanto a la ausencia de los representantes sindicales, quiero decirle que no estoy de acuerdo. Si se lee el artículo 54.2 —permítame que por razones de tiempo no se lo lea— verá que lo dice literalmente.

Con relación al señor Ruiz Soto, agradecimiento por el reencuentro, ya que me creía perdido. De perdido, nada. Lo que pasa es que uno tiene año sabático. (Risas.) Además, como bien ha dicho, me ha recuperado en el templo donde se discuten estas cuestiones.

Decía S. S. que yo había hecho juicio de intenciones. No, señoría. Cuando yo he dicho que usted defiende aquello en lo que no cree, le aseguro que no era un juicio de intenciones. Voy a intentar demostrárselo.

No era un juicio de intenciones, porque si S. S. defiende, como dice, la liberalización y el papel de la iniciativa privada, ¿cómo pretende supeditarla al padre Estado? ¿Cómo pretende meterla en el sistema público? Me parece una contradicción y no un juicio de intenciones.

Cuando afirmo lo que S. S. señala estoy dando la conclusión que se deriva de la argumentación que usted utiliza, en la que encuentro contradicciones tan básicas y profundas que me llevan a la conclusión de que está haciendo aquí un papel que desearía no hacer y, para no hacerlo, en vez de defender cada una de sus enmiendas, nos cuenta a piñón fijo —cariñosa expresión, por lo demás, que en política tiene su significado—, aquello que quiere decir, no lo que tiene que ver con las enmiendas.

De verdad, usted no cree en la iniciativa privada, y no cree en la competitividad. Usted dice que cree en un sistema mixto. Pues mire, en este caso, tiene que votar a pies juntillas esta ley, que tiene sistema nacional por un lado, sistema público por otro, relaciones correctas, delimitación de campos. además, para que vea usted que es poco estatalizador, tiene usted el texto de la ley en el capítulo que le había pasado desapercibido relativo a las iniciativas privadas. Y ese capítulo que le había pasado desapercibido —ya sé por qué le había pasado desapercibido, porque es un capítulo pequeño y porque no se quiere meter la ley en el negocio privado simplemente, sino definir el marco, por eso lógicamente le ha pasado desapercibido—, eso es libertad, aparte de parlamentarismo.

Su señoría decía que la ley hablaba de los conciertos. Vuelva a leer la ley. Artículo 92, los conciertos; artículo 69, los hospitales vinculados. Perdóneme que les diga, señorías, que son dos cosas distintas. El concierto es un mecanismo de relación entre el sector público y el privado,

en el que éste pone parcial o totalmente, pero parcialmente por principio, al servicio del sistema público unas atenciones con menores controles por parte del sistema público que en el caso de la vinculación. ¿Quiere usted que le diga para qué se pensó en su día el tema de la vinculación? Que me corrija el señor Ministro, que no está de más que le corrija a uno el Ministro. Se pensó para alguna institución preclara de Madrid no dotada de ánimo de lucro, de origen fundacional, vinculada a persona de singular importancia en la historia sanitaria de este país, el doctor Jiménez Díaz, cuya continuación desde una perspectiva clínica, laboral y de oferta por la naturaleza de la gama que ofrece a este país era importante que siguiera.

Ahí estamos pensando en lo bueno y no se pretende ánimo de lucro.

Su señoría convendrá que una cosa es el concierto y otra cosa es la vinculación. En el concierto se toca una sinfonía y en la vinculación el director toca una sinfonía más apretada a la letra que le gusta. *(Risas.)*

Su señoría dice que los conciertos se paguen, que se paguen. Yo le digo, señor Ruiz Soto, léase el artículo 92.4, los módulos y los costes efectivos. Usted me dice, contestando a mi demanda, cuando le decía: salga, por favor, si es tan amable y díganos qué hospitales privados hacen acciones preventivas y de promoción de la salud, que eso no es rentable. Me ha contestado, he de reconocérselo, pero citando hospitales públicos, los provinciales, los municipales y otros de naturaleza pública. No ha citado ni uno solo privado. Digo esto porque en alguna medida conviene que quede señalado.

En cuanto a los Colegios, vamos a dejar al menos por mi parte las cosas más claras todavía. Yo creo que S. S. no tiene una percepción nítida, o al menos una exposición fluida, de lo que es el Colegio y de su papel. Su señoría ha dicho que los Colegios tienen que dirigir. *(El señor Ruiz Soto hace signos negativos.)* Perdón, invoco el «Diario de Sesiones» antes de que me diga que no con el gesto. Yo le contesto que los Colegios no tienen nada que dirigir más que la vida colegial, no los hospitales.

Usted me ha dicho que los Colegios tienen que asesorar. Yo diría que puede que sí y puede que no. La prueba es que para las cuestiones de carácter general se les convoca. Ahí está la ley —oídos los sanitarios, y los parasanitarios también, etcétera—, pero lo que no tiene sentido comprenderá S. S. es que cada diez o quince días de funcionamiento de una institución sanitaria haya que consultar con el Colegio. Este tiene una facultad, está establecido por ley. Hay unos mecanismos al respecto. Luego asesorar, sí. Dirigir, en absoluto. Dirigir dirige la dirección, como en una empresa privada, como la que usted defiende con malas técnicas, porque le sale mal (perdone que se lo diga aquí). No quiero decir que sea mala técnica en el sentido de mal arte, sino en el sentido de ineficacia.

Los profesionales son los que tienen que dar el callo asesorando. Lo que usted pretende es sustituir a los médicos por los Colegios de médicos; a los farmacéuticos, por los Colegios de farmacéuticos. Ya en la vida hospitalaria o de los centros de atención primaria el médico dirá su opi-

nión. Lo dirá el médico como profesional que conoce unas técnicas, que tiene una formación científica y que, además, conoce el funcionamiento de la institución. El Colegio no tiene por qué entrar en ese tema. Nadie mejor que los profesionales y nadie peor que los Colegios para asesorar en aquello que se refiere a la vida cotidiana de las instituciones sanitarias.

Decía su señoría, hablando del 3 por ciento, que esa población que no va a tener asegurados gratuitamente los mecanismos de acceso al sistema público se la dejemos al sector privado. Me ha parecido entender eso. Así como lo otro lo afirmo, en esto digo que me ha parecido. Me pareció entender que dijo que se dejara al sector privado ese 3 por ciento y que no fuera al sistema público. Si así fuera —parece que sí por el gesto que hace—, yo le digo: ¿sabe usted dónde van a ir? Donde mejor les atiendan. Si es público, al público; si es privado, al privado. Es decir, donde haya un servicio que funcione. Lo que menos se va a considerar es lo público o lo privado. Lo que se va a considerar es que funcione. ¿Sabe usted cómo se llama esa figura? Libre competencia. Eso es lo que defendemos nosotros en el campo de aquellos que no tienen derecho a la asistencia sanitaria. Libre competencia —enlazo con la cumplida intervención de la señora Gorroño— significa control de la calidad, lo que define la competencia. Porque usted sabe que en esta disciplina las pesetas se colocan muy al final, en no pocas ocasiones. Me refiero, naturalmente, a las intenciones de los enfermos. No estoy juzgando otras instituciones.

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

El señor DE VICENTE MARTIN: Concluyo, señor Presidente, y para ello hablaremos de la movilidad. *(Risas.)* A mí el tema de la movilidad le aseguro que no me molesta en absoluto.

Su señoría ha puesto aquí un ejemplo, infeliz ejemplo. Ha citado usted el caso de los profesionales del «1.º de Octubre». En el «1.º de Octubre» hubo tres profesionales de un servicio que, antes de que ocurriera el hecho de autos —valga la expresión—, habían solicitado el traslado, como consecuencia de un aborto legal, por lo demás—. Y, en fase ulterior —no de aborto—, persona internada en el correspondiente servicio tiene que requerir lo que llamaríamos el control posoperatorio, solicitando la atención de los médicos, y se niegan a atenderla.

¿Usted cree que negarse a atender aquello en lo que no funciona la cláusula de conciencia es susceptible de ser amparado con la conciencia y, si me apura su señoría, traído a esta tribuna? Entonces, ¿qué ocurrió, señoría? Díganos las cosas claras, porque es bueno que se sepa.

Su señoría me invocaba que fuera al Juzgado de Guardia. No quiero olvidarlo. La cosa es muy fácil, con pedir a las distintas Inspecciones las actuaciones del Ministerio practicadas cerca de la empresa hospitalaria y con pedir el informe a la Inspección Financiera del Estado sobre sectores en los que pueda —no digo que sean los únicos— existir defraudación, asunto resuelto.

¿Y por qué al Juzgado de Guardia no? Pues sencillamente, señoría, porque —usted y yo lo sabemos— para usted decir Juzgado de Guardia es una técnica hábil, por lo demás, pero no en absoluto modificadora de la realidad.

Dice usted que basta ser socialista y tener esposa para colocarla, no poco menos ha dicho. Ahora lo confirma usted con satisfacción y energía. *(Risas.)* Pues mire usted, se equivoca. Hay un reglamento que regula el tema y que lo establece perfectamente. Usted está discutiendo en el fondo 50 ó 100 plazas de directores que hay en España, pero hay un reglamento. No se puede subir aquí, señor Ruiz Soto —perdóneme que se lo diga así— a afirmar genéricamente que tres señores que incumplen una norma y que previamente han pedido el traslado, son dignos de protección. Como personas lo son, por supuesto. No se puede subir aquí y decir que basta tener este apoyo para estar allí, porque, señorías, la cosa es más seria de lo que parece.

Subir aquí una persona del peso político de su señoría, tanto a nivel parlamentario como por las actividades de su Partido, tiene una responsabilidad. Y corre usted el riesgo de ir por la calle Génova y le pidan el ejemplo y no lo pueda poner. Ese riesgo lo corre usted, créame.

En definitiva, yo resumiré mi posición diciendo una cosa que conviene que quede clara en esta disciplina que nos ocupa. ¿Cuál es? Tratar de los intereses individuales no equivale al bien común. ¿Me entiende? ¿Me explico?

Quiero decir que lo que usted considera bueno para este sector, para este otro, ¿es lo bueno para la sanidad? No.

Quiero decirle que no es de recibo el argumento según el cual se puede venir aquí a invocar la salud para todos. Usted lo que viene es a invocar la protección del bolsillo de algunos.

Finalmente, señorías, en relación con la señora Gorroño, centrado el tema en lo social, totalmente de acuerdo. Pero, mire usted, aparte de la cita al artículo a que antes hice referencia en relación con el señor Fernández Inguanzo, sobre los distintos aspectos de la participación de los consejos, totalmente de acuerdo en lo del control social. Está ahí; pero es más, hay una Orden de 1 de marzo de 1985, que, si usted me lo permite, es el negativo de su intervención.

Refiriéndose usted a aquello de la Comisión de control «anatomopatológico» de los tejidos (ya ve que lo pronuncio mal, pero eso no es importante, lo importante es que sea capaz de entender lo que digo, y eso es lo que quería decirle). *(Risas.)* Entonces, la «Comisión de tejidos», la Comisión de esto o de lo otro, de control de calidad en laboratorios, en servicios centrales, en los servicios quirúrgicos, en los servicios clínicos, etcétera, eso está en la Orden de 1 de marzo de 1985. Por tanto, no sólo de acuerdo de futuro, sino de acuerdo de presente.

Finalmente decirle al señor Gomis que, efectivamente, a veces coinciden estos malos azares de que el encuentro, que no el enfrentamiento, nos coja en el final del trayecto, pero que sepa que, en definitiva, aquello que comporta, por su parte, defensa de las competencias de las Comunidades, creemos, honestamente, que está en el proyecto y que, por supuesto, es susceptible de perfecciona-

miento, ni qué decir tiene, pero que también está todo aquello que, en definitiva, supone la defensa de las corporaciones y la defensa de la calidad.

Creo que, con esta genérica intervención, por decirlo de alguna manera, le despacho a usted injustamente, porque su intervención merece mucho más de lo que le he dicho aquí; pero el tiempo menguado me impide hacerlo y le ruego que me disculpe.

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

Vamos a proceder a las votaciones.

Enmiendas al Título III, artículo 45 al 89 bis, ambos inclusive.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 206; a favor, 35; en contra, 169; abstenciones, dos.*

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

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

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 209; a favor, tres; en contra, 204; abstenciones, dos.*

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

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

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 209; a favor, cuatro; en contra, 201; abstenciones, cuatro.*

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 209; a favor, 32; en contra, 170; abstenciones, siete.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan, por consiguiente, rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular al Título III.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 209; a favor, 10; en contra, 168; abstenciones, 31.*

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

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

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 209; a favor, 35; en contra, 169; abstenciones, cinco.*

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

Votamos seguidamente el Título III, artículos 45 al 89 bis, ambos inclusive, conforme al dictamen de la Comisión.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 209; a favor, 167; en contra, 40; abstenciones, dos.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda aprobado el Título III, artículos 45 al 89 bis, ambos inclusive, conforme al dictamen de la Comisión.

Título IV, artículos 90 al 96. Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular al Título IV. Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: El Grupo Popular retira sus enmiendas al Título IV.

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

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

El señor Fernández Inguanzo tiene la palabra. *(Rumores.)* Silencio, por favor. Ruego que ocupen sus escaños. Cuando guste puede empezar, señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Gracias, señor Presidente, señorías, el Título IV propone que el sector privado pueda establecer conciertos con el sistema público de salud.

Los Diputados comunistas pensamos que al incluir centros privados en el Servicio Nacional de Salud se conforma un modelo no público, sino mixto, no solamente va a persistir el actual sistema de conciertos, sino que se prevé que los centros privados puedan recibir subvenciones públicas, argumentándose, por otro lado, la imposibilidad de que el Estado asuma la totalidad del costo del sistema público de salud, como debería ocurrir de hacerse una lectura progresista del artículo 43 de la Constitución que responsabiliza al Estado, de cubrir las necesidades de salud de todos los ciudadanos, ya expuestas por nosotros en el capítulo anterior.

Estos puntos, junto a la falta de precisión en el capítu-

lo de personal, que abre vías a la liberación del sistema, a la concreción en el modelo de atención primaria y a la no intención de desarrollar un servicio farmacéutico nacional, hace que se vaya a un modelo híbrido entre planificador y liberal, por poca voluntad política de desarrollar las competencias que la Constitución asigna al Estado.

Las enmiendas que presentamos a los artículos 91 y 92 —que libero a SS. SS. de escuchar puesto que las conocen— proponen garantizar un sistema público homogéneo y suficiente, y que, transitoriamente y hasta tanto el sistema público de salud alcance el grado de suficiencia deseable, puedan establecerse conciertos con entidades privadas y siempre bajo el control de la Administración Pública. *(El señor Vicepresidente, Verde i Aldea, ocupa la Presidencia.)*

Es decir, consideramos que el sector sanitario es esencial para la comunidad y que debe subordinarse cualquier tipo de actividad al interés general de la Comunidad, de acuerdo con el artículo 128 de la Constitución, siendo, por tanto, subsidiarias las actividades sanitarias privadas con respecto al servicio público de salud.

Nada más y muchas gracias.

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista. *(Pausa.)* Se consideran decaídas.

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

El señor GOMIS MARTÍ: Señor Presidente, señorías, muy brevemente.

Si bien en el artículo 91 se reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario según la Constitución, en el artículo 92.1 se limita esta libertad, haciéndola totalmente subsidiaria del sector público. Es lo que pretendemos modificar con nuestra enmienda número 1.013.

Retiramos las enmiendas 1.016 y 1.017, al haber prestado nuestra conformidad a la modificación introducida en el trámite de Comisión.

Una simple observación, señorías, pensamos que no es demasiado feliz la redacción del artículo 92.4. ¿Todas las Administraciones han de fijar condiciones mínimas? Una nueva redacción, de acuerdo con la actual versión sería necesaria; no seguir la antigua en que el Gobierno se reservaba la competencia.

Hemos enmendado el artículo 93 por entender que debiera ser, sin lugar a dudas, considerado no básico, ya que se reserva de forma absoluta la concesión de subvenciones a favor del Gobierno, lo que puede destrozar la ya de por sí residual planificación sanitaria autonómica. La distribución de subvenciones es materia ya transferida, no básica por su propio contenido. Da la impresión, y a lo mejor es cierto, que se pretende reabsorber este ámbito competencial. Lo mejor y más acorde, no lo duden, con el Estado autonómico sería suprimir este artículo.

Nada más, señor Presidente y muchas gracias.

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

Se habían dado por decaídas las enmiendas del Grupo Centrista, por la no presencia del Diputado, pero parece que ha habido un error en el orden. Para su defensa tiene la palabra el señor Mardones.

El señor MARDONES SEVILLA: Con la venia, señor Presidente y muchas gracias.

Voy a intervenir en sustitución de mi compañero, el señor Núñez, que por causa familiar sanitaria no puede defender estas enmiendas, dado que, en nombre de mi Grupo, también yo tenía presentadas enmiendas a este Título IV del proyecto de ley.

En primer lugar y muy brevemente, la enmienda 639 al artículo 92. Pretendemos únicamente hacer una redacción más precisa cuando se refiere a que las distintas Administraciones públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus propios recursos sanitarios. Nosotros introducimos aquí un concepto que entendemos es más moderno y más racional para que las Administraciones públicas acojan también con una gran naturalidad lo que muchas entidades privadas, sobre todo las que con un concepto empresarial moderno van a la racionalización del gasto, ya practican, y que lo hagan con los procedimientos de la técnica moderna para los análisis económicos. Es decir, la introducción de los conceptos objetivos de la racionalidad económica con lo que se denominan las relaciones coste/eficacia.

Hoy día a ningún empresario serio y menos a una entidad como, por ejemplo, una clínica privada, se le ocurriría hacer una concepción empresarial, dentro del marco de la ley, sin un análisis de coste/eficacia. Pues bien, que lo que es normal y natural en la empresa privada, que entre también con plena naturalidad en la Administración Pública hospitalaria. Esto por lo que se refiere a la enmienda 639, al artículo 92.

Paso seguidamente a defender la enmienda 692, que pretende —como saben SS. SS. por los debates en Comisión— la supresión del concepto de carácter no periódico; me estoy refiriendo al tema de las subvenciones. Pido la sustitución de la frase «con carácter no periódico» por «con carácter periódico u ocasional», y la supresión al final del párrafo de la expresión «calificados de alto interés social».

¿Por qué digo esto, señorías? Muy sencillo. No se puede pretender que un centro o un establecimiento sanitario, sea o no propiedad de las distintas Administraciones públicas, pueda con cargo a los fondos públicos efectuar la realización de actividades sanitarias, teniendo que depender del dato aleatorio de si van a recibir o no subvenciones. Y en el artículo 93 el legislador parece que hace una indicación, pero no garantiza el soporte económico a la entidad sanitaria o centro correspondiente, porque dice que podrán percibir con carácter no periódico subvenciones económicas u otros beneficios o ayudas con cargo a fondos públicos.

Señorías, con el mínimo de seriedad no se puede trazar un plan de trabajo, un plan de investigación, con soporte

económico, sin que el que diseña el plan tenga la seguridad del dato de entrada de la financiación. No se puede estar al albur de que «con carácter no periódico...». ¿Qué se quiere decir con esto? Dígase claramente lo que se pretende, pero no se deje en una inseguridad de dotación económica el estudio de un plan sanitario o de una actividad correspondiente. Nuestra enmienda pretende dejar esto claro, para que se pueda planificar con la seguridad de que, a lo largo de todo el proceso en el tiempo, no le va a faltar el aporte económico para lo que tiene que acometer. Porque si no es con carácter periódico, ¿qué significa? ¿Que es por una sola vez? Porque aquí tampoco se dice que recibirán o percibirán, sino que podrán percibir. Pues, si ya es discrecional por los poderes públicos la adscripción de la ayuda económica, caso de que la puedan percibir, no se les someta a la incógnita de que no será con carácter periódico. Será de alguna manera, una vez al año, en cierre de ejercicio económico, lo que sea.

En cuanto a lo de «calificados de alto interés social» me parece que es extralimitarse el legislador en señalar a un centro o establecimiento sanitario cuál es la graduación de un estudio de interés social. Esto es sencillamente la sanidad. Se podrá decir que es más importante, a lo mejor, un estudio sobre la caries infantil o la fluoración de las aguas o hacer un estudio de presencia de colesterol en la sangre o para ver la prevención de determinado tipo de enfermedad infecto-contagiosa o degenerativa, pero nada más. Es sencillamente un valor académico que hay que dejárselo a la realidad de las circunstancias, del lugar y de la institución.

Paso rápidamente a las dos últimas enmiendas globalizadas, la 694 y la 640, al artículo 95, que, en fundamento, van por lo siguiente. Estas dos enmiendas son prácticamente iguales; la enmienda 640 del señor Núñez y la presentada por mí, la 694, pretenden cambiar la redacción que dice que «no podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, ni se podrán establecer conciertos con centros sanitarios privados, cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores concurren las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado...», etcétera; es decir, se empieza matizando con un «no» lo que después es una pura circunstancia de coyuntura administrativa. Nuestra enmienda propone la redacción en sentido positivo y que las limitaciones que deban tener esos centros hospitalarios del sector privado en el Sistema Nacional de Salud queden a la atención y a la regulación o limitación, como digo, de la legislación general. Nuestra enmienda sencillamente es: «podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, sin más limitaciones que las previstas en las leyes». Porque según el texto de la ley, el lector no encuentra el condicionante hasta la mitad del párrafo, empieza a leer que «no podrán ser vinculados los hospitales...». ¿Pero por qué? Los hospitales podrán ser vinculados; lo único que podrá crear una cláusula de exclusión o limitación por la ley es, si se quiere, cuando sus propietarios o trabajadores estén incurso en las incompatibilidades del sector pú-

blico y privado. Además, se emplea la palabra «trabajadores» en un sentido tan amplio que puede ocurrir que un ATS o una enfermera o no sé quién de titulación inferior a la de licenciado o doctor en medicina, que sea conserje u otra cosa en una Administración Pública, esté incurso en esa incompatibilidad, y resulte que todo un centro hospitalario, porque un personal subalterno esté incurso en un régimen de incompatibilidades, no pueda percibir estas ayudas. Por otra parte, supongo que si ese señor que está allí, propietario o trabajador en cualquiera de sus categorías laborales o profesionales, está afectado por la ley de incompatibilidades en la Función Pública, ya le habrán aplicado la incompatibilidad en la Función Pública.

Daba la sensación de que este tema así redactado era una especie de redundancia negativa. Nosotros pretendemos mantener el espíritu porque participamos del espíritu que trae el texto del proyecto, quiero dejarlo bien claro, señorías, pero vamos a decirlo de una manera elegante, positiva y con un sustrato y una forma explícita e implícita de respeto pleno a cualquier ley que pueda afectar a estos temas mucho más amplios. Es decir, que pueden ser vinculados todos los hospitales en las condiciones que traen aquí, sin más limitaciones que las previstas en la ley.

Paso finalmente, señorías, al artículo 96, en primer lugar, a la enmienda 641. Esta enmienda viene a pretender sencillamente hacer una separación entre lo que son inspecciones sanitarias y lo que son inspecciones en los aspectos administrativos y económicos. A nosotros nos parece muy complicado, por su sentido de separar los distintos aspectos de la inspección, la redacción que trae el texto del proyecto. Dice que «los hospitales privados vinculados en la oferta pública estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos». Estarán sometidos a las mismas inspecciones que los hospitales públicos en la medida en que la materia a inspeccionar sea de interés general o no lo sea, es decir, que son aspectos parciales y particulares. De aquí que venga ligada con esta enmienda la siguiente nuestra, la número 695, en que pedimos la supresión del apartado 2, porque entendemos que las competencias inspectoras de la Administración Pública están ya recogidas en términos generales en la primera parte. Señorías, aquí rige el principio de que quien todo puede también la parte, y aquí la parte es que la Administración va a hacer inspección en lo que afecte a cada enfermo atendido por cuenta de la Administración Pública en un centro privado concertado.

Señorías, podrá haber en los centros privados concertados materias de bien común general que sean absolutamente competencia de una inspección de la Administración, como puede ser fundamentalmente el control sanitario, porque si en un quirófano hay contaminación, en ese quirófano se contaminará tanto el enfermo que va en atención pública como el que está en atención privada, ya que esa contaminación no va a distinguir y, por tanto, ya, como Estado, tengo que inspeccionar las condiciones sanitarias de ese quirófano del centro donde van a operar

a mis enfermos de la Seguridad Social, pero en lo que yo, como Estado, no puedo meter la lupa inspectora en ese centro es en los aspectos administrativos o económicos que no afecten, en los centros concertados, a los pacientes que están con cargo a otras entidades que no son de fondos públicos, en las de fondos públicos por supuesto, pero en las que no sean de fondos públicos no puedo estar mirando los libros de administración y economía que existan en ese centro.

De aquí que nuestra enmienda pretenda sencillamente que los hospitales privados, integrados o no en la oferta pública, estén sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios que los centros públicos... y punto.

Los hospitales concertados integrados en dicha oferta estarán sometidos, además, a las mismas inspecciones y controles administrativos y económicos que los hospitales públicos. Por esta sección se puede hacer un ordenamiento justo de lo que es la función inspectora, porque si no, podíamos entrar o en omisiones graves y peligrosas o en intromisiones que tendrían en principio una presunción de ilegalidad.

Nada más y muchas gracias, señor Presidente.

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Bandrés. Tiene la palabra el señor Bandrés.

El señor BANDRES MOLET: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, con permiso de la Presidencia voy a hacer una defensa compendiada y breve de todas las enmiendas que quedan al resto de este proyecto de ley.

El señor VICEPRESIDENTE (Verde i Aldea): Tiene el permiso, señor Bandrés.

El señor BANDRES MOLET: Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, las enmiendas al Título IV, que son las enmiendas números 91, 92 y 93. Las dos primeras, la 91 y 92, a los apartados 4 y 5, son enmiendas de detalle, pero espero que sean consideradas como detalle importante y merezcan su aprobación.

La enmienda número 93 trata de establecer una redacción que esté en coherencia con el modelo de Sanidad que proponemos y que es contrario —como se sabe— a la integración de servicios privados que continúan como tales, y la exigencia de inspección y control nos parece un requisito indispensable.

En el Título V, quiero hacer en este momento a la enmienda número 94, una enmienda de estilo «in voce», porque se ha empleado el verbo «vehiculizar», que a mí personalmente no me gusta nada; y creo que habría que variar y decir: «La publicidad de medicamentos y productos sanitarios dirigida a los profesionales que trabajan en el Sistema Público de Salud se efectuará —o, en su caso, “se llevará a efecto”— a través de los Servicios de Farmacia de los Hospitales y Centros de Salud y Atención Pri-

vada». Parece preciso dejar regulado de este modo esta vertiente de la publicidad.

Doy por defendidas las enmiendas 95 y 96. Paso a la enmienda número 97, que trata de sustituir las tres últimas líneas del apartado 2 del artículo 106 por las que figuran en el texto de nuestra enmienda y que parecen impuestas, desde nuestro punto de vista, por el respeto que merece tanto la autonomía universitaria, por un lado, como la autonomía política de las Comunidades Autónomas, por otro.

Entrando en las disposiciones adicionales, retiro en este momento nuestra enmienda número 98, dado que, al no haberse aprobado nuestras enmiendas a los artículos 82 y 83, no tiene sentido para nosotros, aunque la filosofía siga siendo válida, el mantenerla. Queda retirada la enmienda número 98, así como la número 99 por la misma razón.

Deseamos, a través de la enmienda número 100, suprimir la disposición transitoria tercera, y creemos que debe hacerse así porque lo que se dispone en esa transitoria tercera no es transitorio sino definitivo, y resulta, además, inaceptable ya que aún se encuentra pendiente, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma Vasca la negociación para la transferencia de la Seguridad Social, y además porque el texto de esta disposición transitoria tercera nos parece que está en contradicción, por ejemplo, con los artículos 42 y 51 del propio texto, que han sido ya aprobados.

Nuestra enmienda 101 trata de sustituir en la disposición transitoria cuarta las palabras «en su momento», por algo mucho más concreto que es: «en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta Ley». Realmente decir «en su momento» en términos temporales no significa absolutamente nada y creemos que un plazo de año y medio, o sea, de 18 meses, es suficiente para dar cumplimiento a lo que pretende esta disposición transitoria cuarta.

La enmienda 102 supongo que va a prosperar, porque en realidad se está haciendo referencia al artículo 100.3 y resulta que no existe el punto 3, si no recuerdo mal, en el artículo 100. Por lo cual, por sentido común debiera prosperar en su momento.

La enmienda número 103 pretende la supresión de la disposición transitoria décima, y yo supongo justamente que este precepto será variado ateniéndome a las palabras que expresó desde aquí mismo el señor Ministro de Sanidad cuando se refirió a una intervención de la dignísima e inteligente representante del Grupo Parlamentario Vasco (Partido Nacionalista Vasco), porque supongo que este precepto debe ser variado en función justamente de las transferencias que tienen que hacerse y de la negociación legítima entre el Ministerio de Sanidad y el Gobierno Vasco, que se está haciendo en los momentos actuales.

Las enmiendas números 104, 105, 106, 107 y 108 se refieren a supresiones o sustituciones en las diferentes disposiciones finales, y me atengo a las propias explicaciones que se dan en el texto de las correspondientes enmiendas.

Finalmente, las enmiendas 109 y 110 pretenden, la pri-

mera de ellas una nueva disposición transitoria, que diría: «Considerando las serias deficiencias actuales en la infraestructura precisa para dar cumplimiento a lo señalado en el artículo 18 de la presente Ley, así como la dificultad para su adecuación en plazo inmediato, las Administraciones Públicas competentes en cada área de salud, dispondrán de un plazo máximo de cinco años, a partir de la aprobación de esta Ley, para facilitar las dotaciones preventivas asistenciales, rehabilitadoras y de asistencia social que respondan a los objetivos y compromisos establecidos en el artículo 18». Me parece que cinco años es un plazo razonable, pero un plazo que no debiera ser superado porque, en caso contrario, esta Ley respecto a la salud mental se convertiría quizá en algo muy interesante, muy apreciable, pero lejano en el tiempo o incluso impreciso en el tiempo, lo cual sería tanto —como se dice en la motivación— como papel mojado.

Finalmente voy a hacer una enmienda «in voce», a la enmienda 110, que trata de hacer una nueva disposición transitoria, y que dice: «El Ministro de Sanidad, tras informe del Consejo Interterritorial del Sistema, regulará por Decreto-ley...» Quien ha redactado esto, que no he sido yo, evidentemente no conoce bien la mecánica de regulación de las formas de legislar o de decretar. La enmienda debe decir: «El Gobierno, a propuesta del Ministerio de Sanidad, tras informe del Consejo Interterritorial del Sistema, regulará por Decreto-ley...» Que luego el Decreto-ley de forma constitucional tendrá su sanción o su rechazo en ambas Cámaras. Pero fundamentalmente, con independencia de esta obligada modificación en su primera línea, lo importante es establecer, desde nuestro punto de vista, un plazo razonable, que no parecía suficientemente expresado en la Ley. Por tanto, ésta es la razón por la cual nosotros intentamos que prospere esta nueva disposición transitoria.

Esto es todo, señores Diputados, señor Presidente. Muchas gracias, y doy así por defendidas todas mis enmiendas restantes, que serán puestas a votación lógicamente en el momento oportuno cada una de ellas.

Muchas gracias.

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

Enmienda del Grupo Parlamentario Vasco.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Señor Presidente, la considero defendida en los propios términos descritos en la enmienda.

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

¿Turno en contra? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Palacios.

El señor PALACIOS ALONSO: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, evidentemente lo que concierne al Título IV de esta Ley General de Sanidad ha quedado, en cierta medida, desleído o algo vaciado de contenido,

en función de que el debate propiciado respecto del Título III tenía concretas connotaciones respecto de los contenidos de éste.

De todas maneras, lo que se refiere a la participación de las instituciones sanitarias privadas y de las profesiones sanitarias libres en el sistema nacional de salud, que responde a mandatos constitucionales, artículos 35, 36 y 38, tiene un interés especial, y no solamente por la incidencia que el sector privado pueda tener en la sanidad, sino también por la desenfocada información que se produce generalmente al respecto. Así, oímos o leemos ocasionalmente cosas como la siguiente: primero, que el sector privado es objeto de cerco y de reducción; segundo, que se está potenciando paladinamente a la sanidad privada. La propia paradoja así expresada anula, por su propia gratuidad, tales informaciones y especulaciones.

En este sentido, señorías, queremos decir en primer lugar que el Gobierno cumple estrictamente con su obligación de ampliar y mejorar los servicios sanitarios públicos. En segundo lugar, que el Gobierno propone la incorporación de un capítulo específico sobre el sector sanitario privado en esta Ley General de Sanidad. En tercer lugar, que el Gobierno Socialista mantiene unos presupuestos sanitarios de concertación con el sector privado, que para el año pasado supusieron el 21 por ciento del gasto total, con un montante de 192.000 millones de pesetas.

Por otra parte, señorías, el Gobierno Socialista mantiene conciertos con el sector privado, concretamente hospitalario, en un 83 por ciento de todas las camas de este sector. En consecuencia, señorías, queda perfectamente claro que ni una cuestión ni la otra; ni el Gobierno Socialista pretende, apoyado por este Grupo Parlamentario, reducir, limitar ni anular al sector privado de la Sanidad, ni, por otra parte, como otros sectores apuntan, el Gobierno Socialista está en situación de potenciar al sector privado.

De lo que se trata específicamente es de establecer un adecuado equilibrio entre el sector sanitario público, mayoritario, que debe ser mayoritario, que queremos que sea mayoritario, que en esta Ley se propicia como mayoritario, a través del sistema nacional de Salud, y un sector sanitario privado complementario y limitado justamente a la demanda en esta dirección. *(El señor Vicepresidente, Torres Boursault, ocupa la Presidencia.)*

Se habla también con mucha frecuencia de lo que ocurre en otros países en relación con el sector privado. Aquí se han vertido muchas informaciones al respecto, pero realmente no se dan referencias fiables ni argumentos válidos para contrarrestar los criterios de potenciación fundamental del sector público. En ese sentido, tenemos que decir que, salvo en Holanda, con un 30 por ciento de participación privada, y en Estados Unidos, aproximadamente con un 43 por ciento, en ningún país existe una participación del sector sanitario privado tan importante como en España. Por lo tanto, la participación privada en estos países es absolutamente inferior a la que aquí se produce.

Lo que no se dice, señorías, es que en casi todos los países del mundo se está tendiendo a una publicitación de la

salud en general. Es decir, aquellos países que tienen una prevalencia del sector privado, están viendo que es fundamental establecer mecanismos de atención sanitaria pública en determinadas circunstancias, fundamentalmente porque, por un lado, se disparan los costes y, por otro lado, no se consigue con ello que la asistencia sanitaria sea lo que debe ser.

Es evidente que se dicen en esta tribuna por parte de algunos Grupos Parlamentarios —uno de ellos ha retirado sus enmiendas al respecto, tal vez porque haya recibido un torpedo demasiado fuerte en su línea de flotación en el debate del título anterior— cosas que no se dicen ni en los textos alternativos en las enmiendas a la totalidad de la Ley general que presentaron esos Grupos, ni siquiera en las enmiendas al propio articulado. Lo que no puede hacerse es salir aquí a defender al sector privado a ultranza para después decir en sus textos alternativos o en sus enmiendas al articulado que se debe potenciar estrictamente, en principio y de manera prioritaria, al sector público.

Yo he oído a lo largo del debate, fundamentalmente en Comisión, e incluso en ciertas comparecencias también aquí hoy ha salido un poco al socaire de esto, que, por un lado, se tiende hacia la estatalización, por otro, hacia la «chilenización» y, por otro, que estamos buscando una Sanidad socializada. Por otra parte, un conspicuo e ínclito personaje de la Sanidad española dice que la Sanidad española está abiertamente y absolutamente socializada. Si es así, ¿en qué quedamos? ¿Cómo se puede interpretar que se haga una oferta de «chilenización» por un lado, de estatalización por otro y, por otro, de socialización, cuando dicen que ya está nuestra sociedad estatalizada y socializada? Si está socializada, ¿qué es lo que vamos a socializar nosotros?

Señoría, vamos a ser en este asunto realmente serios, no sea que, a fuerza de decir determinadas cosas, acabemos creyéndonlas, aunque sean falsas.

Reformar la Sanidad implica planificar, implica reorganizar, implica evaluar y distribuir, implica favorecer igualdad de acceso. Por lo tanto, señorías, en definitiva, nosotros, en base a estudios profundos sobre esta materia, hechos por expertos «ad hoc», ciframos aproximadamente en un 10 o en un 12 por ciento la participación del sector privado en la Sanidad, que tiene su razón de ser en un equilibrio de participación.

En consecuencia, como referencia a esto, quisiera plantearles que no debe ser en absoluto escandalizador que el propio Gobierno tenga tendencia a potenciar los recursos públicos. Señor Ruiz Soto (aunque no vaya a intervenir esta vez): hay otros profesionales de la Sanidad aunque no sean los médicos estrictamente, específicamente. Si es cierto que es el Estado quien se encarga de la educación y formación de los profesionales, si es mayoritariamente el Estado quien construye los centros públicos, si es el Estado quien aporta de sus presupuestos una parte importante para investigación, si es el Estado quien hace los equipamientos, no tiene que ser sorprendente, aunque sólo fuera por un hecho de solidaridad, que los propios profesionales hicieran su oferta a la aportación individual

a la Salud pública. No tendría que sorprender en absoluto a nadie.

Evidentemente, lo que se acaba de decir en este sentido, (y me dirijo a don Horacio Fernández Inguanzo) salva toda especulación o temor de que nosotros tendamos a propiciar una potenciación de la Sanidad privada, porque no es así. Lo que se pretende, mi querido amigo Horacio Fernández Inguanzo, es establecer un equilibrio en el cual, como decíamos antes, la representación, la incidencia de la Sanidad privada en el Sistema Nacional de Salud o en el proceso de aplicación o tratamiento de los problemas de salud, esté reducida a sus justos términos. No olvidemos que estamos en un Estado de Derecho con una Constitución que protege iniciativas particulares y que, en consecuencia, tenemos que ser respetuosos con aquellas personas que puedan demandar esas iniciativas particulares.

En cuanto al señor Mardones, quisiera decirle que su enmienda número 639 es obvia. Esta obviedad se ha repetido aquí en muchas ocasiones. Se nos pide que se haga una adecuada utilización de los recursos públicos. ¡Pues no faltaría más! Eso es algo que por su obviedad está en el talante del propio Gobierno, en el esquema de control de todos los Grupos Parlamentarios, que se tiene que propiciar y pertenecer fundamentalmente a una sociedad que se estime organizada en avance y en progreso. Por lo tanto lo consideramos obvio.

Dice en su enmienda 692 que no está de acuerdo con que se den subvenciones que sean de carácter no periódico y que se haga referencia fundamentalmente a centros de interés social. Nosotros opinamos todo lo contrario. Interpretamos que aquellos centros que por sus propias peculiaridades, siendo centros de carácter beneficioso para la sociedad, tengan un carácter altamente social, puedan ser apoyados en este sentido.

En su enmienda 694, el señor Mardones dice que quiere ser una enmienda de sustitución, que la limitación de la vinculación de los centros privados sólo debe hacerse en función de unos supuestos que contemplan las leyes. Esta es una ley, por eso nosotros introducimos, dentro de la misma, aquellos supuestos limitativos de la vinculación de estos centros.

En cuanto a su enmienda 641, en la que se refiere específicamente a la diferenciación entre el hecho de inspección de carácter administrativo y sanitario, a mí me parece sinceramente que en principio dicen ustedes lo mismo que dice el contenido de la ley. Por otra parte, tendremos que admitir que si se va a producir una homologación, una acreditación y una concertación con el sistema sanitario público, del cual se van a percibir beneficios, evidentemente tendremos que interpretar que esa vinculación obliga.

En cuanto a la enmienda 695 al artículo 96.2, pide la supresión de su apartado dos, porque dice que es repetición del apartado 1. Le tengo que decir textualmente que no es así, puesto que el apartado 1 habla de la concertación con hospitales, y el 2 habla, específicamente, de vinculación con centros concertados. Por lo tanto considero que esta enmienda no tenía por qué haber sido planteada.

Al señor Bandrés, en su enmienda 93, al artículo 96.1, de sustitución, podríamos responderle lo mismo. Hace referencia a que no se diga vinculación o concertación con hospitales, sino con servicios privados, que se sometan a la misma regulación que los públicos. Se extrae de todo el Capítulo de los artículos 92, 1 y 2, 93.1, 95, y fundamentalmente, del 96.2, donde específicamente, como le decía al señor Mardones, en este momento no se habla sólo de hospitales, sino de centros o servicios privados concertados. Sé que esto se puede producir a veces, por el sistema de lectura más o menos rápido, que no digo que haya sido en su caso; pero esto está ahí perfectamente contenido.

En cuanto al señor Gomis quiero decirle que también ha incurrido en los mismos planteamientos que ha hecho el señor Mardones respecto a la utilización óptima de recursos. A nosotros nos parece que esto ya no es más que aportar un voluntarismo de algo que tiene que producirse en una sociedad que esté bien organizada, bien gobernada, como está en este momento la nuestra.

Para terminar, señor Presidente, nada en absoluto en contra de la sanidad privada. Sería ir contra el propio mandato constitucional. Sí a un equilibrio auténtico entre lo que debe ser una oferta pública y lo que debe ser dar una respuesta a la demanda, fundamentalmente teniendo en cuenta (y con esto, señor Ruiz Soto, y se lo digo aunque no haya intervenido, no pongo el dedo en ninguna llaga), aquello que los economistas denominan como «incentivos perversos», es decir, que confiemos en que nuestro sector privado sea un sector solidario, que no sea un sector insularizado, sino que haga esfuerzos por participar en el hecho de desarrollo de todos los principios del Sistema Nacional de Salud, y sea desde su complementariedad un sistema que favorezca y facilite la mejor asistencia sanitaria y la mejor atención a la salud de nuestros ciudadanos.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Aunque no se ha hecho público hasta el momento, supongo a los señores ponentes informados por sus portavoces de que, con el parecer favorable de la Junta de Portavoces, la Presidencia ha acordado aplicar la facultad que le confiere el artículo 73.2 del Reglamento y suprimir, salvo casos excepcionales que valorará la propia Presidencia, los turnos de réplica para el resto del debate.

¿Casos excepcionales que justifican la petición de réplica? (Pausa.) Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Con la venia, señor Presidente, le quedo muy agradecido a su ecuanimidad. Señoras y señores Diputados, no quería haber intervenido en este capítulo para no cansar a SS. SS. y para no reiterarme en la expresión, pero ya que se me cita tengo que subir al estrado. Lo siento en el alma; pero el señor Palacios, que ha cambiado de actitud (*Rumores.*), parece ser que dice que yo no he subido aquí porque mi antecesor, prácticamente, me ha dejado sin voz. No es eso, señor Palacios. Usted sabe que a mí para callarme en temas sanitarios hacen falta, por lo menos, cuatro Ciriacos de Vicente. (*Ri-*

*sas. Rumores.*) Sí, señor, lo siento, porque yo sé decir «anatomopatológico», y el señor Ciriaco de Vicente no sabe decirlo, y porque yo llevo en estos temas de la Sanidad toda mi vida y el señor Ciriaco de Vicente lleva desde que está en la política nada más. (*Rumores.*) Por tanto, como me han citado, subo, y ésta es una circunstancia excepcional.

Yo le digo a usted, señor Palacios, que la medicina privada, la Sanidad privada queda en esta ley prácticamente anulada. Ustedes lo han puesto así en el capítulo este. (*Rumores. Protestas. Aplausos.*) Aplaudan, si es lo que quiero, que digan que es verdad que es sólo la sanidad pública, no es la sanidad privada, díganlo dé una vez, SS. SS. me dan la razón, que es lo que quiero en el fondo.

Nosotros habíamos pedido la supresión de este capítulo porque no hace nada más que poner cortapisas, barreras, impedir la libre expresión de la sanidad privada, la cual, señores socialistas, quieren eliminar. Lo están demostrando a lo largo de estos tres años. (*Rumores.*) Primero con los conciertos bajos, no pagando, utilizando los tesoros públicos con los hospitales concertados para cerrar hospitales. Más de 30 hospitales cerrados les contemplan, señoras y señores Diputados. (*Rumores.*) Ahora les van a contemplar muchos más porque ustedes son los que ponen las condiciones para concertar esos hospitales. Ustedes quieren ahogar en materia sanitaria a la empresa privada. Cuando aquí les han dicho que, por paradoja, lo que van a hacer es potenciarla, es cierto. No pueden acabar con un sistema de la Sanidad progresista y moderno. Ese sistema es el sistema mixto de Sanidad. El sistema de la libre competencia, el sistema de la competitividad para mejorar la asistencia de todos los españoles y dejar al usuario elegir su hospital, sea público o privado, con cargo a la Seguridad Social, que ustedes no le dejan.

Así que no vengan ustedes diciendo que me ha callado el señor Ciriaco de Vicente. Lo que pasa es que a lo largo de esta ley vengo con reiteración tratando de mejorar una ley inmejorable, una ley que ya nace muerta. (*Rumores. Protestas.*)

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

Tiene la palabra el señor Palacios.

El señor PALACIOS ALONSO: Señor Ruiz Soto, no sabe lo que lo siento. Lo siento sinceramente. Sabe que hay torpedos que dan en el blanco y otros que no. No tenía por qué haberse puesto así. De todas maneras fue una licencia oratoria que no llevaba ninguna carga agresiva, ni intentaba dañarle ni, mucho menos, desequilibrarle emocionalmente. (*Risas.*)

Vamos a entrar un poco en el tema que ha planteado, porque es un tema muy interesante. Hemos dicho, y lo hemos dicho con todo conocimiento de causa y con el conocimiento de cuáles son nuestras intenciones, que la sanidad privada tiene un papel en este país. Lo tiene porque constitucionalmente está permitido y facilitado el que así sea, y lo tiene porque cubre unas premisas y satisface unas necesidades o complementa unos servicios ya existentes que no, evidentemente, no tenían por qué vetarse. Y, sobre esto, que no se diga más que nosotros somos limita-

dores, anuladores o aniquiladores de la Sanidad privada, porque es absolutamente falso y hay que decirlo aquí. Lo único que planteamos es que la Sanidad privada... (*Rumores. El señor Ruiz Soto se dirige con el gesto al orador.*) Espere un momento, que hay aquí materia suficiente, si el señor Presidente me lo permite.

Queremos que se reduzca a sus límites de demanda y nada más. Y voy a darle una serie de datos. En primer lugar, en este país, de 1.182 hospitales, 706 son privados. De estos 706, para 220.000 camas, 67.000 son privadas. De todas estas camas privadas, de todos estos hospitales, el 83 por ciento están concertados con el sistema sanitario público; es decir, perciben dividendos del Estado. Sólo el 17 por ciento no los perciben o no tienen su seguridad salvaguardada con la economía del Estado.

Por otra parte, en lo que se refiere a la calidad de esos centros que usted dice que tienen una calidad superior, y aun cuando mi compañero Ciriaco de Vicente haya podido darle un poquito la razón, no es absolutamente del todo cierto. Podríamos ponerlo, por lo menos, entre paréntesis, y eso basándonos, única y exclusivamente, en que aproximadamente el 85 por ciento de todos los centros hospitalarios privados españoles tienen menos de cincuenta camas, es decir, son centros monográficos que no tienen unidad de cuidados intensivos, que no tienen servicios de guardia, generalmente que no tienen banco de sangre, etcétera, etcétera. Por lo tanto, es un tema que hay que dejar perfectamente claro. (*Rumores.*)

Esto es así y voy a decírselo con todo cariño: por favor, no interprete que porque pueda poner sentimiento en lo que defiendo —precisamente pongo el sentimiento porque creo en ello— estoy sacando las cosas de quicio. Se lo digo con todo respeto.

Pero volvamos otra vez al tema de la libre competencia, que le gusta a usted utilizar. La libertad no es algo que se tiene aquí, sino aquí (*El orador completa sus expresiones con el gesto.*), y desde hace mucho tiempo; no es un problema de nuevos ricos que han accedido a la libertad y la utilizan como un juguete. Yo no niego que usted no la tenga, pero la utiliza demasiado y no la utiliza bien, y le voy a decir por qué.

La libertad de elección, sea de médico, sea de hospital, señor Ruiz Soto, no es elegir aquello que tenemos; es elegir entre muchas posibilidades. Hace unos días le decía que, durante muchos años, a los españoles se nos estaba diciendo falazmente que éramos libres porque podíamos poner un «uno», una «equis» o un «dos» en las quinielas. Y no es eso. Queremos que se pueda elegir cuando no exista ni un solo lugar desertizado de estructuras y de equipamientos sanitarios en este país. Porque, de otra forma, lo que hacemos nosotros es convertir al ciudadano, no en un sujeto de la salud, que es lo que quiere la ley, sino en objeto manipulado de la misma. Por lo tanto, esta libertad no es una libertad real, es una libertad inducida. (*Grandes y prolongados aplausos en los bancos de la izquierda.*)

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

Vamos a proceder a la votación.

He de declarar, a efectos de constancia en el «Diario de Sesiones», que aunque el señor Ruiz Soto manifestó que se retiraban las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular, existe un equívoco: quería manifestar su deseo de que fuesen sometidas a votación sin defensa.

Título IV, artículos 90 al 96, ambos inclusive.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 218; a favor, 43; en contra, 171; abstenciones, tres; nulos, uno.*

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

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

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 216; a favor, nueve; en contra, 201; abstenciones, cuatro; nulos, dos.*

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 214; a favor, 39; en contra, 170; abstenciones, tres; nulos, dos.*

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 215; a favor, 40; en contra, 170; abstenciones, tres; nulos, dos.*

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Mixto, suscritas por el señor Bandrés Molet.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 214; a favor, 14; en contra, 169; abstenciones, 31.*

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

Enmienda número 787, del Grupo Parlamentario Vasco, PNV.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 214; a favor, 28; en contra, 170; abstenciones, 16.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda rechazada la enmienda número 787, del Grupo Parlamentario Vasco, PNV.

Votamos, finalmente, el Título IV, artículos 90 a 96, ambos inclusive, conforme al dictamen de la Comisión.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 217; a favor, 168; en contra, 42; abstenciones, una; nulos, seis.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda, por consiguiente, aprobado el Título IV, artículos 90 al 96, ambos inclusive, conforme al dictamen de la Comisión.

Título V, artículos 97 a 105, ambos inclusive.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular al Título V.

Tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor RUIZ SOTO: Con la venia, señor Presidente. Si lo admite la Presidencia, voy a consumir un único turno para defender todas las enmiendas que el Grupo Popular tiene planteadas al resto del articulado de la Ley General de Sanidad.

Quisiera empezar por el Título VI. La enmienda 542 trata de una adición. Donde dice: «... de la medicina, enfermería y otras», debe decir: «... de la medicina, farmacia y veterinaria de salud pública, enfermería y otras...». Creemos que es conveniente, ya que a lo largo de la ley no se han nombrado las profesiones sanitarias, que esta vez, al establecer los convenios con el Ministerio de Educación y Ciencia y los conciertos con las universidades, se establezcan con estas facultades y se denominen para completar la redacción del texto.

Al mismo artículo 106 proponemos un apartado 6, en el cual se añade, únicamente como precaución de carácter financiero, el que los recursos que el Estado y las Comunidades Autónomas destinen a la docencia serán independientes de los ingresos del sistema sanitario.

La enmienda número 550 a la disposición adicional segunda creo que es muy importante. Ustedes han definido ya en la ley cuál es el sistema de financiación, pero ahora en esta disposición adicional entran en contradicción, al perpetuar prácticamente el régimen económico que existe actualmente en la Seguridad Social, con lo cual se crea una intranquilidad jurídica y una falta de definición futura en lo que respecta a la financiación. Yo creo que a las empresas y a los trabajadores les es muy necesario saber cuándo se puede terminar este sistema y que no se deje a la inconcreción, sin que se añada fecha. Nosotros hemos presentado una enmienda que habla de un período

Resto del articulado

do de transición que terminaría en 1993, cuyas etapas serán fijadas libremente por el Gobierno. Además, hay razones de homologación con la Comunidad Económica Europea y de coherencia con esa proyección de universalización en la asistencia que tiene esta ley.

Hay otra enmienda que yo quisiera que SS. SS. tomaran en cuenta, que trata sobre la distribución y dispensación de medicamentos y demás productos sanitarios, y dice que se regulará por su legislación correspondiente. Para las señoras y señores Diputados que no estén al tanto de esta simple disposición diré que detrás de ella se esconde una carga de gran alcance, puesto que afecta, nada más y nada menos, que a toda la ganadería española.

Por tanto, me permitirán que en un momento les explique nuestra enmienda, que dice que la supresión de medicamentos y demás, con lo cual quedaría que la distribución y dispensación de los productos zoonosanitarios se regulará por su legislación correspondiente; porque no deben ser sinónimos los productos zoonosanitarios de los medicamentos. Los productos zoonosanitarios: las vacunas, los sueros y los antígenos, no están considerados como medicamentos en ninguna de las legislaciones de otros países, y mucho menos en las reglamentaciones de la Comunidad Económica Europea. Los productos zoonosanitarios se aplican en ganadería más con un sentido económico que sanitario, aunque de hecho su uso contribuye al estado sanitario de los animales y no del hombre, aunque le afecta. La distribución de estos productos corresponde a las farmacias y su dispensación al veterinario. Del mismo modo que el medicamento lo distribuye la farmacia y lo recetan médicos y veterinarios. La distribución de los productos zoonosanitarios ha de responder al mantenimiento de la producción ganadera, como factor económico de producción y es por eso que se siguen sistemas distintos de los medicamentos. En una palabra, señores Diputados, que, si no diferenciamos bien estos productos, la ganadería española y los ganaderos pueden sufrir una sobrecarga tremenda que originaría graves quebrantos, sobre todo para nuestra ganadería; los perjuicios económicos, lo que nos puede costar ahora, se pueden evaluar en un 30 por ciento. Fíjense ustedes lo que es la vacunación del ganado lanar o de los pollos, gallinas, etcétera.

El texto del artículo del proyecto pretende remitir este tema a la Ley del Medicamento, con lo que un poco en esta ley se puede lavar las manos y no dar la cara ni ante los ganaderos, ni ante las empresas fabricantes, ni ante las farmacias o veterinarios. Esta enmienda fue consultada en una reunión que tuvimos con los colegios de farmacia y veterinaria, y consultamos también a la industria farmacéutica, y todos estuvieron de acuerdo con esta enmienda.

La Comunidad Económica Europea tiene sin resolver el problema de la distribución de los productos zoonosanitarios, pero de ningún modo se mezclan los medicamentos con los productos sanitarios, por lo que yo pido a SS. SS. que en este punto tan delicado, en esta disposición adicional cuarta, tan cortita, acepten nuestra enmienda, porque oculta un gran alcance político y económico.

A la disposición transitoria tercera proponemos una enmienda de modificación que es puramente técnica.

En la enmienda 556 hablamos de cuándo el Instituto Nacional de la Salud se extinguirá, que será cuando todas las Comunidades Autónomas reciban las correspondientes competencias estatutarias.

La enmienda 560 propone un texto de sustitución para que las mutuas patronales, las mutualidades y las instituciones públicas y privadas que no tengan ánimo de lucro puedan solicitar la integración de sus centros, servicios y establecimientos sanitarios en el sistema nacional de salud, sometiéndose a su régimen de funcionamiento, pero manteniendo la titularidad de los mismos. Esto obedece a una concepción muy difundida y que explícitamente se reconoce en el proyecto de ley general de protección integral y especializada, que caracteriza las actuaciones de muchas de estas magníficas mutuas patronales que se van a integrar, sin duda, en el sistema nacional de salud.

La enmienda 562 propone que se excluyan de este apartado las especialidades farmacéuticas, porque está en marcha la ley del medicamento que podrá recogerlas.

Con la 564 pedimos la supresión de la disposición final séptima y con la 569 se añade que «se respetarán, en todo caso, los derechos laborales y administrativos existentes».

Ahora, señores Diputados, quisiera terminar la defensa de las enmiendas que el Grupo Popular ha presentado a esta ley hablándoles antes de un tema que someto a su consideración.

Por una de las disposiciones adicionales, cuando esta ley entre en vigor, nada menos que casi el 95 por ciento de los funcionarios van a pasar al régimen general de la Seguridad Social. Hay unos españoles que tienen derecho a la libertad de elección de médico, a la libertad de elección de especialistas y a la libertad de elección de hospital. Esta asistencia ha sido más económica que la que se realiza por el sistema público, y hay unos españoles que tienen ya un derecho de muchos años y a su plena satisfacción. Esa es la muestra palpable de cuál de las dos sanidades es mejor.

Yo apelo a SS. SS. para que estos funcionarios, estos españoles que tienen esa clara ventaja sobre los demás la conserven y que los demás españoles puedan elegir, que es de lo que se trata en un Estado democrático.

Muchas gracias.

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

Para la defensa de las enmiendas del Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Gorroño.

La señora GORROÑO ARRIZABALAGA: Gracias, señor Presidente.

Señoras y señores Diputados, en nuestro Grupo, al igual que en el Grupo Popular, englobaremos todas las enmiendas que quedan, tanto a los títulos correspondientes como a las disposiciones adicionales y transitorias, al preámbulo y a la exposición de motivos de la ley.

Nuestro Grupo cree que nuestra filosofía y nuestra posición ante esta Ley General de Sanidad, ante esta ley

marco de regulación de bases y de coordinación han quedado lo suficientemente claras, no sólo en la plasmación de las enmiendas y sus justificaciones, sino a lo largo de la Comisión correspondiente y de las sesiones del Pleno del jueves de la semana pasada y de éste.

Por tanto, considero que las enmiendas, tal y como están redactadas, pueden ser sometidas a votación o a la reflexión del Grupo Socialista, en su caso, si desearan votar a su favor.

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

Para la defensa de las enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana tiene la palabra el señor Gomis.

El señor GOMIS MARTI: Gracias, señor Presidente. Con toda brevedad. Al capítulo primero del título VI, docencia, hemos mantenido, ya desde la Comisión, las enmiendas números 1.048, 1.049 y 1.052, proponiendo simplemente que los servicios de salud autonómicos que crea la ley tengan algo que ver con la docencia sanitaria. Esta, por lo visto, es algo que sólo se discute a altos niveles ministeriales y ni el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud ni las Comunidades Autónomas pueden jugar ningún papel en este ámbito.

Este artículo 106 debería redactarse de nuevo, incluso yendo en él a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, tanto en niveles de formación de graduados como de pos-graduados. En este capítulo de investigación pensamos que es un añadido total al proyecto de ley. Parece proceder de otra órbita totalmente ajena a lo que en los artículos anteriores se preceptúa, porque en él se estructura una investigación que desconoce totalmente los dispositivos y mecanismos que crea la ley. Sin duda, todo ello está orientado hacia la conservación de la actual centralización de la investigación en manos del Ministerio y del Gobierno.

Los servicios de salud autonómicos no pueden decir nada en materia de investigación; todo sigue en manos centrales. Para dejarlo todo así, este capítulo sobraba por entero.

Es evidente que en una moderna ley sanitaria hace falta regular e incluir la investigación, pero no de esta manera, ya que es anticuada en la forma y ajena a la realidad sanitaria.

Para más «inri», el artículo 108.1 dice que los departamentos de sanidad centrales y autonómicos podrán crear sus propios organismos de investigación; frase totalmente obvia e inútil, pues las Comunidades Autónomas ya poseen las facultades de auto-organización de sus propias instituciones de gobierno. En cambio, no se dice nada de la financiación de esos organismos ni de su participación en la planificación de la investigación.

El nuevo artículo 110 bis, producto de una enmienda del Grupo Socialista, es una reserva a favor del Ministerio, totalmente inaceptable; supone la creación de una oficina burocrática, naturalmente en manos del Gobierno, por la que deberán pasar todos los industriales o productores de tecnología sanitaria.

Solicitamos la supresión de todo el artículo o su redacción de forma más respetuosa con las competencias autonómicas.

En cuanto al Instituto Carlos III —Título VII, Capítulo único—, pensamos que el presente capítulo debiera ser declarado materia no básica. Un instituto, señorías, no puede ser básico; un instituto autónomo ha de ser creado por ley, pero no por ley básica; no hay personas jurídico-público-básicas; es una aberración que aparece en esta ley que, al parecer, se desea mantener a todo trance. Es otra estructura en que las Comunidades Autónomas no tienen nada que ver, no pueden opinar, decir, hablar ni informar y en que también se hallan al margen del Sistema Nacional de Salud. Es una torre de marfil, para mayor gloria y honor del Ministerio de Sanidad.

En el artículo 111.1 se comete —quizá la palabra no sea la correcta en este contexto— la inadecuación de decir que el Instituto es un órgano de apoyo del Ministerio, cuando debería decir, en todo caso, que es un órgano de consulta y asesoramiento científico del Sistema Nacional de Salud. En la Ley se crea el Sistema Nacional de Salud, no el Ministerio de Sanidad, aunque ya se ve que este Instituto se ha concebido como un coto cerrado para el Ministerio. Toda la investigación y vertiente científica de sanidad queda reservada al Ministerio.

En el artículo 113 se asigna al Instituto, que, como hemos visto, es un órgano ministerial, la facultad, única en España, de proponer al Ministerio las unidades asistenciales de referencia, como si en España no hubiese entidades, centros, servicios y corporaciones con suficiente base científica para ello. Esta función correspondería, en todo caso, al Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud para las funciones de tramitación, propuesta y discusión de las unidades que han de ser refrendadas. El Instituto Carlos III sería y debería ser un informador más del Consejo.

Señor Presidente, señorías, el resto de las enmiendas a las disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales y al preámbulo las doy por defendidas, pero yo le agradecería al señor Presidente me permitiera decir dos palabras al final de esta decisión de no argumentar estas disposiciones.

Yo no sé si recordarán SS. SS. que al inicio de este debate de Pleno yo indicaba que sentía ciertamente desesperanza después del debate en Comisión, después de haber defendido 290 enmiendas y de haber visto que sólo cuatro habían merecido cierta consideración. En el debate de este Pleno hemos podido comprobar cómo ni una sola de las enmiendas que hemos defendido, o que he defendido quizá torpemente, pero con la profunda convicción de que contribuiríamos y colaborábamos a la perfectibilidad de este proyecto, tampoco han merecido la consideración que entendíamos deberían merecer por parte del Grupo Socialista. Se nos ha dicho en alguna ocasión que tiempo habrá, que en otros trámites quizá pueda merecer una valoración más positiva alguna de nuestras enmiendas. Yo les agradecería que así fuera, pero yo creo que ustedes mismos deberían agradecerlo, porque pensamos que alguno de los contenidos que nosotros hemos de-

fendido merecerían una consideración por parte de SS. SS., del Grupo Parlamentario Socialista, en aras a una mejor interpretación y perfección de este proyecto de ley.

De todas maneras, sí quiero agradecerles el tono, la cordialidad, el rigor con que los ponentes socialistas han contestado a nuestras enmiendas, no a todas, lo he dicho y lo he venido repitiendo, algunas quizá porque no merecían contestación, otras quizá porque no tenían contestación. Sea por lo que fuere, yo quiero acabar, señorías, dándoles las gracias por las contestaciones que hemos recibido. Muchas gracias.

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

Enmiendas del Grupo Mixto, suscritas por el señor Pérez Royo. Tiene la palabra el señor Fernández Inguanzo.

El señor FERNANDEZ INGUANZO: Señor Presidente, voy a defender muy brevemente nuestras enmiendas a los Títulos V y Título VII, dando por defendidas todas las demás suscritas por el señor Pérez Royo.

El articulado del Título V presenta una total subordinación, a nuestro juicio del sector público con respecto al sector privado, tanto en la fabricación de productos farmacéuticos como en la distribución y venta de los mismos.

Las enmiendas que presentamos son tendentes a evitar posibles desabastecimientos o prácticas monopolistas de ciertos farmacéuticos; tienden también a evitar desabastecimientos del servicio público de sanidad de los medicamentos de consumo habitual y masivo y a dispensar los productos farmacéuticos de consumo habitual y masivo a través de los servicios de farmacia de la estructura sanitaria pública. Esto en cuanto al Título V.

En cuanto al Título VII, que hace referencia al Instituto de Salud Carlos III, proponemos el cambio de denominación por el del Instituto de Ciencia de la Salud Jaime Vera, profesional —como ustedes conocen— sanitario de principios de siglo, vinculado a un modelo sanitario como el que se propugna. Entendemos que este Instituto no se debe denominar con el nombre de una personalidad de siglo pasado, no necesariamente vinculada a un modelo asistencial como al que se hace referencia en este título.

Nada más y muchas gracias.

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista. Tiene la palabra el señor Mardones.

El señor MARDONES SEVILLA: Con la venia, señor Presidente. Señorías, yo voy también (como han hecho mis antecesores, desde la tribuna o desde el escaño, en la defensa de sus enmiendas, a agrupar en un solo turno todas las enmiendas que quedan hasta el final del proyecto.

Cuando antes, en la votación del anterior título, el señor Presidente, en aras de la agilización del debate, decía que solamente daría la palabra por circunstancias excep-

cionales en el turno de réplica para la defensa de una enmienda, yo, muy ingenuamente, levanté la mano para acogerme a ese turno benevolente de réplica por causas excepcionales, pero me di cuenta inmediatamente, repasando el resultado de las votaciones del Pleno de hoy, de que lo natural era que no se aceptara ninguna enmienda. Me dije: Si no me han aceptado ninguna enmienda, esto debe ser una causa excepcional para acogerme a la benevolencia del Presidente y que me diera el turno de réplica, pero me he dado cuenta de que lo natural es que no acepten ninguna y lo excepcional es que hubieran aceptado una enmienda, en cuyo caso hubiera pedido la palabra al señor Presidente para darle las gracias también, aunque sin llegar al tedéum, pero dando las gracias por la gran cortesía que me había hecho.

Pues bien, intervengo en este «via crucis» de la defensa de las enmiendas, sabiendo que, al final, nos espera el Gólgota, pero con la misma intensidad del que está convenido de sus argumentos y, sobre todo, de algunas enmiendas sobre las que yo hago una llamada a la reflexión del Partido Socialista para que se puedan acoger en el trámite del Senado, porque muchas enmiendas de las que aquí se han expuesto por otros oradores, y, concretamente, las que yo he presentado al articulado, han estado hechas, más que desde una ideología o incluso desde predicar un determinado modelo sanitario, con lo que yo sí que considero un principio muy sensato y leal ante la Cámara, que es el sentido común y la reflexión.

Y paso rápidamente, para no consumir más tiempo a SS. SS., a la defensa de las enmiendas 642 a 648, del Grupo Parlamentario Centrista, y 696 a 706, que son más personales. Me fijaré en detalles muy concretos en determinadas enmiendas, que anunciaré concretamente en la primera, la 696, al artículo 105.2, hay un problema jurídico en la redacción del texto del proyecto del Gobierno que me preocupa, y es que se refiere exclusivamente y en términos generales a farmacias; tenemos que matizar jurídicamente a qué farmacias nos estamos refiriendo, como hace el apartado 2, que dice: «Las oficinas de farmacia abiertas al público...». Yo introduzco el concepto de: «Las oficinas de farmacia privadas abiertas al público no tendrán la consideración de establecimientos sanitarios a los efectos previstos en el Título IV de esta Ley, salvo que convengan o concierten servicios de prestación farmacéutica». ¿Por qué digo esto, señorías? Porque tiene que haber una mayor clarificación de lo que entendemos por oficinas de farmacia abiertas al público, si estamos diciendo al público en general, o es ya un público sectorial, como una oficina de farmacia que no da a la calle, pero que sí la utiliza el público, por lo menos de ese sector, para no caer en estas ambigüedades que con mi enmienda trato de corregir. Si nos remitimos, como dice el texto del proyecto, al Título IV de la ley, nos podemos encontrar con que si se califica a todas las oficinas de farmacia de establecimientos, centros y servicios sanitarios, es decir, establecimientos sanitarios, como después nos encontramos con que la prioridad para la prestación de determinados servicios se dará a centro y servicios sanitarios de carácter no lucrativo, y como la realidad social, económica y

jurídica que tenemos los españoles delante, como cualquier ciudadano, es que las oficinas de farmacia son de situación privada, porque tienen efectos lucrativos legales, resulta que las oficinas de farmacia se quedarían en la cola de todo el sistema de prioridades por el mero hecho de aplicárseles un Título IV y ser entidades públicas, legales, que pagan sus impuestos, pero que tienen su carácter lucrativo como otra actividad legalmente comercial abierta al público.

La enmienda 697, también a este artículo 105, apartado 3, trata de evitar que el texto de la Ley traiga referencias legislativas inespecíficas, como el hecho de remitir en el texto del proyecto del Gobierno a las oficinas de farmacia a una planificación sanitaria, a la que quedan sujetas en los términos que establezca la legislación especial de medicamentos y farmacias. No sé si incluso es de gran corrección jurídica o legislativa el hacer esta referencia de que las oficinas de farmacia estarán sujetas a la planificación sanitaria en los términos que establezca la legislación especial de medicamentos y farmacias. Estamos haciendo aquí un condicionamiento de ley presente frente a ley futura, hipotética, por tanto. Han sido públicas las manifestaciones, incluso en medios de comunicación, del señor Ministro de Sanidad y Consumo y de algunos altos cargos del Departamento, hablando del proyecto de la Ley Especial de la Farmacia. El Partido Socialista podrá saber, por su contacto inmediato con la Administración sanitaria española, si ese proyecto de Ley del Medicamento existe y traerlo aquí y llamarlo Ley de Medicamentos, porque esto de «legislación especial de medicamentos» no tiene mucha certeza de texto legal. Métese la Ley del Medicamento, si es que se quiere decir esto, y tendremos ya perfectamente identificado el problema.

Otro tema que quiero repasar muy brevemente es aquel que se refiere la enmienda 698, al artículo 112.2, cuando estamos hablando del Instituto de Salud Carlos III. Señorías socialistas, dan ustedes ahí una cantidad de funciones al Instituto de Salud Carlos III que yo, en una lectura sosegada que he hecho de las mismas, en comparación con las competencias de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, no llego a deslindar exactamente qué competencias son propias y exclusivas del Instituto de Salud Carlos III y en qué medida otras que se le señalan están, a mi juicio, presuntamente invadiendo competencias de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Por tanto, esta enmienda va en el sentido de que, para evitar interpretaciones equívocas de toda esa amplia gama de cuestiones y funciones específicas del Instituto Carlos III, para evitar colisiones en su día con las Comunidades Autónomas en sus servicios de salud, se hagan las clarificaciones y delimitaciones pertinentes, porque si no, hacer ahí una lista de inventario de almoneda puede ser muy peligroso y traer una serie de conflictos que no nos dejarían lugar a la tranquilidad y al sosiego; que por lo menos se pueda aplicar lo que por esta ley se tenga que hacer.

Nosotros presentamos también una serie de enmiendas a las disposiciones finales, etcétera, en que pedimos prácticamente su supresión total. Es el caso, por ejemplo, de

la enmienda 703, por la que se pide la supresión de las disposiciones finales.

En mi intervención de hoy sobre el proyecto de ley, al igual que ha hecho anteriormente el compañero de Minoría Catalana, voy a entonar mi canto del cisne. Señorías socialistas, aquí hay una enumeración de principios que corresponden en verdad a un programa de buenos deseos; es decir, no propio del texto articulado de una ley. Yo me estoy haciendo aquí —y valga el símil— el diagnóstico de qué les pudo ocurrir a los redactores oficiales de este proyecto de ley a medida que iban avanzando. A medida que iban avanzando y se veían sujetos a una serie de limitaciones, discutidas aquí y discutibles, fueron encontrándose lo que yo llamo el remanso, el remanso del caudal de legislación sanitaria, de complicaciones y de problemas sanitarios, y el propio redactor se daba cuenta de que no se resolvían con el texto del proyecto de ley. Y prueba de este remansamiento, como quien van llegando a un dique final donde solamente queda una pequeña espuesta de aliviadero, que ha ido conformando la Ley, es que se llega a encontrar en este texto —cualquier estudioso en el derecho comparado de lo que es y lo que yo llamo la morfología final de las leyes, lo puede ver— que se rompe algo que es habitual: las leyes, digamos, son una especie de pirámide invertida, en su cabecera y en su cuerpo van englobando sus máximas disposiciones después, al final, cuando llegan a esas disposiciones finales, a esas disposiciones transitorias, a esas disposiciones que ya cierran como broche la ley, es un ramillete muy fino de artículos la ley, son pocos los artículos, es un terminar con un pequeño lazo. Aquí es al revés. Resulta que las disposiciones derogatorias, las finales, las que traen toda esta ley a su final, señorías, aunque sea nada más que enumerando hojas del «Boletín Oficial de las Cortes» se dan cuenta ustedes de que tenemos dos, cuatro, seis, prácticamente, o cinco hojas y media, que desde las disposiciones finales o las disposiciones adicionales, hasta las últimas, tienen que significar que ahí pasa algo, que ahí ha ocurrido algo, una patología en el propio estudio de la ley, y vuelvo a recurrir a palabras del contenido sanitario.

Aquí se ha remansado algo que ha sido incapaz de digerir el propio redactor del texto, y esto, por tanto, se queda en una ley alicorta, en una ley incompleta, con la que trabajo tendrán los legisladores del futuro para desarrollar la cantidad de encomiendas que de ley actual a futura ley se les hacen. Incluso en algunos preceptos y en algunos textos legales en que prácticamente esto queda vigente.

Porque cuando se llega a las disposiciones derogatorias, la verdad es que el texto es de lo más pobre y de lo más ridículo. Sobre las disposiciones finales, yo no recuerdo, de verdad no lo recuerdo, haber visto ley con tantas disposiciones finales como la presente.

Por tanto, trabajo tendrán que tener juristas y sanitarios para hacer bueno lo que en un todo debe serlo y que en una parte no lo sería nunca.

Nada más y muchas gracias, señorías.

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

¿Turno en contra? (Pausa.)

Tiene la palabra el señor Díaz Sol.

El señor DIAZ SOL: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, dado que los intervinientes anteriores han unido la defensa de todas sus enmiendas, vamos a hacer una distribución de la intervención del Grupo Socialista en defensa del texto del proyecto. Yo me voy a referir a las últimas partes, que se refieren a los aspectos de la educación y la investigación y al Instituto Carlos III.

El señor Gomis ha calificado al Título VI como ajeno a la ley, como un título que parece un pegote y de origen distinto al resto del texto del proyecto. Yo quiero decirle que disiento profundamente de su opinión. Me parece que la inclusión, dentro del proyecto de ley, de un título dedicado a la investigación y a la docencia es un acierto de este proyecto.

Durante mucho tiempo la investigación, la docencia y la atención sanitaria han vivido de espaldas, no ha habido relación y no ha habido una fluidez adecuada entre lo que ha sido la actividad en la lucha por la salud de los ciudadanos y lo que ha sido la docencia y la investigación en las ciencias de la salud pública. Por lo tanto, el plantear en este proyecto de ley un título que acaba con esa situación de muchos años, en el que toda la estructura del sistema sanitario se pone al servicio de la docencia y de la investigación y en el que, además, se establece la adecuada coordinación de todos los sistemas educativos a nivel estatal y a nivel de Comunidades Autónomas, con una coordinación y participación reflejadas en el proyecto de ley, me parece que es una importante aportación de este título y un éxito del proyecto.

Al mismo tiempo, yo quisiera plantear que tampoco estoy de acuerdo con que no se establece la financiación de la investigación en el título. Precisamente se establece una cuota de un 1 por ciento del presupuesto general del Sistema de Salud, de todo el presupuesto público para la atención de la salud. Creo que es una precisión que también supone un avance importante. Por primera vez, sabemos que hay una cantidad fija, un precepto obligatorio para cualquier Gobierno de dedicar un 1 por ciento de este presupuesto a hacer esta investigación en coordinación con el Sistema de Salud. Creo que eso no supone en absoluto el plantear que la financiación no se va a llevar adelante. Se establece que se alcanzará progresivamente. Me parece que ustedes, en una de sus enmiendas, incluso ponen un plazo excesivamente largo, en nuestra opinión; plantean que sea en cinco años. Nosotros creemos que establecer un plazo excesivamente largo puede llevar a que si se puede conseguir antes, la inercia propia de la Administración conduzca a esa dilatación. Por tanto, creemos que debe ser así.

En definitiva, consideramos que, con las garantías que hay de coordinación entre el Sistema y los planteamientos respecto a la investigación, no se puede decir seriamente que es un Sistema centralizado de investigación, al servicio exclusivamente del Poder central. Las Comu-

nidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo pueden actuar, y lo hacen, coordinadamente, no sólo en la programación de la investigación, sino también en su potenciación, en el control de los resultados y en la eficacia de esos resultados. Por tanto, yo creo que no hay un concepto centralista en este sistema.

Yo quisiera también dejar claro que, por primera vez, se establece en este título una posibilidad importante de utilización y de adaptación de las necesidades del Sistema de Salud de personal y de recursos humanos, coordinándose en la educación, para proveer de forma específica aquellas áreas que resultan de un interés fundamental. En este sentido, creo que eso es otra conquista.

Durante muchos años el sistema educativo ha lanzado, de forma indiscriminada, profesionales de la salud, sin valorar las necesidades reales del sistema. Esta coordinación del sistema educativo y del sistema de salud permite que se pueda hacer una programación adecuada, atendiendo aquellas especialidades, aquellas áreas que, de alguna forma, están escasas de una atención, de unos recursos humanos y de una capacidad de actuar eficazmente.

En cuanto al planteamiento del Grupo Popular con relación a la precaución financiera para que haya fondos para la educación, quiero decirle que la capacidad de establecimiento de los conciertos que hay entre las Universidades y el sistema de salud, en esos mismos conciertos, se tendrán que establecer los sistemas de financiación. No todos los conciertos tienen que ser iguales. Por tanto, plantear una vía financiera distinta de la que se pueda plantear en el concierto es, de alguna forma, romper esta posible unidad que hay entre el sistema educativo y el sistema de salud que prevé la ley.

En cuanto al Instituto Carlos III, se contempla como un órgano de apoyo científico-técnico, no sólo al Ministerio, como plantea el señor Gomis, sino también como un órgano de apoyo científico-técnico a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. No es una torre de marfil, no es un brindis al sol. El Instituto Carlos III es un organismo que va a jugar un papel importante de aportación en las áreas que específicamente se plantean en el proyecto de ley; áreas que comprenden los sectores punta del campo de la salud. Nunca va a ser un órgano de decisión, ni un órgano vinculante, va a ser un órgano que va a asistir tanto al Ministerio como a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, y, por tanto, considerando, además, que en el desarrollo de sus funciones va a existir una continuación con el Consejo Interterritorial, hay una perfecta incardinación en la filosofía general del proyecto.

Con relación a este mismo Instituto Carlos III, tendría que hacer una mención a la enmienda que plantea el Grupo Mixto, defendida por el señor Fernández Inguanzo. Como socialista tengo que agradecerle esta enmienda de sustitución del nombre de Carlos III por el de nuestro insignie compañero y antiguo dirigente, Jaime Vera, pero los socialistas somos conscientes de que cuando se presenta un proyecto de ley y se aprueba por esta Cámara consideramos que es un proyecto de ley que tiene que ser aceptado al máximo por toda la sociedad. Cualquier carácter

partidista o de alguna forma enfocado a un sector determinado de la sociedad podría producir sensaciones contrarias a este proyecto, para nosotros mucho más importante que el nombre o reconocimiento de una labor, que nosotros desde aquí ensalzamos y apoyamos, como es la del doctor don Jaime Vera. Preferimos darle un nombre más aceptado por la sociedad. Por tanto, mantendremos la denominación de Instituto de Salud Carlos III.

Por último, el señor Mardones establece una confusión entre las funciones del Instituto Carlos III y lo que él ha planteado. Al ser un órgano de apoyo y de asesoramiento no puede haber invasión en las funciones de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Lo único que podrá hacer el Instituto Carlos III será apoyar y asesorar, dar sostén técnico a la actuación de los servicios de salud, pero nunca, por no tener capacidad de ejecución, podrá hacer una invasión de estas competencias, ya que no tiene ejecución ninguna en sus decisiones. En este sentido, creo que hay una confusión en la lectura del Título. Le rogaría al señor Mardones que lo mirara con más detenimiento. Nada más y muchas gracias.

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

Tiene la palabra el señor Gimeno. Siempre le tocan a usted los turnos cerrados.

El señor GIMENO MARIN: Antes de que se me olvide, quisiera indicar una corrección técnica que habría que efectuar en la disposición adicional novena. Debe decir: «apartado 3 del artículo 102».

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Conforme, señor Gimeno.

El señor GIMENO MARIN: Quiero indicar, respecto a algunas intervenciones que ha habido sobre el Título V, relativo a los productos farmacéuticos o sanitarios, algunas referencias que se han hecho en cuanto a que es un proyecto nacionalizado, que no es correcto. El planteamiento que tiene este Título V es consecuente con un conjunto de ideas que se han venido defendiendo a lo largo de la ley, ya que, de alguna manera, se pretenden definir en este título unos principios generales; no es una concreción específica lo que nuestro Grupo pretende, pues lo va a hacer, igual que el Gobierno, en otro proyecto importante, que es el proyecto de ley del medicamento, que ya empieza a conocerse y debatirse en los distintos sectores de la población.

Quiero indicar al señor Mardones que el Título V de la ley ha sido prácticamente consensuado, por lo menos medio acordado, con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos. No le extraña, por eso, que no haya habido muchas enmiendas en este título de la ley. En cualquier caso, se recogen una serie de principios que consideramos importantes y fundamentales, como el principio de que los medicamentos deben estar autorizados por la Administración Pública; principio ya antiguo en nuestra práctica sanitaria; así como los criterios para autorizar que deben

tenerse en cuenta, en los principios de seguridad y eficacia. Esto no es más que reconocer una serie de criterios ya valorados en este sentido a nivel internacional. Con nuestra entrada en el Mercado Común en breve tendremos que aprobar aquí la farmacopea europea, ya que nos obliga la entrada en el Mercado Común a aplicar esos criterios. Por eso le digo, señor Mardones, que no tenga preocupaciones, porque no hay problemas por donde usted los plantea.

En cuanto a las disposiciones finales, adicionales y transitorias, voy a hacer alguna pequeña referencia a ellas. Quiero decirle al señor Ruiz Soto que la preocupación que tiene respecto a la política de personal no debe tenerla. Esta política de personal que se marca en estas disposiciones finales y adicionales de alguna manera proviene del espíritu de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública. Bajo ningún concepto se pretende aplicar una política que genere el no considerar los derechos que tienen los trabajadores que están en el mundo sanitario. Esa política está clara.

Se ha introducido una mejora importante que permite una cierta movilidad para ocupar puestos y cargos sanitarios de personal que hoy es estatutario y no funcionario, que genera unas ciertas disfunciones que se pretenden resolver en posibles acuerdos. Este es un aspecto que facilita de alguna manera este planteamiento sanitario que tiene la ley.

Yo, para terminar, quería decir varias cosas al final de este debate. Quería decir que en esta ley, señorías, tenemos que tener todos en cuenta que lo que se ha definido es un modelo sanitario. Esto es lo que pretendía esta ley: definir un modelo sanitario, porque en este país, desde el año 1944, nadie había sido capaz de afrontar una reforma global de la sanidad de la envergadura que se deduce de los principios que se plantean en esta ley. En múltiples ocasiones se ha discutido sobre este tema, pero nunca se había podido plasmar en un proyecto de ley que avanzara a nivel parlamentario y que se encontrara en la situación en la que nos encontramos en este debate, con su práctica culminación en el Congreso de los Diputados. Este modelo sanitario recoge un conjunto de principios fundamentales que definen la reforma sanitaria que nosotros planteábamos.

También quería decirles a algunos de los intervinientes que la voluntad del Grupo Socialista era aceptar el mayor número posible de enmiendas. Se han aprobado hasta este trámite más de noventa enmiendas, pero forzosamente había un límite desde nuestra concepción, que era que no se podía ir contra el modelo que nosotros definíamos. Señor Gomis, yo creo que aunque sólo sea anecdótico, le tengo que decir que le hemos admitido una transaccional con otro Grupo, que era muy importante, desde el punto de vista de las competencias, en lo relativo a la Alta Inspección. El no haber aceptado más enmiendas se debe a que podrían surgir problemas respecto al modelo que definíamos, porque ese era el límite que teníamos. En los trámites del Senado estoy convencido de que todavía va a ser posible que se acepten más.

Yo creo que este modelo sanitario resuelve problemas

trascendentales de la sanidad en España; modelo sanitario que tiene una serie de principios que se reconocen en la existencia de un sistema nacional de salud, que defiende unas ideas claras: extensión de los servicios a toda la población; organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva de la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad, así como la curación y rehabilitación; la coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos; la prestación de una atención integral de la salud, procurando un alto nivel de calidad. Asimismo, la ley arbitra —porque tenía que hacerlô— un modelo financiero para resolver los problemas de esta índole que se plantean en esta ley. Esto es lo que yo creo que se ha conseguido con esta ley cuando pase definitivamente todos los trámites que le quedan.

Se ha definido un modelo sanitario que permitirá avanzar en la reforma sanitaria que España y los españoles necesitan.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Vamos a efectuar las votaciones.

Enmiendas a los Títulos V, VI y VII, disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 206; a favor, 21; en contra, 179; abstenciones, cinco; nulo, uno.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular a los Títulos V, VI y VII, disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 207; a favor, 28; en contra, 178; abstenciones, una.*

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Minoría Catalana.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 206; a favor, 28; en contra, 178.*

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

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

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 206; a favor, dos; en contra, 187; abstenciones, 17.*

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

Enmiendas del Grupo Parlamentario Centrista.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 206; a favor, 25; en contra, 180; abstenciones, una.*

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

Votamos seguidamente los Títulos V, VI y VII y Disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales, conforme al dictamen de la Comisión.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 206; a favor, 165; en contra, 38; abstenciones, tres.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan, por consiguiente, aprobados los Títulos V, VI y VII y Disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales, conforme al dictamen de la Comisión.

Tiene la palabra el señor Granados.

El señor GRANADOS CALERO: Mi Grupo Parlamentario cree que había una enmienda presentada y pendiente de votar al título del proyecto y a la exposición de motivos y no creo que se haya votado.

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Tiene razón, señor Granados, gracias.

Existe una enmienda del Grupo Parlamentario Centrista al título, que votamos seguidamente.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 204; a favor, 22; en contra, 180; abstenciones, dos.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda rechazada la enmienda del Grupo Parlamentario Centrista al título del proyecto y, por consiguiente, queda aprobado conforme al dictamen de la Comisión.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Popular a la exposición de motivos.

Comienza la votación. (Pausa.)

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 201; a favor, 22; en contra, 178; abstenciones, una.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular a la exposición de motivos.

Enmiendas del Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana a la exposición de motivos.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 201; a favor, 23; en contra, 177; abstenciones, una.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario de la Minoría Catalana a la exposición de motivos.

Enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco (PNV).

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 202; a favor, 27; en contra, 174; abstenciones, una.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Quedan rechazadas las enmiendas del Grupo Parlamentario Vasco (PNV) a la exposición de motivos, que votamos seguidamente conforme al dictamen de la Comisión.

Comienza la votación. *(Pausa.)*

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos emitidos, 202; a favor, 169; en contra, 32; abstenciones, una.*

El señor VICEPRESIDENTE (Torres Boursault): Queda aprobada la exposición de motivos conforme al dictamen de la Comisión.

La votación final y de conjunto, en la medida en que este proyecto de ley contiene disposiciones de naturaleza orgánica, tendrá lugar el próximo martes, día 12, a partir de las cinco de la tarde.

Anuncio a SS. SS. que la Comisión de Presupuestos se reunirá igualmente a partir del martes a las diez y media de la mañana y proseguirá sus sesiones, hasta concluir el dictamen de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1986, en la sesión del miércoles por la mañana y el jueves en sesiones de mañana y tarde.

El Pleno volverá a reunirse el próximo martes, día 12, a las cuatro de la tarde y celebrará sesiones de tarde, martes y miércoles.

Se levanta la sesión.

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