



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1986

III Legislatura

Núm. 9

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión Informativa

celebrada el martes, 7 de octubre de 1986

Orden del día:

- Delegación en la Mesa de la Comisión de la competencia de ésta para acordar comparecencias de conformidad con el artículo 44 del Reglamento, concordante con la Resolución de la Presidencia de la Cámara número 15, de 2 de noviembre de 1983.
 - Sesión informativa, a petición propia, del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Garía Vargas).
-

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

DELEGACION EN LA MESA DE LA COMISION DE LA COMPETENCIA DE ESTA PARA ACORDAR COMPARECENCIAS DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 44 DEL REGLAMENTO CONCORDANTE CON RESOLUCION DE LA PRESIDENCIA DE LA CAMARA NUMERO 15, DE 2 DE NOVIEMBRE DE 1983

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, antes de iniciar la comparecencia del señor Ministro de Sanidad, al que le damos la bienvenida a esta Comisión, vamos a comenzar la sesión con un primer punto, que es la renovación de un acuerdo existente ya en esta Comisión en la legislatura anterior, mediante el cual la Comisión delega en la Mesa para la convocatoria de las comparecencias de los miembros del Gobierno, sin necesidad de convocatoria previa. Esta es una resolución que existía en la Legislatura anterior y parece de cortesía para la Comisión reno-

var este acuerdo, a fin de agilizar los trámites y evitar reuniones que a veces pueden ralentizar la dinámica de la vida de la Comisión.

¿Están de acuerdo los Grupos? (**Asentimiento. El señor Espasa Oliver pide la palabra.**) Tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER:** Señor Presidente, para una cuestión de orden. Estoy de acuerdo con esta propuesta, pero pediría que se contemplase la posibilidad de informar previamente a los Grupos no representados en la Mesa, al menos en el mismo momento en que se fuese a tomar una decisión de este tipo, no para condicionarla, pero sí para que estén en la mejor situación posible todos los Grupos.

El señor **PRESIDENTE:** Muy bien. Por supuesto, así se hará.

Por tanto, con esta observación, quedó aprobada la propuesta por asentimiento.

SESION INFORMATIVA, A PETICION PROPIA, DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO (García Vargas)

El señor **PRESIDENTE:** Por primera vez en esta III Legislatura constitucional y de conformidad con el artículo 110 de la Constitución, comparece el señor Ministro de Sanidad, a petición propia, para informar sobre la política general de su Departamento. La tramitación corresponde, como todos ustedes saben, a la sesión informativa prevista en el artículo 202 del Reglamento de la Cámara. Por ello, tras la exposición oral del señor Ministro, dejaremos un lapso de tiempo para que los señores portavoces y Diputados puedan preparar sus intervenciones y sus preguntas. Después de este lapso de tiempo, habrá un turno de portavoces, por un tiempo máximo de diez minutos, después del cual el señor Ministro contestará a los portavoces de los Grupos. Y, posteriormente, habrá un turno de preguntas para los Diputados de la Comisión, a los que, por el número de Grupos y Diputados presentes, pido que sean preguntas escuetas y concretas. Daremos un tiempo de dos o tres minutos como máximo. Finalmente, el señor Ministro contestará a los señores Diputados globalmente, con lo cual se cerrará el debate.

Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO:** Muchas gracias. Señor Presidente, señorías, creo que es obligada la presencia en esta Cámara de un Ministro que acaba de iniciar sus funciones al frente de un Ministerio como el de Sanidad, con objeto de dar una explicación, lo más detallada posible, sobre los planes de su departamento al comienzo de la Legislatura.

El comienzo de una Legislatura en un régimen democrático consolidado debe estar marcado por la búsqueda de su enlace con la anterior. Esta obviedad me obliga, antes de exponer las perspectivas de futuro, a hacer un ba-

lance del punto de partida, es decir, de lo ocurrido en la sanidad española entre 1982 y 1986, ya que las tareas que mi Departamento se propone abordar suponen desarrollar y consolidar lo realizado previamente. No en vano la etapa anterior y la actual están enmarcadas en el mismo proyecto político que encarna el Partido mayoritario de esta Cámara.

A mi juicio, en la pasada Legislatura se obtuvieron importantes logros y realizaciones en el sector sanitario y, sobre todo, se pusieron las bases para otros posteriores. Pero no me referiré a ellos directamente como una relación de hechos cumplidos, esta tarea ya se realizó en el pasado proceso electoral. Ahora parece más conveniente y oportuno reflexionar sobre las reformas emprendidas en este período y aventurar proyecciones para el futuro, como al final de esta intervención me propongo hacer.

Previamente es preciso subrayar que dichas reformas han afectado a las estructuras más íntimas del sistema sanitario, poniendo de manifiesto las más vivas inquietudes en el sector, por ejemplo, la Ley General de Sanidad, la Ley de Incompatibilidades. Pero, al mismo tiempo, han significado una profunda revisión de los proyectos socialistas tradicionales, adecuándolos en todos sus aspectos a la presente realidad sanitaria nacional. Ordenaré sistemáticamente mi análisis de acuerdo con la reciente historia sanitaria y en orden a la importancia que cada reforma emprendida ha tenido en el debate político y en la opinión pública en general, sin olvidar la referencia obligada a los compromisos electorales.

En su virtud, me referiré a la extensión de la cobertura sanitaria, a los derechos de los usuarios, a la política de promoción de salud y prevención de la enfermedad individual y colectiva, a la potenciación de la atención primaria, a la reforma del hospital público, a la integración de redes hospitalarias, a la política de personal, a la política del medicamento, a la política legislativa y normativa y, por último, al análisis económico funcional.

Extensión de la cobertura. El primer objetivo de la reforma sanitaria, por su importancia política, consistía en la extensión a todos los ciudadanos de la misma atención a la salud. Este objetivo se establecía desde la constatación de que sólo el 85 por ciento de la población española tenía derecho en 1982 a la atención sanitaria de la Seguridad Social, en unas condiciones que en aquel tiempo parecían susceptibles de mejora, pero aceptables.

No se consideraban como prestaciones adecuadas las recibidas a través del criticado esquema de beneficencia social, por parecer no sólo precarias, sino también discriminatorias en un Estado de Derecho, donde todos los ciudadanos son iguales. Este objetivo también contiene un sentido de equiparación sanitaria de todos los enfermos frente a las instituciones públicas. En concreto, afecta a los enfermos mentales, hasta entonces atendidos en un régimen separado, y a los pacientes de odontoestomatología, especialidad no atendida por la Seguridad Social.

Desde este punto de partida, la situación que hoy existe es la siguiente: Primero, se ha producido la abolición jurídica del dispositivo sanitario específico de la beneficencia, y la extensión de la cobertura sanitaria de la Se-

guridad Social alcanza de hecho al 95 por ciento de la población. La explicación de que subsista un colectivo del 5 por ciento sin cubrir todavía por la Seguridad Social, radica en la existencia de una exigua minoría de personas pudientes no incorporadas a ningún régimen de ésta y en la dificultad para localizar y dar entrada al colectivo sin recursos económicos suficientes. En la actualidad, comienzan a darse los primeros pasos para implantar legalmente la cobertura de este grupo, en un proceso complejo administrativamente y que puede demorarse.

Segundo, se está procediendo a la coordinación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y de las Comunidades Autónomas a los enfermos mentales, mediante un plan de salud mental iniciado en 1984, a partir del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, prestándose asistencia a agudos en los hospitales del INSALUD y atención primaria en centros de salud.

Tercero, se está poniendo las bases para una asistencia odontostomatológica, impartida de forma progresiva, comenzando por la actividad preventiva y las capas más jóvenes de la población, así como por la aplicación de la Ley de Odontólogos de 1985, que permitirá ir contando con el número de profesionales necesarios.

Tanto la extensión cuantitativa (número de personas con derecho) como la extensión cualitativa (número de patologías cubiertas o prestaciones garantizadas) suponen un gran esfuerzo de aumento de los recursos sanitarios, personales, físicos y financieros, de organización y de coordinación entre instituciones del Estado, sobre los que no me detendré por lo prolijo de esta tarea.

Derechos de los usuarios. Sobre la tutela de los derechos de los usuarios, podemos señalar dos actuaciones: una de orden legislativo, contenido en la propia Ley General de Sanidad, y otra de gestión. Por primera vez en España, a lo largo de toda la historia de la sanidad, se recogen en un texto con rango de ley los derechos y obligaciones que facilitan que el ciudadano se enfrente al sistema sanitario sin verse abrumado por la carga de autoridad que representan las instituciones sanitarias ante una persona singular. Por otro lado, se aprobó dentro de 1984, tuvo su período de prueba en quince centros pilotos en 1985 y se está implantando en todos los centros en este año, 1986, el Plan de Humanización, que, partiendo de una Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios, supone el establecimiento de unas nuevas formas de funcionamiento de los hospitales y la introducción de hasta dieciséis medidas o instrumentos de apoyo para hacer más satisfactoria la estancia hospitalaria, así como la posibilidad de que el enfermo exprese su parecer sobre todos aquellos aspectos que se relacionan con su atención y bienestar durante su estancia en el hospital. En este campo, nunca se llega a satisfacer plenamente los deseos de los ciudadanos, puesto que el aspecto subjetivo representa un papel muy importante, pero consta la reacción positiva de los usuarios ante este Plan, cuyo grado de ejecución va desde el 100 por cien para el control y tratamiento objetivo de la lista de espera y la señalización del hospital, hasta el 50 por ciento para la incorporación de maestros en hospitales infantiles, pasando por el 98 por ciento para

las medidas de información general sobre el funcionamiento del hospital, de difusión de la Carta de Derechos y Deberes del paciente y de información sobre autopsias y donación de órganos; el 96 por ciento para el seguimiento de la aplicación de dicha carta, el 80 por ciento para la presencia de madres en los hospitales infantiles y la ampliación del horario de visitas; el 74 por ciento para el funcionamiento del servicio de atención al paciente y su relación con la Comisión de Humanización de la asistencia, así como la encuesta de post-hospitalización; el 71 por ciento en la apertura de bibliotecas para los pacientes, y el 58 por ciento para la introducción de carta para las comidas, como tuve ocasión de explicar el pasado día 24 de septiembre en el Pleno de esta Cámara, contestando a una pregunta presentada sobre este plan.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Una de las características más acusadas de cualquier política sanitaria moderna es el cambio de énfasis en las actuaciones que definen el sistema sanitario. Hemos de perfeccionar las estructuras asistenciales, pero hay que dirigir los mayores esfuerzos para promover la salud y prevenir las enfermedades. Llevar a cabo este objetivo tiene enormes dificultades, por tratarse de la incorporación de la inercia del sistema sanitario de un enfoque poco espectacular y con resultados a largo plazo.

Si en el campo normativo esta nueva formulación ha estado siempre presente, no resulta tan fácil plasmarla en el plano de las acciones concretas. Mientras el aparato asistencial ha ido mejorando en España, partiendo de cotas más bien bajas y con resultados, en consecuencia, apreciables, se ha avanzado con dificultad en el terreno de la protección de la salud, considerada como un aspecto secundario, casi exclusivamente reservada a las enfermedades infecciosas. Se podría alegar lo que han aumentado las partidas presupuestarias en este terreno, en relación con años anteriores, pero este esfuerzo no es suficiente. En este campo, podemos exponer como principal avance en la pasada legislatura el haber incorporado dicho enfoque a la Ley General de Sanidad e intensificado las actuaciones en este terreno a través de los nuevos centros de salud.

También conviene destacar el esfuerzo efectuado en los cuatro años precedentes en el campo materno-infantil. Así, se han creado y puesto en funcionamiento 54 centros de orientación familiar, existiendo ya 65 en centros de salud, con al menos uno por provincia. Al mismo tiempo, se están intensificando las vacunaciones infantiles, en coordinación con las Comunidades Autónomas, extendiéndolas a nuevas enfermedades, para lo cual se ha implantado la cartilla infantil, de la que ya se han distribuido unas 300.000, constituyendo el primer paso para una futura cartilla con ficha de salud para cada ciudadano.

También cabe subrayar las actuaciones preventivas respecto al SIDA, con la creación de una Comisión nacional que ha instrumentado un cuadro de actuaciones, entre las que destaca un seguimiento epidemiológico integrado.

Integración de redes. Uno de los principales problemas con que tradicionalmente se ha enfrentado la política sanitaria española ha sido la multiplicidad de redes sanita-

rias públicas: la del INSALUD, la de AISNA, los Clínicos, la de las Diputaciones, la de las Corporaciones locales y la de Cruz Roja han coincidido frecuentemente duplicando servicios y dispensando recursos. En este terreno, lo más destacable de la política de reforma aplicada ha sido lo siguiente.

Primero, la integración de los hospitales clínicos, según lo dispuesto en la Ley General de Presupuestos para 1985, y la de AISNA, dispuesta en la Ley General de Presupuestos para 1986 en el INSALUD, que ha sido resuelta jurídicamente, y en este momento se están ultimando todos los detalles de estas fusiones, subsistiendo sólo pequeños problemas en relación con alguna Comunidad Autónoma concreta, que se resolverá antes de que acabe el presente ejercicio.

Segundo, la integración de las estructuras sanitarias de las Corporaciones locales no ha sido objeto de ninguna normativa general que las integre en el sistema sanitario público del Estado, puesto que su articulación debe darse a través de las Comunidades Autónomas, pero se han producido avances en la mayor parte de estas Corporaciones, a través de convenios con el INSALUD.

Por último, cabe citar un campo donde se ha iniciado una estrecha colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas, constituyendo un sistema integrado de atención, que es el que afecta a la salud mental.

Política de personal. Con respecto a la política de personal, se han dado importantes pasos, no sin esfuerzo y en ocasiones no bien comprendidos. Quizá no se han sabido explicar los objetivos últimos, que eran promover la dedicación profesional, la estabilidad en los puestos de trabajo, la homogeneización de los diversos regímenes existentes y la racionalidad en la gestión de los recursos humanos disponibles. Para conseguir tales objetivos, era preciso, en primer lugar, cumplir las normas de horarios y de dedicación, para conocer las necesidades de personal del sistema. Esta medida fue vivida en un primer momento por el colectivo médico de un modo apasionado, a pesar de lo cual se fue paulatinamente implantando, poniendo de manifiesto deficiencias estructurales en el dispositivo de la atención primaria. En segundo lugar, también en la atención primaria se han ido ampliando las jornadas de trabajo, pasando de dos horas y media a siete horas diarias, con el correspondiente ajuste salarial. También en algunos centros hospitalarios se han ampliado las jornadas, con complemento retributivo para los médicos, con objeto de aprovechar al máximo los recursos disponibles en aquéllos.

Obviamente, los beneficiarios han sido los usuarios del sistema sanitario, que han visto reducida la masificación hospitalaria, humanizada su asistencia y aumentada la eficiencia del nivel primario. Este proceso, no totalmente concluido, supone romper con la tradicional política de mejorar la asistencia pública acumulando profesionales en régimen de dedicación muy parcial, sustituyéndola por otra que tiende a la dedicación completa, en un proceso gradual.

Por último, este Parlamento aprobó la Ley de Incompatibilidades, de 26 de diciembre de 1984, que regula todo

el personal al servicio de las Administraciones Públicas, incluyendo por primera vez la Seguridad Social. Posteriormente se promulgó el Decreto 598/1985, de 30 de abril, en el que se contemplaban todas las especificidades de la función sanitaria, garantizando el mantenimiento de los niveles asistenciales existentes antes de la aplicación de la ley.

El proceso de cumplimiento de la ley ha conllevado algunas fricciones, si bien a lo largo de los últimos meses se ha comprobado que dicha norma es flexible, ya que permite el ejercicio privado, afecta a un porcentaje reducido de facultativos —menos del 10 por ciento de los médicos que prestan servicios en el sector público— y se está aplicando de forma muy razonable y pausada, hasta ahora sólo a los profesionales que no declararon o tenían tres o más puestos de trabajo, no autorizados tampoco en regímenes anteriores.

También se ha puesto en marcha en este período un nuevo sistema de relaciones socio-sanitarias, basado en la negociación y el acuerdo con los interlocutores más representativos. Esta política ha permitido normalizar el sector sanitario, hecho importante, ya que en etapas anteriores la conflictividad había impedido que todos los responsables sanitarios pudieran dedicar sus esfuerzos a la resolución de los problemas estructurales del sector. Esta actitud se refleja en el resultado de los acuerdos alcanzados entre el Ministerio y las organizaciones sindicales, tal como se pone de manifiesto en los siguientes datos.

En 1983 se produjo un incremento del 11 por ciento de subida salarial, dedicando 0,5 puntos de esa masa salarial a compensar sueldos inferiores al salario mínimo interprofesional; se homologaron los ATS como titulados de grado medio, con una subida salarial de 15.000 pesetas al mes; se regularizaron los turnos y se hizo una distribución más funcional del personal.

En 1984 hubo una homologación retributiva compensatoria, se atendieron las reclamaciones del personal no sanitario (técnicos y subalternos) y se produjeron mejoras en las condiciones de trabajo, una nueva regulación de las guardias médicas y la introducción de la libranza de los sábados en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

En 1986 se ha llevado a cabo la homologación de los auxiliares de clínica como titulados de formación profesional de primer nivel, la equiparación retributiva del personal de servicios y la homologación de ayudantes de equipos quirúrgicos; se han desarrollado funcionalmente los administrativos de las funciones sanitarias y se han regulado las contrataciones temporales, además de normalizar y actualizar las retribuciones del personal de los centros de salud.

Por último, hay que destacar la Orden Ministerial de Retribuciones de 14 de agosto de 1986, que acabo de mencionar de pasada, que ha regulado con carácter definitivo las atribuciones, como he dicho, de los centros de salud y del personal no jerarquizado, quedando sólo pendiente de actualizar para 1987 y años siguientes el sistema retributivo del personal hospitalario.

Atención primaria. Para acabar con la masificación y con las consultas rápidas e ineficaces era preciso aumen-

tar la dedicación de los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito del primer nivel de atención. Para ello se publicó la circular de cumplimiento de horarios de 13 de febrero de 1983. Seguidamente, a partir de enero de 1986, se inició el proceso de jerarquización de especialistas, pasando más de 6.000 médicos voluntariamente a la jornada laboral de siete horas al día, en lugar de las dos horas y media, con cuarenta horas semanales de trabajo. Por tanto, aunque no se ha culminado este proceso, ya que sólo el 30 por ciento de los profesionales que trabajan en la atención primaria se ha acogido al nuevo modelo de dedicación, se ha hecho un esfuerzo muy importante, especialmente si se tiene presente la etapa de moderación presupuestaria por la que estamos atravesando.

Con respecto a la creación de nuevas estructuras, llamadas centro de salud, he de señalar que existían 161 equipos al final de 1984, 311 al acabar 1985 y casi 400 lo estarán en diciembre de 1986, con 1.700 médicos generales; 630 pediatras y 2.400 ATS. Y los centros de orientación familiar, ligados a los anteriores, han pasado de 34 en 1984 a 52 en 1985 y 65 en 1986. Al mismo tiempo, se han puesto en marcha 60 unidades de salud mental en los últimos dos años, también ligadas a los centros de salud.

En los ambulatorios se ha creado la figura del director en más de 80 centros, y en 95 se han puesto en marcha servicios de admisión y atención al paciente, lo que ha permitido establecer el sistema de cita previa y agilizar la remisión al hospital correspondiente.

Por otra parte se ha creado la figura del coordinador de dispensario para dar más unidad a sus servicios. Desde ellos se han extendido los sistemas de extracción periférica de sangre, que se aplican ya en 35 provincias con 170 puntos, y de desplazamiento de especialistas, que se está implantando en el mismo número de provincias y va a implantarse en las restantes, evitando incomodidades y desplazamiento a los usuarios.

A continuación, quiero abordar un tema que ha estado en el epicentro del sistema sanitario durante los últimos años. Me refiero a la libertad de elección de médicos. Sobre ello me gustaría señalar que la Ley General de Sanidad establece la libertad de elección de médico en el área de salud y en las ciudades de más de 250.000 habitantes, cumpliendo de este modo el compromiso electoral del partido del Gobierno. Esta solución se ha criticado entendiéndose que la libre elección se opone a los programas globales de salud (promoción, prevención, asistencia), debido a que una familia que vive en un lugar puede obtener sus servicios sanitarios en otro y que la movilidad es aún mayor en las grandes urbes, donde el mercado de trabajo no coincide con el mercado de vivienda.

Con respecto a esto, hay que señalar que esa movilidad de las personas que viven en grandes ciudades es un hecho general que afecta a todas las organizaciones sectoriales de la sociedad y, por tanto, también a la sanidad. A mi juicio, este hecho no perjudica la ordenación de los servicios, porque no se trata de apresar en una determinada zona a un número concreto de personas con nombres y apellidos, a los que habrán de dirigirse las actividades de los programas integrales de salud, sino que la ac-

tuación técnicamente correcta es la de aplicar programas sanitarios que comprendan todas las actividades adaptadas a una determinada población, definida por las características sanitarias y socio-económicas del lugar donde habitan. Los mismos hechos han demostrado, después de la aplicación de esta posibilidad, o de este derecho, en diez provincias durante 1983 y 1984 y su extensión a las restantes en 1985/86, que sólo entre el 5 y el 10 por ciento de los pacientes hacen uso de la misma, tal como se suponía tras la experiencia de libertad en la práctica durante muchos años.

Reforma del hospital público. La reforma del hospital público se ha basado en la etapa precedente, en cuatro líneas fundamentales de actuación. Primera, potenciación de la autonomía de gestión. En el período 1982/86 se ha puesto en marcha un nuevo modelo de administración hospitalaria, que supone la creación de nuevos equipos de dirección, distinguiendo entre la gestión general, la administrativa, la médica y la enfermería, el establecimiento de la dirección por objetivos, la ordenación funcional a través de un plan anual hospitalario, la reestructuración de los mandos intermedios, la ordenación de las dedicaciones de los profesionales y la creación de estructuras de participación de todos los profesionales y trabajadores del centro en la toma de decisiones del hospital. Todas estas medidas, que se están implantando paulatinamente a partir del decreto de 28 de febrero de 1985, darán como resultado la afirmación de la autonomía hospitalaria, si bien será preciso un proceso previo de consolidación de las nuevas estructuras, incluso de cambios de mentalidad de los protagonistas hospitalarios.

Segunda, con respecto a la política de nuevas construcciones, ésta se ha dirigido a la creación de hospitales comarcales dotados de servicios médico-quirúrgicos y de urgencia básicos, con unas 150/200 camas. Estos centros sirven de referencia a las estructuras de atención primaria de un área con una población de alrededor de 250.000 habitantes. Se han abierto seis nuevos centros en 1984, con un total de 1.400 camas y una media de 240. Se han ampliado, también en 1984, dos centros con la creación de otras 275 camas. En 1985 se han puesto en marcha 16 nuevos hospitales, con un total de 1.980 camas, lo que supone aproximadamente una media de 200 por centro, considerando que seis de estos hospitales han sido traslados de centros antiguos, sin aumento en el número total de camas. También se han ampliado en 1985 tres centros con un total de 280 camas. Por lo que respecta a 1986, se llevan terminados, hasta ahora, seis hospitales con 1.550 camas y ampliados otros diez con 772.

En definitiva, la pasada legislatura ha sido una de las más importantes en cuanto al número de camas nuevas puestas en funcionamiento, 6.266 en total; pero, sobre todo, en número de nuevos centros abiertos, 43 centros.

Política del medicamento. En 1982 la Administración Socialista ofreció a los ciudadanos la racionalización de la oferta de medicamentos con criterios sanitarios. Alcanzar este objetivo ha supuesto dos cuestiones previas. Primera, mejorar el proceso de autorización de las nuevas especialidades farmacéuticas, realizándolo con mayor rigor

que en el pasado, lo que ha hecho que el sistema mejore notablemente. Segundo, evaluar y reevaluar los medicamentos ya existentes, según el estado actual de los conocimientos científicos y en la línea marcada por las directivas de la Comunidad Económica Europea. Este proyecto, llamado PROSEREME, se ha desarrollado en tres fases, arrojando los siguientes resultados:

Fase primera. Se han resuelto los problemas subsiguientes a la asociación de anfetaminas y anorexígenos, planteados por los derivados inorgánicos del arsénico, el clioquinol, la dihidroestreptomina y la estriquina. Fase segunda. Se revisaron las butipiresolonas. Y en la fase tercera se ha trabajado en asociaciones medicamentosas y psicofármacos asociados.

El resultado final de este proyecto ha significado la anulación de 741 especialidades y la adecuación a criterios sanitarios de otras 342. A la vista de estos resultados creo personalmente que en este campo se ha iniciado una política farmacéutica de nivel europeo.

Por otra parte, se publicó en 1985, por primera vez en España, una «Guía Farmacológica para la Atención Primaria» para médicos y farmacéuticos que, con la técnica del vademécum, describe los efectos terapéuticos de más de 350 principios activos, facilitando una prescripción segura y acertada. También en 1985 se comenzó la publicación de listas de transparencia, siguiendo el modelo de los países más avanzados, en el sentido de aportar información clínica y de coste por grupos de medicamentos.

Desarrollo legislativo y normativo. Por último, cabe señalar la promulgación de la Ley de Defensa de Consumidores y Usuarios, la Ley General de Sanidad, la Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública y la Ley de Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. Sus señorías conocen estos textos por haber participado, en algunos casos, en su perfeccionamiento o en su discusión en esta Cámara.

Ha quedado pendiente en la pasada legislatura la ley del medicamento, aunque hay que señalar que fue constituida una comisión de expertos en mayo de 1983 que redactó un borrador, entregado oficialmente al Ministro en marzo de 1985, como texto abierto que ofrece distintas y diversas alternativas. Posteriormente, este borrador ha sido conocido por más de 800 organizaciones interesadas en el tema, con cuyas aportaciones se confeccionará definitivamente el proyecto.

Análisis de la gestión económica. Por último, me gustaría abordar un tema sobre el que se ha especulado en demasía, a mi juicio, durante la pasada legislatura y aun durante el comienzo de la presente. Es el nivel de gasto que debería alcanzarse en el sector sanitario español para dotar a los ciudadanos de unas prestaciones de calidad.

La primera reflexión que surge al paso de esa preocupación es que los sistemas sanitarios de los países europeos obtienen unos niveles de salud más o menos equiparables (niveles de morbi-mortalidad, mortalidad infantil, expectativas de vida, etcétera), aunque efectúan un gasto público sanitario muy dispar (Gran Bretaña el 6,2 por ciento sobre el PIB, mientras que Francia el 9,3 por ciento, por citar dos ejemplos). De este hecho se deduce que

no existe una relación directa entre el aumento del gasto sanitario, la calidad de las prestaciones y la mejora de los indicadores de salud, que las diferencias de gastos son debidas, básicamente, a los mecanismos de organización de los sistemas de salud; y que los mecanismos de retribuciones de profesionales son determinantes en este proceso.

Veamos ahora lo que ocurre en España. Primero. La crisis económica existente ha exigido una contención general del gasto público que esta Cámara conoce muy bien.

Segundo. La crisis, al provocar desempleo y ajuste de plantillas, ha generado un aumento de las prestaciones económicas de las Seguridad Social (pensiones y seguro de desempleo), que vienen creciendo muy por encima de la inflación comprimiendo el gasto en prestaciones sociales sanitarias.

Tercero. Debido a lo anterior ha sido preciso frenar el crecimiento de otras prestaciones sociales, que no se materializan en derechos individuales legalmente reconocidos, como son las sanitarias.

Cuarto. Esta contención no ha dejado de tener efectos positivos, ya que el sector sanitario en España ha estado tremendamente desorganizado por razones de evolución histórica. De esta forma se ha posibilitado la aplicación de nuevos modelos de gestión que liberen fondos para las reformas sanitarias concretas.

Quinto. En el período de gestión analizado, el gasto sanitario público del INSALUD ha evolucionado en relación al producto interior bruto del siguiente modo: 1982, 3,8 por ciento; 1983, 3,7; 1984, 3,6; 1985, 3,6; 1986, cifra prevista 3,5 del producto interior bruto.

A las cifras anteriores hay que añadir otros gastos públicos realizados por la misma Seguridad Social, el Estado, las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales, que suponen otro punto más del producto interior bruto. La suma nos da un gasto público sanitario similar al de países como Estados Unidos o como Austria. Considerando el gasto privado, la proporción con respecto al producto interior bruto se eleva al 6,2 por ciento, similar al de Inglaterra o al de Bélgica.

Por otra parte, el gasto público sanitario ha mantenido también una tendencia ligeramente decreciente con relación al gasto público total del Estado y la Seguridad Social, aunque sigue manteniéndose en torno al 11,5 por ciento, comparable al de otros países de la Comunidad Económica Europea.

Sexto. A pesar de esta contención del gasto, se ha producido un aumento de más de cinco puntos de la población protegida de derecho. Seis mil médicos han pasado, como antes he dicho, de una dedicación de dos horas y media a siete horas al día, con un aumento retributivo del 50 por ciento. Se han abierto los nuevos equipos de atención primaria de orientación familiar y las unidades de salud mental antes citadas. Se han homologado las retribuciones de los ATS a las de titulados de grado medio de la Administración Pública, como antes he mencionado. Se han abierto 43 nuevos hospitales comarcales con un número total de camas de 6.266, como antes se vio.

En conclusión, se puede decir que la gestión económi-

ca sanitaria en la primera legislatura socialista ha arrojado resultados económicos positivos.

Política en materia de consumo. La existencia de una política de protección y defensa de los derechos e intereses de los consumidores y usuarios es, en nuestro país, un fenómeno tardío en relación con otras naciones adelantadas.

La consecución de este objetivo global se ha planteado en la pasada legislatura mediante la realización coordinada de acciones articuladas en el siguiente programa: Primero. Se ha establecido un marco jurídico específico que asegure la protección de los derechos e intereses de los ciudadanos. En este sentido cabe señalar, en primer lugar, la Ley 26/84, Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

En relación con los productos alimentarios y productos de uso y consumo doméstico, se ha desarrollado el Código Alimentario Español. En diciembre de 1982 tan sólo se habían puesto en vigor el 14 por ciento de las disposiciones previstas en el Código que databa de 1967 y que no había entrado en aplicación hasta 1975. Durante la pasada legislatura se desarrollaron la totalidad de ellas, es decir, el cien por cien.

También se ha abordado un cuadro de disposiciones que regulan el conjunto de bienes y servicios, tanto para una efectiva protección de los derechos de los consumidores como para sustentar la actuación de los poderes públicos.

Segundo. Se ha desarrollado una estructura administrativa de servicios, coordinada con las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales. Previamente se ha cubierto el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas en materia de protección al consumidor, en virtud de sus respectivos estatutos.

Por otra parte, se decidió aproximar estas materias al ciudadano a través de las corporaciones locales. Fruto de esta política ha sido, además de numerosos programas conjuntos, la creación de 200 laboratorios municipales, así como la red de más de 300 oficinas municipales de información al consumidor, que actualmente dan cobertura a más del 60 por ciento de la población, con la siguiente distribución: el 93 por ciento de los municipios de más de 50.000 habitantes; el 30 por ciento de los municipios de 10.000 a 50.000 habitantes, y el 0,5 de los municipios de menos de 10.000 habitantes.

Tercero. En colaboración con las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales se han desarrollado diferentes programas específicos, entre los que cabe señalar: cursos de formación para asociaciones de consumidores; programa para la introducción de la educación del consumo en la escuela; campañas de información al ciudadano mediante publicaciones y medios de comunicación; introducción de siete experiencias piloto de sistema arbitral.

Cuarto. Se ha establecido una decidida política de impulso y fomento de las asociaciones de consumidores, dotándolas de un marco jurídico para su actuación y mediante una política de subvenciones. Los resultados de esta política han sido la consolidación de cerca de 200 aso-

ciaciones, de las cuales siete son de ámbito nacional, siendo el resto de nivel local, provincial o autonómico. En 1982 el número de asociaciones era sólo de 85.

Por lo que respecta al número de asociados, éstos han pasado de 295.000 en 1982 a 635.000 en 1985.

Plan Nacional sobre Drogas. En el debate sobre el Estado de la Nación de 27 de octubre de 1984, se acordó por todos los Grupos parlamentarios encomendar al Gobierno la elaboración de un Plan Nacional sobre Drogas, incluyendo la prevención, asistencia y reinserción social de drogadictos. Para la elaboración de este Plan se solicitó la opinión de las Comunidades Autónomas, las administraciones locales, todos los partidos políticos con representación parlamentaria, los colegios profesionales y otras entidades de carácter privado.

El 24 de julio de 1985, el Consejo de Ministros aprobó el Plan Nacional sobre Drogas, Plan que previamente había sido consensuado con todas las Comunidades Autónomas, siendo el mismo de ámbito nacional, en el que participan todas las Administraciones del Estado y todas las Administraciones territoriales.

Se acordó también presentar al Senado periódicamente un informe sobre el mismo, y así el 28 de noviembre de 1985 se presentó en la Cámara Alta, dando todos los Grupos su aprobación al proyecto.

El 16 de abril de 1986, el Presidente de la Comisión Interministerial para el Plan Nacional, Ministro de Sanidad y Consumo, presentó al Senado la primera evaluación, que fue valorada positivamente por todos los Grupos, especialmente en lo que se refiere a la coordinación y planificación de programas.

Hasta la fecha se han llevado a cabo las siguientes acciones: designación en todas las Comunidades Autónomas de un consejero responsable y nombramiento de un coordinador técnico; constitución de una comisión de planificación también en todas las Comunidades Autónomas; habilitación de 160 camas hospitalarias para la desintoxicación en los hospitales del INSALUD; aplicación de la Orden Ministerial de 31 de octubre de 1985 sobre programas de metadona y creación de seis unidades-especialidades en las Comunidades Autónomas con mayor incidencia de este problema; puesta en marcha de ensayos experimentales con productos antagonistas; terapia relacional, especialmente terapia familiar y alternativa, de comunidades terapéuticas, en colaboración con Cruz Roja y grupos de profesionales sanitarios, con recursos del Ministerio de Sanidad y Consumo; organización de distintos cursos de formación de profesionales de primera línea y publicación de una revista especializada denominada «Comunidad y Droga», destinada a especialistas en este problema; transferencia a las Comunidades Autónomas en apoyo de sus propios programas de 1.964 millones de pesetas, y, por último, intensificación de la lucha contra el tráfico de drogas, que ha dado lugar a una evolución muy positiva, como se señala a continuación:

Detenidos, extranjeros y nacionales, en el primer semestre de 1985, 6.172; primer semestre de 1986, 9.449, con un aumento del 53 por ciento. Detenidos nacionales, 4.760 en el primer semestre de 1985, y 7.910 en el pri-

mero de 1986, con un incremento del 66 por ciento. Extranjeros, primer semestre de 1985, 1.412; 1.539 en el primero de 1986, con un aumento del 9 por ciento.

Sustancias decomisadas: heroína, 111 kilogramos en el primer semestre de 1985; 176 kilogramos en el primer semestre de 1986, con un incremento del 59 por ciento; cocaína, 154 kilogramos en el primer semestre de 1985; 242 en el primero de 1986, con un incremento del 57 por ciento.

Puede decirse, pues, que la pasada legislatura estuvo marcada por la definición de la reforma sanitaria, que fue tomando cuerpo a partir de 1983, como hemos visto, a través de las disposiciones sobre atención primaria y estructuras básicas de salud, sobre organización, funcionamiento y régimen de personal de los centros hospitalarios, sobre integración de hospitales del INSALUD, sobre profesionales y especialidades médicas, sobre extensión de cobertura de la asistencia y sobre medicamentos y farmacovigilancia.

Este proceso dio lugar a un período de debate, controversia y hasta apasionamiento, como es lógico cuando se pone en cuestión la organización de una actividad tan sensible como la sanidad, afectando a todos sus profesionales. En un período así es inevitable, al ponerse en cuestión principios aceptados, tradiciones y realidades concretas, que se llegue al conflicto y al enfrentamiento en la defensa de intereses generales, particulares y hasta personales.

Sin embargo, este proceso de definición de la reforma concluyó con la aprobación de la Ley General de Sanidad, que recogió todas las reformas parciales que se habían iniciado. Su texto puede parecer a algunos ambiguo y excesivamente abierto. En mi opinión, en esto puede radicar su aspecto más positivo, ya que configura un marco flexible adaptado a la realidad social sanitaria y autonómica de España. Concretamente, su aplicación evitará las duplicidades y descoordinación en el terreno de la asistencia y configurará un sistema nacional de salud basado en la cooperación entre el Estado, las Comunidades Autónomas, las corporaciones locales y el sector privado.

A la consolidación de esa reforma, ya perfectamente definida, y a la aplicación de la Ley estarán dirigidos los esfuerzos del Ministerio de Sanidad en la presente legislatura.

Proyectos legislativos. A partir de ahora, la reforma sólo está pendiente de ser culminada con el desarrollo previsto en la misma Ley, y más concretamente en sus disposiciones adicionales. Estas previsiones se refieren a los siguientes aspectos regulables por Real Decreto: regulación de la enseñanza, formación y especialización sanitaria; extensión legal de la cobertura a toda la población; requisitos técnicos de los centros y servicios sanitarios; integración de los servicios sanitarios públicos en el sistema nacional de salud; elaboración y comunicación de criterios de coordinación con las Comunidades Autónomas; regulación del Consejo interterritorial; refundición de la normativa especial sanitaria; refundición de la normativa para la protección de la salud de los trabajadores; coordinación con las Comunidades Autónomas en materia de

sanidad exterior; organización del Instituto Carlos III.

Todas estas normas se irán elaborando a lo largo de los próximos meses, cumpliendo los plazos establecidos en la misma ley.

Por otra parte, hay dos proyectos que deben recibir un trato especial dada su gran trascendencia: el primero es un nuevo estatuto del personal sanitario que refunda y actualice los antiguos textos vigentes, y el segundo, la Ley del Medicamento.

Con relación al primero es obvio que debe ser negociado por las organizaciones sindicales representativas en el sector sanitario y que no puede separarse de la culminación del proceso de definición de un nuevo sistema retributivo para el personal de ese sector.

En consecuencia, será necesario poner en marcha un proceso de negociación que contemple ambos objetivos a la vez, partiendo de los siguientes principios: Primero. El nuevo Estatuto del personal sanitario debe consagrar un régimen de prestación de servicios flexible y moderno, eliminando las grandes rigideces actuales. Parece claro que una red tan compleja como la del INSALUD no puede ser eficiente ni prestar un buen servicio a los ciudadanos si se basa en una relación similar a la de la Función Pública, como ocurre actualmente. Segundo. Su aplicación puede requerir varios ejercicios, aplicándose gradualmente. Tercero. Lo mismo ocurre con el nuevo sistema retributivo, cuya aplicación también debería ser paulatina, permitiendo afrontar su coste financiero de manera gradual.

Con relación a la Ley del Medicamento, se cuenta con importantes antecedentes históricos en España, en el Derecho comparado y en el trabajo de las organizaciones internacionales. Se ha hablado de dos generaciones de leyes del medicamento: la primera, marcada por la exigencia de seguridad para los medicamentos, sin requerir demostración de eficacia clínica. La propia legislación española de 1924 y la Ley de bases de Sanidad de 1944, constituyen un ejemplo.

La catástrofe de la talidomida introdujo un cambio fundamental y la legislación norteamericana de 1962 abrió una segunda generación de leyes del medicamento, que se caracteriza por exigir, como condición para la comercialización, la demostración de la eficacia clínica. Noruega, Suecia, Inglaterra, Suiza, Alemania, Austria, Bélgica, Grecia, Japón han aprobado leyes del medicamento que siguen esta orientación. Otro tanto puede decirse de las directivas de las Comunidades europeas que ya obligan a nuestro país.

En los años ochenta, la preocupación legislativa se está desplazando desde las condiciones o requisitos que han de cumplir los medicamentos hasta sus condiciones de utilización. La Organización Mundial de la Salud celebró en 1985 una Conferencia Internacional sobre el uso racional de los medicamentos que puede considerarse un hito histórico en esta dirección. El Ministerio de Sanidad y Consumo pretende que la Ley del Medicamento española merezca ser clasificada como perteneciente a esta tercera generación; por eso, el proyecto de ley no sólo regulará las condiciones de seguridad, eficacia y calidad, sino que

también insistirá en los flujos de información científica dirigidos a los profesionales sanitarios y a la información de los pacientes.

Por último, hay que hacer referencia, también como proyecto legislativo, al desarrollo reglamentario de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, ya en marcha.

Asentamiento de la reforma del dispositivo asistencial. Como hemos visto a lo largo de la legislatura anterior, se sentaron las bases para obtener una organización más racional y una administración más gerencial de la red asistencial del INSALUD, abordando con ello un objetivo reiterado pero nunca abordado totalmente. No obstante, el tiempo transcurrido —tan escaso— no ha permitido, lógicamente, el desarrollo de tales medidas, entre las que destaca la constitución de los nuevos equipos de gerencia, antes mencionados, y cuyos responsables fueron nombrados la pasada primavera. Por tanto, la insistencia en este terreno constituirá un objetivo prioritario. Para ello habrá que superar las deficiencias inherentes al propio sistema sanitario, que no se consiguen con la reforma legal y que están muy arraigadas, y exigirán un esfuerzo continuado, más allá incluso de la presente legislatura. Entre ellas, cabe destacar: Primero. La tradición sanitaria española que se basa en la prescripción de fármacos como principal recurso asistencial y terapéutico del nivel primario y la simple acumulación de recursos hospitalarios a medida que van surgiendo las necesidades. En esta tradición, no hay una excesiva cabida para la prevención de la enfermedad. La atención primaria no desempeña un papel protagonista en la estructura asistencial y se produce un descuido en la gestión racional de recursos. La consecuencia de todo lo anterior es la masificación de los hospitales que deben atender patologías que podían haberse prevenido o resuelto en el nivel primario, en menoscabo de las prestaciones genuinamente hospitalarias, así como la mala asignación de recursos y la deficiente organización del hospital. Segundo. El marco jurídico inadecuado, materializado en los estatutos de personal, antes mencionados. Dicho marco impide utilizar instrumentos de gestión de personal modernos, imprescindibles en una actividad que consiste precisamente en la prestación de servicios personales de gran diversidad.

La tercera dificultad es la limitación de los recursos financieros disponibles. Es previsible que a medida que la Ley de Pensiones de 1985 vaya evidenciando sus aspectos moderadores sobre las prestaciones económicas de la Seguridad Social, a medida que se produzca una reducción paulatina del desempleo y, por tanto, de las prestaciones económicas que genera y, a medida que la mejora de la situación económica permita equilibrar ingresos y gastos públicos, vayan mejorando las asignaciones presupuestarias para Sanidad. No obstante, éste será un proceso gradual y progresivo que irá reforzándose a medida que transcurra la presente legislatura, sin que quepa esperar aumentos espectaculares e inmediatos. En cualquier caso, como vimos anteriormente, estas limitaciones son en la actualidad menos acuciantes de lo que se afirma con fre-

cuencia y son compartidas por todos los países desarrollados y por todos los países de nuestro entorno.

Dentro de este campo de mejora, de organización y funcionamiento de la asistencia, los dos objetivos más importantes serán: la extensión del nuevo modelo de atención primaria y la dinamización de la asistencia hospitalaria, disminuyendo las listas de espera. En cuanto al primero de ellos, se seguirán abriendo centros de salud, prosiguiendo el proceso de integración de médicos generales y pediatras. No obstante, la preocupación mayor será la de asentar perfectamente estos nuevos centros, una vez que en el período 84-86 se ha puesto en marcha el grueso de los mismos. Un objetivo razonable en este terreno sería conseguir que, al final de esta legislatura, estuviese atendida por estas instituciones un 50 por ciento o más de la población, acercándonos al óptimo del 65 por ciento, en virtud del mapa sanitario disponible. El resto de la población seguiría atendida con la organización tradicional, me refiero al restante 35 por ciento.

La consolidación y apertura de estos centros no limitará la apertura de nuevos hospitales, pero se antepone a ésta, teniendo en cuenta la existencia de una red hospitalaria que comienza a ser suficiente, con ciertas necesidades geográficamente muy localizadas. Dentro de esta estrategia, se considera necesario reforzar la coordinación con las clínicas privadas, actualizando el sistema de conciertos para estimular la rentabilidad de las mismas y que puedan desempeñar su papel complementario con el sector público.

En cuanto a las listas de espera, que son un instrumento de detección de deficiencias de organización y funcionamiento, además de una fuente de insatisfacción para el usuario, el objetivo es reducirlas en las especialidades como cirugía, traumatología, oftalmología —en todo lo que no sea una patología médica— y en todas aquellas que no presenten déficit estructurales de profesionales. En las restantes, se insistirá en la formación de otros nuevos, como ya ha empezado a realizarse en la convocatoria MIR para 1987-90.

Prevención y promoción de la salud. En el actual desarrollo del aparato sanitario español, los rendimientos de la mejora de las estructuras curativas comienzan a ser cada vez menores, siendo previsible que en un plazo, no excesivamente largo, se llegue a un cierto tope, tal como está ocurriendo en otros países industrializados.

Por lo tanto, al margen del debate que pueda suscitarse en torno a nuevas prestaciones y su alcance, como es el caso de la salud mental y la buco-dental, conviene ir sentando las bases de una política de promoción, asentada y permanente, cuyos resultados no podrán obviamente obtenerse en la presente legislatura, sino mucho más tarde. Esta política debe partir de una mejora de la información epidemiológica y sanitaria en general, por lo que hay intención de reforzar todos los mecanismos de coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y Sociedades Científicas, además de mejorar el aprovechamiento, hoy insuficiente, de la información disponible en la red primaria y hospitalaria del INSALUD. En este

terreno se pretende utilizar preferentemente la red de atención primaria, aunque sin olvidar los instrumentos educativos y de difusión social. Las actuaciones preventivas se agruparán en grandes programas relacionados con los grupos de riesgo y las principales causas de morbimortalidad y, en concreto, se ordenarán como sigue: Plan de lucha contra las enfermedades infecciosas: vacunaciones, zoonosis, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, etcétera. Plan materno-infantil, comprendiendo los aspectos de la fertilidad, la contracepción, el embarazo, la subnormalidad, las vacunaciones, la salud dental infantil y los tumores femeninos. Plan tendente a orientar los hábitos de vida, con objeto de prevenir las enfermedades cardiovasculares, las derivadas del consumo excesivo del tabaco y el alcohol y las de hábitos nutricionales erróneos. Plan de prevención de accidentes laborales y de circulación. Plan de educación para la salud, dirigido a estimular hábitos saludables entre niños y jóvenes, comprendiendo la educación nutricional, la sexual y la dirigida a evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco y el de drogas.

Estas actuaciones constituirán una prioridad durante la presente legislatura, dentro de un mensaje de promoción de una vida sana tendente a mejorar los indicadores de salud actuales, que son ya positivos, pero que pueden deteriorarse si no se conservan ciertos hábitos de nutrición tradicionales y de comportamiento, sobre todo en las capas más jóvenes de la población. Ese mensaje será puesto en relación con la valoración y defensa del medio natural, cada vez más acusada en nuestra sociedad y más aún en otras sociedades industrializadas. Esta valoración supone en el campo de la sanidad una tendencia a moderar el consumo de medicamentos y de medios diagnósticos y a superar ciertos métodos de curación tradicionales y naturales, hoy en trance de reinstauración en todo el mundo por recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Planificación sanitaria y constitución del Sistema Nacional de Salud. Es un hecho comprobado que la planificación sanitaria y la gestión de las prestaciones asistenciales no han discurrido siempre por caminos convergentes y complementarios en España. Esta situación ha supuesto la aparición de duplicidades, carencias y solapamientos entre las redes sanitarias del sector público y las del sector público y el privado. Para evitar esto se exige una planificación global que permita ordenar los recursos y las inversiones. Por otra parte, el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas y el estricto cumplimiento de la ley General de Sanidad ha supuesto la aparición de estructuras sanitarias en las Comunidades Autónomas en función de sus respectivas competencias estatutarias que hacen precisas, para dar cumplimiento al imperativo constitucional, pautas de coordinación que permitan conformar un sistema sanitario coherente a nivel de todo el Estado.

Por último, los decrecientes beneficios sanitarios esperables de las nuevas inversiones nos orientan a la mejora del rendimiento de los recursos disponibles por la vía de una organización más ordenada, que responda a una po-

lítica de planificación global de todo el sistema sanitario.

Estas tres circunstancias, la articulación del sector público y del sector público y privado; la coordinación de los dispositivos sanitarios del Estado y de las Comunidades Autónomas y la racionalización de los recursos son los fines últimos del Sistema Nacional de Salud. Esta actitud se concretará en la puesta en marcha del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud —donde están presentes las Comunidades Autónomas y la Administración Central— previsto en la ley General de Sanidad y que supondrá que las decisiones en el sector sanitario se adopten coordinadamente de acuerdo con una planificación global de todo el Estado.

Actuaciones en el campo farmacéutico. En el campo farmacéutico, al margen de la Ley del Medicamento cuyo contenido se ha mencionado, se seguirá avanzando en las mismas líneas de la legislatura pasada, siguiendo las recomendaciones y directrices de la Comunidad Económica Europea que nos obligan. Esto supone actuar en orden a evitar los riesgos de la medicación innecesaria o excesiva; mejorar el control de la seguridad y eficacia de los medicamentos ofrecidos en el mercado (esto supone mantener el programa «Prosereme», de acuerdo con la información técnico-científica disponible dentro y fuera de nuestro país); mejorar la información científica para la prescripción, dispensación y consumo de fármacos (seguirá, pues, actualizándose y difundiéndose la Guía Farmacológica); aumento de la transparencia y competencia en los mercados de productos farmacéuticos, al efecto de perfeccionar el proceso de formación de precios y contener el gasto farmacéutico del INSALUD; mejor control de las inscripciones registrales de nuevos medicamentos, acelerando el proceso de autorización y denegación y alineando los procedimientos y costes de aquéllos con los países de la Comunidad Económica Europea.

Actuaciones en materia de consumo. Las actuaciones en este campo podrían concretarse en los siguientes programas y objetivos. Revisión continuada y sistemática del Código Alimentario español, para adecuarlo a la normativa de la Comunidad Económica Europea, y aumentar la calidad y seguridad de nuestros productos. En este campo se pretende, además, introducir un sistema de alerta alimentaria como propone la Comisión de Bruselas. Desarrollo reglamentario de la Ley General para la defensa de los consumidores y usuarios una vez que se resuelvan por el Tribunal Constitucional los recursos planteados por Cataluña, País Vasco y Galicia. Continuación y potenciación de la ordenación de productos industriales y de servicios, con la promulgación del conjunto de proyectos actualmente existentes: reparación de electrodomésticos, gases licuados de petróleo, etiquetado de productos industriales, tintorería y algunos otros en fase de borrador. Fomento de las organizaciones de consumidores y apoyo a las corporaciones locales, con objeto de alcanzar un incremento paulatino de la presencia de estas asociaciones en la sociedad y continuar la política de apertura de oficinas municipales de información al consumidor. En este terreno, el lema seguirá siendo el de ayudar a los consumidores a protegerse a sí mismos, agrupándose en asocia-

ciones. Cooperación y coordinación con las Comunidades Autónomas, intensificando las actuales jornadas mensuales y utilizando las mismas como foro de diálogo y cooperación. Por último, desarrollo de la política de fomento de la calidad en todo tipo de productos.

Plan nacional sobre drogas. En el terreno normativo caben destacar las siguientes actuaciones previstas. Adecuación de la legislación vigente a la normativa internacional; regulación básica para la autorización y acreditación de centros de atención a drogodependientes.

En el terreno de la prevención se pretende intensificar la especialización y coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado; prestar especial atención a grupos de población cuya actividad fundamental es el tráfico de drogas; desarrollar e intensificar las acciones de la educación preventiva y, por último, desarrollar programas que favorezcan y estimulen la participación ciudadana.

En cuanto a la asistencia y reinserción social, se pretende consolidar y completar la red pública de servicios de asistencia al toxicómano; establecer en todas las Comunidades Autónomas sistemas estandarizados de notificación de registros, así como evaluación de métodos asistenciales, apoyar una mayor diversidad de modelos de tratamiento y reinserción social, potenciando el papel de las Administraciones locales y la iniciativa privada sin fin de lucro, desarrollar programas experimentales con menores en régimen de reforma y toxicómanos en régimen penitenciario.

Por último, en el campo de la formación e investigación, se va a estimular la capacitación de profesionales y continuar apoyando la investigación básica en este terreno.

La nueva estructura orgánico-funcional del Ministerio de Sanidad y Consumo. Con objeto de disponer de una estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo más adaptada a los objetivos de mejora de la organización y gestión, así como más actualizada en cuanto a sus competencias, se ha procedido a su reorganización a través del Real Decreto de 19 de septiembre de 1986.

Las razones para ello han sido las siguientes: falta de correspondencia entre la importancia presupuestaria y la complejidad funcional del INSALUD y su rango. Dicho rango era de Dirección General, con otras dos Direcciones Generales adjuntas, lo que constituía un esquema atípico dentro de la Administración del Estado y de la Seguridad Social. La cesión antes mencionada a las Comunidades Autónomas de las competencias en materia de consumo, que hacían poco justificable una Secretaría General en este terreno. La Ley General de Sanidad obliga a crear órganos de coordinación con Comunidades Autónomas y otros entes territoriales. La necesidad de un enfoque equilibrado dentro del organigrama entre la política de salud, con un mismo tratamiento a la asistencia y a la política sanitaria general.

El contenido de la reforma ha sido el siguiente: las Secretarías Generales del Consumo ha sido suprimida, reforzándose las competencias del Instituto Nacional de Consumo y de la nueva Dirección General de Salud Alimen-

taria. Creación de una nueva Secretaría General de Asistencia Sanitaria con tres divisiones o Direcciones Generales: de Programación Financiera, de Recursos Humanos e Instituto Nacional de la Salud, ostentando el Secretario General la presidencia ejecutiva de este organismo. Potenciación de la Dirección General de Planificación Sanitaria, que se ha convertido, quizá, en la dirección más estratégica del Departamento, coordinando los planes sanitarios y los asistenciales y coordinando igualmente los planes de Estado y de las Comunidades Autónomas. Esta Dirección también elaborará los planes concretos, en virtud de los movimientos de población y morbilidad futuros.

Por último, se han creado la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales y el Instituto Carlos III previsto en la misma Ley General de Sanidad.

Conclusiones. En definitiva, después de la etapa de reformas institucionales y la creación de nuevos marcos jurídicos, que fue labor de la legislatura anterior en todos los ámbitos competenciales del Ministerio de Sanidad y Consumo, la presente legislatura será más bien de asentamiento, aplicación y desarrollo de esas reformas. Todo ello dentro de un clima de diálogo y comunicación con todas las partes implicadas, como ya se ha puesto de manifiesto en los últimos dos meses.

En esta tarea espero contar con el apoyo, el estímulo en forma de crítica y la colaboración de esta Cámara. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Una vez finalizada la intervención del señor Ministro, se va a levantar la sesión por un período de quince minutos, que procuraremos que sean exactos, habiendo, después, como ya anuncié al principio, intervención de los Grupos Parlamentarios.

Rogaría a los señores portavoces que vayan a intervenir que hagan el favor de comunicar su nombre a la Mesa para poder realizar su identificación con fluidez.

Se levanta la sesión durante quince minutos. **(Pausa.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la sesión.

Ruego a los Grupos Parlamentarios que tengan intención de intervenir que así lo señalen a la Mesa. **(Pausa.)**

Por un tiempo de diez minutos, tiene la palabra el señor Bernárdez Alvarez.

El señor **BERNARDEZ ALVAREZ**: Señor Presidente, señorías, señor Ministro, muchas gracias por su comparecencia.

Yo, como sanitario, necesito bastante moral para seguir confiando en que la sanidad española va a mejorar y, desde luego, no me cierro a la esperanza. Como usted, señor Ministro; ha hecho una valoración de la legislatura anterior, yo tengo que decirle que hace cuatro años llegaba al Ministerio un Ministro de Sanidad tan profano en la materia como lo es usted (esto no es ninguna ofensa, usted lo ha dicho en sus declaraciones); ese Ministro se rodeó de gente que si no era profana por lo menos se notaba que

su visión en la sanidad era más economicista que sanitaria, porque parece ser que en este país se puede despilfarrar en todo menos en sanidad; en sanidad hay que ahorrar aunque sea a costa del servicio.

A pesar de todo, también hace cuatro años confiaba en el señor Ministro, porque me parecía un hombre de diálogo, y confiaba en que su contacto con los sanitarios le iluminase. No fue así, las tensiones con los sanitarios fueron constantes y el resultado está ahí.

Hoy usted ofrece también un diálogo, que espero sea más verdadero que el que ha habido hasta ahora, porque el resultado es que la sanidad hoy está peor que hace cuatro años. Yo me dejaría de indicadores, de buscar estadísticas y me fijaría en lo que la gente ve, y lo que ésta ve es que las listas de espera no es que persistan, es que ustedes las han llevado de las residencias también a los ambulatorios; ahora también hay listas de espera en los ambulatorios. En las residencias cada día hay más enfermos en los pasillos. Me remito a la experiencia de Orense, allí no hay más que entrar para verlo.

Con las jerarquizaciones veo que no se aclaran, hay conflictos constantes; usted conocerá, señor Ministro, el conflicto que hay en estos momentos en la Residencia de Lugo.

Yo ya sé que a usted no le preocupan demasiado las listas de espera, porque cree que no son muchas las personas que hay en ellas; usted dijo hace pocos días en unas declaraciones que sólo había 80.000, ¿le parecen pocas 80.000?

Con respecto a la valoración de la etapa anterior, no puedo estar de acuerdo con usted, pero lo que no le puedo negar es un margen de confianza, ya que su programa me parece correcto.

Ha hablado de un Estatuto del Personal Sanitario que a mí me parece importantísimo, ya que al sanitario hay que darle moral. Yo, francamente, señor Ministro, cuando pongo mi salud en manos de un médico especializado en una residencia, o cuando me voy a operar y estoy entre la vida y la muerte, pienso que aquel señor, que ha necesitado de una gran especialización y que está allí con una dedicación plena y cobra el sueldo que cobra, no puede estar satisfecho. Por tanto, a mí me parece bien lo que ha dicho en cuanto al nuevo sistema retributivo. Ha hablado de una prestación de servicios flexible y moderna, y también me parecen bien genéricamente las actuaciones expuestas en el campo farmacéutico, en el campo de la droga. Lo malo va a ser a la hora de aplicarlo.

Yo quisiera hacerle unas preguntas concretas, referidas más bien al mundo farmacéutico, al que yo pertenezco. Hace pocos días leíamos en la prensa, por ejemplo, el tema referido a las irregularidades en la mayoría de los herbolarios de Madrid, en el que hay un gran vacío legal. Yo le preguntaría al señor Ministro si piensa legislar algo sobre este tema

Hay un tema que me preocupa desde hace tiempo, el de los productos zoo-sanitarios. Hago estas preguntas porque el señor Ministro no ha hablado de ello. Desde enero de 1981, en que salió un Decreto regulando este tema —decreto que fue completado el 2 de abril de 1982—, en

el que se daba un plazo de un año para regular la distribución de estos productos, puedo decirle que el 3 de marzo de 1983, el anterior Ministro me decía en el Senado: el plazo de tiempo se nos acaba. No hemos heredado sistemas de trabajo o, al menos no los tenemos y tal como usted sugiere hay que hacer una regulación sobre este aspecto.

Han pasado cuatro años, señor Ministro, y yo creo que ya no se le puede echar la culpa a la herencia. Creo que siguen sin fijarse en este momento los requisitos que deben tener las entidades o agrupaciones ganaderas para poder distribuir especialidades farmacéuticas de uso veterinario.

Me gustaría saber también qué opina sobre ese tema tan regresivo que se introdujo en el Senado en la Ley de Sanidad: las listas negativas de medicamentos, que significan la vuelta al famoso petitorio. Me gustaría saber, repito, cuál es la postura del señor Ministro sobre este tema.

Me surgen muchas preguntas sobre la Seguridad Social, señor Ministro, pero reconozco que usted ha llegado al Ministerio, según se definía usted el otro día, como un opositor. Por tanto, no quiero entrar en temas muy concretos.

Si hay un tema genérico referido a la prestación farmacéutica de la Seguridad Social. Usted sabe, señor Ministro, que la prestación farmacéutica, de una gran importancia sanitaria y económica, está regulada por un concierto entre el Consejo General Farmacéutico y el INSALUD. Pues bien, señor Ministro, hay un organismo que tiene que velar por que se cumpla, que es la Comisión Mixta Central de Farmacia.

¿Usted sabe, señor Ministro, que esta Comisión, que debe reunirse reglamentariamente todos los meses, no se reúne hace tres años? Mejor dicho, se reunió dos o tres veces durante las elecciones, pero lleva tres años sin reunirse y las decisiones se están imponiendo unilateralmente. ¿Piensa hacer algo para que esta Comisión se reúna?

Otra pregunta que siempre me ha preocupado: ¿Por qué en los Presupuestos del Estado figura siempre una cifra para medicamentos mucho menor de la que sabe con toda seguridad que van a gastar?

Señor Ministro, en los Presupuestos del año 1987 figura una cantidad que es el 3,44 por ciento menos que la que se gastó, no ya en el año 1986, sino en el año 1985. ¿A qué es debido esto, porque luego se habla de desviación del gasto farmacéutico? No hay desviaciones, hay mal Presupuesto.

Otra pregunta que sí considero muy grave, señor Ministro. El 10 de agosto de 1985, por Orden Ministerial, se modificaron los márgenes profesionales de los farmacéuticos por dispensación de medicamentos. Esta Orden fue recurrida por el Consejo General Farmacéutico y el 9 de mayo de 1986 la Sala Tercera del Tribunal Supremo ha dictado auto por el que se declara en suspenso la citada Orden Ministerial. Este auto fue comunicado al Gobierno el día 6 de junio y en él se establecía un plazo de dos meses. Hasta el 6 de agosto tenía de plazo el Gobierno para suspender la mencionada orden. Yo veo con estupor, fran-

camente, que un Gobierno no cumpla una sentencia del Tribunal Supremo. ¿Me podría explicar el señor Ministro las razones?

Por último, señor Ministro, yo, como Diputado nacionalista gallego, ¿cómo no le voy a hacer una pregunta referida a Galicia? ¿Qué pasa con las transferencias del INSALUD a Galicia? He estado cuatro años en el Senado, he hecho sucesivas preguntas al Gobierno sobre este tema y siempre se me ponía como plazo el 1 de enero del año siguiente en que hacía la pregunta. Han pasado cuatro años y en Galicia estamos sin el INSALUD. Usted sabe que la Xunta ha hecho un requerimiento al Gobierno; éste creo que ni le ha contestado, ya que hace pocos días se ha presentado un conflicto de competencias en el Tribunal Constitucional.

Nada más, muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Bernárdez.

Por la Agrupación Izquierda Unida-Esquerri Catalana, tiene la palabra el señor Espasa Oliver.

El señor **ESPASA OLIVER**: Gracias, señor Presidente.

Señor Ministro de Sanidad y Consumo, usted, al inicio de su intervención ha hecho una afirmación, no sé si inquietante o constatando simplemente un hecho. Usted ha dicho que la actuación y el programa socialista en materia de sanidad en la anterior legislatura y en la actual había implicado o implicaba una importante revisión de los proyectos socialistas sanitarios tradicionales. Yo no sé si usted decía esto porque conocía la resolución del XXXIV Congreso de la Unión General de Trabajadores, donde rechazaba la Ley General de Sanidad y pedía, como otras organizaciones sociales, otros partidos políticos y otras agrupaciones progresistas, formaciones sociales, culturales y científicas de nuestro país un auténtico servicio nacional de salud y no el sistema nacional de salud que finalmente ha configurado la Ley General de Sanidad. Yo no sé si usted decía por eso lo de la revisión de los proyectos socialistas tradicionales, pero en todo caso a mí me ha parecido entenderlo.

Quisiera centrar mi intervención en aspectos eminentemente políticos de lo que ha sido su exposición y de lo que, en mi opinión, ha sido el balance de la actuación en estos cuatro años y lo que usted nos ha anunciado que va a ser el proyecto de actuación en los próximos años.

Primer aspecto: universalización de la cobertura sanitaria. Usted ha insistido mucho en esto y se nos dice repetidamente que la cobertura ha pasado del 85 al 95 por ciento de la población y que así se consagra en la Ley General de Sanidad.

Señor Ministro, esto es una afirmación sólo cierta a medias. Sólo cierta a medias porque es verdad que en la Ley General de Sanidad se habla de la incorporación de los antiguos padrones de beneficencia municipal a la protección que ofrece la Ley General de Sanidad; pero no es menos cierto que en la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local se ha eliminado la responsabilidad de los Ayuntamientos sobre los padrones municipales de beneficencia

y, en cambio, no se ha instrumentado, hasta este momento en que este Diputado está hablando, ningún procedimiento legal para hacer el traspase legal de los padrones de beneficencia a la cobertura de la Ley General de Sanidad. Por lo tanto, decir que están cubiertos estos ciudadanos, los más pobres, los más necesitados, los más desvalidos, es una verdad a medias, señor Ministro. Están cubiertos en los Ayuntamientos de izquierda, generalmente comunistas o socialistas y comunistas gobernando juntos, donde se toma la iniciativa de gestión de amparar a estos colectivos, pero no hay ninguna iniciativa legal (Decreto u Orden) que regule esto que tan pomposamente afirma la Ley General de Sanidad y que usted aquí ha repetido de nuevo. Por lo tanto, eso es la extensión al 95 por ciento, que yo desearía que fuese ya al cien por cien, como creo que usted, por ahora, y según mis conocimientos, no tiene instrumentación legal. Y como aquí estamos en la Cámara legislativa, señor Ministro, habría que precisar un poco más las afirmaciones que se hacen, puesto que no se trata aquí de hacer discursos políticos, sino de verificar los ajustes de lo que se dice con lo que es la normativa legal imperante. Y repito, no existe ninguna norma que permita decir que hoy las personas acogidas hasta ahora al padrón de beneficencia municipal tengan garantizado legalmente su acogimiento por la Ley General de Sanidad. Por tanto, esta famosa ampliación —que también deseo tanto o más que usted— no se ha dado por ahora en el terreno legal. Y éste es un hecho importante, porque quizá explica esta especie de multiplicación de panes y peces a la que se nos pretende hacer asistir cuando se dice que ha aumentado la población protegida, que hemos gastado cada año menos y estamos cada vez mejor. Realmente, si no es con una gran dosis de credibilidad o de fe, cuesta entender estas afirmaciones, porque, por muy hábiles que sean los gestores del Ministerio —y yo no lo pongo en absoluto en duda—, es difícil de creer cómo un aumento del 10 por ciento de la población protegida y una disminución constante del gasto sanitario por persona, sólo debido a la buena gestión, los números puedan cuadrar.

El segundo aspecto en el que quería centrarme es en el de la instrumentación económica de la reforma sanitaria. Usted, señor Ministro, nos ha dicho que los niveles de salud en Europa son similares y, en cambio, los gastos en salud son bastante disimilares; esto es cierto. Nos ha citado como ejemplo el del Reino Unido de Gran Bretaña, y nos ha venido a decir que en España estamos gastando lo mismo que se gasta en el Reino Unido. En primer lugar, creo que esto no es exactamente así, señor Ministro y, en segundo lugar, lo que es en absoluto disimilar es el grado de satisfacción que la población tiene con el servicio nacional de salud inglés un auténtico servicio de salud, donde todas las encuestas y todos los expertos reconocen que más del 85, hasta el 90 por ciento de encuestados manifiesta su plena satisfacción con el servicio sanitario inglés. Yo le invito —casi me atrevo a decirle que no le invito— a que haga usted una encuesta similar con nuestro actual sistema sanitario y, evidentemente, no llegaríamos, ni mucho menos, a estas cotas. Por tanto, estas

comparaciones hay que hacerlas en todo el abanico, no simplemente en un aspecto numérico.

Segunda cuestión, políticamente relevante; usted nos dice que sólo aumentará el gasto en salud. Yo creo que el gasto en salud debe aumentar —después le diré por qué y le pondré algún ejemplo de un país vecino y cercano, como Italia— si disminuye la crisis, si el efecto moderador de la Ley de Pensiones de 1985 se hace sentir sobre la Seguridad Social y si disminuye el paro. Yo le rogaría, señor Ministro, que coordinase más sus afirmaciones con las del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, que el otro día en la Cámara nos quería hacer ver y creer que la Ley de Pensiones de 1985 era lo mejor de lo mejor para los pensionistas. Usted nos acaba de decir que, en la medida en que la Ley de Pensiones recorte las pensiones, va a tener usted más dinero para la Sanidad. **(Rumores.)** Creo que deberían coordinar un poco más estas afirmaciones.

Y una tercera cuestión, señor Ministro, en el ámbito de la instrumentación económica —y con toda cortesía y sinceridad, señor Ministro—, le preguntaría —y me ofrezco a ayudar en todo lo que pueda en esto— cuándo el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y el señor Ministro —y me gustaría mucho que fuese usted mismo— pasará a ser un Ministro de primera y no un Ministro de tercera. Me estoy refiriendo al circuito complejo que los recursos económicos que van a Sanidad efectúan de la Tesorería del Estado a la Seguridad Social, de la Seguridad Social al INSALUD. Usted nos ha dicho que el gasto del INSALUD este año va a ser de un billón 170.000 millones de pesetas, y la aportación del Estado a la Seguridad Social este año va a ser de un billón 200.000 millones de pesetas. Habría llegado el momento en que podría desgajarse completamente el INSALUD, publicarlo realmente, fiscalizarlo realmente en cuanto al origen de sus ingresos y, por tanto, universalizarlo realmente en cuanto al objetivo de sus prestaciones. Hoy esto, financiera y contablemente, se puede hacer. Mi pregunta es: ¿Por qué no se hace? ¿Se va a hacer? ¿Se va a emprender? ¿Se va a convertir el Ministerio de Sanidad en un Ministerio con acceso directo al gasto dentro del marco de su presupuesto o continuará siendo un Ministerio doblemente controlado por la Intervención General del Estado y por la Intervención de la Seguridad? Es decir, ¿pasará a ser usted —yo quiero que usted lo pase— a ser, señor Ministro, un Ministro de primera o continuará siendo un Ministro de tercera?

Ha anunciado, señor Ministro, que el aumento del gasto en Sanidad va a ser del 11 por ciento. Esta es, en mi opinión también, señor Ministro, una afirmación que queda a mitad de camino de la verdad, porque el 11 por ciento quizá lo ha dicho usted sobre lo presupuestado de 1986, pero yo tengo aquí las cifras del presupuesto liquidado de 1986. Y el liquidado sobre el presupuestado, ¿sabe usted a cuánto asciende? Claro que lo sabé. Asciende al 11 por ciento. Por tanto, el aumento anunciado del 11 por ciento sobre el liquidado es 0 por ciento de aumento. Yo creo que las afirmaciones que hace un Ministro deberían ajustarse lo más posible a lo que son los hechos reales, no a lo que son los deseos, que yo no dudo, que usted quisiera,

como debería inexcusablemente ser, aumentar el gasto sanitario en nuestro país, que es ridículamente bajo con respecto a la media europea, y aunque es cierto que no el aumento de gasto asegura aumento de niveles de salud mejores **(Se produce un corte de luz en la sala de la Comisión.)**, sí es cierto también que nuestro nivel de gasto sanitario es muy bajo y, por tanto, sin aumento del gasto sanitario es imposible —y ahí quería centrarme para terminar este apartado y creo que ya mi intervención, porque estoy consumiendo todo mi tiempo— en cuanto a la instrumentación de la reforma sanitaria. Señor Ministro, sin un incremento del gasto no va a haber reforma sanitaria en positivo. En países vecinos, como Italia, la reforma sanitaria ha implicado un incremento del gasto sanitario, y, si no es así, no hay reforma sanitaria posible. Lo demás es hacer malabarismos, es formular buenas intenciones, de las que yo en absoluto dudo, pero sin un incremento, que no cifro, del gasto sanitario, es impensable plantear una reforma sanitaria progresiva y positiva.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER**: Sí, señor Presidente. Pero la ausencia de luz dificulta la lectura de mis notas.

Para terminar, el tema de la asistencia primaria. Estoy de acuerdo con usted, señor Ministro, en que la accesibilidad y el rendimiento general de nuestro sistema hospitalario es aceptable, y me atrevería a decir más que aceptable, y, por tanto, el problema fundamental se centra en la asistencia primaria. Ahora bien, con el número de centros de salud o bien construidos o bien puestos en marcha funcionalmente hoy existentes, veo muy difícil que se cumpla su propósito de que el 50 por ciento de la población al acabar la legislatura esté atendida por este nuevo hacer, por esta nueva concepción primaria de los equipos de salud y, además —y con eso vuelvo y cierro el ciclo de mi intervención al tema de la instrumentación económica, porque creo que es lo que está en la base de todo, señor Ministro—, con las actuales y previstas retribuciones en asistencia primaria y en asistencia hospitalaria es imposible plantear una reforma sanitaria en positivo. Simplemente citaré un dato: en Italia, un médico de medicina general que dedique todo su tiempo a la asistencia primaria cobra entre dos y tres veces, lo que cobra un médico español que dedica dos horas en el régimen anterior o que, incluso, con las retribuciones de los centros de salud pueda dedicar siete horas o cuarenta horas semanales; entre el doble y el triple, señor Ministro. Italia no es tan diferente de España, señor Ministro. Sin instrumentación económica no habrá reforma sanitaria. Lo demás es trasladar sobre la conciencia de los profesionales y sobre su deseo de actuar y de trabajar bien en Sanidad unos imposibles de realizar.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Espasa.

Por la agrupación PDP, la señora Salarrullana tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Gracias, señor Presidente.

Señor Ministro, yo no pertenezco al mundo sanitario y, por tanto, no soy una técnica, pero puede que tenga la ventaja de que puedo resultar, a lo mejor, más objetiva.

De acuerdo con la intervención que ha hecho el señor Ministro, que ha dedicado tres cuartas partes de la misma a hablar de la política sanitaria anterior y una mínima parte a hablar de la política futura que va a seguir, yo también me voy a centrar un poco en esto, porque en la futura le voy a dar un cierto voto de confianza. Y digo «un cierto voto de confianza», porque se le ve a usted tan satisfecho de lo que se ha hecho en los años anteriores que difícilmente va a rectificar los errores que hay en estos momentos en la política sanitaria española. Solamente le voy a hacer tres o cuatro observaciones. La primera de ellas en lo que se refiere a los centros de salud.

En el «Boletín Oficial del Estado», los centros de salud, efectivamente, están plasmados con toda corrección en cuanto a su estructura, sus efectivos humanos y en cuanto a sus programas. Pero otra cosa muy distinta es lo que pasa en la práctica.

Señor Ministro, los centros de salud urbana no se diferencian de los antiguos ambulatorios más que en el letreiro de la puerta; lo demás sigue con los mismos problemas y defectos, y ya no le digo nada en cuanto a los rurales. En este momento, el personal sanitario de los centros rurales son los únicos españoles que trabajan las veinticuatro horas al día de los trescientos sesenta y cinco días del año; tienen una jornada laboral de ocho de la mañana a cinco de la tarde, y durante esa jornada laboral tienen que atender a su consulta, puesto que ellos son también médicos titulares de pueblo, a las visitas domiciliarias y, además, a las urgencias que se produzcan en esos momentos, y a partir de las cinco de la tarde entran automáticamente de guardia hasta las ocho de la mañana del día siguiente. Usted me dirá que se reparten entre otros médicos las guardias, pero resulta que se les acumula el trabajo. Si, por ejemplo, un médico dice: Yo hoy trabajo tres pueblos y descanso un día, a mí me da exactamente igual, porque, en primer lugar, el enfermo está peor atendido, puesto que se le ha acumulado el trabajo, y el médico no descansa tampoco ni el ATS. Por esta labor se les da un sobresueldo de unas 6.000 a 8.000 pesetas en los centros rurales normales.

La segunda observación que le quería hacer es en cuanto a lo que ha dicho de la humanización de los centros hospitalarios. Desgraciadamente, tengo la experiencia de haber estado hace muy poco tiempo cinco meses en un centro hospitalario del INSALUD con un familiar con una enfermedad muy grave y puedo decirle que me dio tiempo de observar muchas cosas. La humanización de un centro no se soluciona con encuestas, encuestas que, por supuesto, no leen. Yo tengo la prueba clarísima, puesto que todas las semanas nos pasaban la misma encuesta y todas las semanas contestábamos las mismas cosas, y no se solucionaron.

No puede haber humanización en un centro hospitalario, mientras un enfermo grave esté en una misma habi-

tación que un enfermo leve; mientras un enfermo que va a ser dado de alta esté en la misma habitación con uno que acaban de traer del quirófano. Ya sé que son detalles pequeños, pero ésa es la humanización de los hospitales. La intimidad que necesita un enfermo grave no puede ser compartida con las visitas y la televisión que tiene un enfermo leve, que también tiene derecho a usarla. Tampoco puede haber humanización en el hospital, mientras existan lo que se llaman, y usted lo sabe, ya que está, incluso, institucionalizado en los organigramas de los hospitales, lo que se llaman las camas cruzadas. En esas camas cruzadas donde se aumenta la habitación de tres camas hasta cinco, de dos camas a cuatro, y que existe en todos los centros hospitalarios; el enfermo no tiene ni luz, ni mesillas, ni oxígeno, ni timbre y algunas veces con una alargadera se les pasa por encima del otro enfermo. Eso no es humanización de un hospital.

La tercera observación que le quería hacer... **(Se produce un corte de luz en la sala de la Comisión.)**

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Aquí tampoco hay luz... **(Risas.)**

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Aquí tampoco hay luz, pero no estamos en camas cruzadas, señor Ministro. **(Risas.)**

En cuanto a la racionalización del gasto, yo no le iba a hablar más que de un pequeño detalle, y le propongo al señor Ministro una cosa muy casera: busque usted una persona que se dedique a ahorrar lo que se despilfarra en todos los centros hospitalarios para poder dedicar ese dinero a lo que verdaderamente hace falta: aparatos, instrumentos infrautilizados o sin utilizar y, sobre todo, material que se despilfarra. Yo le puedo decir al señor Ministro que después de cinco meses en un hospital podía haber montado una farmacia con todo lo que se habían dejado en la habitación.

Querría referirme también a unas carencias que he visto en su exposición, es posible que a lo mejor no le haya dado tiempo. Una, no ha hablado usted nada del gran problema que tiene en estos momentos la sociedad española sobre los enfermos crónicos y sobre la geriatría. Estamos con una ausencia total de red de hospitales geriátricos. Por los adelantos de la medicina precisamente, a pesar de los defectos que tenga la sanidad, la población española está aumentando muchísimo en su edad media de vida. Ya no se habla sólo de la tercera edad, sino que se está empezando a hablar de la cuarta edad. Hay un gravísimo problema cuando uno de estos enfermos o ancianos necesita hospitalizarse.

Tampoco le he oído hablar —o por lo menos yo no me he dado cuenta si lo ha dicho— sobre la formación profesional del personal sanitario. Quería decirle que para los Diputados del PDP, que hemos estudiado esto con mucho interés, nos parece que esa formación se debía descentralizar. A mí no me sirve que se hagan unos maravillosos cursos de formación de tres, seis, nueve meses o un año en Madrid, puesto que no hay ninguna persona, ni ningún médico, ningún ATS, ningún auxiliar que pueda

pedir permiso y venirse a Madrid y ausentarse de su trabajo durante ese tiempo. En los hospitales del INSALUD hay suficientes medios técnicos y humanos como para que esos cursos se impartan allí, pero que se impartan con continuidad, no que sean unas charlas para salvar el expediente, unas conferencias para que los alumnos o asistentes obtengan un diploma que les sirva luego como el 0,25 para un baremo de méritos en un concurso o en una oposición.

En general, señor Ministro, ya le he dicho que le voy a dar un cierto voto de confianza para su futura política. Yo le aconsejaría que como una persona anónima, puesto que todavía no ha salido mucho en televisión y no se le conoce demasiado físicamente, se diera una vuelta por algún centro de salud y por algún centro de la Seguridad Social y se pusiera en la cola de una sala de espera, oyera a los usuarios y así se daría cuenta de verdad de cuáles son los problemas que tienen los enfermos, los usuarios españoles y las familias de los enfermos españoles, a las que también hay que contemplar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Sarrullana.

Tiene la palabra el señor Olabarria, por el Grupo Parlamentario PNV.

El señor **OLABARRIA MUÑOZ**: Gracias, señor Presidente.

Brevemente, puesto que yo tampoco soy un experto en temas sanitarios y no poseer, afortunadamente, buena salud, tampoco tengo la experiencia práctica, a la que mi compañera del PDP ha aludido para decirle que nuestro Grupo Parlamentario, en principio, no cuestiona su programa; por lo menos en cuanto a los epígrafes generales no lo ponemos en cuestión. Nos parece razonable y positivo en líneas generales.

Si hay que imputarle alguna crítica a su exposición, por parte de nuestro Grupo, es el tono quizá excesivamente optimista respecto a la coordinación con algunas Comunidades Autónomas. Desgraciadamente, hay problemas graves de descoordinación o de falta de acuerdo con algunas Comunidades Autónomas.

Al igual que a mi compañero Espasa, también me ha sorprendido notablemente el efecto que usted ha atribuido a la Ley de reforma de las Pensiones, de moderación del gasto público. Sí me gustaría que hiciera alguna matización ulterior por su parte respecto a cómo concibe usted el efecto de moderación del gasto público de esta Ley de Reforma de las Pensiones, puesto que sus portavoces reiteradamente han afirmado que esta ley no recorta las pensiones.

Sin más detalles previos, sí quiero hacer una pregunta puntual, que es la que fundamentalmente nos preocupa como Grupo Parlamentario en este momento.

Con el anterior titular del Ministerio de Sanidad y Consumo, el señor Lluch, el departamento del Gobierno Vasco, a través del Consejero de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, inició la negociación el año pasado de un convenio de colaboración de amplia estructura, en el que se

incluyesen cuestiones tan importantes para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios en Euskadi, nuestra Comunidad Autónoma, con redes sanitarias perfectamente diferenciadas, en el que se dilucidasen cuestiones tan conflictivas y problemáticas hasta el momento como a quién corresponde la competencia de ejecución, por ejemplo, a quién corresponde la competencia de inversión, por ejemplo, cuestiones que, si bien debían estar resueltas nada menos que desde el 7 de septiembre de 1979, en que el Real Decreto 2.209, de transferencias de materias de sanidad, atribuyó o delimitó competencias en esta materia, desgraciadamente la interpretación, la hermenéusis de este Decreto ha sido divergente por parte del Gobierno Vasco y por parte de la Administración central y los conflictos, como sabe el señor Ministro, han sido cuasi sistemáticos.

En este contexto, este convenio parece que iba hacia buen fin y parece que la actitud negociadora de ambos departamentos era la proclive para generar un acuerdo suficiente pero, desgraciadamente, las elecciones generales realizadas a las Cortes Generales frustraron toda esperanza de ultimar este acuerdo que parecía que iba por buen fin. Era un acuerdo tan importante que tenía la facultad de resolver cuestiones como a quién corresponde la planificación de la sanidad en nuestra Comunidad Autónoma, la ejecución de determinados servicios, a quién corresponde las inversiones fundamentales, otras inversiones de carácter accesorio, etcétera. Y no sólo eso, sino que este convenio posibilitaba, de alguna manera, o creaba los epígrafes generales de la posible transferencia del INSALUD, competencia no transferida en la actualidad a ninguna Comunidad Autónoma.

En este contexto, mi pregunta puntual —y con esto acabo mi intervención, que he prometido que iba a ser breve—, es si está el Ministro en la actualidad en la tesitura de reiniciar las conversaciones frustradas por el adelanto de las elecciones generales que resuelvan, en virtud de un convenio marco con nuestra Comunidad Autónoma y, lógicamente, con todas las demás con competencia en la materia, estas cuestiones, sobre las que su concreción es absolutamente necesaria para que las redes existentes e su potencial integración en una única red en el futuro tengan una funcionalidad adecuada y los conflictos de aplicación de servicios se minoren —quizá sea una utopía—, o, en el mejor de los casos, dejen de existir.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Olabarria. Por el Grupo Parlamentario-Minoría Catalana, tiene la palabra el señor Hinojosa i Lucena.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Ministro, gracias por su comparencia y por sus comentarios. Mi Grupo Parlamentario querría serle útil, ser útil a su Ministerio, y para ello querríamos saber exactamente qué es lo que va mal en su Departamento, cuáles son los problemas que usted se ha encontrado al hacerse cargo de su Departamento. Porque de la exposición que hemos oído, no calibramos cuál es el problema prioritario que usted ve en su gestión in-

mediata a corto o medio plazo. Nos parece que usted está feliz y contento con el resultado de la gestión anterior y, a lo máximo, nos está prometiendo una continuidad en su gestión, en la misma línea que el Ministro anterior, señor Lluh.

Nosotros no coincidimos en su visión rosada de la sanidad en España. Nosotros vemos que los ambulatorios siguen teniendo colas, que los servicios de urgencia se colapsan, vemos que para hacer radiografías hay que esperar a veces en una cola en una sala de espera, en una lista de espera de diez o quince días, vemos que el ciudadano no está mejor atendido en el aspecto sanitario que lo estaba antes. Nos preocupa esta dualidad de visión de la realidad, puesto que le creemos en la mejor buena fe, y si aquí hoy nos ha informado de lo que es un poco el resumen de la política anterior y también un poco las líneas maestras de su acción futura, nos parece que estamos en dos sociedades distintas, en las que habríamos de ver, de cazar, de alguna manera, la fotografía, la imagen, para que cuadre, y veamos dónde estamos. Porque no es posible que el señor Ministro tenga una visión tan optimista de la política sanitaria que se ha llevado hasta ahora en este país y, por lo que parece, se va a seguir llevando.

Y ya aprovecho para manifestar y para poner en evidencia hasta qué extremo ha sido eficaz la política sanitaria anterior, y temiéndome que vaya a seguir por la misma línea, por lo menos intentaré aprovechar esta intervención mía para beneficiar en lo posible a un colectivo español, que es un colectivo de celíacos, que son unos enfermos que hace dos años que pretenden (existe, señor Ministro, tengo un «dossier» a su disposición, pero creo que en su Ministerio también existe ese «dossier», existe una Sociedad Española de Celíacos, que son unos enfermos que no admiten diferentes productos, concretamente, el almidón procedente de algunas determinadas materias; fundamentalmente el que no admiten es el del Trigo) y llevan haciendo dos peticiones tan simples, tan sencillas como que en las etiquetas de estos productos aparezca el origen del almidón determinado, para lo que se nombró una Comisión interministerial, que finalmente acabó diciendo que era inviable, sin dar una respuesta del porqué era inviable la aparición en las etiquetas del origen de este producto, y, por otro lado, piden otra cosa tan simple y tan normal como que se legisle dónde se puede adquirir este producto. De momento se está adquiriendo en farmacias y en cualquier otro local, en otro tipo de locales, pero hay una disposición que obliga a que se venda sólo en farmacias, y el día que a alguien le dé por cumplir la normativa, los enfermos celíacos sólo podrán ir a determinadas farmacias y comprar este producto. Piden estas dos cosas tan simples, y han hecho todo un «dossier», y seguirán batallando, y han hablado con su Grupo Parlamentario, con el Grupo Parlamentario Socialista, y con otros Grupos Parlamentarios, también con el mío, y yo traigo a esta sesión este tema porque desespero de que tenga una respuesta este colectivo que, por no ser excesivamente numeroso —parece que sólo hay 50.000 en toda España— no ha merecido hasta ahora la atención de su Ministerio. Y lo pongo simplemente como ejemplo de que

hay temas concretos, determinados, en los que se podrían realmente ver la eficacia de una política sanitaria que hasta ahora no se ha ido viendo.

Esperamos —yo coincido con las señorías que han intervenido antes que yo, coincido con ellas en darle ese margen de confianza, pero es que son ya cinco años, prácticamente (cuatro y pico), de margen de confianza, esperamos que ahora sea de verdad y que la política sanitaria cambie radicalmente, para lo que el señor Ministro cuenta con nuestro más entusiasta apoyo en el futuro, cuando venga a esta Comisión, a presentarnos problemas concretos en los que realmente nosotros podamos ser útiles, porque de oírle una relación de éxitos y de problemas resueltos, bueno, está bien que se haga, pero lo que queremos es participar en la construcción de un mapa sanitario más correcto que el que tenemos hasta este momento.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Hinojosa. Por el Grupo Parlamentario del CDS, tiene la palabra el señor Revilla Rodríguez.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Ministro, en primer lugar agradecerle también su presencia y expresarle nuestra satisfacción por su comparecencia en esta Cámara.

Contra lo que en principio pudiera pensarse, nosotros creemos que su presencia, tras su reciente incorporación, da más interés todavía a la misma, porque se renueva la esperanza de que se inicie una política sanitaria distinta, una política sanitaria fundada en el conocimiento, fundada en el rigor y fundada en el realismo; realismo, para nosotros, realismo progresista, puesto al servicio de una mejora, fundamentalmente de la calidad asistencial, y no al servicio de una inconfesada debilidad en el manejo del asunto sanitario.

Se podrá interpretar, señor Ministro, el artículo 43 de la Constitución como se quiera, pero lo cierto es que hoy y ahora en nuestro país el artículo 43, y en lo que al Ministerio de Sanidad afecta, hay que entenderlo como el mandato de proteger la salud con medidas sanitarias, fundamentalmente sanitarias, ya sean educativas, preventivas o asistenciales. Yo subrayaría una vez más «asistenciales».

Mientras el Gobierno, mientras su Departamento no alcance credibilidad en este aspecto, en mejorar la asistencia, no dispondrá del crédito popular necesario para acometer o para basar cualquier otra iniciativa de tipo educativo y de tipo preventivo. Esto es una premisa aceptada en todo el mundo sanitario.

La situación en la cual usted llega, señor Ministro, es sencillamente calamitosa. En casi todos los órdenes de la sanidad se ha alcanzado, en nuestra opinión, el punto más bajo desde que se inicia la etapa democrática. Ha hablado usted, señor Ministro, de calidad asistencial, y yo diría más bien de penuria asistencial. Después de cuatro años, se advierte en España un penoso racionamiento encubierto de la asistencia sanitaria pública. Este racionamiento se expresa en las largas listas de espera, crecien-

tes listas de espera —y aquí permítame un inciso, señor Ministro, toda cuantificación de las listas de espera, y los que sabemos algo de sanidad lo hacemos técnicamente, significa ni más ni menos que una deshumanización de la medicina—, en el deficiente equipamiento de los hospitales públicos, en la masificación y las deficiencias de la asistencia primaria, donde hay una clara divergencia entre el número de enfermos y los dispositivos asistenciales y el número de médicos de que se dispone, y también en la expulsión del sistema sanitario de más de cuatro millones de españoles que han decidido pagar una doble asistencia: una, la pública, que no usan, y otra, la privada, que es la que usan.

Naturalmente que el racionamiento no afecta a los ricos; eso es cierto. Porque la pregunta, señor Ministro, es ésta: ¿Qué calidad es la que piensa alcanzar? ¿Una sanidad igual para todos? Es decir, una sanidad que no sea una sanidad para pobres, porque cuando la sanidad es mala, se convierte en una sanidad para pobres, que son los que no pueden eludirla, los que tienen medios, esos sí que la eluden y pasan a la sanidad privada. Y si va a mejorar la sanidad haciéndola igual para todos, ¿han pensado los efectos que puede tener el hecho de que más de cuatro millones de españoles, que pagan una segunda asistencia privada, decidan incorporarse al uso de la pública? ¿Han pensado que se produciría un bloqueo asistencial y funcional de la sanidad pública, de la Seguridad Social? ¿Han pensado que esos cuatro millones de españoles están pagando, en realidad, una subvención oculta de más de 130.000 millones de pesetas a la sanidad pública? ¿Qué piensan hacer, por ejemplo, con los funcionarios? ¿Retirarles el derecho que hasta ahora tienen de elegir o, por el contrario, extender ese derecho a todos los ciudadanos?

¿Qué armonización, según la Ley de Sanidad, tienen prevista? ¿Qué sistema realmente progresista piensan establecer que garantice la máxima calidad posible en nuestro país, también para los pobres, para los que no tienen medios? Que sea igual para todos, aunque todos no contribuyan del mismo modo, señor Ministro. Eso podría verse.

Ha hablado usted, y ya lo han dicho antes algunas señoras de universalización de la asistencia, de extensión de la asistencia primaria, de extensión de otras prestaciones, y lo ha hecho bajo el signo de la indefinición que ofrece la Ley General de Sanidad, una indefinición con la que es necesario acabar. La Ley General de Sanidad es un texto absolutamente descomprometido, no ofrece un solo punto de referencia a partir del cual se pueda saber en qué medida y cuándo será posible que toda la población española disfrute del derecho que la Ley pretende concederle. La aplicación de la Ley, como usted bien sabe, se condiciona a circunstancias tan diluidas, tan vaporosas, de tan subjetiva interpretación como el «proceso evolutivo de los costes», o las disponibilidades presupuestarias.

¿Qué se pensaría de una ley que reconociera el derecho de todos los españoles jubilados a recibir una pensión mínima de 100.000 pesetas, si dijera que eso se haría cuando las disponibilidades presupuestarias lo hicieran posi-

ble? Los recursos públicos son insuficientes, todos lo sabemos, no han aumentado prácticamente en los últimos años y la enorme magnitud del déficit público hace pensar que no aumenten mucho en los próximos. Pero por pocos recursos que haya es necesario planificar.

Yo en este momento deseo traer la cita, ya suficientemente conocida, del experto sanitario francés Malignac, que dice que sobre las generalidades y sobre los derechos que tiene cada ciudadano de recibir prestaciones sanitarias es fácil hablar, pero a la hora de formularlo, los autores de toda política sanitaria solamente lo harán si tienen en cuenta cuatro etapas: evaluar el coste total del programa, punto uno; definir las fuentes de financiación, punto dos; establecer los costes de oportunidad, punto tres, y precisar las formas y los plazos en los cuales serán suministradas las prestaciones sanitarias. Y la pregunta se hace obligada, señor Ministro: ¿puede estimar en qué año concreto será posible disponer de los recursos que permitan alcanzar la universalización real —no la que usted nos presenta— de la asistencia pública prometida por la Ley? Y si no puede estimarlo, lo cual significaría que el Ministerio de Sanidad carece de datos y bases fundamentales para llevar a cabo una planificación elemental, ¿por qué no se dice esto claramente a los españoles? ¿Por qué no se les dice la verdad: que la universalización, la extensión de la asistencia en sus distintos aspectos es hoy, y lo seguirá siendo, aplazada hasta una lejana fecha desconocida, quizá para ampliar el número de las promesas incumplidas del Gobierno del Partido Socialista?

Me preocupa, señor Ministro, que no ha hablado usted nada de las desigualdades sanitarias, y creo recordar que en unas recientes declaraciones suyas sí lo ha hecho. No sé si esto ha dejado de ser un objetivo importante para usted. Tanto en los índices de equipamiento asistencial como en los de mortalidad standard existen tremendas variaciones entre las distintas Comunidades Autónomas, entre las distintas regiones de nuestro país. En Galicia, por ejemplo, hay un índice de 4,15 camas hospitalarias por 1.000 habitantes, en Rioja o en Cantabria es de 8; en Madrid es de 6,6 aproximadamente. La media nacional, como usted sabe, es de 5,3. El índice de mortalidad standard es en Lugo de 11,1, pero en Madrid es de 6,6 y en Valladolid de 7,1. El índice de mortalidad infantil en Lugo es el 29,1; sin embargo, en Segovia es el 13,3 y en Cuenca es el 11. Se podrían multiplicar los ejemplos, pero hay otras desigualdades, que son las que afectan a los grupos sociales.

Señor Ministro, en el Reino Unido, que es un país donde la justicia social está más avanzada y donde llevan más tiempo aplicándola, los niños nacidos en familias de trabajadores no cualificados tienen cuatro veces más probabilidades de morir en el primer año de vida que los hijos de familias de profesionales liberales; los trabajadores no cualificados tienen dos veces y media más probabilidades de morir entre los 11 y los 44 años que los que son profesionales liberales; las tasas de mortalidad standard de los profesionales han mejorado, pero no han mejorado las tasas de mortalidad standard de los hijos de los peones y de los obreros no cualificados. Y si esto sucede en un país

como el Reino Unido, ¿qué garantía tenemos nosotros, donde no tenemos estudios, de que en los últimos cuatro años no ha sucedido lo mismo, si se tiene en cuenta que se ha reducido violentamente el poder adquisitivo de los trabajadores y además se ha aumentado el excedente empresarial? Es decir, los pobres se han hecho más pobres y los ricos se han hecho más ricos.

Y lo malo es que el sistema actual de financiación, basado en las cotizaciones sociales, impone el criterio de población protegida y no el criterio, mucho más justo, de necesidades sanitarias. La Ley General de Sanidad va, desgraciadamente, a consolidar esta situación. Y yo pregunto: ¿se piensa establecer algún mecanismo capaz de corregir este defecto perverso de la Ley? ¿Debemos aceptar que España estará cada día más lejos de alcanzar los objetivos establecidos para Europa por la OMS en su programa «Salud para todos en el año 2000», cuyo objetivo número uno es precisamente disminuir las desigualdades en un 25 por ciento?

El señor **PRESIDENTE**: Señor Revilla, ha acabado su tiempo.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Muchas gracias, señor Presidente.

Hablaba yo al principio de esperanza en que la política sanitaria cambie, y entre las cosas que deseamos que cambien está que el sector público de la asistencia sanitaria deje de ser campo de experimentación política, señor Ministro; que deje de colocarse, especialmente en los hospitales, al frente de responsabilidades sanitarias a quienes no disponen de conocimientos suficientes, a quienes no tienen capacidad de dirección ni convocatoria, a quienes desvían su atención hacia medidas políticas de todo tipo con las cuales se sienten más respaldados o con las que pretenden encontrar más fácilmente el favor de quienes les nombrarán.

Ha hablado usted de política farmacéutica. No se han corregido las enormes e inexplicables diferencias de precio de gran número de productos bioequivalentes. Hay dos Amoxicilinas, una a 664 pesetas, otra a 429. No se ha modificado la desastrosa lentitud en el proceso de registro de los medicamentos; no han vuelto a hablar absolutamente para nada de los genéricos, que parecía ser un objetivo importante; la distribución de los medicamentos, que hasta ahora funcionaba perfectamente, ha comenzado a hacer agua por ciertos ataques gratuitos que se han hecho contra los farmacéuticos.

La Sanidad es parte del sistema social, señor Ministro, esa es nuestra opinión, y es útil si sirve con su rendimiento a objetivos de transformación social, es decir, si reproduce las estructuras sociológicas que se van produciendo a medida que avanza el proceso democratizador. El panorama es desalentador, lo sabemos, señor Ministro, pero es la realidad y tenemos la obligación de explicarlo. Nosotros le damos nuestra bienvenida a la Sanidad, desearía que le gustara, que encontrara, en su complejidad y en la necesidad de aplicar sobre todo un sentido de justicia para trabajar en la misma, alicientes suficientes para

que se quedara en ella definitivamente y para desarrollar algunos aspectos positivos que en la parte más escasa de su disertación se apuntan en lo que realmente dice que pretende hacer. Que no le suceda como a otros que han pasado por la Sanidad como por un destierro, señor Ministro. En cualquier caso, puede contar plenamente con nuestra colaboración.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Romay.

El señor **ROMAY BECCARIA**: Nosotros nos sumamos también a las expresiones de gratitud al señor Ministro, como han hecho otros Grupos, por su presencia aquí, y también por la exposición que nos ha hecho sobre el balance de la gestión anterior y sobre sus propósitos para el futuro, que hemos oído esta mañana.

Gran parte de su intervención se ha dedicado a ese balance de la gestión del anterior Gobierno socialista en la legislatura pasada. Yo me atrevo a decir también, sumándome a alguna opinión que se ha dado ya en ese sentido, que ese balance es más bien en exceso triunfalista y que no es un buen comienzo, señor Ministro, porque yo creo que ese primer diagnóstico que tenía usted que hacer de la situación que se encuentra no ha sido acertado, por lo menos al cien por cien. Nosotros pensamos de distinta manera sobre lo que ha pasado en estos cuatro años.

Aquí tuvimos también gentilmente al señor Lluç en febrero de 1983. Entonces, la herencia no era ciertamente la que usted recibe ahora, se nos habló de grandes planes y de grandes programas. Los resultados yo creo que no se corresponden con aquellas previsiones y aquellas promesas. La acción legislativa de estos cuatro años, me atrevo a decir, ha sido más bien escasa y de resultados regulares. La Ley de Defensa del Consumidor yo creo que pasó por aquí sin pena ni gloria, la Ley General de Sanidad me atrevo a decir que paso con más pena que gloria y de la Ley del Medicamento no supimos nada. Entonces se permitió también un consenso. Yo pienso que ese consenso se trocó en muchas ocasiones en una conflictividad casi permanente con médicos, con farmacéuticos, con ATS y con Comunidades Autónomas, y la gestión, me parece, también ha dejado mucho que desear.

¿Cuales son los resultados? Pues los resultados creo que nos los dan los usuarios. En algún momento el Diputado señor De Vicente trajo al debate sobre esas cuestiones un dato verdaderamente dramático: hay millones de usuarios que, pudiendo utilizar la asistencia pública, sufragan a su costa los gastos de un seguro médico privado o acuden a la medicina privada directamente. Ese testimonio que ha sido recordado —cuatro millones de ciudadanos en este caso se nos ha dicho hoy— sigue aumentando y da un índice de ese descontento sobre el funcionamiento de la asistencia pública sanitaria. Yo insisto que ésta es una cuestión crítica. Poco podremos avanzar si ese gran problema, que afecta a tantos millones, el señor Ministro de Sanidad —que es sobre todo el Ministro de los enfermos— no lo resuelve bien. La señora Veil, al menos, se

consideraba orgullosamente que era sobre todo la Ministra de los enfermos.

Sabemos también lo que piensan los usuarios. Hace poco el CIS ha hecho una encuesta sobre la imagen del INSALUD. Por ahí sabemos que los niveles de utilización de los servicios del INSALUD son muy bajos por parte de los beneficiarios de la Seguridad Social. Un 51 por ciento de los beneficiarios usan los consultorios, pero un 47 por ciento no; un 31 por ciento usa los ambulatorios, y un 67 por ciento, no; es un uso semestral, no son cifras absolutas. Esta es una utilización escasa de los servicios del INSALUD en relación con la población protegida.

En relación con la valoración de esos servicios y por comparación con los servicios privados, un 33 por ciento considera que es mejor la atención dispensada en sus aspectos humanos en el sector privado que en la Seguridad Social, frente a un 17 por ciento que piensa lo contrario. En una proporción de cuatro a dos, se considera que está mejor organizada la asistencia privada que la asistencia pública. ¿Por qué ocurre todo esto? Ocufré porque los servicios no funcionan bien. Desgraciadamente, la reforma sanitaria acometida en la pasada legislatura creo que no va a dar los resultados deseados porque, a nuestro juicio, es una reforma desenfocada.

La Ley General de Sanidad parte también de un mal diagnóstico. Entonces se nos dijo que los males de la sanidad española estaban en la pervivencia del dogma de la autosuficiencia individual —algo que verdaderamente ya habíamos olvidado— y en los fallos del sistema de coordinación. Para superar las consecuencias de esa persistencia del dogma de la autosuficiencia individual en materia sanitaria, se reinventa el seguro obligatorio de enfermedad, que llevaba cuarenta años funcionando en el país. Para resolver los problemas de coordinación, como no se puede acometer la instauración de un servicio nacional de salud, se nos consuela con esa referencia al sistema nacional de salud. Por lo demás, todos sabemos que en el Estado autonómico no hay más remedio que acudir a la coordinación como fórmula de funcionamiento y de relación entre las administraciones sanitarias competentes.

¿Qué pasa, además? Que con ese diagnóstico y con esa visión de las cosas se cae en el peor de los continuismos. Y ésta es, desgraciadamente, la realidad.

Se gasta poco en sanidad, y yo creo que sustancialmente el Ministro lo ha reconocido. Estábamos en un 3,84 por ciento del PIB en el año 1982, frente a un 6,6 en Holanda o un 6,2 en Francia y Alemania; en 1986 ese porcentaje baja al 3,43, es decir, del 3,84 al 3,43 por ciento. En pesetas, hemos pasado de 23.461 por persona protegida en 1982, a 19.900 en 1986.

Las consecuencias no podrían ser otras. No se ha avanzado en la calidad de esa asistencia. No ha mejorado la calidad de la asistencia en las unidades básicas, en los centros de salud. Lo único que se ha conseguido hasta ahora es introducir un mal sistema en un edificio nuevo, pero la atención sigue siendo burocrática y despersonalizada. Todos sabemos la repercusión de una mala asisten-

cia ambulatoria primaria en la sobredemanda de servicios hospitalarios.

¿Qué pasa en los hospitales, señor Ministro? Aquí se ha dicho también que se han aplicado criterios similares a otros sectores de la Administración. Se han nombrado gerentes, directores médicos y directores de enfermería con criterios de idoneidad política que no siempre han coincidido con esos criterios de idoneidad profesional. Los niveles de participación en el gobierno de los hospitales de los responsables técnicos de los servicios es mínima. Las juntas facultativas están dominadas por la dirección y, además, se reúnen poco. Los responsables técnicos de los servicios han sido desautorizados en favor de la línea política, y todo eso perjudica, naturalmente, el funcionamiento de los servicios.

No hay residentes suficientes. Están envejeciendo las plantillas con lo que eso significa de falta de savia nueva en el personal que trabaja y que rige estos centros sanitarios. Todo el personal está mal pagado, y las compensaciones prometidas por la implantación de las incompatibilidades tampoco han llegado. Las inversiones se han reducido y el grado de deterioro de los centros y del equipamiento es alarmante. El resultado de todo eso es un personal desmoralizado y desmotivado y un mal funcionamiento de los hospitales.

Si a esto añadimos lo que ya hemos dicho sobre la atención primaria, que no disponemos de una red hospitalaria para la tercera edad y para enfermos crónicos y que tampoco aprovechamos el sector privado por prejuicios ideológicos, el resultado, señor Ministro, son las listas de espera. Insisto en que ahí está ese mal funcionamiento de los servicios y esas listas de espera, con todo el dramatismo que eso tiene, y éste es un problema que no se arregla con depuraciones numéricas.

Realmente, ahí también creo que su diagnóstico ha fallado. No se trata de que las listas de espera sean consecuencia de que hay muchos enfermos en observación o con diagnósticos difíciles y contradictorios, como se nos ha dicho. Son todas estas causas las que explican esta situación. Creo que sería preferible reconocerlo de alguna manera. Aceptar las dificultades que tienen estos problemas, que todos comprendemos que las tienen y que son muy grandes. Expresar el deseo de arreglarlos y en ese propósito estaríamos todos de acuerdo en prestar nuestra máxima colaboración, porque entendemos que la tarea es difícil y tiene una gran complejidad que no se resuelve de un día para otro. Si, por el contrario, se enmascara la realidad y se pretende que las cosas están muy bien, creo que no se acierta en el camino a emprender para solucionar estos problemas.

Nosotros pensamos que hay que gastar más en Sanidad. Además, en este asunto no se debe olvidar una cosa, señor Ministro, y es que sólo hay una cosa más cara que la salud, y es la enfermedad. Una buena Sanidad no sólo es necesaria para atender ese bien tan importante y tan preciado de la vida, como es la salud, sino que es rentable. Lo más caro es una mala asistencia; lo más caro son los días que se pierden en los hospitales, las enfermedades mal curadas o mal prevenidas, las bajas laborales a

que dan lugar y las largas enfermedades y las invalideces. Eso es muy caro.

Nosotros creemos que, de verdad, hay que cambiar la situación. Hay que cambiarla para dar más libertad a los enfermos, libertad de elección de médico, de centro hospitalario, de servicio especializado. No esa libertad de atención primaria en las áreas de salud, llena de dificultades prácticas y, como se sabe, tan difícil de aplicar, de ejercitar en la práctica, dado el tipo de inconvenientes con que se encuentran los usuarios. No debemos olvidar que ésta es una cuestión esencial en una sociedad moderna, y lo ha dicho Raymond Barre con toda razón: para que una sociedad moderna se pueda considerar como liberal, en ese mejor sentido de la palabra que aceptamos todos, es preciso que a las libertades clásicas de expresión, de enseñanza y de empresa, se sume, en los tiempos modernos, la libertad sanitaria. Ese es un enfoque clave de esta situación, si no damos esa libertad a los enfermos, no estaremos reconociendo un derecho básico de nuestros ciudadanos, además, no estaremos instrumentando un medio para conseguir una mejor calidad de la asistencia, con la competitividad que esto llevaría consigo y con los estímulos que comportaría esta visión más humanizada de la medicina, que va relacionada con la decisión del enfermo de elegir el médico y el centro que le asistan.

Hay que dar también autonomía y responsabilidad —y termino en seguida, señor Presidente— a los centros hospitalarios. Si tienen la sensación de que están gobernados burocráticamente desde un macroorganismo y no se sienten responsables del buen funcionamiento y del prestigio de sus instituciones, habremos elegido un mal camino.

Hoy se nos ha ofrecido, además de un balance, del que discrepamos, de la gestión anterior, un análisis de la situación distinto del que nosotros hacemos también, además, digo, se nos han anunciado una serie de propósitos para esta legislatura. Nosotros los acogemos con la mejor disposición; nuestro deseo sería que el señor Ministro acertara, se lo deseamos de corazón, y vamos a estar atentos al cumplimiento de estos programas, a la realización de estos propósitos, y para eso anunciamos ya nuestra petición de una comparecencia cuatrimestral del señor Ministro ante esta Comisión, en la que dé cuenta de la marcha de los programas y los resultados alcanzados en cada caso. Comprendemos que es una tarea difícil, tiene usted un Ministerio sui generis —aquí se ha dicho también— donde los recursos se los presupuestan desde fuera y se los gestionan de alguna manera también desde fuera. Pero yo lamento tener que decir también que estos mismos criterios los ha aplicado usted en la reforma que acaba de hacer de la reordenación del Ministerio.

En el INSALUD, que es el gran responsable de esa pieza básica de la gestión, su Director se va a encontrar con que los recursos humanos se los dirigen desde fuera y los recursos económicos se los dirigen también desde fuera. No me parece esa una buena solución organizativa. Usted ha primado mucho las funciones de planificación, de dirección, de programación, etcétera, con merma de las facultades de gestión. El Director General de Asistencia Sanitaria del INSALUD se degrada en nivel, y la asisten-

cia sanitaria del INSALUD va a depender de un Subdirector General, esto es lo que resulta de la reestructuración que se hace, cuando realmente es la gran parcela de la gestión de su Departamento. Antes había un Director General de Asistencia Sanitaria, repito, y ahora es un Subdirector General el responsable inmediato de la gestión sanitaria del señor Ministro, y están aquí los Boletines Oficiales para atestiguar lo que estoy diciendo.

Esa es una mala solución organizativa. Yo creo que se ha precipitado usted, perdone que se lo diga con toda cordialidad y con toda simpatía. Sus primeras manifestaciones en relación con su escasa experiencia en estos temas nos merecieron la simpatía de todos. Podía haber esperado usted quizá algo más de tiempo y yo creo que no hubiera hecho esta reorganización en la que, como digo, priman estos aspectos económicos, de planificación y programación sobre los aspectos gerenciales y de gestión, que me parece que son los más importantes. Con eso lo que se consigue es diluir las responsabilidades. Ese Subdirector General de Asistencia Sanitaria le dirá a usted que las cosas funcionan mal porque tiene poco presupuesto, porque los programas están mal hechos, y los responsables de los programas y los presupuestos dirán que funciona mal porque el Subdirector no funciona y no lleva bien la gestión. Eso me parece que es una mala solución organizativa. Créame que si dentro de unos meses usted la rectifica, nosotros lo celebraríamos y creo que además eso sería bueno, porque es mejor rectificar que no practicar el «sostenello y no enmendallo».

Con esto termino, señor Ministro. Este tema de la salud es fundamental, es una cuestión de Estado. Nosotros creemos que hay que tratarla con el mayor esfuerzo de todos para que la política sea lo menos oscilante posible, y en ese propósito de conseguir esa política de Estado y de conseguir lo mejor para la atención sanitaria de nuestra población, cuente usted con la máxima colaboración de este Grupo Parlamentario.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Arnau.

El señor **ARNAU NAVARRO**: En primer lugar, quiero dar la bienvenida, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, al señor Ministro de Sanidad y Consumo en esta su primera comparecencia ante la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso, que se produce por propia petición y que le agradecemos en nombre de los ciudadanos a los que representamos.

Es obvio que para el Grupo Parlamentario Socialista la protección de la salud, la protección del derecho a la salud de todos los españoles, constituye una preocupación primordial, una preocupación que situamos en el conjunto de medidas dedicadas a mejorar la calidad de vida de la sociedad española y a superar las desigualdades sociales y territoriales. Así nos viene exigido, señor Ministro, por principios de pura justicia. Ya en nuestro programa electoral de las pasadas elecciones, apoyado por una gran mayoría de los ciudadanos, no en vano situábamos la política sanitaria y de consumo en el capítulo cuarto, dedi-

cado a las medidas dirigidas a conseguir una sociedad más justa, y juntamente con la política educativa, la de pensiones, la de servicios sociales, la de medio ambiente, etcétera. La reforma de la Sanidad ha sido y es para los socialistas un objetivo de justicia social amparado por la Constitución.

Con esta perspectiva, en esta Comisión de Política Social dictaminamos en la pasada legislatura el proyecto de Ley General de Sanidad, hoy Ley aceptada por todos, por lo que no procede en estos momentos reabrir debate alguno sobre la misma, si bien tal vez fuera conveniente indicar que alguno de los textos alternativos que se presentaron a aquel proyecto de Ley coincidía en un 72 por ciento en su contenido con el presentado por el Gobierno. Con esa perspectiva también apoyamos las importantes reformas introducidas en materia sanitaria por el Ministro Lluich, y desde esa misma orientación, el Grupo Parlamentario Socialista asumirá, durante esta legislatura, la función y la obligación de apoyo y de control al Gobierno y a sus Ministros. Cuento con la colaboración y el estímulo del Grupo mayoritario, señor Ministro, en la gestión que tiene encomendada.

Ya centrándonos en su intervención, la coordinación entre los distintos poderes públicos en la prevención de la enfermedad y en la prestación de la asistencia sanitaria, creemos que es una garantía de eficacia que además viene impuesta por la Ley sobre la base del sistema nacional de salud, que es el conjunto de servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

A los aspectos organizativos de la sanidad y de la asistencia sanitaria les atribuimos, desde el Grupo Socialista, una destacada importancia. Los recursos económicos, mencionados por algunos portavoces, son, sin duda, indispensables, pero coincidimos con usted, señor Ministro, en que reclamar un mayor gasto sanitario no siempre equivale a reclamar un mejor nivel de salud para los ciudadanos. Bajo dichas reivindicaciones en ocasiones se oculta el deseo, consciente o no —no entro en ello— de preferir mantener inalteradas las estructuras que exageraron el gasto sin atender a su distribución, o incluso la pretensión de favorecer a determinados sectores privados interesados en la venta de servicios o productos sanitarios.

Por ello, señor Ministro, nos mostramos favorables a que el gasto sanitario se incremente en función de las disponibilidades generales de la nación. En algún país, como Italia, al cual se ha hecho también referencia por algún portavoz, se ha reformado la sanidad y al mismo tiempo se ha legislado para contener el gasto sanitario. Creemos importante que la relación coste-beneficio se incremente en cualquier caso y mediante esquemas propios de la gestión empresarial en su aplicación pública.

También en contra de lo que hemos escuchado, nosotros pensamos que la visión sanitaria no puede desprenderse de su soporte económico. En alguna ocasión, señor Ministro, le hemos oído referirse al término «empresa social», que define la anterior posición política. Por ello, a la estructura, a la nueva estructura organizativa de su Mi-

nisterio, también le concedemos igualmente una importante significación.

Nos ha parecido acertado el establecimiento de dos bloques diferenciados del mismo nivel orgánico: el área de la política sanitaria y de consumo —bajo la Subsecretaría del departamento— y, el área de la función asistencial, bajo la nueva Secretaría General de Asistencia Sanitaria. De esta forma se atribuye el mismo rango a los aspectos sanitarios y a los asistenciales dentro de su Ministerio. Sin embargo, teniendo en cuenta que la protección de la salud exige actuaciones integradas, de forma que, por ejemplo, actuaciones típicamente preventivas, como las referidas a la educación sanitaria, deben fomentarse desde su incorporación a la atención primaria, yo pediría al señor Ministro una aclaración complementaria sobre la forma de coordinación y de integración de ambas áreas, dentro de la nueva organización administrativa de su departamento.

Por otra parte, en el aspecto de promoción de la salud, considerado siempre como secundario tal y como ha señalado el señor Ministro en su intervención, efectivamente requiere el máximo esfuerzo. Ya el artículo 18 de la Ley General de Sanidad, asigna a las administraciones públicas actuaciones tales como la elaboración de programas de atención a grupos de población de mayor riesgo, de prevención de deficiencias, a las que ya se ha hecho mención por parte del señor Ministro. También el artículo 19.2 de la misma Ley General de Sanidad, obliga a las autoridades sanitarias a proponer o participar con otros departamentos en la elaboración y la ejecución de la legislación, en materias tales como la calidad del aire, las aguas, los alimentos, residuos orgánicos, etcétera. No cabe duda de que la promoción de la salud adolece de carencias, dada su marginalidad, traducidas en desigualdades que es necesario abordar y requiere, por tanto, aquellas actuaciones.

Por ello, señor Ministro, junto a la aclaración sobre la organización de su Ministerio, le solicitamos una ampliación de su intervención en lo que se refiere a actuaciones previstas en materia de promoción de la salud y, especialmente, a aquellas que pudieran promoverse conjuntamente con otros departamentos. Evidentemente, quedan en el tintero muchas otras materias, a las cuales se ha referido el señor Ministro, que merecerían un comentario especial por parte del Grupo Parlamentario Socialista, pero prefiero dar por terminada aquí esta intervención con el fin de disponer de tiempo para un posterior turno de preguntas de los compañeros Diputados de mi Grupo.

Reitero, señor Ministro, la voluntad de colaboración del Grupo Parlamentario Socialista, en la labor de consolidación y asentamiento de las reformas emprendidas y que ha situado usted como norte de su gestión. Estamos seguros de que esta labor, que usted va a llevar a cabo en el Ministerio, va a ser agradecida por toda la sociedad española y se traducirá en mejoras para la sociedad y en provechos sustanciosos para todos los consumidores.

Muchas gracias, señor Ministro.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arnau.

Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señor Presidente, señores Diputados, voy a intentar contestar uno a uno a todos los intervinientes pero, dado que muchas preguntas o comentarios han coincidido, en el momento de contestar a algunos de ellos, lo iré haciendo también a los restantes.

Empezando por el señor Bernárdez Alvarez, debo decir que lamento que en las profesiones ligadas a la sanidad, se siga manteniendo un criterio absolutamente trasnochado como que el Ministro del departamento tenga que pertenecer a una de ellas. He insistido en varias ocasiones en que, si esto se aplicara al resto de los departamentos, en el Ministerio de Agricultura habría un Ingeniero Agrónomo, en el Ministerio de Industria, un Ingeniero Industrial, etcétera. Creo que es un criterio que ya no se aplica en ninguna administración moderna; es decir, que el hecho de ser profano, creo que no es nada negativo para este caso, en tanto en cuanto que la formación general que tiene un economista, un abogado o un ingeniero, es perfectamente aplicable al sector sanitario.

Hablaba el señor Bernárdez de las tensiones surgidas con los sanitarios en la legislatura anterior, así como de la falta de diálogo y esto ha sido mencionado de pasada por otros señores Diputados. En la legislatura pasada, como he dicho en mi intervención, se debatieron los principios que deben regir la sanidad española para el futuro; eso significa que se pusieron en cuestión ideas muy arraigadas en el sector, criterios muy contrapuestos y, en definitiva, como siempre ocurre cuando se inicia un período de debate, hubo las inevitables controversias y discrepancias y yo creo que eso no es malo. El hecho de que esas discrepancias alcanzaran, incluso en algunos momentos, a los medios de comunicación y se discutieran vivamente en esta Cámara llegando hasta la opinión pública, no es nada más que un síntoma de la vitalidad de la discusión, y es lógico que en esa discusión hubiera, insisto, un cierto apasionamiento. Una vez que la reforma ya se ha materializado en un texto legal, estoy absolutamente convencido de que el diálogo va a ser mucho más sencillo, por la simple razón de que ya no está sometido a un trasfondo tan dramático como el de la legislatura anterior donde, lo que se discutían, eran nada menos que los principios que iban a regir la sanidad para un largo período. Creo que ahora es más sencillo y creo también que, en cualquier caso, va a ser igual de sincero que en la etapa anterior.

Lamento también decirle al señor Bernárdez que, teniendo una formación sanitaria y, por tanto, científica, pueda decir que hay que dejarse de indicadores y guiarse por lo que se comenta en la calle o por lo que uno oye a los amigos. Vamos a hablar —esto lo ha suscitado también el señor Revilla y algún otro Diputado— y vamos a ver los datos objetivos de que se dispone sobre el grado de satisfacción de los usuarios, que también fue mencionado de pasada por la señora Salarrullana.

El INSALUD hizo una encuesta en el año 1984, dirigida a 558 pacientes utilizadores de los servicios asistencia-

les y el resultado fue el siguiente: ¿Cómo le atendieron los médicos?: Muy bien, el 48 por ciento. ¿Cómo le atendieron las enfermeras?: Muy bien, el 43 por ciento. ¿Cómo fue el trato del personal?: Muy bien, el 33 por ciento; bien, el 46 por ciento. ¿Cómo le informaron sobre su enfermedad?: Muy bien, el 30 por ciento; bien, el 44 por ciento. ¿Qué opina de la limpieza?: Muy bien, el 27 por ciento; bien, el 38 por ciento. ¿Qué opina de la comida?: Muy bien, el 24 por ciento; bien, el 38 por ciento. ¿Qué opina de la habitación?: Muy bien, el 21 por ciento; bien, el 41 por ciento. ¿Cómo calificaría, en general, los servicios del hospital?: Muy bien, el 28 por ciento; bien, el 44 por ciento.

Posteriormente, concretamente a principios de este año, se hizo una encuesta por el Centro de Investigaciones Sociológicas, que dio los siguientes resultados: Más del 70 por ciento considera que la visita a domicilio funciona con la debida rapidez y el 65 por ciento confía en el médico (la confianza aumenta con el nivel de estudios). Respecto a los consultorios y ambulatorios, el 44 por ciento opina que prestan una asistencia muy buena o buena y, el 36 por ciento, regular; sólo el 13 por ciento, mala o muy mala. El 55 por ciento de los encuestados consideran aceptable la organización y el funcionamiento y el 13 por ciento, la consideran buena. Por tanto, un 68 por ciento la valoran positivamente y el 25 por ciento opina que deja mucho que desear.

Las opiniones son distintas cuando se trata de un usuario o de un no usuario de la asistencia sanitaria. Concretamente, la valoración de la asistencia que se presta en hospitales se considera muy buena por el 12 por ciento de los usuarios y, solamente el 5 por ciento, por los no usuarios. Buena, el 69 por ciento de los usuarios y sólo el 56 por ciento de los no usuarios. Regular, el 17 por ciento de los usuarios y 23 por ciento de los no usuarios. Esto demuestra que cuando se utilizan los servicios de los hospitales, el grado de satisfacción aumenta, es decir, cuando se comprueba lo que ocurre y no se deja uno llevar por los comentarios y rumores o historias que le cuentan fuera.

A la pregunta sobre si ha mejorado la asistencia sanitaria, un 33 por ciento opina que el Gobierno actual ha mejorado mucho o bastante la asistencia en Sanidad; un 29 por ciento que ha mejorado un poco y sólo un 11 por ciento considera que no ha mejorado nada. Pero como ustedes me dirán —y lo noto por sus sonrisas— que éstos no son datos fiables, hay una información que proviene de una entidad muy poco sospechosa de ser progubernamental, como es la revista semanal «Cambio 16», que el 12 de mayo de 1986 analizaba el período de gestión del actual Gobierno y consideraba que en Sanidad, en virtud de las contestaciones de los encuestados, había mejorado la asistencia según la opinión del 49 por ciento; que seguía igual lo decía el 26 por ciento y que había empeorado, el 19 por ciento. Quizá ese 19 por ciento coincidía con las personas que tienen relación con alguno de los Diputados de AP que han intervenido hoy.

El señor Bernárdez ha suscitado el tema de las listas de espera, que también han sido mencionadas a continua-

ción por otros señores Diputados. Con relación a este asunto, el Gobierno actual, y concretamente los responsables de la Sanidad, se encuentran con una situación curiosa, la de que antes de 1983 no había listas de espera. Evidentemente, existían colas en los hospitales, pero, simplemente, se ignoraban. Cuando las listas de espera se pusieron en marcha, en 1983, se hizo con el propósito de tener un indicador sobre la evolución de la calidad de la asistencia y se tuvo la valentía, además, de no reservar esa información a los responsables de la Sanidad y de hacerla pública.

Menciono que esa información se hace pública, señor Revilla, y que, por tanto, debería ser leída por los señores Diputados, porque esas listas no son crecientes, si atendemos al concepto de lista y si atendemos, por tanto, a los criterios homogéneos con los que se van realizando dichas listas a lo largo del tiempo, que no se pueden interrumpir, porque entonces no se sabría de qué estamos hablando, si de un tipo de lista o de otro.

A finales de 1982, el número de pacientes que estaban incluidos en estas listas superaba ligeramente los 180.000, y a finales de 1983, estaba prácticamente en la misma cifra. Sin embargo, al acabar 1984, estaba en 164.000; al acabar 1985, el número era de 94.000 y, a finales del pasado junio, la cifra era 88.645.

Luego, con relación a este asunto hay otro problema, que es su debida interpretación. Este es un instrumento joven que, además, en ningún país se ha llegado a depurar lo suficiente como para poder expresar cuál es el número de pacientes que realmente está en las listas de espera por deficiencias y no por razones clínicas o por razones de su propia enfermedad. Esto es lo que deberíamos hacer en el futuro, depurar estas cifras para saber exactamente cuáles son las que corresponden a la evolución de la enfermedad del propio enfermo y cuáles a nuestras insuficiencias en el funcionamiento. Es evidente que las listas suponen una expresión de la mala organización y de las carencias que en este sentido hay en los hospitales, que nosotros no negamos, y por eso yo, en mi intervención, he dicho que las listas de espera van a ser uno de los objetivos fundamentales de toda la gestión de la legislatura. O sea, no me mencionen el asunto como si nosotros fuéramos ajenos a su elaboración, a su seguimiento y, sobre todo, a su debida consideración como un problema prioritario. Es decir, cuando aquí se habla, cuando además se publica, se quiere decir que se está encima del problema, aunque podríamos perfectamente haberlo obviado, teniendo en cuenta la cantidad de críticas que se han hecho, a veces desde posiciones absolutamente malintencionadas y a veces sin molestarse en interpretar qué quiere decir esto de las listas de espera. Yo he mencionado, además, en mi intervención que habrá una parte de las listas de espera que nos va a costar trabajo reducir. Son las que se relacionan con especialidades que en este momento presentan carencias estructurales. He señalado algunas especialidades en este sentido, que ya se están abordando, puesto que en el programa de médicos internos residentes para el período 1987-90 ya se ha incorporado un suficiente número de plazas para superar

esas carencias, pero, obviamente, no se van a superar a corto plazo. Sin embargo, creo que se van a disminuir con relativa rapidez estas cifras en cirugía general, en traumatología y en oftalmología. Yo he dicho esto. Cuando esté publicado por el «Diario de Sesiones», por favor, repásenlo. Por supuesto, que el futuro de esas listas de espera —en eso tiene razón el señor Revilla— habrá que ligarlo a las comisiones de evaluación de calidad, que todavía no se han implantado (hay alguna experiencia piloto, pero todavía no se han implantado con carácter general) en las instituciones hospitalarias; habrá que ligarlo.

El señor Bernárdez Alvarez ha hecho una larga referencia a problemas relacionados con la política farmacéutica. Ha citado el problema de los herbolarios, los productos zoosanitarios y los requisitos para distribuirlos por agrupaciones ganaderas. Esta es una regulación que debe hacerse conjuntamente con el Ministerio de Agricultura y después de muchas discusiones y de diversas consideraciones, se ha pensado que debería incluirse en la ley del medicamento, que también se referirá a otros productos sanitarios.

En cuanto al crédito ampliable en farmacia, evidentemente, ha habido desviaciones a lo largo de los últimos años, porque se ha considerado un crédito ampliable, y esto tiene una gran lógica. Como el Ministerio estaba haciendo al mismo tiempo la guía farmacológica, las fichas de transparencia y estaba, además, procediendo a una depuración del registro de medicamentos, el gasto sanitario podía sufrir alteraciones a lo largo de los ejercicios anuales.

Ha referido un problema, que es el de los márgenes de los profesionales de farmacia, y ha citado la sentencia del Tribunal Supremo. La posición del Ministerio a este respecto es bien clara. Hubo en la pasada primavera un acuerdo del Consejo de Ministros, en virtud de las competencias legales que están fijadas, por el cual el Gobierno se negó a la aplicación, es decir, anunció que no iba a proceder a la aplicación de esa sentencia, por una razón muy simple, porque consideramos que los márgenes son suficientes y cuando estamos viviendo en una época —y esto se les ha comunicado así a los Colegios farmacéuticos— en la que están exigiéndose sacrificios a los trabajadores, a los sectores industriales, en general a todos los agentes de la actividad económica, no parece lógico que haya un sector concreto, que goza además de una enorme seguridad, que no está sometido además a ningún riesgo, a ningún riesgo empresarial ni de ningún otro tipo, que no participe en ese esfuerzo colectivo.

El señor Espasa, de Izquierda Unida, se ha referido al problema del gasto sanitario, y también lo han hecho el señor Romay y el señor Revilla. Señor Romay, intente ponerse de acuerdo en ese sentido también con el señor Rato, porque el señor Rato fustiga al Gobierno, en la Comisión de Economía y Hacienda, con relación al déficit público. Sería muy fácil aumentar el gasto sanitario aumentando, al mismo tiempo, el déficit público, pero eso no encajaría en lo que ustedes dicen ni en lo que nosotros pensamos que es razonable. Pónganse de acuerdo.

El señor Espasa aceptaba que el gasto sanitario no suponía, al elevarse, un incremento correlativo de los beneficios sanitarios. Y ha citado también una afirmación mía, que obviamente ha interpretado mal, en mi intervención previa, sobre la Ley de pensiones. A ver si nos acostumbramos también a pensar en términos de incrementos y en términos de cifras absolutas; es decir, léase mi intervención y verá que yo me estoy refiriendo a incrementos y estoy diciendo —es algo que ha manifestado mi compañero de Gobierno, el Ministro de Trabajo— que los incrementos por gastos de pensiones, a medida que se vaya aplicando la ley, serán menores que en años anteriores; es decir, los incrementos, y esos incrementos, al ser menores, permitirán un mayor aumento de gastos sanitarios, es decir, de las prestaciones sanitarias, pero es un problema no de cantidades absolutas, sino de incrementos anuales.

Es muy difícil contestar cuándo se va a producir la asignación de un presupuesto al Ministerio de Sanidad, en tanto en cuanto la transferencia del Estado a la Seguridad Social, en el año 1987, será de un billón 80.000 millones y, sin embargo, el presupuesto de gastos sanitarios, sólo del INSALUD, será inicialmente de un billón 155.000 millones. Es decir, hay una discrepancia todavía muy grande.

Además, usted sabe que en otros países europeos existe el sistema de financiación mixta, a través de transferencias del Estado y a través de cotizaciones sociales y, además, tiene proporciones muy elevadas. Es decir, no somos, en ese aspecto, un caso único y, desde luego, el Ministerio de Sanidad en esos países no es un ministerio de tercera, como tampoco lo es aquí. Desde luego, yo no me considero un Ministro de tercera ni considero que mi departamento lo sea.

Ha afirmado que sin incremento de gasto no hay reforma sanitaria, lo que no coincide con su afirmación inicial de que al incrementarse el gasto sanitario, paralelamente no se produce de forma necesaria un incremento de los beneficios sanitarios.

Citó también el grado de satisfacción de los usuarios y, por tanto, me remito a lo que les he leído. Por último, ha hecho una serie de consideraciones sobre atención primaria, diciendo que los centros de salud son escasos. Yo creo que no es mal resultado pasar de cero centros de salud al comienzo de la legislatura, a casi 400 que vamos a tener al terminar este año. Creo que es un resultado muy digno e incluso me atrevería a decir que excelente, aunque luego todos ustedes me digan que soy optimista.

Usted sabe que el proceso de apertura de centros de salud es bastante complejo. Supone la adscripción de médicos generales y de pediatras y es un proceso que se debe llevar con cuidado, atendiendo a los problemas personales que estos colectivos plantean.

Me dice que las retribuciones en atención primaria son escasas. No es cierto. Precisamente la Orden ministerial de agosto pasado ha regulado, creo que de manera suficiente, las retribuciones de estos profesionales, resolviendo, además una duda que venían expresando muchos mé-

dicos que no tenían claro si se podían integrar en estos equipos.

Para terminar con esto de los centros de salud que mencionaba el señor Espasa yo diría una cosa y es que yo prefiero que me compare con el Reino Unido a que me compare con Italia, por lo menos en este aspecto de la organización sanitaria y de la eficacia del sistema sanitario.

Decía la señora Salarrullana que los centros de salud no se diferencian de los ambulatorios. Me temo que es que no lo ha expresado bien, porque se diferencian, aunque solamente sea para empezar, como he dicho en mi intervención, en que los médicos y los especialistas que están en los ambulatorios trabajan dos horas y media y en los centros de salud trabajan cuarenta horas a la semana. Es decir, hay una atención por parte del médico más individualizada y una presencia mucho mayor con relación al paciente. Desde luego, habrá visto que no solamente la disposición, incluso la apariencia física de los centros de salud es completamente distinta de la de los ambulatorios. Yo sí que he visto ambulatorios, centros de salud y hospitales porque, efectivamente ha dado tiempo en estas semanas que llevo en el Ministerio.

En cuanto a la humanización de los centros hospitalarios, sólo tengo que citar los resultados del Plan de humanización, pero, sobre todo, decirle la opinión de la Oficina del Defensor del Pueblo, que recientemente, a la vista de las respuestas y las comprobaciones del Ministerio de Sanidad, y las comprobaciones que han hecho sobre quejas que han recibido de pacientes y usuarios de la Sanidad, ha hecho una valoración muy positiva de lo realizado. Luego, si quiere, lo pongo a su disposición, aunque la valoración que hace el Defensor del Pueblo ha sido también entregada a esta Cámara recientemente, teniendo además ya tres valoraciones o explicaciones de la actividad de la Oficina del Defensor, correspondiente a los años 1985, 1984 y 1983.

En cuanto a los defectos de atención geriátrica, usted conoce —y creo que lo he citado muy de pasada— la existencia del Plan Geriátrico Nacional, que supone especialmente la coordinación entre las Comunidades Autónomas a las que, como usted sabe, les corresponde la administración de un elevado número de hospitales dedicados a infecciosos, en algunos casos, y a crónicos, en otros, que pueden desviarse perfectamente hacia la utilización geriátrica. Esto es lo que se está haciendo.

El Plan se ha puesto en marcha a finales de 1984 y con ello se está poniendo también en evidencia la preocupación que existe por adelantarse al problema demográfico que se nos avecina, del que todos somos conscientes, y que es el envejecimiento progresivo de la población española.

En cuanto a los planes de formación descentralizados, me temo que habrá que optar entre la calidad de los programas de formación y su descentralización. Es decir, no se pueden organizar de una manera más precisa este tipo de cursos si no queremos con ello dispersar y deteriorar la calidad de los mismos.

El señor Olabarría, del PNV, me hablaba del convenio entre el INSALUD y la administración sanitaria vasca, y

me hablaba de conflictos. Yo creo que los conflictos han sido bastante suaves. Ha habido, en algunos casos, problemas muy concretos que se han resuelto siempre de manera muy satisfactoria para ambas partes. Me cita la necesidad de ir elaborando el acuerdo-marco. Estoy de acuerdo y, efectivamente, los servicios del Ministerio volverán a trabajar en ello. El nuevo Director General de relaciones con los Entes territoriales pondrá inmediatamente en marcha sus servicios para llegar a esto.

En cuanto al señor Hinojosa, me hablaba del problema de los celíacos y me decía que hay una gran ineficacia. Yo discrepo de esto. Usted sabe que concretamente en el Hospital «Ramón y Cajal» hay unos especialistas dedicados a la investigación sobre este asunto y a la puesta en marcha de un programa de atención a estos niños, dirigido por el doctor Escobar. El programa, que yo sepa, sigue en marcha y este especialista sigue al frente del mismo, yo creo que con bastante eficacia y con un funcionamiento satisfactorio de la Comisión. No obstante, me informaré por si en los últimos tiempos ha habido alguna deficiencia, pero lo dudo.

El señor Revilla ha hablado de la política sanitaria fundada en el realismo, que debe ir precedida de una mejora de la asistencia. Yo coincido en ello, pero yo creo que poner el énfasis en la asistencia, o en la mejora de la gestión asistencial, como yo hago desde que he llegado al Ministerio, no está, en absoluto, reñido con poner también énfasis en la prevención, especialmente porque la prevención, usted sabe perfectamente, obtiene resultados a muy largo plazo. Luego, se trata de incidir, lo antes posible, para no perder más tiempo. De todas maneras coincido en que la asistencia tiene una urgencia inmediata, que no tiene la prevención.

Por supuesto, discrepo totalmente de sus adjetivos. Habla de una situación calamitosa, del punto más bajo, penuria asistencial, racionamiento, listas de espera crecientes, etcétera. Ya le he dicho que las listas de espera no son crecientes, es justo lo contrario. Y, desde luego, tratándose de un médico con una buena y larga experiencia profesional, hablar en estos términos creo que es inadecuado. Usted sabe que no es verdad que haya una situación calamitosa, ni que sea el punto más bajo. Por tanto, es grave que entre todos alarmemos a la población sobre la calidad de nuestra asistencia. Usted sabe, además, que el factor psicológico es importante en la curación y, como al mismo tiempo, tenemos los indicadores que antes le he dicho y hemos visto que hay una valoración más positiva cuando se usan los servicios que cuando no se usan, creo que deberíamos ser cautos, especialmente cuando se trata de personas que conocen el sector perfectamente y que tienen información muy directa.

Ha hecho una referencia a múltiples problemas basándose en una idea que ha hilado toda su intervención, que es el tratamiento a ricos y pobres. Yo me adhiero totalmente a ese planteamiento y, por parte del Ministerio, es una preocupación para que en la asistencia sanitaria todos los españoles sean iguales. Créame que es quizá lo que más nos preocupa a todo el equipo, y lo que preocupa a

todo el Gobierno. Es decir, en ese aspecto coincidimos también con su gran preocupación.

Citaba como una expresión de esta diferencia de tratamiento entre ricos y pobres, la existencia de pólizas de seguro para la atención sanitaria. Usted sabe también perfectamente que en todos los países, incluidos los que tienen un servicio nacional de salud importante, serio y extendido, existe siempre un sector sanitario privado. Entre otras cosas, porque es un derecho inalienable de cualquier paciente tener una asistencia complementaria. Y basta con citar el caso de un país muy poco sospechoso de no estar avanzado en el terreno de las prestaciones sociales: Austria. Austria tiene un gasto público sanitario parecido al nuestro, el 4,6 por ciento de producto interior bruto, pero tiene un gasto total del 7,3 por ciento. Eso significa que tiene un sector privado vigoroso, activo y eficiente. Esto también tiene importancia para las preguntas que ha hecho el Diputado, señor Romay.

No se puede hablar del gasto público sanitario refiriéndonos sólo al INSALUD, ya lo he dicho en mi intervención. Vivimos en un país en el que, afortunadamente, hay diversidad de instituciones y hay iniciativa privada, por lo tanto, debemos hablar del gasto público sanitario total, en el que entra el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones locales, que elevan en un punto, por lo menos, el gasto público con relación al producto interior bruto. Y, además, tenemos un sector privado complementario que juega un papel importante. Basta leer la publicación de la OCDE, «La salud en cifras». Allí, en un cuadrado, verá la comparación de todos los países miembros de la Organización y podrá comprobar que comparar el esfuerzo en gasto público sólo con el gasto del INSALUD es incorrecto, es erróneo.

Con relación a la asistencia a través de pólizas de seguros, la asistencia complementaria, hay que reconocer, además, que esa asistencia no se paga a los pacientes entre públicos y privados. Usted sabe que la mayoría de las entidades de seguros —esto se conoce más sobre todo en alguna Comunidad Autónoma muy en especial— conciertan, a su vez, con hospitales públicos la atención de los pacientes en el caso de afecciones más graves. Eso significa que cuando el paciente tiene un problema realmente importante, que exige intervención quirúrgica u hospitalización por razones más complejas, se utilizan los servicios del hospital público.

La extensión de la cobertura ha sido una cuestión suscitada por los señores Espasa y Revilla. Aquí habría que preguntar de qué cobertura estamos hablando. Si estamos hablando de cobertura de toda la población en las prestaciones que ahora se realizan, evidentemente, eso se tiene que hacer cuanto antes. Usted sabe perfectamente que en el terreno práctico, y desde hace ya mucho tiempo, los hospitales vienen prestando asistencia a toda la población, sin demandar previamente si están o no afiliados a la Seguridad Social. De lo que se trata ahora es de ir identificando a las personas —y recordarán SS. SS. que en los últimos años se han hecho esfuerzos en este sentido, por ejemplo, se ha mantenido a los menores de veintiseis años dentro de la cartilla de la Seguridad Social de

los padres—, a los colectivos —en mi opinión muy poco numerosos a juzgar por los esfuerzos administrativos que hay que hacer para localizarlos— para extenderles la cobertura.

En cuanto a lo que hay que cubrir, yo creo que ahí entramos en un terreno muy discutible. ¿Hay que cubrir, por ejemplo, a los enfermos mentales que no son agudos? Esto es algo que se está discutiendo en todos los países desarrollados desde hace mucho tiempo. ¿Tiene que entrar la salud buco-dental integral o la atención oftalmológica integral? Usted sabe que esto no se hace prácticamente en ningún país. No se hace en Alemania, no se hace en Francia, no se hace en Suecia y tampoco se hace en Estados Unidos. Nos tendríamos que poner previamente de acuerdo sobre qué nivel de asistencia hay que prestar.

Ha citado el señor Revilla un estudio que yo desconozco —no he tenido ocasión de tenerlo en mis manos—, que es el de los indicadores disponibles en el Reino Unido, que se podrá aplicar a España y que pondría de manifiesto la desigualdad en los niveles de salud entre ricos y pobres.

Yo no quisiera hacer afirmaciones excesivamente tajantes, pero tengo la impresión de que, por lo menos, en el indicador global, incluso en el de provincias, que él ha mencionado, que es el de la mortalidad infantil, en España estamos mucho mejor. Recuerde que el Ministerio acaba de hacer una memoria estadística donde se pone de manifiesto que aunque no podemos hacer un análisis temporal muy extenso por Comunidades Autónomas, sí podemos hacer un análisis basado en la comparación entre Comunidades, y ahí vemos que las diferencias de renta per cápita entre una Comunidad y otra no son determinantes de una diferencia significativa en este indicador.

En lo que se refiere a mortalidad infantil, las Comunidades Autónomas han llegado a un grado de homogeneización grande. No se ha llegado a ese mismo grado de homogeneización en otras afecciones, es cierto, por eso nosotros tenemos muy en cuenta ese programa de la Organización Mundial de la Salud, «Salud para el año 2000», y ese objetivo de que no se llegue a una diferencia mayor del 25 por ciento. Pero, mírese la memoria estadística y verá que son relativamente pocas las afecciones en las que hay esta diferencia del 25 por ciento.

No comparto en absoluto ese supuesto defecto de la Ley, de que supone la desigualdad entre ricos y pobres. Deje que la Ley se vaya desarrollando, deje que se vaya aplicando, y cuando pase un período razonable, sobre todo cuando se trata de textos tan complejos y tan globales como es la Ley General de Sanidad, ya volveremos a hablar. Deje que la Ley se asiente.

En cuanto a la política farmacéutica, ha citado S. S. las desigualdades de precios del mismo producto básico. Esto es fruto de la existencia en nuestro país de una industria privada. El esfuerzo del Ministerio tiene que ser el de informar sobre los elementos que contienen el mismo producto básico, con independencia del precio que tengan en el mercado. Estas son las listas de transparencia que hemos empezado a aplicar, insisto, tomadas de la experiencia de otros países más desarrollados.

En relación al retraso de la inscripción, efectivamente

existe, pero se debe a que hasta el año 1986 —esto se va a modificar en el año 1987— teníamos un acceso excesivamente barato, increíblemente barato con relación a la Comunidad Económica Europea, a la petición de inscripción de un nuevo medicamento. Es algo que se va a corregir en el año 1987, puesto que las tasas de inscripción se van a igualar con las de la zona baja de las aplicadas en la Comunidad Económica Europea. En cualquier caso, a lo largo de los últimos años ese retraso se ha producido y se ha intensificado por el mayor cuidado y la mayor dedicación científica por parte del Instituto Farmacológico del Ministerio para analizar cada uno de los productos que se van autorizando. De modo que si se ha producido el retraso es porque se han estudiado mucho mejor los efectos terapéuticos o el grado de eficacia de ese medicamento.

El señor Romay ha hablado de la Ley de Consumidores, y ha dicho que pasó por aquí sin pena ni gloria. La apoyó también el Grupo Popular, luego se supone que pasó con la gloria de todos nosotros.

En cuanto a las pólizas de seguros, ha citado unos datos sobre satisfacción de los usuarios de los Servicios sanitarios de esas entidades privadas que yo no conozco. Le agradecería que me los hiciera llegar para analizarlos y ver hasta qué punto son fiables.

Ha citado también que el sistema retributivo no se ha modificado, no se ha actualizado. Efectivamente, no se ha actualizado totalmente para los médicos de los hospitales pero sí para el resto.

No se ha empezado a aplicar ese sistema, teniendo en cuenta el problema de las incompatibilidades porque, como usted sabe (el día 24 de septiembre informé al Pleno muy ampliamente de ello), las incompatibilidades se han aplicado hasta ahora solamente a los profesionales que no declararon o que tenían más de tres puestos, lo que no era legal ni siquiera con las regulaciones anteriores.

Libertad de centro hospitalario. Esto, efectivamente, no está regulado, pero, de hecho, existe. Cuando hay razones suficientes y una petición razonable por parte del paciente, en el INSALUD hay una cierta flexibilidad en este sentido. En lo único que estoy absolutamente en desacuerdo es en lo que ha dicho acerca de la reestructuración. Me temo que al leer los «BOE» no los ha comprendido bien. Quizá sea falta del Ministerio por no redactar bien la reestructuración, pero yo creo que desde el primer momento se ha dicho que precisamente se trataba de reforzar la estructura a disposición de la asistencia sanitaria. Por eso se ha aligerado al INSALUD de unas competencias que antes estaban mal ejercidas, porque no tenía unidades orgánicas para llevarlas a cabo, para desarrollarlas, cual era la de gestión de recursos especialmente humanos y la de recursos financieros, y por eso lo que ha hecho es reconocer en la práctica una realidad. En el INSALUD existían dos Direcciones Generales B. Su señoría, por su larga y brillante experiencia, conoce muy bien la Administración Pública, y sabe que semejante estructura no existía en ninguna parte, solamente en el INSALUD. Se trataba de normalizar una situación bastante extraña.

Está todo pensado para primar la gestión, así se ha dicho y así lo vengo repitiendo. En cualquier caso, me dice que se pone más énfasis en la planificación que en la gestión. Habiendo una Dirección General de Planificación, que es la que sigue existiendo, yo no sé dónde encuentra que se pone mayor énfasis ahora en la planificación. Pienso que hay que poner mayor énfasis en la planificación. Lo he dicho en mi intervención: la planificación es fundamental y más ahora cuando estamos llegando a unos niveles de asistencia que exigen un cuidado aún mayor a la hora de asignar los recursos nuevos que se van a invertir en el sector sanitario.

El señor Arnáu ha hecho referencia a la necesidad de poner mayor énfasis en la sanidad ambiental. Yo comparo esa preocupación, no la he mencionado en mi texto. Esta es una competencia que se lleva a través de la Comisión interministerial del Medio Ambiente, que preside el Ministro de Obras Públicas y Urbanismo. El Ministerio de Sanidad participa muy activamente en esta Comisión. Si hasta ahora no ha habido una actividad mayor, se debe a que en España tenemos todavía una experiencia y una preocupación menores que en otros países desarrollados con relación a estos asuntos. Pero habrá visto que en mi propia intervención se ha hecho referencia a esa tendencia de grupos sociales a considerar como algo fundamental el medio natural, y que eso tiene también su reflejo incluso en la política sanitaria. Ello significa que en nuestro Ministerio hay sensibilidad hacia esos problemas.

Creo que con esto, señor Presidente, he contestado a todas las preguntas.

El señor **PRESIDENTE**: Finalizada esta fase del debate de la comparecencia del señor Ministro, pasamos ahora a las preguntas puntuales de los señores Diputados.

Yo les rogaría que pidieran la palabra identificándose por el nombre y el Grupo al que pertenecen. (**Pausa.**) Asimismo, pediría que se atuvieran a preguntas puntuales, que no abrieran, con motivo de la pregunta, el debate de fondo que ya hemos cerrado antes; y que fueran, por razón de la hora, lo más breves posible, estableciendo un tiempo de intervención máximo de dos minutos.

Tiene la palabra doña Asunción Cruañes, del Grupo Socialista.

La señora **CRUAÑES MOLINA**: Señor Ministro, el tema aborto no es un tema grato, pero es una realidad social y creo que debe tratarse con la menor cantidad de hipocresía posible y con voluntad de solucionarlo.

Yo hice en la legislatura anterior una especie de seguimiento de cumplimiento de la Ley del Aborto, aprobada por las Cámaras y refrendada luego por la sentencia del Tribunal Constitucional. Resulta evidente que se están poniendo toda clase de impedimentos, diríamos que en tiempo y forma, a las mujeres que, como es su derecho, quieren hacer uso de dicha Ley.

No quiero hacer historia, por otra parte conocida, pero luego, señor Ministro, que informe si se van a tomar medidas concretas para que la aplicación de esta Ley no sea

una carrera de obstáculos para las mujeres, sino tan plenamente normal como cualquier otra Ley.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Sobre este asunto, que es sumamente controvertido, debo decir que la Ley de 1985 contempla los mismos supuestos que otros textos legales similares en Europa y que al incluir la salud psicológica permite abordar muy diversas causas por las que se puede desear la interrupción del embarazo o se puede no desear la maternidad. Este problema, a su vez, está muy relacionado con otro de carácter social que con demasiada frecuencia se olvida, que es el de la existencia en España de un número creciente de niños maltratados, bajo diversas formas de maltrato.

Creo que es una Ley que, además, necesita asentamiento, como ha ocurrido con otros textos similares, otras normas legales parecidas de los países europeos, donde se necesitaron varios años para que la Ley se fuera aceptando socialmente y se fuera aplicando correctamente.

La Ley ha tenido un desarrollo correcto. La Orden Ministerial de julio de 1985 era suficientemente explícita y estaba dirigida a facilitar la aplicación del texto legal. Puede suceder que esa Orden Ministerial sea susceptible de aclaración en algún punto. Debo decir que la aplicación, tanto de la Ley como de la Orden Ministerial que lo desarrolla, es una competencia de las Comunidades Autónomas, en virtud del Decreto de Planificación Sanitaria de 1981.

Yo no estoy en condiciones de asegurar tan tajantemente que haya habido una carrera de obstáculos. Creo que es posible que haya habido una falta de comunicación entre la Administración sanitaria del Estado y las Comunidades Autónomas. Desde luego, creo que ha habido una falta de comunicación entre las Comunidades y los centros que practican las interrupciones del embarazo. El efecto de ello es que se han mantenido fuera del marco legal centros que podían haber estado perfectamente acreditados y legalizados desde hace ya algún tiempo.

Por tanto, corresponde a todos realizar un esfuerzo para facilitar esta legalización, la aplicación de la norma, y para invitar a todos los centros que pueden acogerse a ella a que lo hagan. No obstante, es la posición del Ministerio de Sanidad —creo que también del Ministerio de Justicia como se ha expresado en esta Cámara—, es propósito del Gobierno, resolver el problema social de las mujeres españolas que quieren interrumpir su embarazo y que lo hacen fuera de España, o dentro, en condiciones sanitarias a veces sumamente precarias. Si es necesario hacer más explícito el desarrollo de la Ley, e incluso si es necesario cambiar el contenido de ésta, se hará en colaboración con el Ministerio de Justicia, o más bien, por iniciativa del Ministerio de Justicia, que es el que en este caso tiene la competencia.

Hay que insistir, una y otra vez (el Ministerio de Sani-

dad lo viene haciendo a lo largo de los últimos meses) en que es absolutamente imprescindible explicarle a la sociedad, especialmente a las mujeres afectadas, que la interrupción no debe utilizarse como un método anticonceptivo; que, por tanto, no se puede demandar, en algunos casos con una cierta frivolidad, una extensión del mismo. Creo que como método anticonceptivo es discriminatorio para la mujer. Por otra parte, hay medios sobrados para evitarlo. He mencionado en mi intervención anterior el esfuerzo que ha realizado el Estado en cuanto a apertura de centros de orientación familiar. Un esfuerzo similar, incluso mayor, han realizado las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, y en España existen actualmente más de 200 centros de orientación familiar. Por último, hay que difundir en la Sociedad española, en relación con este problema, que todos —hombres y mujeres— tienen responsabilidad para utilizar esos servicios, los medios anticonceptivos tradicionales y para soslayar este tipo de intervenciones.

Creo que con ello queda clara cuál es la posición del Ministerio de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Mena-Bernal, del Grupo Popular, tiene la palabra.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Quería hacer una aclaración previa, que creo necesaria. Soy médico y andaluz. Soy médico, lo que quiere decir que conozco un poco la problemática sanitaria y sufro en mis propias carnes, por ejemplo, la presión asistencial o la presión de los enfermos en las listas de espera. Y soy andaluz, lo que quiere decir que conozco también un poco lo que se ha iniciado allí como reforma sanitaria, incluso antes de que se aprobara la Ley General de Sanidad. Por lo tanto estoy en condiciones de poder hacerle, concretamente, las siguientes preguntas al señor Ministro, rogándole también respuestas concretas.

Aparte de las respuestas del señor Ministro a los portavoces sobre las listas de espera, a mí me gustaría tener conocimiento de qué medidas concretas piensa adoptar para acabar, de una vez por todas, con el problema que existe de la lista de espera, sobre todo en materia quirúrgica, y que los médicos sufrimos. ¿Tiene alguna relación con el aumento de camas, del que ahora mismo no disponen los medios públicos, y los conciertos con medios privados?

En segundo lugar, está el problema de las urgencias rurales que estamos viviendo en Andalucía y que yo transmito al resto de nuestros compañeros. La urgencia rural está creando problemas en vez de solventarlos. ¿Tiene el señor Ministro noticia de ello y va a persistir con la aplicación de la Ley General de Sanidad el problema de la urgencia rural, tal como está planteado en Andalucía?

En tercer lugar, no he oído, a lo largo de toda la intervención del señor Ministro, la palabra investigación. Me gustaría conocer qué tiene pensado sobre la investigación clínica, médica, farmacéutica y veterinaria.

En cuarto lugar, la jornada partida, que es, en realidad, un aumento de jornada de estancia hospitalaria, ¿va a ser

ese aumento asistencial o se va a resumir sólo para poner en marcha las comisiones clínicas, como se ha dicho, al menos en Andalucía? Con respecto a la cita previa, ¿se va a mantener? La experiencia que tenemos en Andalucía es que se han desmasificado las salas de espera, pero siguen masificadas las consultas, y le puedo citar datos concretos, si el señor Ministro quiere.

En cuanto a programas concretos, por ejemplo el de la orientación del hábito de vida, querría conocer datos concretos. Por último, me gustaría saber qué opina sobre las consultas de enfermería.

Muchas gracias, señor Presidente, y perdone si he abusado un poco del tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Mena, no ha abusado del tiempo. En lo que quizás hay un poco de abuso es en el número de preguntas, aunque las encuentro muy justificadas todas.

Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): El señor Mena me ha hecho muchas preguntas referidas a una Comunidad Autónoma con la cual el Ministerio mantiene unas relaciones excelentes, pero es una de las dos que tiene cedidas las competencias del INSALUD. Yo le puedo contestar en términos muy generales refiriéndome a las competencias de mi Departamento, sin hacer ninguna intromisión en la autonomía de la Comunidad citada ya que sería una actitud por mi parte muy criticable.

Con relación a las listas de espera, no ya en Andalucía, sino en general, en el ámbito de competencias del INSALUD, he mencionado de pasada que el esfuerzo se divide en incorporar medios a corto y a largo plazo. A largo plazo, la cuestión de fondo es superar las deficiencias estructurales que hay en ciertas especialidades. Ya he dicho que han comenzado a solucionarse en los años anteriores y que especialmente van a recibir un impulso a lo largo del programa de médicos residentes, que comenzará el año próximo, donde precisamente se ha dado máxima importancia a las especialidades hoy deficitarias, como por ejemplo, alergología.

En cuanto a medidas a corto plazo, lo que está estudiando el Ministerio es una modificación de la utilización de la jornada partida. La jornada partida, hasta ahora, se ha implantado ligándola más bien a actividades docentes. Probablemente antes de que acabe este año, pero en todo caso a partir del próximo enero, se va a ligar a objetivos asistenciales concretos y especialmente a la lista de espera, para lo cual será necesario extender también esa jornada a equipos de enfermería que hasta ahora no disfrutaban de la misma.

En cuanto a la urgencia rural, está pensada, en lo que se refiere a las atribuciones de las Comunidades Autónomas con competencias todavía del INSALUD, a través de la atención continuada de los centros de salud. Cuando el centro de salud no existe es también competencia de la Comunidad Autónoma la organización de estos servicios. No obstante, desde el Ministerio seguimos esta cuestión

porque en algunas comarcas o regiones de algunas Comunidades Autónomas efectivamente se detectan en algunos casos insuficiencias, debido también a la insuficiencia de médicos en esa región. Yo he citado previamente el tema de la investigación por no alargarlo demasiado, pero el hecho de que nos hayamos apresurado a la creación efectiva del Instituto Carlos III y le hayamos incluido en el mismo organigrama del Ministerio sin esperar a su regulación y organización definitiva, pone de manifiesto que concedemos la máxima importancia a las competencias o a la actividad del Departamento de Sanidad y Consumo.

Lo que a mí me parece más prioritario es que se potencien los centros nacionales de virología, de farmacología y de alimentación y nutrición, que tienen un excelente nivel científico y que pueden jugar un papel fundamental a la hora de hacer una política de prevención y de promoción de la salud. Son órganos que pueden servir también de apoyo a todas las Comunidades Autónomas que tienen ya cedidas las competencias o las tendrán en el futuro y, además, en algún caso tienen prestigio internacional.

En cuanto al Fondo de Investigaciones Sanitarias, el FIS, la intención del Ministerio es ir reforzando todo el apoyo y otorgando financiación a las investigaciones relacionadas directamente con la asistencia, y que todos los programas que se financian a través de él sirvan como estímulo profesional de los facultativos médicos y de los equipos sanitarios que trabajan en los grandes centros hospitalarios y en los Centros de Salud, donde queda todavía mucha actividad por hacer y hay grandes posibilidades, por ejemplo, en materia de estudios epidemiológicos.

Aludió el señor Diputado al asunto de las citaciones previas, que suponen racionalizar la utilización de los servicios de los ambulatorios. Yo no sé cómo se está aplicando directamente en Andalucía, pero lo que sí le puedo decir es, en virtud de las informaciones a través de las encuestas de que dispone el Ministerio, que hay un grado de satisfacción bastante elevado con relación a este sistema. Los retrasos observados son razonables, las fechas que se dan están dentro de un lapso de tiempo razonable. En cualquier caso, la mayoría de los pacientes lo estiman positivo.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Salarrullana tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Ministro, deseo formularle dos preguntas muy rápidas. Ha hecho usted alusión, cuando nos ha expuesto la política sanitaria, a la integración de los centros dependientes del AISNA en el INSALUD. El Real Decreto de 19 de septiembre de 1986 dice que se determina la estructura orgánica básica, y la disposición transitoria segunda dice que dicho organismo autónomo (AISNA) quedará extinguido el primero de enero de 1987. Ya lo he visto en los Presupuestos del Estado. Le quería preguntar, ¿cómo se va a hacer esa integración en el INSALUD y a qué piensa el Ministro, si es que ya lo tiene pensado, se van a dedicar esos

centros que normalmente eran los hospitales de enfermedades del tórax?

La causa de la segunda pregunta se debe a que he visto reflejado en el Presupuesto de su Ministerio un programa que dice: Elaboración de normas para la defensa contra el intrusismo profesional. Yo le pregunto al señor Ministro si no cree que esto es también un cierto intrusismo de una de las funciones propias de los colegios profesionales. Nosotros, que defendemos la subsidiariedad del Estado donde no llega la iniciativa privada, pensamos que éste es uno de los casos claros en los que nos da miedo que se le quiten funciones a unos colegios profesionales que además están reconocidos en la Constitución.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Salarrullana, el proceso de integración de la AISNA en el INSALUD lo ha sido también de transferencia a las Comunidades Autónomas; es decir, en realidad ha sido un doble proceso: por un lado, integración de determinados hospitales en el INSALUD y, por otro lado, integración de otros en la red directamente administrada por las Comunidades Autónomas. En la actualidad ese proceso está concluido. Se permitió a todas las Comunidades Autónomas que decidieran cuáles eran los hospitales o los centros que querían incorporar a su red de asistencia. Únicamente está pendiente de acuerdo una Comunidad Autónoma, Castilla-León.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Y La Rioja.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Sobre La Rioja hay acuerdo ya; no está todavía publicado, pero se publicará en breve. Lo mismo sucede con Navarra y Cantabria, donde también se ha alcanzado acuerdo y los últimos detalles para su firma se culminarán —insisto— en fecha breve.

Con relación a ese texto que me cita sobre defensa contra el intrusismo, debo reconocer que no lo conozco. Quizá, si me explica con más detalle en qué consiste, pueda saber si está entre los documentos de que dispongo; pero de momento no lo conozco.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Donde se encuentra —y lo he leído yo— es en la Sección de los Presupuestos Generales para 1987 de su propio Ministerio; en uno de los programas que vienen en el índice primero.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Estudiaré todos esos programas para ver con qué terminología se ha incluido, porque con ésta concreta, desde luego, no lo recuerdo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro.

Tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER**: Señor Ministro, habrá observado que en mi intervención anterior, a pesar de plantearle algunas importantes críticas a la gestión que ha sido o podría ser, no he entrado en ningún momento en lo que podríamos llamar «batallitas sanitarias», como las colas, etcétera. En líneas generales, creo acertadas sus respuestas y mis posicionamientos están en la misma área que sus respuestas; pero ahora sí tengo la obligación, para hacerle la pregunta, de hablar de un colectivo de enfermos muy específicos y de unos repetidísimos incumplimientos por parte del Gobierno con respecto a este colectivo. Me estoy refiriendo a los enfermos que sufren el síndrome del aceite tóxico o aceite de colza, sobre los que en mayo de 1984 se adoptaron en el Congreso de los Diputados 10 resoluciones aprobadas por unanimidad. Estamos en octubre de 1986, y he de decir que de estas 10 resoluciones, el Gobierno, el Ministerio —en la etapa anterior evidentemente, señor Ministro— sólo ha cumplido tres y siete han quedado por cumplir. Entre las no cumplidas, por ejemplo, está la comparecencia del Gobierno para explicar en qué había consistido el traspaso de competencias sanitarias del plan al CIS; la comparecencia del Ministro de Trabajo y Seguridad Social para explicar en qué grado estaba la reintegración laboral, funcional y social de los afectados del síndrome tóxico; la remisión a las Cortes de una auditoría sobre todo lo que se había hecho en el Plan del Síndrome Tóxico (una de las auditorías de infarto de las que el Presidente de Gobierno decía que iba a enviar) y que no está; no se han presentado tampoco las memorias de las actividades de ningún año, tal como se preveía en estas resoluciones del Congreso de los Diputados, y, finalmente, la última resolución, que hasta hace muy pocos días estaba incumplida pero que ahora se está ya cumpliendo, la que se refiere a la destrucción del aceite.

Coronando todo este cúmulo de incumplimientos parlamentarios y de desatención en la práctica de este importantísimo colectivo de enfermos, por lo que son de enfermos, por lo que representó el síndrome y por lo que aún está en estudio lo que pueda ser, mi pregunta es la siguiente: ¿Va el Ministerio, el nuevo Gobierno, a cumplir todo lo acordado en la resolución de 10 de mayo de 1984 por el Congreso de los Diputados? Y añadiría, señor Ministro, por una de estas recomendaciones, que tampoco se ha cumplido: ¿Va a recibir el señor Ministro a los afectados por el síndrome tóxico; es decir, a la Coordinadora de los Afectados por el Síndrome Tóxico?

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, rogaría que se acentuara la brevedad en las exposiciones y también que las preguntas estuvieran relacionadas o, al menos, más imbricadas con la intervención del señor Ministro.

Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Gar-

cía Vargas): Señor Espasa, ha citado unos incumplimientos que creo que son, sobre todo, de tipo formal, es decir, de presentación de resultados o de determinadas obligaciones administrativas. Pienso que todas ellas se van a cumplir en breve plazo y, en este sentido, tengo la seguridad de que el Gobierno no tiene nada que ocultar, porque si ha habido un colectivo atendido, desde un punto de vista social y médico, de manera satisfactoria ha sido precisamente éste, como era obligación de Gobiernos anteriores hacerlo.

En cuanto a la atención sanitaria, estos enfermos se han integrado ya en la red de atención primaria y están atendidos directamente en los Centros de Salud. Esto se decidió así con objeto de evitar la marginación que estaba empezando a observarse en cuanto a la atención sanitaria de sus afecciones.

Desde luego, le puedo decir que no tengo ningún inconveniente en recibirlos. Pienso que, a lo mejor, puede ser más útil que se les reciba en el propio INSALUD o en la nueva Secretaría General de Asistencia Sanitaria, donde se pueden resolver más directamente los posibles incumplimientos administrativos, en caso de que existan. No obstante, es cuestión de ir realizando la petición de esta entrevista, porque hasta ahora no ha llegado al Ministerio ninguna en este sentido; pero, si usted me lo anuncia, gustosamente se les atenderá.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Ministro.
La señora Villalobos tiene la palabra.

La señora **VILLALOBOS TALERO**: Querría hacer cuatro preguntas muy concretas al Ministro de Sanidad.

El artículo 14 de la Ley General de Sanidad establece la facultad de elección de médico en la atención primaria del área de salud mediante el correspondiente desarrollo normativo. ¿Cuáles son los criterios del Gobierno para la aplicación de este derecho del ciudadano? ¿Para cuándo prevé el señor Ministro la aparición de la anunciada normativa de desarrollo?

En relación con la anterior, el señor Ministro sabe que actualmente sistemas públicos asistenciales que reconocen una cierta libertad de elección de médico, derecho prácticamente inexistente en el Régimen General de la Seguridad Social. ¿Qué intenciones tiene el Ministerio en orden a la armonización y refundición de los sistemas públicos de cobertura sanitaria en materia de elección de médico, habida cuenta de que tal armonización debe acordarse antes de un año a la vista de la disposición final segunda de la Ley General de Sanidad?

Parece ser que el señor Ministro de Sanidad anterior a usted, el señor Lluch, llegó a un compromiso con la profesión sanitaria de los asistentes de enfermería respecto a su regulación según el artículo 36 de la Constitución. Mi pregunta es: ¿Señor Ministro, para cuándo la regulación de la profesión de enfermería?

Por último, ¿cuál es el estado actual de los trabajos para la promulgación de un texto único en materia de protección de la salud laboral y cuáles, en su caso, las líneas di-

rectrices que lo inspirarán, según la disposición final sexta de la Ley General de Sanidad?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señoría, en cuanto a la libertad de elección de médico, efectivamente no está regulada todavía en un texto completo, pero sí hay instrucciones, tanto a los Centros de Salud como especialmente a las Delegaciones Provinciales, para que este derecho se implante y se ejercite, y he citado en mi intervención cómo se está haciendo uso del mismo en la práctica.

Con relación a la regulación de la profesión de ATS, le diré que es un problema muy complejo que no solamente afecta a esta profesión sino a otras muchas, de manera que habrá que integrarlo dentro de un esquema general de regulación de las profesiones. Usted sabe que, además, en la pasada legislatura, ya al final, el Gobierno tuvo la iniciativa de regular alguna profesión, con determinado problema posterior con el mismo Tribunal Constitucional.

En cuanto al texto único de la salud laboral, es una competencia que está repartida con el Ministerio de Trabajo, y existe desde hace algún tiempo una Comisión para ir regulando estas materias, que son extraordinariamente complejas, porque algunas proceden de períodos muy anteriores. Se trata, sobre todo, de una tarea legislativa de refundición que hay que llevar con mucho cuidado. Ya sabe usted, además, lo prolijo y lo detallado que son este tipo de regulaciones. Espero que en el futuro le pueda informar sobre cómo van estos trabajos. Su estado actual no permite anunciar que se vayan a concluir en breve.

El señor **PRESIDENTE**: Rogaría a SS. SS. que limitaran el número de sus preguntas, porque lo que se hace así es alargar excesivamente este trámite, que no estaba previsto para la repetición de múltiples preguntas por cada Diputado. Por tanto, les ruego que sean concisos en el número de sus preguntas y se ajusten a la voluntad manifestada por la Presidencia ante la intervención del señor Mena anteriormente.

Tiene la palabra doña Elena García.

La señora **GARCIA BOTIN**: Señor Ministro, nos ha hablado de un número de camas dedicadas a personas de la tercera edad. ¿Tiene el señor Ministro una política de prevención sanitaria específica para esta tercera edad?

Y, para no alargarme: ¿Proyecta el señor Ministro de Sanidad algún tipo de medida en torno a la objeción de conciencia del personal sanitario para los supuestos de aborto y similares?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Primera pregunta. No existe en el Ministerio

un plan específico de prevención con relación a este colectivo que ha mencionado, y habrá visto que la política del Ministerio es además evitar la dispersión de planes, como ha ocurrido con frecuencia en nuestra historia sanitaria, en la que ha llegado a haber casi veinte planes de prevención distintos, aplicándose todos al mismo tiempo. Ya habrá visto que nuestra intención es agruparlos en cuatro o cinco grandes planes. Toda la política de prevención en este sentido deberá integrarse en el plan geriátrico y, sobre todo, relacionarse con una política de prevenciones en general, especialmente con la que he mencionado en cuanto a los hábitos de vida. Prevenir una política geriátrica es algo que se debe iniciar, es lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud y es la experiencia de países mucho más avanzados que el nuestro. En este sentido, se debe iniciar con mucha antelación a la llegada de cada ciudadano a esa tercera edad.

En cuanto a lo que me ha dicho de la regulación de la objeción de conciencia, no hay ningún proyecto en este sentido, además de que requeriría probablemente el rango de Ley Orgánica.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro.

El señor Bernárdez tiene la palabra.

El señor **BERNARDEZ ALVAREZ**: Muchas gracias, señor Presidente, una pregunta muy concreta. Perdona, señor Ministro, no voy a insistir en algunas preguntas, a las que no me ha contestado antes, pero hay una muy concreta que como Diputado de Coalición Galega no tengo más remedio que volver a hacer.

Señor Ministro: ¿Por qué no se hacen las transferencias del INSALUD a Galicia y se fuerza a la Xunta de Galicia a que recurra al Tribunal Constitucional o, por lo menos, se le pone en la necesidad de tener que recurrir al mismo?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Yo le ruego al señor Bernárdez que me perdona, porque efectivamente antes olvidé la respuesta a esta pregunta. Se la doy ahora.

No se obliga al Gobierno gallego a recurrir en este terreno, por la sencilla razón de que tampoco está concluido el acuerdo de transferencias con la Comunidad Autónoma de Galicia. En cualquier caso, la política del Ministerio es ir facilitando el inevitable proceso de transferencias que se tiene que producir con todas las Comunidades Autónomas, según el artículo 148 de la Constitución, pero realizándolo en las mejores condiciones de gestión, administración y financiación. Insisto mucho en esto: de financiación. Por lo tanto, es intención del Ministerio acentuar el papel y la responsabilidad de las Comisiones mixtas e ir estableciendo criterios de administración compartida para que en su momento esta transferencia se haga en las condiciones mejores para las Comunidades

Autónomas. Y recuerde que he insistido en el criterio de financiación.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Ministro. Tiene la palabra don Marcelo Palacios.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Gracias, señor Presidente, siguiendo sus indicaciones, voy a ser muy breve.

Señor Ministro, en relación con los trasplantes de órganos, ¿podría ponernos al tanto, si es posible, del estado actual de los indicadores de morbilidad?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Debo reconocer que tendría que rebuscar entre mis papeles para encontrar esos indicadores de morbilidad en relación con los trasplantes. Si quiere, luego remuevo las carpetas y se lo comento.

Lo que sí debo es insistir más bien en lo que es la política del Ministerio en relación a este asunto. La política del Ministerio es seguir desarrollando y difundiendo al máximo los trasplantes renales, que tienen estadísticamente un grado de eficacia muy elevado. Está comprobado, no sólo fuera de España, sino también dentro de nuestro país. Y también los trasplantes de córnea.

Con relación a los otros trasplantes, la política del Ministerio es seguir estimulándolos en centros muy concretos, pero poniendo de manifiesto también que estadísticamente está comprobado en todo el mundo que su grado de éxito es relativo todavía y que, por tanto, no suponen en todos y cada uno de los casos en que se aplican o se plantean un éxito garantizado. Por eso se habla en el Ministerio de restar algo de espectacularidad a este tipo de intervenciones, que en muchas ocasiones frustran las expectativas de los pacientes, como hace poco hemos tenido ocasión de comprobar.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Ministro. El señor Revilla Rodríguez tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Dos preguntas, señor Ministro. Cuando usted dice que se camina hacia la autonomía del centro hospitalario, lo cual celebramos, ¿está pensando en incorporar algunos de los modelos caracterizados por su eficiencia, ya experimentados en otros países, o es un objetivo que se alcanzará por mera depuración gerencial y organizativa?

La segunda pregunta es al hilo de una respuesta que usted ha dado. Cuando habla de mejora o de modificación, no he entendido bien, de la llamada Ley del Aborto, ¿podría concretar algo más?

El señor **PRESIDENTE**: El señor Ministro tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Vengo insistiendo en la necesidad de que se

llegue al grado de autonomía mayor en los hospitales, y por supuesto aquí, como en tantas otras cosas, nosotros no tenemos nada que inventar. El aumento del grado de autonomía irá en paralelo a la consecución de una capacidad de gestión y una capacidad gerencial que todavía hoy no tienen los hospitales españoles, en comparación con los hospitales norteamericanos o de cualquier otro país desarrollado. Esto se debe a que hasta épocas muy recientes no se ha puesto en marcha un modelo gerencial tomado o inspirado en esos otros países, que es el que antes he descrito. A medida que esos equipos gerenciales se vayan implantando y se vaya distinguiendo, además, cuál es la responsabilidad de cada una de las direcciones que, dentro de ese modelo, se reconocen, es evidente que la autonomía va a ganar peso por su propia inercia. Mi deseo, y creo que lo he expresado en algún lugar, es que en un futuro incluso se llegue a una autonomía absoluta en el sentido de que sean los propios hospitales los que facturen al INSALUD por sus intervenciones; es decir, que se llegue en ese sentido a un régimen parecido al de una empresa pública.

Con relación a lo mencionado sobre la modificación de la Ley de Interrupción del Embarazo del pasado año, mi afirmación ha sido que en el caso de que se demuestre que el problema social existente no se puede resolver en el texto actual de la ley, es propósito del Gobierno modificarlo. Pero, insisto, el objetivo político es conseguir que se resuelva el problema social de las mujeres que van fuera de España a realizar las interrupciones o que las realizan dentro de España con peligro para su salud. El objetivo es resolver ese problema social con todos los medios, aplicando la ley vigente y las normas que la desarrollan y, si no fuera suficiente, modificando la norma.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro.

El señor Botella Crespo tiene la palabra.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Señor Ministro, yo de momento querría darle la confianza, pero resulta que soy de Cáceres y a mis conciudadanos les resultaría anecdótico que yo diera al Ministro de Sanidad la confianza con el problema sanitario que hay en Cáceres.

El señor **PRESIDENTE**: No es el objetivo del trámite, señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Comprendo que no es el objetivo del trámite. En ese caso, si seguimos con las preguntas, querría saber si el Gobierno piensa continuar con el monopolio de la formación médica a base del Estado, para disminuir las listas de espera de los indicadores sanitarios, como antes decía; si podemos conocer, de alguna manera, esa norma interna que ha dado para la libertad de médico y centro, que desde luego desconocemos nosotros y los ciudadanos, y si tras la nueva regulación de las guardias médicas, éstas seguirán teniendo carácter obligatorio.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Botella, ¿recuerda la indicación de la Presidencia hecha anteriormente en cuanto al número de preguntas?

El señor **BOTELLA CRESPO**: Me queda una. He hecho tres y voy por la cuarta, pero si no quiere que la haga, no la hago.

El señor **PRESIDENTE**: Hágala.

El señor **BOTELLA CRESPO**: No, perdone. ¡Faltaría más!

El señor **PRESIDENTE**: El señor Ministro tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): No he entendido la primera pregunta, referida al monopolio de la formación. ¿A lo que se está refiriendo es a que debe diversificarse el número de centros que pueden realizar tareas docentes? ¿Es eso?

El señor **BOTELLA CRESPO**: No, señor Ministro, me refiero a que por qué no se puede seguir haciendo por la Universidad, no solamente dependiendo de la Seguridad Social. Ahora mismo la Seguridad Social forma sus propios especialistas, pero estamos en el Mercado Común y necesitan especialistas que puedan ser en las clínicas privadas el sistema complementario del que ustedes quieren.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Ya entiendo. Es evidente que la Universidad tiene capacidad, por su autonomía para participar en los procesos de formación, pero en cualquier caso, ese proceso de formación usted sabe que se tiene que realizar en un centro asistencial, y los centros asistenciales de la Universidad en este momento están integrados en el INSALUD: son los hospitales clínicos; es decir, que la iniciativa, al final, no es una iniciativa individual de la Universidad, es una iniciativa conjunta. En este sentido, el Ministerio está en la mejor disposición y, de hecho, existe un convenio con las Universidades para utilizar los hospitales clínicos ya integrados en esta Dirección. En este aspecto no hay ninguna dificultad ni ningún obstáculo, todo lo contrario. Creemos que la iniciativa que pueda surgir en el Ministerio es perfectamente complementaria de la que pueda surgir de las Universidades, siempre con la inspiración de las Comisiones Nacionales de Especialidades, que son las que, en último término, tienen la competencia de determinar cuáles son los problemas que se deben poner en marcha.

En cuanto a la libertad de elección de médicos, se trata de circulares que yo creía que estaban recogidas en este texto, y por eso le decía que se buscarían, pero no lo están, efectivamente. Son circulares a las Direcciones Provinciales del INSALUD.

Y respecto a las guardias, el sistema de guardias en este momento no es estrictamente obligatorio. Usted sabe que no es estrictamente obligatorio. Se puede estar den-

tro de la lista de facultativos que las realizan, o se puede no estar. Una vez que se está dentro, evidentemente es obligatorio realizarlas cuando lo determine la Dirección Médica o la Dirección del Servicio.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro. El señor Romay tiene la palabra.

El señor **ROMAY BECCARIA**: Dos preguntas muy breves, señor Ministro. Se ha tratado ya algo el problema, pero me parece que tiene mucha importancia. Estamos en una situación en que tenemos médicos en paro, enfermeras en paro y, al mismo tiempo, tenemos déficit de especialistas, y una gran dificultad por parte de estos médicos, de estos profesionales, para formarse en esas especialidades. ¿Esta preocupación la comparte el Ministerio y tiene algunas previsiones concretas para afrontar este problema?

Por otra parte, nosotros, aunque a lo mejor algunos de ustedes no lo crean, también estamos preocupados por la igualdad ante la salud y ante la muerte, donde estamos lejos de alcanzar los objetivos. (**Rumores.**) Sí, estamos preocupados por eso y deseamos que se avance en este proceso. Estas desigualdades no son sólo geográficas, sino sectoriales, como antes se ha dicho muy bien, y nosotros querríamos saber si existen algunas previsiones para favorecer las necesarias orientaciones geográficas y profesionales para hacerlas conocer a los estudiantes, porque desgraciadamente la distribución de profesionales relacionados con la asistencia sanitaria en el país está lejos de ser la óptima, y en esta defectuosa distribución de profesionales están las causas de la desigualdad que padecemos todavía ante el acceso a la salud y ante la muerte.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Ministro tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): El señor Romay ha relacionado dos problemas que no están estrictamente ligados, al menos de la resolución de uno no depende inmediatamente la resolución del otro. Concretamente ha relacionado el paro sanitario y los déficit de especialistas en algunas especialidades muy concretas, cuando es evidente que tenemos un déficit de especialistas en tres o cuatro especialidades: Oftalmología, Anestesia, Nefrología, Alergología. En el programa MIR para el período 1987/1990, se ha hecho especial énfasis en estas especialidades. Así, por ejemplo, se van a incorporar a la formación treinta médicos, doblando prácticamente la cifra que se incluyó en el anterior programa; lo mismo va a suceder con oftalmología y con las otras especialidades que he citado. Como ve, son cifras muy pequeñas y, a través de este mecanismo, no vamos a poder obviar el paro médico que, por otro lado, es comparable al que existe en otras profesiones de titulados universitarios, y quizá algo menor. A pesar de lo cual, obviamente, nos preocupa enormemente en el Ministerio.

Luego ha citado el problema de la distribución geográfica de estas ofertas de formación. En el Ministerio se dis-

pone de datos sobre cuál ha sido la demanda para estos programas a lo largo de los últimos años, y hemos visto que, a pesar de la existencia de ese paro, existen ofertas en determinadas provincias que por estar alejadas, o por quizá no gozar de un prestigio a nivel de medios de comunicación, no tienen tanto atractivo para los licenciados que todavía no han podido acceder a la formación especializada. Nos encontramos con que en algunos hospitales de la periferia no se cubren esas plazas. Quizá también sea un problema de difusión y de explicación a los interesados, y esto es algo que creo que corresponde más a la Comisión Nacional de la Especialidad que al propio

Ministerio. No obstante, concretamente con relación al programa de 1987/1990, se van a hacer esfuerzos en este sentido de explicarles a todos y cada uno cuál es el grado de formación que pueden recibir en cada uno de los equipos que se han habilitado para ello.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro, no sólo por su comparecencia, sino por la amplitud de las respuestas y de su intervención, y esperamos verle aquí próximamente. Y dicieno esto, levantamos la sesión.

Eran las dos y treinta minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961