CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1987 | III Legislatura | Núm. 103

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión celebrada el martes, 7 de abril de 1987

Orden del día:

— **Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (García Vargas) para tratar sobre situación actual y objetivos de la política sanitaria.**

— **Contestación del señor Ministro a las siguientes preguntas:**

De la señora Salarrullana de Verda, del Grupo Mixto-Agrupación PDP:

— **Relativa a actualización de tarifas de honorarios y retribuciones que han de regir en la asistencia a trabajadores accidentados en el trabajo y normas de su aplicación de acuerdo con el IPC («B. O. C. G.» número 37, serie D, de 23-2-87) (número de expediente 181/000165).**

— **Relativa a sistema de pago anticipado al que se obliga al usuario de la Seguridad Social en sus desplazamientos a centros de rehabilitación y en la compra de prótesis necesarias («B. O. C. G.» número 39, serie D, de 25-2-87) (número de expediente 181/000166).**

— **Relativa a medicamentos no incluidos en la Seguridad Social («B. O. C. G.» número 41, serie D, de 2-3-87) (número de expediente 181/000171).**

— **Relativa a detracción del cupo de un médico de cierto número de asegurados elegidos por sorteo («B. O. C. G.» número 44, serie D, de 9-3-87) (número de expediente 181/000185).**

— **Debate de proposiciones no de ley:**

— **Relativa a creación de una Comisión Nacional de carácter multidisciplinar relacionada con las técnicas de fecundación asistida humana y sus posibles derivaciones, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista («B. O. C. G.» número 49, serie D, de 18-3-87) (número de expediente 161/000005).**

— **Relativa a centros y establecimientos sanitarios relacionados con las nuevas técnicas de fecundación asistida humana, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista («B. O. C. G.» número 49, serie D, de 18-3-87) (número de expediente 161/000006).**

— **Relativa al Plan Nacional del Control Sanitario de la Prostitución, presentada por la Agrupación de Diputados del PDP («B. O. C. G.» número 32, serie D, de 14-2-87) (número de expediente 160/000070).**

— **Por la que se insta al Gobierno para que proceda a modificar el número 2 de la disposición transitoria primera de la Orden ministerial de 28 de mayo de 1984, corregida por la O. M. de 30 de junio de 1984, por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social (presentada por el Grupo Mixto-Agrupación IU-EC) («B. O. C. G.» número 50, serie D, de 18-3-87) (número de expediente 161/000008).**

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

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA TRATAR SOBRE SITUACION ACTUAL Y OBJETIVOS DE LA POLITICA SANITARIA

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, iniciamos la sesión con el primer punto del orden del día, referente a la comparecencia, a petición propia, del señor Ministro de Sanidad y Consumo, para tratar sobre la situación actual y objetivos de la política sanitaria.

Por tanto, el debate de este punto se hará con arreglo al artículo. 203 y, dado el carácter de actualidad del tema, después del turno de portavoces y de la respuesta del Ministro, los Diputados de los Grupos Parlamentarios podrán hacer preguntas al señor Ministro.

En aras a la concreción del debate, esta Presidencia sugiere a los Grupos que sea un Diputado por Grupo el que haga las preguntas después del turno correspondiente a los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.

Damos la bienvenida al señor Ministro de Sanidad y Consumo a esta Comisión nuevamente y le concedemos la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, en mi primera comparecencia en esta Comisión de Política Social y Empleo, de 7 de octubre de 1986, indiqué que si la pasada legislatura estuvo marcada por la definición de la reforma sanitaria a través de disposiciones que culminaron en la Ley General de Sanidad, la presente lo estararía por su aplicación. Acompañando dicha aplicación habría una mejora paulatina y gradual de los recursos asignados a la Sanidad, justificados por la realización de esa misma reforma.

Concretamente, recordando lo que otras veces ya se ha repetido en esta Cámara, la reforma sanitaria supone alcanzar los siguientes objetivos, que han sido pospuestos una y otra vez en nuestra Nación, impidiendo superar los defectos tantas veces descritos en nuestro sistema sanitario:

Potenciación y transformación de la atención primaria a través de los equipos de atención primaria ubicados en centros de salud. El objetivo es superar la masificación del viejo ambulatorio atendido por facultativos en régimen horario muy limitado y el aislamiento tradicional del médico rural. Al mismo tiempo, se trata de que la atención primaria recupere la importancia que debe tener frente a la hospitalaria y preste con carácter general servicios ampliamente demandados, como los de planificación familiar.

Mejora de la coordinación entre la atención primaria y la atención hospitalaria, que han estado demasiadas veces separadas y en escasa comunicación. Esto se alcanzará a través de un nuevo espacio unitario sanitariamente, que es el área de salud.

Simplificación de los regímenes de prestación de servicios, que en facultativos extrahospitalarios se acercan aún a la decena, afectando a la asistencia, a pesar de las iniciativas adoptadas desde 1982.

Gestión profesionalizada de los hospitales públicos, tal como exige una organización tan compleja y que existe ya en los hospitales privados, rompiendo así una ausencia de tradición en este terreno. De esta forma se mejorará el rendimiento de recursos humanos y físicos, con la participación de los profesionales sanitarios y los usuarios.

Sistema de retribuciones que homogeinice a los sanita-

rios con otros profesionales del sector público, superando la desigualdad actual. Dicho sistema ha de permitir la aplicación de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades, y el Real Decreto 598/1985, que la desarrolla, partiendo, como establece el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, de un nuevo Estatuto marco para todo el personal sanitario. Es decir, el nuevo sistema retributivo ha de primar a quien tenga una dedicación exclusiva más intensa o de mayor calidad.

La accesibilidad a la misma calidad asistencial a todos los españoles por igual, estén donde estén o pertenezcan a los grupos sociales menos favorecidos. Por ello habrá de dirigir las inversiones a donde existan mayores déficit y llevar los hospitales y otros centros cerca de donde viven los ciudadanos.

Todo este proceso, que no puede culminarse en un breve lapso de tiempo, se dirige a la constitución de un sistema nacional de salud, como establece la Ley General de Sanidad, integrado por los distintos servicios autonómicos.

En definitiva, Señorías, esta política apuesta por un sistema de sanidad pública, complementado por la oferta privada. Este sistema es el más adecuado a la realidad española, configurada después de varias décadas de fuertes inversiones sanitarias. También es el modelo que se ha demostrado más justo e igualitario, así como menos costoso, en la experiencia internacional, como está destacando el debate que se mantiene últimamente en varios países de nuestra área occidental. En este modelo, la principal característica es la de garantizar una asistencia igual a todos los usuarios, como corresponde a una sociedad democrática. Es decir, la reforma sanitaria está en marcha a pesar de las resistencias que genera entre los que, dentro y fuera del sistema sanitario, pretenden que nadie cambie y se mantengan viejos vicios, como la desviación de pacientes entre la atención pública y privada, la utilización privada de recursos públicos y otros similares.

Además de estas resistencias, evidenciadas en las últimas semanas, la política sanitaria debe contar con otros problemas que añaden dificultades a su tarea, como son:

La crisis económica, que da origen a presupuestos sanitarios limitados por otros gastos sociales y por el déficit global de toda las Administraciones públicas.

La transferencia de servicios asistenciales a las Comunidades Autónomas que se lleva en paralelo; ésta implica cambios de dirección y de organización, aunque no de modelo, y se vive por los sanitarios como un cambio añadido importante.

Las transformaciones profundas que se están produciendo en todo el mundo en el campo de las profesiones sanitarias por efecto de la tecnología, las demandas de la población y la evolución de la economía. Estas transformaciones han superado el mundo sanitario para llegar al de la política y el de los medios de difusión, como demuestra por ejemplo, que en semanarios internacionales se hable en portada de «cambios revolucionarios».

La implantación limitada de organizaciones de usuarios y consumidores, que aporten otra visión distinta a la de los sanitarios y administradores sanitarios y sirvan de contrapeso en la definición de medidas.

La reforma viene determinada por ritmos fijados en la Ley General de Sanidad, así como por compromisos fijados en otras normas o en procesos como la integración de redes. Es voluntad del Gobierno que este ritmo, que viene dado por factores coincidentes, no se frustre por las limitaciones económicas dentro de los márgenes que impone nuestro carácter de nación intermedia. En consecuencia, como he dicho antes, los presupuestos sanitarios irán mejorando de forma paulatina y ordenada, de acuerdo con planes establecidos, como luego veremos.

Por otra parte, como subrayé en mi comparecencia de octubre, existe una voluntad de las autoridades sanitarias para que esta reforma se lleve a cabo, en un clima de diálogo con los profesionales sanitarios, a pesar de todas las discrepancias que son legítimas en una sociedad democrática y por encima de los conflictos coyunturales.

Diálogo con Organizaciones profesionales. Este diálogo fue puesto de manifiesto desde los primeros momentos por el nuevo equipo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Signos de esta actitud son los siguientes:

Nuevo clima de relaciones con la Organización Médica Colegial, que coincidió con la nueva actitud que ésta adoptó. Gracias a él se han producido frutos incipientes, como la incorporación de personas propuestas por el Consejo de Colegios en comisiones profesionales constituidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo; por ejemplo, la de farmacovigilancia.

Igualmente, se han intensificado las relaciones con otros Colegios, como el de ATS —asistentes técnicos sanitarios— o farmacéuticos.

Otros frutos concretos han sido el aumento de plazas de MIR con respecto a las de 1985 o la aplicación pausada de la Ley 53/1984, de incompatibilidades, en los que también influyeron las buenas relaciones con la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y con organizaciones sindicales. Estos contactos se han institucionalizado en comisiones de trabajo con las organizaciones profesionales citadas, tanto el Consejo de Colegios como la Federación de Asociaciones.

Con las Organizaciones Sindicales ha habido un contacto permanente, ya que desde el pasado noviembre ha existido un diálogo ininterrumpido sobre el nuevo sistema retributivo y el nuevo estatuto, materializado desde enero en mesas técnicas.

No obstante, quisiera hacer dos precisiones sobre estas relaciones: primera, no suponen asumir miméticamente las posiciones de la otra parte, especialmente en cuestiones contenidas en normas legales o propia de la responsabilidad de cada uno, y segunda, tampoco suponen eliminar automáticamente los conflictos, sobre todo si se tiene en cuenta que la instrumentación de los acuerdos adoptados va realizándose con lógicas dificultades administrativas y afectan a cuestiones importantes. Dentro de este punto deseo manifestar ante SS. SS. que esta política de negociación, diálogo y puertas abiertas se ha aplicado a todos los colectivos, estuvieran o no organizados, siempre que sus posiciones fueran mantenidas de forma razonable, sin coacciones ni amenazas.

Esta va a ser la política que va a mantener por encima de los conflictos y las discrepancias: negociación con las organizaciones legalmente constituidas y diálogo con todo tipo de colectivos. Estoy seguro, Señorías, que comparten la necesidad de mantener esta distinción, teniendo en cuenta la todavía insuficiente implantación de las organizaciones sindicales y profesionales en nuestro país, que da origen a una sociedad civil poco consolidada, como se ha repetido en esta Cámara en múltiples ocasiones.

Evolución de la reforma y funcionamiento del sistema: cierre del ejercicio de 1986. Como ya he tenido ocasión de mencionar en pregunta oral en el Pleno de esta Cámara, el cierre del ejercicio de 1986 demuestra que se ha iniciado una nueva tendencia en lo recursos presupuestarios puestos a disposición de la Sanidad. Ya afirmé en mi comparecencia de octubre que éstos podrán mejorar progresivamente, pero siempre con bases de planificación que eviten los errores del pasado en el terreno de las inversiones: hospitales concentrados en grandes capitales y en la misma zona de éstas, adquisición de aparatos poco útiles, etcétera.

Los datos más relevantes de este cierre son: el presupuesto liquidado de 1986 se eleva a un billón 155.000 millones de pesetas, frente a un billón 16.000 millones en 1985, con un incremento del 13,7 por ciento, frente al aumento del 8,3 en el índice de precios al consumo. En relación al producto interior bruto, esa cifra equivale al 3,59 por ciento, que coincide con la del año anterior, también 3,59 por ciento, lo que supone para la disminución que ligeramente se había producido en los años anteriores. Sobre el total del gasto público, es decir, el conjunto de la Administración central, organismos autónomas administrativos y la Seguridad Social, ese presupuesto liquidado se eleva al 10,8 por ciento, frente al 10,4 de 1985, y el gasto por persona potegida se ha elevado en 1986 a 31.064 pesetas, frente a 27.499 en 1985, con un incremento del 12,3 por ciento. Si medimos estas cifras en pesetas constantes de 1982, el incremento ha sido de 4,3 por ciento.

Estos resultados son, en gran parte, consecuencia del fuerte impulso dado a lo ejecución del presupuesto en el último trimestre de 1986. Las cifras que he leído podrán parecer modestas a algunos de ustedes pero suponen, insisto, romper la tendencia de los últimos años.

En la actividad asistencial, el número de intervenciones quirúrgicas se ha elevado a 659.000, frente a 598.000 en 1985 y frente a 485.000 en 1983, y las consultas externas, a 8.170.000, frente a 7.768.000 en 1985 y 6.858.000 en 1983. En transplantes los avances son espectaculares. en 1986 se produjeron 45 de corazón, frente a 23 en 1985 y cero en 1982, en hígado, 46 transplantes, frente a cuatro en 1985 y cero en 1982; páncreas, cinco frente a dos en el 85 y cero en el 82; médula, 197, frente a 131 en 1985 y 54 en el 82, y riñón, 1.182, frente a 968 en el 85 y 393 en 1982. Hasta en partos, paradigma de la preferencia por las clínicas privadas concertadas por razones hoteleras, la evolución fue de 203.941 en 1986, frente a 188.350 en 1985.

Espero que estas cifras, que ponen de manifiesto una elevada mejora en la actividad y en la calidad técnica de la misma, obliguen a corregir las afirmaciones sobre el estado caótico de nuestro sistema sanitario. Este tiene, sin duda, importantes deficiencias o incomodidades, pero ofrece cada vez más cantidad y calidad de servicios.

En cuanto al número de centros hospitalarios, entraron en funcionamiento seis hospitales nuevos de los que iniciaron su construcción a principios de la década presente, con lo que se completa el número de 5.500 camas nuevas puestas en actividad en el período 1982-1986.

En centros de salud, el número de éstos era de 295 en diciembre de 1986, de los cuales 62 no tenían completos todos sus medios de funcionamiento, en los que se ubicaban 306 equipos de atención primaria; otos 80 estaban en proceso de creación, en desarrollo, de acuerdo con las Comunidades Autónomas. Junto a éstos, el número de ambulatorios era de 243 y el de consultorios, 548.

En personal, después del fuerte aumento de 1985, la evolución ha sido más moderada, con un incremento del 1,2 por ciento en el número de facultativos y del 1,5 en otro personal sanitario. No obstante, el aumento de médicos entre 1982 y 1986 ha sido del 17 por ciento y el de enfermería en el mismo período, del 29 por ciento. Además, el proceso de reforma del régimen de prestación de servicios a través de la jerarquización se aceleró en 1986, triplicándose el número de plazas sacadas a concurso: 2.208, y las adjudicadas, 1.088, estando en la actualidad ofertadas en 1.131.

A pesar de la mejora de medios y de actividad descritos, y tal como se debatió en esa Cámara por interpelación en Pleno de fecha 11 de febrero de 1987, las llamadas listas de espera flexionaron el alza a lo largo del segundo semestre, como consecuencia de un fuerte aumento de la demanada, generado por las mejores expectativas que despierta el mismo sistema ante el mayor porcentaje de éxitos de diagnóstico, intervención y tratamiento, y también por el aumento de la cobertura en los últimos años, en el 10 por ciento de la población, con un carácter gratuito, libre y accesible de todos los ciudadanos de la red.

Actuaciones de política asistencial y de política de reforma. Ante el incremento de demanda mencionado, se elaboró a principios de año y se presentó en los primeros días de febrero del presente ejercicio un plan de inversiones para 1987 en algunos capítulos, y para 1987-1990 en otros. Este plan es un intento racionalizador de la actividad del INSALUD, que se realiza por primera vez y que supone adoptar las decisiones en un mismo momento. Por otra parte, supone relanzar la actividad inversora del Instituto, una vez ejecutadas todas las obras previstas a fines de la pasada década y principios de la presente. Dicho plan consta, como saben SS. SS., de seis objetivos:

Primero, la construcción de nueve hospitales y ampliación de otros dos en las áreas de salud más deficitarias, con aumento der 1:500 camas. Como saben SS. SS., los nuevos hospitales se ubicarán en Las Palmas, Torrelavega, Ponferrada, Alcázar de San Juan, Santiago de Compostela, Verín, Orihuela, Vinaroz y Requena, todo ello siguiendo el criterio de dotar con nuevas camas las áreas con mayor déficit en camas públicas.

Segundo, adecuación de la estructura arquitectónica o remodelación de 22 grandes hospitales, casi todos cons-

truidos en el período 1955-1973, con objeto de adecuarlos a las necesidades actuales. En casi todos los casos, se trata de modernizar las áreas de hospitalización y la estructura general.

Tercero, dotación de equipamiento básico o complementario a nueve hospitales, por un importe de casi 6.000 millones de pesetas.

Cuarto, renovación de equipo convencional en todos los hospitales, según planes elaborados autónomamente por ellos mismos.

Quinto, dotación a los centros del INSALUD de equipos de alta tecnología, especialmente en el campo del diagnóstico.

Además, los hospitales de la AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional), que han sido transferidos al INSALUD a principios de año, van a ser objeto de planes específicos de reequipamiento y remodelación con cargo a partidas presupuestarias propias.

En cuanto a la política de reforma del sistema, las actuaciones iniciadas en el pasado otoño han ido concretándose en los primeros meses de 1987. Dichas iniciativas se refieren a la definición de:

Primero, un nuevo estatuto, como manda la misma Ley General de Sanidad en su artículo 84 y estaba previsto con las centrales sindicales. El objetivo es sustituir los viejos estatutos de 1972 y fechas anteriores, acomodándolos a la legislación aprobada en esta Cámara a partir de 1978.

Segundo, un nuevo sistema retributivo, atendiendo a las peticiones de la CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos), UGT, Comisiones Obreras, ELA-STV, Sindicato Gallego y otras centrales, reiteradas a lo largo de los dos últimos años y dirigidas a la homologación con los colectivos homónimos del sector público. Las negociaciones formales sobre este asunto se iniciaron el 13 de enero de 1987 en mesas técnicas creadas al efecto.

Tercero, establecimiento de cauces de participación en la gestión de los centros sanitarios, teniendo en cuenta la experiencia de los dos últimos ejercicios.

Cuarto, reforzamiento de la política de prevención, tanto en lo que se refiere al riesgo del SIDA como a otras enfermedades. En este sentido, hay una oferta totalmente abierta por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo a las sociedades científicas para colaborar con absoluta autonomía por parte de aquéllas en las cuatro áreas en la que se han dividido los programas existentes y que, como saben SS. SS., son las áreas materno-infantil, enfermedades infecciosas, hábitos de vida y accidentes. Esta oferta se extiende también a la formación continuada, con vistas a cubrir esa labor de prevención complementariamente.

El malestar del sistema sanitario. Más allá de los esfuerzos que puedan realizar la autoridades sanitarias, y al igual que en otros sectores sociales, existe un malestar detectable en el ámbito sanitario que se debe a factores diversos, no precisamente provocados en cada caso por la política seguida, sino de carácter más general. Estos factores pueden agruparse como sigue:

Primero, cambios profundos producidos en la profesión sanitaria, tanto dentro como fuera de España. Dichos cambios se concretan en: una pérdida de carácter liberal del ejercicio de la profesión en un elevado número de casos, tal como ha ocurrido previamente en otras profesiones; una debilitación de la figura individual del médico y de otros profesionales sanitarios, debido al trabajo en equipo, al protagonismo propio de las máquinas, cada vez más complejas y eficaces, y la superespecialización; intervención en el proceso sanitario de otras profesiones, como las de biólogos, ingenieros o químicos; recuperación de la importancia de la atención primaria, en detrimento del excesivo hospitalocentrismo; nueva organización hospitalaria bajo la dirección de gerencias profesionales y menor prestigio social ante la aparición de paro en la profesión médica, fruto de una equivocada política docente en la formación de nuevos profesionales, seguida hasta 1992.

Segundo, agotamiento el modelo sanitario de los años 60 y materializado en los actuales estatutos marco. Ese agotamiento ha provocado: disminución de las posibilidades de promoción por la rigidez del sistema de dotación de plazas de responsabilidad; rutinización en el trabajo profesional diario; ausencia de cauces de movilidad geográfica voluntaria; disminución de las oportunidades de trabajo complementario en el sector privado, y proceso de envejecimiento simultáneo de los grandes hospitales, construidos en la misma época y no adaptados a las nuevas necesidades.

Tercero, cambios en la sociedad española, que mantiene expectativas crecientes en relación con el sistema sanitario, habiéndose abandonado hábitos culturales, de conservación de la salud y de utilización adecuada del sistema, que se concreta especialmente en la presión sobre las urgencias hospitalarias.

Cuarto, crisis económica, que ha provocado un ritmo de inversiones limitado que no ha permitido en algunos casos hacer frente al envejecimiento de los equipos hospitalarios, y un estancamiento del poder adquisitivo de ciertos colectivos de profesionales sanitarios.

Aunque el ritmo de construcción de camas públicas ha sido relativamente vivo, a pesar de la crisis en el cuatrienio anterior, como antes vimos, subsisten áreas con déficit. Por eso debe mantenerse un aumento ante el riesgo de mayores déficit futuros por envejecimiento de la población, acompañado de una remodelación de las camas para enfermos crónicos para hacerlas más operativas.

Quinto, efectos de la propia reforma sanitaria que a través de la jerarquización en hospitales, la atención al área, la integración en equipos de atención primaria y la apliación de la Ley 53/1984, ha afectado a determinados grupos de la profesión.

Como vemos, se trata de un conjunto complejo de causas, bien conocidas y estudiadas por los propios profesionales sanitarios, ya que no son exclusivas de España, pero que no están siendo tenidas en cuenta de forma pública, ordenada y racional durante las últimas semanas.

A lo largo de estas semanas, el referente casi único de ese malestar está siendo el Gobierno y particularmente el Ministerio de Sanidad y Consumo, del que se pretende a veces que supere de forma milagrosa las limitaciones que son inherentes a una nación intermedia económicamente como es España.

Nuestro país forma parte de la Comunidad Económica Europea, pero no puede, por razones obvias, garantizar aún a sus ciudadanos el mismo nivel de prestaciones sociales y sanitarias que las naciones miembros del norte de Europa.

Por otro parte, tampoco se ha tenido en cuenta en este período, al analizar las deficiencias del sistema, otras causas de las mismas, como es la baja productividad de nuestros centros por defectos en la prestación laboral en ciertos casos, tales como el absentismo, la limitación de horario o la rígida distribución de responsabilidades.

La aparición de los conflictos. Peticiones concretas. Los últimos conflictos tienen un doble causalidad. Por un lado, el malestar general que acabamos de analizar y que sólo tiene que ver parcialmente con la política sanitaria. Por otro, la negociación del nuevo sistema retributivo y el estatuto-marco, lo que da origen a la respuesta legítima de presión para obtener el máximo por parte de los interesados.

Obviamente, hay un tercer elemento, que es el mimetismo con otros conflictos sociales, que no juega precisamente a favor de que se resuelvan ordenadamente los problemas.

A) Conflicto de los MIR. La actitud de la Administración sanitaria fue expuesta con todo detalle con relación a este conflicto en la interpelación urgente ante el Pleno de 4 de marzo de 1987, donde se dio cuenta con detalle de los siguientes puntos, que enumero brevemente:

Antecedentes por parte de alguna Comunidad Autónoma, como Galicia, para establecer su propio sistema de formación postgraduada, a pesar de la falta de competencia en este terreno, en virtud del artículo 4.°.10 de la Ley General de Sanidad, si no se tenía en cuenta a las Comunidades Autónomas en los nuevos programas.

Propuesta realizada por el Consejo Nacional de Especialidades, teniendo en cuenta la capacidad docente garantizada de convocar 1.602 plazas, frente a las 1.240 en 1985. Como saben SS.SS., el número de plazas de categoría «A» acreditadas se acerca a 2.200; con criterios actualizados el número sería menor.

Cumplimiento estricto del Real Decreto-ley 127/1984 sobre formación especializada, que obliga a contar con las Comunidades Autónomas para diseñar la oferta anual de plazas.

Ampliación en diciembre del número de plazas convocadas hasta 1.865, lo que se acerca al máximo de capacidad docente acreditada con calidad asegurada.

Por último, distribución de las plazas por Comunidades Autónomas con un criterio suavizado después de diversas negociaciones.

Les recuerdo a SS.SS. que en aquella interpelación urgente todos los Grupos de esta cámara se mostraron de acuerdo con el principio de distribución de acuerdo con las Comunidades Autónomas y con el mantenimiento del sistema MIR, que ha mostrado su eficacia frente a otros sistema anteriores múltiples y dispersos, a lo largo de los ocho años de su aplicación.

Creo que es oportuno este recordatorio ante las pretensiones que empiezan a difundirse en favor de la multiplicidad de sistemas de acceso a la especialidad médica, con el apoyo aparente de grupos que hace sólo un mes decían defender el mantenimiento a ultranza del sistema MIR.

B) El problema ante los médicos en paro. Este es, señorías, un problema muy preocupante que se generó en el sistema docente univesitario durante los últimos años de la década pasada, por el aumento de facultades de medicina y de alumnos admitidos, sin una planificación de necesidades profesionales.

Este número de alumnos admitidos fue creciendo desde 10.920 alumnos nuevos en el curso 1969-70 hasta llegar a ser de 22.554 en el curso 1976-77, dando origen a un crecimiento paralelo de licenciados, que en el curso 1982-83 fue de 10.346, frente a 2.528 en el curso 1969-70.

Posteriormente, estas cifras ha ido rebajándose hasta llegar a 6.200 alumnos admitidos y unos 5.300 licenciados en el curso presente.

Las cifras anteriores han dado origen a un paro de cerca de 27.000 licenciados. Dicho aumento hacía escribir, en 1982, a un excelente profesional, que se sienta en esta Cámara, que ello suponía un gran riesgo de incremento de gastos sanitarios, de medicalización de la vida y de desestabilización sanitaria de la actual Seguridad Social. Todo ello, además de superar muy ampliamente las posibilidades de formación especializada, como acabamos de ver al mencionar las plazas acreditadas por el Consejo Nacional de Especialidades.

Por otra parte, esta falta de planificación, que no se da en el resto de los países de la Comunidad Económica Europea, y que supone que el número de médicos por habitante en España sea el más alto de la OCDE —322 personas por médico, frente a 700 por médico en el Reino Unido, por ejemplo—, no permite una absorción significativa por parte del sistema nacional de salud, a pesar del fuerte aumento en el número de médicos contratados por el INSALUD, el Servicio Andaluz de Salud y el Instituto Catalán de la Salud durante el pasado cuatrienio.

En la actualidad, la oferta de nuevos puestos de trabajo está ligada, aunque de forma no exclusiva, a la aplicación de la Ley 53/1984, de Incompatibilidades, mediante el nuevo sistema retributivo y a la jubilación a los 65 años, como se prevé escalonadamente en el nuevo Estatuto-marco.

Como recordarán también SS.SS., ante pregunta oral presentada en el Pleno de esta cámara el día 6 de octubre de 1986, existen aún casi 5.000 médicos con dos puestos de trabajo en la Administración sanitaria del Estado, además de los que tienen en las Fuerzas Armadas o en las Comunidades Autónomas o Corporacines locales, sin que las cifras mencionadas en aquella ocasión se hayan modificado sensiblemente desde entonces.

Un proceso ordenado y paulatino de aplicación de dicha norma permitiría, pues, la absorción gradual de parte de los profesionales en paro.

C) Resistencia al sistema de gestión de hospitales por gerencias profesionalizadas. Como varias veces hemos mencionado en esta Cámara, no existe en España una tradición sanitaria que propicie la mejor utilización de recursos humanos y físicos, especialmente en los centros hos-

pitalarios. Por el contrario, ha habido durante largo tiempo una actitud, generalmente difundida en el sistema sanitario, de negligencia hacia los problemas de administración de estos recursos.

El sistema de gerentes se implantó en la práctica en nuestro país en 1985, si bien estaba contemplado en normas desde 1972 y existía una Escuela de Gerencia Hospitalaria desde hace más de diecisiete años. En consecuencia, se trata de un sistema joven, de experiencia reciente, que necesita asentarse.

En el primer concurso de septiembre de 1985 se convocaron treinta y seis puestos de gerentes de grandes hospitales, con relación laboral con el INSALUD, que fueron seleccionados por una empresa privada independiente de la Administración. Con ese mismo procedimiento fueron seleccionados los directores-médicos de esos treinta y seis centros.

Quiero destacar este procedimiento, al mismo tiempo que recuerdo a todas SS.SS. que, de los treinta y seis seleccionados, todos fueron médicos menos tres.

Asimismo, deseo subrayar que esta última circunstancia —la de titulación no sanitaria en sólo tres casos— muestra la escasa atracción que aún ejerce esta función en el mercado, quizá porque su retribución no es la adecuada.

También quiero subrayar el que la procedencia de otras profesiones no es ningún óbice para que gerentes que dirigen clínicas privadas, a veces de gran dimensión, sean perfectamente aceptados e integrados. No obstante, en ciertos momentos y por ciertas organizaciones profesionales, sí parece ser óbice para que dirijan hospitales públicos.

Sus señorías conocen los problemas surgidos en determinados centros hospitalarios, con posiciones de algunos colectivos en contra de estas nuevas figuras directivas. Estas actitudes deben relacionarse con la tradición, negligente con los problemas de gestión y organización que un destacado sociólogo español, Víctor Pérez Díaz, ha resumido en su libro «El retorno de la sociedad civil». Pero me temo que dichos comportamientos tienen que ver, en algunos casos con el hecho de que las gerencias han disciplinado los ingresos, están tratando de igualar las condiciones de trabajo y las jornadas, que pueden ser muy dispares dentro del mismo centro, han abordado cuestiones de orden laboral, como es el absentismo, etcétera.

No voy a negar a SS.SS. que el sistema no está asentado y que aún presenta deficiencias de recursos; los equipos de gerencia no están completos aún en ciertos centros.

Deficiencias también de formación de los mismos gerentes en ciertas técnicas y de cauces de participación adecuados, lo que ha facilitado ciertos conflictos localizados. Por esta razón, se han tomado iniciativas que luego veremos.

Evolución de los conflictos más recientes. Peticiones. En el ámbito hospialario las pèticiones se han ido concretando en mayores inversiones, a pesar del plan del INSALUD, antes descrito; mayor participación en la gestión y en unas mejores retribuciones, equiparándolas como mínimo a las de funcionarios del Grupo A. En el ámbito extrahospitalario se pide una aplicación de la reforma de la atención primaria en todo el Estado, dotándola de medios: formación continuada, convocatoria de concurso de traslado con resolución del actual, convalidación de su título por el de especialista, homologación de condiciones de trabajo con los funcionarios del grupo A.

Contradicciones. Ya hemos visto antes que existen unas contradicciones evientes entre profesionales en paro y las organizaciones que, apoyando sus peticiones incluso en la calle, se oponen a la aplicación de las normas de incompatibilidades o de jubilación a los 65 años que liberan puestos de trabajo. Oposición similar existe entre la pretensión de incrementar las inversiones hospitalarias, reduciendo las realizadas en atención primaria, como se ha llegado a afirmar públicamente, o las de elevar las inversiones en tecnificar al máximo los centros hospitalarios, al tiempo que se contratan todos los médicos posibles.

De la misma manera se oponen las peticiones de fuerte incremento de la capacidad docente postgraduada y de mayor calidad en la misma, o las de invertir fuertemente en camas de enfermos agudos, en detrimento de las camas de enfermos de larga estancia, que son imprescindibles de cara al futuro; o las peticines de subidas lineales contradictorias con las que persiguen el estímulo de la mayor dedicación al hospital público y la mayor calidad; o las dirigidas a encontrar cauces de promoción para los médicos hospitalarios, que chocan con las que niegan un nuevo estatuto donde los cargos futuros no sean vitalicios.

Otras tienen un carácter de contradicción en el tiempo, como las propuestas repetidas en documentos ampliamente difundidos desde 1985, en favor de un sistema retributivo con los mismos conceptos que los establecidos para la función pública, y que se han reiterado hasta hace escasas semanas, pero que hoy son totalmente rechazadas.

Por otra parte, hay que destacar que una misma organización puede asumir esas posiciones contradictorias a la vez, dependiendo del colectivo que asegure defender en cada momento.

Diálogo con organizaciones. A pesar de estas contradicciones, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha mantenido reuniones con todos los colectivos que se lo han solicitado adecuadamente. Su posición ha sido la de dialogar con todos ellos, pero negociar únicamente con las organizaciones profesionales o sindicales legalmente constituidas. Obviamente, esta actitud está dirigida a respetar la legalidad vigente y a evitar que organizaciones que sólo responden ante asambleas sustituyan la representación de otras ya implantadas, legalizadas y con un contacto permanente con las autoridades correspondientes.

En este caso está la llamada coordinadora de hospitales; buena parte de sus análisis y peticiones se consideran válidas y están asumidas por la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, aunque no sean fáciles de atender a corto plazo. Por eso, mi departamento ha propiciado diversos contactos personales que abrieran cauces de diálogo, pero no de negociación, que corresponde a las organizaciones profesionales, que son los colegios, o las centrales sindicales.

Concretando cifras, mi Gabinete, o yo mismo, hemos mantenido más de 30 reuniones con diferentes colectivos

o grupos profesionales desde el 15 de enero pasado. En estas reuniones han destacado las cúpulas de las organizaciones colegiales de médicos, ATS, estomatólogos y farmacéuticos; han destacado también distintas secciones de éstas y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Posiciones y ofertas de la Administración sanitaria. Aumento de participación. La posición en materia de inversiones por parte de la Administración ha sido ya mencionada y descrita con detalle. En la actualidad, el plan de inversiones está en ejecución, con autonomía para los centros hospitalarios, dentro de los límites de los recursos asignados.

En cuanto al aumento de participación, es conocido que el Consejo de Estado tiene pendiente de dictamen un proyecto de Real Decreto, sobre organización de hospitales gestionados por el INSALUD, en el que se amplían los cauces de participación, que eran efectivamente estrechos en la derogada Orden ministerial del 28 de febrero de 1985. En dicho proyecto se introducen los siguientes cauces de participación: se amplían las competencias y se mejora la composición de la llamada comisión de participación hospitalaria; en la misma, quedarán representados a tercios los usuarios, el personal del centro y las administraciones sanitarias. Se crea una Junta hospitalaria, como órgano de asesoramiento a la gerencia, en materias asistenciales, así como de participación de todos los profesionales en la adopción de decisiones. Se refuerza la comisión de calidad, dotándola de mayor autonomía y se democratiza, dando mayor presencia a los usuarios, la comisión de humanización.

En conjunto, el centro hospitalario queda dotado de órganos que de menor a mayor especialización permiten la mejor participación democrática de los usuarios, del personal sanitario y del personal no sanitario.

Por otra parte, comienza ya a diseñarse la organización por áreas de salud en la misma norma, si bien ésta deberá desarrollarse mas detenidamente en el futuro.

La propuesta en estudio por el Consejo de Estado, incorpora sugerencias del Consejo de Colegios de Médicos, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y de médicos hospitalarios expertos en este campo. Se encuentra aún en proceso de perfilar algunos aspectos con el Consejo de Colegios Médicos, pudiendo ser aprobada después de la próxima semana, una vez dictamine el Consejo de Estado.

El nuevo Estatuto-marco. Dos son los objetivos que la Ley General de Sanidad establece para el Estatuto-marco en su artículo 84. En primer lugar, establecer una norma básica que asegure la libre circulación, con carácter voluntario, de todo el personal a todos los servicios de salud. Se trata de garantizar el ejercicio de un derecho y no reconocer a la Administración la posibilidad de realizar traslados forzosos.

En segundo lugar, la adecuación a la legislación más actual de los tres estatutos de personal, que datan de los años 1966, el de personal médico; 1971, el de personal no sanitario, y 1973, el del personal sanitario no facultativo, y que han sido objeto de reformas parciales e incompletas posteriores.

El borrador elaborado supondría unas modificaciones respecto a la normativa actual, de las que cabe resaltar, como más importantes, las siguientes: existencia de un órgano de coordinación, que sería el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Determinación del derecho de aplicación supletoria y unificación de la jurisdicción a que corresponde la resolución de conflictos.

Los actuales Estatutos establecen un sistema de revisión de acuerdos complejo: se asignan unos aspectos a la jurisdicción contencioso-administrativa y otros a la jurisdicción laboral. Existen también órganos peculiares con competencia en aspectos concretos.

El modelo opta por simplificar la situación, asignando una única jurisdicción: la jurisdicción contencioso-administrativa, tal como vienen estableciendo repetidas sentencias de los Tribunales.

Establecimiento de registros de personal y clasificación del mismo. Aunque se establece la clasificación del personal en cinco grupos, determinados por la titulación académica exigida para el ingreso, su existencia no supone una sustancial modificación de los sistemas de clasificación de los actuales Estatutos.

Unificación del sistema de ingreso. Se establece el ingreso por concurso-oposición para todas las categorías del personal.

Promoción del personal. Se incluye como novedad la reserva de hasta el 50 por ciento de las plazas convocadas para su provisión por turnos de promoción interna por el personal estatutario fijo.

Concurso de traslados y movilidad dentro del área. Se incluye para todas las categorías —hoy sólo tienen acceso a ello algunas de estas categorías— el concurso de méritos para traslados voluntarios del personal. Se establecen los requisitos y procedimientos para el cambio forzoso de puestos de trabajo dentro del área de salud, cuando ello derive de necesidades imperativas de la organización sanitaria, conforme a lo establecido en el artículo 87 de la Ley General de Sanidad.

Jubilación. Establecimiento de la jubilación forzosa por edad a los 65 años, ya vigente para la práctica totalidad del personal del sector público. Aplicación progresiva de esta norma, con ayudas individuales a quienes se jubilen en los próximos cinco años.

Situaciones y derechos. Se identifica el régimen de situaciones administrativas y se recogen derechos individuales hasta ahora no reconocidos.

Deberes, incompatibilidades y régimen disciplinario. Se mantiene el actual régimen de incompatibilidades en el sector público sanitario y se actualiza el régimen disciplinario, incluyendo el principio de audiencia al interesado antes de la imposición de sanciones disciplinarias por faltas cometidas.

Por último, se racionalizan y unifican los sistemas retributivos existentes. El nuevo sistema retributivo: posición de la Administración sanitaria. En primer lugar, el diseño de un nuevo sistema retributivo responde al mandato legal del artículo 84 de la Ley de sanidad, que cita dicho sis-

tema como uno de los contenidos en el estatuto marco.

Por otra parte, son muy conocidos y compartidos de forma casi universal los defectos del sistema actual: multiplicidad de conceptos, opacidad, obsolescencia y carencia de racionalidad. Estos defectos provocan la ausencia de capacidad incentivadora y dificultan la gestión del personal y el control del gasto.

El sistema ofertado por la Administración viene a coincidir formalmente con las propuestas planteadas desde 1985 y hasta fechas muy recientes por diferentes centrales sindicales, como la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos o la Unión General de Trabajadores, como consta en los documentos remitidos por éstas.

Parece oportuno entrar en este momento no sólo en una descripción sucinta del sistema, sino exponer a SS. SS. los fines principales que el nuevo sistema pretende conseguir y que podríamos resumir en: incrementar el rendimiento funcional de los servicios incentivando la calidad asistencial, docente e investigadora a través de una mayor dedicación a las funciones asignadas; racionalización en la prestación del servicio estableciendo indicadores de evaluación de objetivos; plena utilización de los recursos.

El sistema pretende también mejorar las retribuciones a través de la simplificación y transparencia de los conceptos retributivos, la valoración adecuada de la especial dedicación —es decir, la dedicación exclusiva— y la incentivación de la productividad de la asistencia prestada.

El sistema retributivo se articula en los conceptos siguientes:

Retribuciones básicas: sueldo igual para todo el personal de cada grupo de titulación y coincidentes con los fijados en la Ley de Presupuestos para los mismos grupos de personal funcionario.

Complementos de Destino y Específico, para que el desempeño de un puesto que tenga atribuido el complemento específico, que será opcional respecto del personal actual suponga la dedicación exclusiva al Sistema Nacional de Salud.

Complemento de atención continuada, (equivale al actual concepto de guardias), que supone una retribución de la especial dedicación o disponibilidad horaria, a fin de prestar asistencia a los usuarios fuera de la jornada laboral.

Complemento de productividad, dirigido a incentivar el interés, iniciativa o participación en programas o actividades concretos por el titular del puesto.

Pagas extraordinarias y trienios.

Como resultado de las negociaciones habidas, el 25 de marzo pasado se han suscrito acuerdos tendentes al desarrollo de dicho sistema con las Centrales Sindicales, Unión General de Trabajadores y ELA-STV.

Dos cuestiones convendría resaltar del contenido de dicho acuerdo. Por una parte, y respecto del personal facultativo, la posibilidad real de su exclusiva dedicación a la sanidad pública a través de la percepción del denominado complemento específico, así como la inclusión del concepto de productividad ligado a la consecución de objetivos de mejora en la calidad asistencial.

Quisiera destacar, Señorías, que este sistema introduce hasta seis posibilidades de prestación de servicios y, por tanto, tiene un carácter bastante liberal. Estas situaciones podrían ser la dedicación normal; la dedicación normal más guardias; la dedicación normal más guardias más productividad. En todos los casos supondrá un incremento del cinco por ciento con relación a las retribuciones percibidas en 1986.

Por otra parte, se puede optar por la dedicación exclusiva; la dedicación exclusiva más guardias o la dedicación exclusiva más guardias o más productividad. Pueden SS. SS. combinar estos cuatro conceptos y obtendrá unas diez o doce situaciones distintas a las que pueden acogerse los diferentes facultativos.

Por otra, y en lo que respecta al resto del personal sanitario y no sanitario, la fundamentación del modelo se basa en la homologación retributiva a los grupos similares del sector público, así como a objetivos de generalización, racionalización y ordenación en general del actual sistema.

Se trata de un acuerdo abierto al resto de las centrales sindicales y no hay que descartar que pueda ser suscrito por el resto todavía.

La posición negociadora de la Administración Sanitaria. A lo largo de las dos últimas semanas, el INSALUD ha venido dejando deliberadamente abiertos algunos de los puntos negociados en el Acuerdo con las dos centrales que antes he mencionado, con objeto de que pudieran sumarse al mismo otras organizaciones sindicales.

En torno a los mismos se han celebrado reuniones que no han llegado a buen fin por la imposibilidad legal de superar los techos fijados por esta Cámara en la Ley General de Presupuestos para 1987 en las elevaciones salariales para todo el personal o por la elevada cuantía de las peticiones realizadas. Ahora mismo, instante, esta misma mañana, se están manteniendo los que probablemente serán los últimos contactos para intentar extender el acuerdo.

La misma actitud, como dije antes, se ha mantenido con respecto al nuevo Real Decreto de Organización de Hospitales del INSALUD, que se trata de consensuar, también esta misma tarde con el Consejo General de Colegios de Médicos.

En la misma línea, se han interpuesto los oportunos recursos para evitar las consecuancias de la sentencia de la Audiencia Nacional sobre el concurso de provisión de plazas de médicos titulares, de acuerdo con los representantes de estos en la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y en el Consejo General de Colegios de Médicos.

Igualmente, ya en otro ámbito, los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo están avanzando en la aplicación del Real Decreto 1.558/86, sobre régimen de conciertos entre las Universidades y el INSALUD, a efectos de formación pregraduada. Se está estudiando que dentro de esta formación se incluya en la medida de lo posible, el cumplimiento de lo dispuesto en la Directiva de la Comunidad Económica Europea de 15 de septiembre de 1986, que obliga a una práctica previa de dos años para ejercer la Medicina.

Sobre esta directiva, ambos Ministerios consideran que los actuales títulos de licenciatura tienen plena validez profesional y que la aplicación de la misma sólo se producirá a partir de 1995.

En este tono, la Administración sanitaria está encontrando una respuesta positiva en un número creciente de sanitarios. Su posición es invitar a todos los profesionales del sector a estudiar con cuidado las propuestas definitivas que, tras las reuniones mantenidas en el mismo día de hoy y de acuerdo con los resultados, van a difundirse a partir de mañana.

Y una vez analizadas, que actúen en consecuencia, teniendo en cuenta que se trata de propuestas finales, que no van a modificarse por medidas de presión adicionales. Estas medidas, que han llegado ya a un punto preocupante por las consecuencias negativas que generan en la asistencia y en los usuarios, deben ser ya abandonadas. De otra forma, pueden provocar daños en la imagen de los profesionales sanitarios, además de en la asistencia pública.

Por otra parte, el INSALUD seguirá haciendo frente a sus responsabilidades en lo que se refiere a las consecuencias económicas individuales de las pérdidas de jornadas de trabajo por alteraciones laborales. Y no tolerará, en ningún caso, comportamientos violentos como los que se han producido en algunas situaciones muy aisladas en determinados hospitales.

Actuaciones sanitarias previstas. Para terminar, Señorías, no quiero dejar la impresión de que la actividad del Ministerio se reduce a lo que he mencionado hasta aquí. La sanidad va más allá de la asistencia y sus conflictos. Por eso, voy a hacer un breve resumen de actuaciones en marcha, que dan idea de futuro de nuestra política sanitaria.

De entrada, hoy se constituye el Consejo Interterritorial de Salud, previsto en la Ley General de Sanidad, con un orden del día eminentemente práctico. Esta tarde mismo celebrará su primera reunión.

Por otra parte, están en curso o previstas las siguientes acciones: Planificación, dirigida al diseño de una política sanitaria adaptada a los objetivos de Salud para Todos en el Año 2000 de la Región Europea. Para ello, se está desarrollando previamente la normativa de coordinación con las Comunidades Autónomas, así como un sistema de información sanitaria que comprenda índices actualizados y permita el seguimiento de la mortalidad en España. Dentro de estos programas debe destacarse la valoración y programación plurianual del Plan del SIDA y la consolidación del Plan Hemoterápico. En cuanto a la promoción de la salud, prevención y educación sanitaria, hay la voluntad de potenciar especialmente lo referente a actuaciones contra enfermedades infecciosas y las actuaciones en el campo materno-infantil.

En evaluación de la tecnología, lo que constituye una novedad importante en nuestro sistema sanitario, se pretenden establecer pautas para la incorporación de nuevos medios tecnológicos, tanto a la atención primaria como a la hospitalaria con protocolos funcionales.

En la evaluación de la situación sanitaria se está trabajando especialmente en el campo de la oncología y las infecciones intrahospitalarias.

Por último, en el campo de los recursos humanos, los trabajos se dirigen a diseñar la formación postgraduada del futuro, las necesidades por grupos y especialidades, la oferta de personal actual y la formación continuada.

Conclusión. El Gobierno está dando muestras de cumplir con lo que prometió a principios de esta legislatura, que era aplicar la reforma de acuerdo con los objetivos mencionados al comienzo de mi intervención, en los que se tiene preferentemente en cuenta a los usuarios menos favorecidos hasta ahora por el propio sistema y con un proceso paulatino de mejora en la cuantía y planificación de los recursos.

Por otra parte, existe una posición de comprensión y respeto hacia las causas razonables del malestar sanitario y hacia las peticiones justas, aunque no puedan atenderse todas a la vez a corto plazo.

No obstante, este Ministerio ve con preocupación que esta situación se está manipulando en ciertos casos y desde ciertas organizaciones para desprestigiar la sanidad pública o volver atrás, es decir, a la falta de definición entre las áreas pública y privada, a la descoordinación y a los vicios que antes mencioné. Por eso, la valoración que debe hacerse es que en la actualidad debe elegirse entre avanzar hacia un nuevo modelo o adoptar actitudes conservadoras o inmovilistas. Puede elegirse lo que cada uno desee, pero lo que ya no es defendible es que se mantenga artificialmente un clima de anormalidad, donde se perjudica gravemente a los usuarios, que sufrirán las consecuencias durante los próximos meses. La sanidad, Señorías, es demasiado importante para que se defiendan posiciones de adhesión incondicional a todos los colectivos sanitarios en conflicto, aunque sus peticiones sean contradictorias entre sí.

Muchas gracias.

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

Pasamos ahora al turno de portavoces. **(El señor Espasa Oliver pide la palabra.)**

Tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER:** Señor Presidente, querría pedir un receso para poder preparar estas intervenciones.

Vuelvo a insistir en una petición ya crónica en este diputado, que presenta su más firme protesta por la forma en que se desenvuelven las comparecencias ministeriales. Este es un texto que...

El señor **PRESIDENTE:** Señor Espasa...

El señor **ESPASA OLIVER:** Perdón, señor Presidente. Este es un texto que podíamos perfectamente conocer...

El señor **PRESIDENTE:** Señor Espasa, por favor.

El señor **ESPASA OLIVER:** Señor Presidente, estaba en el uso de la palabra.

El señor **PRESIDENTE:** Puedo retirársela si es necesario, señor Espasa. Esta queja permanente que hace usted en la Comisión no es el cauce adecuado, se lo he dicho reiteradamente. Su grupo tiene la capacidad de inicitativa reglamentaria, en las instancias adecuadas, para pedir la re-

forma del Reglamento. Mientras haya cumplimiento del Reglamento no puede usted reiterar una protesta que no tiene lugar, otra cosa es que usted solicite un breve receso para poder preparar su intervención. Esta Mesa ha tenido, además, la precaución de hacerles llegar por telegrama, en el supuesto de que quizá por el correo no les llegase con tiempo suficiente, la comparecencia del señor Ministro, por lo cual ha habido tiempo, dado el enunciado claro y el motivo de la presencia del señor Ministro para que cada grupo preparara sus planteamientos y poder contrastarlos con los del señor Ministro.

De cualquier forma, esta Mesa considera que con un cuarto de hora los señores Diputados y portavoces tendrán tiempo para preparar esos planteamientos, por lo que suspenderemos la sesión por ese tiempo.

Señor Espasa, le ruego que, por favor, no vuelva a plantear este tema en la Comisión porque no es el lugar ni el cauce adecuado.

El señor **ESPASA OLIVER:** Señor Presidente, para una cuestión de orden. Puesto que usted está también repitiendo siempre la cuestión del Reglamento, quisiera simplemente decir ante todos los señores Diputados y ante usted mismo, que no es una cuestión de Reglamento lo que estoy invocando. En otras Comisiones, con otros presidentes de su mismo grupo parlamentario no se da el trato que aquí se está dando a los distintos grupos de la oposición. Se dan tiempos de descanso y se permite la réplica de los diputados después de la intervención de cierre del Ministro, cosa que aquí no se hace. Por tanto, no me invoque usted el Reglamento. Yo invocó al Reglamento lo que podríamos llamar la jurisprudencia parlamentaria. Otros compañeros suyos, otros presidentes de Comisiones no tienen su misma actitud, señor Presidente. Es a esto a lo que me estaba refiriendo.

En cuanto a preparar nuestras posiciones, esto sería un diálogo de sordos. Se trata de contraargumentar o apoyar lo que nos diga hoy el señor Ministro; no se trata de venir con el disco preparado. Por tanto sus mismas palabras contradicen la esencia de lo que es este debate parlamentario. Es por esto que yo pedía, a poder ser, el texto del discurso —ya que ha sido leído—, al inicio de la sesión, y tiempo para prepararlo. Si usted quiere que hagamos un diálogo de sordos entre lo que dice la Administración y lo que dice la oposición, evidentemente el mejor camino es el que usted está siguiendo, señor Presidente, con todos los respetos.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Espasa, realmente no sé cuáles son los comportamientos en otras Comisiones. Este es un comportamiento que estamos siguiendo desde el principio. La posibilidad de intervención de diputados después del turno de portavoces y la respuesta del Ministro, está especificada como excepcional y sólo en aquellas situaciones en donde el debate pueda requerirlo se dan y hoy, ya que ha llegado usted tarde y no lo sabe, se ha abierta esa excepcionalidad para este tema. Sólo en las comparecencias de tipo general, en donde el señor Ministro viene a hablar de la política general de su departamento y no para un asunto determinado está previsto el receso. Quizá usted no ha podido diferenciar entre lo que es una comparecencia para un asunto determinado y lo que es comparecencia para temas de política general.

Por tanto, señor Espasa, lo siento. A mí me obliga el Reglamento en estas cuestiones. Yo puedo atender su petición de un receso pero, desde luego, no puede echar en cara a esta Presidencia que se lleven de forma no prevista los asuntos que se tratan en esta Comisión.

Se suspende la sesión por un cuarto de hora.

Se reanuda la sesión.

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, reanudamos la sesión y, para iniciar el turno de portavoces, por la Agrupación de Diputatos de Izquierda Unida-Esquerra Catalana, tiene la palabra el señor Espasa Oliver.

El señor **ESPASA OLIVER:** El señor Ministro de Sanidad y Consumo, en su intervención, nos ha querido transmitir funamentalmente un mensaje que yó solo comparto en parte. El ha repetido una y otra vez a lo largo de su discurso que el actual malestar entre los profesionales y trabajadores de la sanidad y, en general, en la sociedad española con respecto a la sanidad, no tiene nada que ver con la política sanitaria que se está haciendo. Yo digo que comparto sólo parcialmente esta afirmación en la medida que los rasgos de progresividad que en algún momento apuntan en esta política sanitaria, evidentemente, los comparto, pero creo que es excesivo querer desligar lo que pueden ser tendencias corporativas y corporativistas; lo que pueden ser aprovechamientos políticos de signo contrario al del que en estos momentos ostenta el Gobierno —que insiste y que no es posible ni prudente negar—, con unas reales insuficiencias percibidas tanto por los profesionales y trabajadores de la sanidad como por la propia sociedad civil que ve cómo un sistema sanitario que quisiera público, gratuito en el momento del uso, suficiente y eficaz, no llega a estas cotas deseadas y deseables, proclamadas en la Constitución, proclamadas una y otra vez en la Ley General de Sanidad y utilizadas repetidamente como arma propagandística en sucesivas campañas electorales por el partido que hoy tiene la responsabilidad del gobierno.

Pero es que hay más. Decir que este malestar no tiene nada que ver con la política sanitaria, creo que es un poco excesivo cuando en estos momentos —y seguramente más por fruto de anteriores equipos que del actual— la Administración sanitaria, concretamente el Ministerio de Sanidad y Consumo, tiene prácticamente paralizadas por una u otra vía todas las órdenes o decretos que instrumentaban la reforma sanitaria.

Organos de participación. Ya se nos anuncia un nuevo y parece ser, por lo que conocemos, mejor decreto, pero el otro ha sido impugnado; impugnaciones repetidas por distintas salas de los tribunales, incluso del Supremo, de la forma de aplicación de la Ley de Incompatibilidades a profesionales sanitarios; suspensión de órdenes ministeriales por insuficiencia de rango, por defectos formales, pero, en definitiva, suspensión de ordenes ministeriales

como la que facilitaba el cambio de horario, o la ampliación de la jornada de los hospitales, y también la de aplicación de descuento farmacéutico; suspensión del decreto y parace que esto pueda no venir a cuestión, pero creo que es un indicio de cómo la gestión del Departamento de Sanidad, la heredada y la nueva incorporada, contribuye a este malestas, de acreditación de clínicas para la práctica y la interrupción voluntaria del embarazo; suspensión —y ahora se nos anuncia también un recurso— y anulación por el Tribunal Supremo del concurso oposición a los profesionales de APD. Casi toda la normativa que, de mejor o peor forma no es el momento ahora de calificarla, iba instrumentando los caminos de la reforma sanitaria, está, de una y otra forma, en el varadero. Puede ser reflotada, evidentemente, para eso está la Administración, para continuar con su iniciativa política; pero toda ella, de una u otra manera, está en el varadero de las impugnaciones, de los errores en la concepción de la orden, en la gestión o en la aplicación de la misma.

A esto cabría añadir también problemas en la gestión cotidiana del departamento. Por ejemplo, en asistencia primaria, donde tanto se repite la cuestión de los centros de salud, los equipos de asistencia, quisiera saber —y quisiera que el ministro si pudiese me contestase— cómo están los coordinadores de los equipos de asistencia primaria, si continúan todos ellos dimitidos, como anunciaron, o ha habido una reconsideración de su posición. De ser así, yo creo que es un duro golpe para la puesta en marcha de los equipos de asistencia primaria el que todos sus coordinadores, repito, hayan presentado muy recientemente la dimisión.

Por otra parte, no hay que olvidar —y el señor Ministro lo sabe perfectamente— que estos equipos de atención primaria están cubriendo como mucho el 20 ó 30 por ciento de la población; queda un 70 por ciento de la misma que continúa cubierta, en su régimen de asistencia primaria, por la labor que se realiza en los ambulatorios. ¿Cuál es la gestión cotidiana, diaria, del Ministerio en atención primaria de más de los dos tercios de la población española?

En cuanto al tema de la gerencia hospitalaria, acepto los criterios, que ha apuntado el señor Ministro, de fórmulas nuevas, fórmulas poco aceptadas por la comunidad profesional y média española, y que deben ser aceptadas, evidentemente. Estoy absolutamente de acuerdo en que éste es un camino que no se puede ni se debe abandonar. Pero no es menos cierto que con independencia de la impugnación de la orden de participación, el contenido de la misma no era el más adecuado como se reconoce al elaborarlo de forma distinta para el nuevo decreto y, sobre todo, porque no contaba con la necesaria responsabilización de profesionales y trabajadores en el propio hospital. Hay que introducir técnicas de gerencia hospitalaria pero hay que obligar, casi me atrevería a decir, o hay que conseguir corresponsabilizar a todos los estamentos de los hospitales, de los centros de salud, en esta nueva técnica de gestión que no por ser técnica y por ser de gestión han de dejar de ejercerse de forma corresponsable y en beneficio de la salud de los ciudadanos y no simplemente en un afán de ahorro o de restricción del gasto sanitario.

En tercer lugar —lo he dicho y repetido varias veces en el debate presupuestario y en preguntas orales en el Pleno y hoy el señor Ministro lo trae de nuevo a colofón—, estas dos insuficiencias importantísimas, lo que yo calificaría de Waterloo normativo por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, de gestión insuficiente y errática en la asistencia primaria y en los órganos de gestión de gerencia hospitalaria, tienen un marco que los condiciona y es el de la insuficiencia presupuestaria. Volvemos a un tema que hemos debatido repetidamente el Ministro y yo mismo. No es de recibo, señor Ministro, que usted nos diga que la liquidación del presupuesto representa un incremento importante (lo es, un 13 por ciento); es cierto, pero no puede ser que año tras año repetidamente, este incremento se produzca de una forma opaca, de una forma no transparente, por tanto aleatoria y, de algún modo, podríamos decir que graciable. Hay que presupuestar en forma correcta y expansiva con lo que se pueda y hasta donde se pueda, pero es evidente que aquí ha habido un grave déficit político, no ya del Ministerio, no ya del actual titular ni del anterior, sino de los dos Gobiernos presididos por don Felipe González, que han desatendido de forma grave, políticamente a mi entender, una cuestión tan importante como es el gasto social y, concretamente, el dedicado a la Sanidad. Los repetidos alardes de la disminución del gasto sanitario por persona a lo largo de los cuatro años anteriores, no se corrigen con estos incrementos en función del gasto liquidado, aparte de que este gasto liquidado absorbe completamente las previsiones de incremento para este año y a usted no le queda más que decirnos que esperamos a que, de nuevo, habrá desviación del gasto. No es serio, en una Cámara como es el Congreso de los Diputados, hablar de las insuficiencias presupuestarias de la Sanidad y decir que dependan de las desviaciones en el gasto; han de depender de una política propia de expansión del gasto sanitario, de incremento de este gasto, que está muy por debajo de la media europea. Soy consciente de que no podemos llegar, en muy pocos años, a esta media pero no ha habido —y esto es lo que me interesa subrayar y resaltar— voluntad política en los dos Gobiernos presididos por don Felipe González de acortar el trecho que nos separa del gasto medio europeo en Salud. No ha habido esa voluntad política y es un poco patético que el señor Ministro tenga que recurrir, muy elegantemente, a la desviación del gasto producido para echar culpas que no tiene a quien, quizá, ya no es el momento de discutir si le corresponden o no. En todo caso, no es el momento personal, sí político.

En cuanto al tema del marco negociador, señalaría una cuestión; el señor Ministro la ha apuntado pero creo que debería ser más claro y contundente en el sentido de trasladar la responsabilidad de esta negociación, sin abdicar de la propia de la Administración, a los órganos estables de representación democrática de los actores sociales, es decir, centrales sindicales y colegios profesionales. Creo que aquí debe haber una actitud más ofensiva por parte de la Administración de señalar con quién se va a dialogar y hacerlo repetida y continuadamente con ellos, haciendo entender a todos los demás colectivos que sus reivindica-

ciones, de alguna forma, deberían transformarse en órganos estables de representación democrática de los actores sociales.

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

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

Esto se ha enunciado como un desiderátum pero no se aplica políticamente y creo que es también responsabilidad de la Administración hacerlo así.

Para terminar, simplemente creo que tampoco es de recibo, señalar que el único camino, o uno de los fundamentales, para solucionar el problema de los médicos en paro sea la aplicación de las incompatibilidades y no es que esté en contra ni reluctante ante la aplicación de cualquier normativa y, mucho menos de ésta, pero creo que este no es, ni mucho menos, el único camino y tiene algo de resabio de lo que fueron políticas anteriores de este mismo Ministerio, de pretender señalar que los problemas de la sanidad están sólo en los propios profesionales y trabajadores de la misma. Es cierto que se pueden liberar puestos de trabajo; pero también lo es que hay que aumentar la capacidad del sistema sanitario en general y es por ahí, fundamentalmente, por donde se puede absorber a los médicos en paro, fruto de una política errónea, estoy de acuerdo, pero no se nos diga que toda va a depender de la aplicación de la Ley de Incompatibilidades con lo cual se enfrentan dos colectivos profesionales y queda al margen la política de la Administración para resolver este problema mucho más amplio.

Otras muchas cosas podría decir pero creo que en la segunda intervención podré abundar en algunos extremos que ahora me ha sido imposible abordar.

El señor **PRESIDENTE:** Por la Agrupación de Diputados del PDP, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señoras y señores Diputados, señor Ministro, su intervención me ha recordado, casi calcada, la primera que tuvo en esta Cámara recién designado Ministro. Si recuerda, en aquel momento todos los grupos, después de puntualizar y de apuntar qué carencias o qué necesidades veíamos en su exposición y en la sanidad española en general, le dimos un voto de confianza en su gestión. Yo mismo lo hice y de aquello me alegro porque siempre me gusta dar ese voto de confianza a quien empieza un trabajo importante. Hoy viene usted a petición propia a comparecer ante esta Comisión y creo que un poco con la inteligente actitud de que quien da primero, da dos veces y de anticiparse a las críticas que pudieran darse en la situación en que se encuentra. Digo esto de inteligente actitud —y el señor Ministro me ha dado con la cabeza gracias— pero creo que ahora me las va a quitar porque esto no quiere decir una congruente actitud.

Señor Ministro, usted y su Ministerio están atravesando la más grave crisis que conocemos en la sanidad pública española de todos los tiempos y no se puede venir aquí, a esta Comisión, en una situación como la que nos encontramos, a explicar lo que ha mejorado todo desde que usted empezó a ser Ministro y como ejemplos, incluso nos ha dado si ha habido más trasplantes o si se ha asistido a más partos. A mí me parece que eso no es serio. Aquí pasan varias cosas, señor Ministro, y la primera, más importante y creo que es la que trae detrás encadenado todo lo demás, es que la esperanza que todos los sectores sanitarios pusieron en la reforma sanitaria, se ha venido abajo en cuanto a empezado el desarrollo de la misma. ¿Por qué? Porque ese desarrollo se está haciendo de un modo impuesto, arbitrario, burocratizado y «bunkerizado» y le daré ejemplos palpables mañana, en su comparecencia, al señor Director General del INSALUD, puesto que hoy no tengo tiempo reglamentario para exponerlos aquí pero ya me gustaría contárselos, señor Ministro.

No se puede decir así, alegre y globalmente, que los conflictos de hoy en la sanidad responden —creo que lo he cogido textualmente—: a mimetismo con otros grupos sociales, a intereses de cuerpo, a manipulación para desprestigiar la sanidad pública, a que es una protesta artificial; casi le ha faltado, señor Ministro, hablar de la confabulación judeo-masónica. **(Un señor Diputado: Eso lo decís vosotros.)** Las protestas creo que responden a los puntos que ha hablado S. S. en la página 11, cuando dice el malestar del sistema sanitario, y a los que se refiere S. S. en el punto a). Efectivamente, muchos de ellos tienen razón y son ciertos; pero faltan muchos otros. Falta, por ejemplo, decir que el malestar se debe, ante todo y sobre todo, como he dicho antes, a la reforma sanitaria, que se está haciendo con precipitación, con autoritarismo, con falta de diálogo y con más que dudosa base legal; a que se han cometido claras y graves irregularidades en la aplicación de las normas legales, haciendo una interpretación de éstas inadmisible en muchos casos.

La respuesta a la legítima oposición planteada se resume en la frase que dicen textualmente algunos de sus gerentes de centros: «Obedece, y luego protestarás». Está por escrito, señor Ministro, lo tengo por escrito.

Creo que la obsesión de los dos únicos fines —el ahorro económico y ya, después de tanto como hemos dicho la oposición, la eliminación de las listas de espera— están también produciendo muchos de los malos males que en estos momentos aquejan a la gerencia hospitalaria, porque no tienen más que esas dos miras.

Estas gestión está conduciendo a una degradación progresiva de la asistencia de la población acogida a la Seguridad Social, lo mismo en el medio hospitalario que en el extrahospitalario.

A todo esto se añade también algo que el señor Ministro parece olvidar, y es que el personal sanitario es el primero que quiere que la sanidad pública funcione y que funcione bien; primero porque es su profesión, elegida por vocación; después, porque es su medio de trabajo y le interesa que se mantenga y en buenas condiciones; tercero, porque saben de su responsabilidad ante el enfermo.

Ellos son los primeros que sufren esta mala situación y la mala administración sanitaria, porque el paciente, que no sabe cuáles son las deficiencias de la Administración,

ni tiene por qué enterarse, culpa primero al personal sanitario antes que al agente o al director del centro.

Hay algunas cosas, de las que ha dicho el señor Ministro, entre otras muchas, en las que no estoy de acuerdo. Coincido con el señor Espasa, en que el problema de los médicos en paro ya se ha visto que no se ha solucionado con la aplicación de las incompatibilidades, que no ha tenido correlación con la creación de nuevos puestos de trabajo.

Dice el señor Ministro que el Estatuto dará circulación libre por todo el área sanitaria a los médicos y ATS, sin forzarles, cosa que en estos momentos no se está cumpliendo, porque se les está forzando, en muchos casos, a ir a unos centros, desplazándose de la ciudad donde están trabajando.

Termino, señor Ministro, diciéndole que los momentos que pasa sabemos que son muy malos, lo comprendemos, para eso es Ministro y los tiene que admitir; pero no puede echar balones fuera; piense con humildad, si en lugar de ver esos fantasmas de que nos hablaba en las protestas no es más cierto que la aplicación de la Ley se está haciendo sin diálogo, sin criterios homogéneos y sin respecto a la profesionalidad del personal sanitario, anteponiendo criterios economicistas a criterios de calidad de la sanidad.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo de Minoría Catalana tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA LUCENA:** En principio, quiero agradecer al Ministro su comparecencia y su informe, su denso informe, al que ya nos tiene acostumbrados en estas comparecencias que va haciendo ante esta Comisión.

Improvisar una respuesta a este informe es difícil para este Diputado. Hubiera sido más fácil sabiendo exactamente de qué íbamos hablar. Comprendo la dificultad de facilitar el texto del discurso del Ministro y probablemente la voluntad de no hacerlo hasta después de haberlo expuesto al conjunto de la Cámara, pero vamos a intentar resaltar algunas cuestiones que a mí me han llamado la atención de este denso informe, que pienso leer con más detenimiento, dado que ahora tengo el texto.

El informe del Ministro nos lleva a una comparación inmediata, y es que de escuchar al Ministro a escuchar a la calle hay un contrapunto que no liga, no casa; es efectivamente un contrapunto. Hay una realidad que estamos viviendo cada día en nuestras ciudades; hay una realidad que nos están manifestando los medios de comunicación que contradicen la normalidad aparente que nos dice el Ministro que existe.

El Ministro nos dice que hay cosas que funcionan y lo hacen bien; hay cosas que no funcionan, por razones no imputables a mi departamento, entre ellas la crisis económica, la no posibilidad de comparar un país como el nuestro con los países de la CEE. Hay una cierta relación de mimetismo, que yo no niego que pueda haberla, pero la verdad y la realidad es que SS. SS. conocen en sus distritos electorales que hay, en este momento, una sensación de protesta constante en la calle y este diputado tiene la sensación de que no solamente se produce porque no se dialogue o no se negocie, sino porque tampoco se informa. Creo que algunos conflictos podrían eliminarse de ráiz si hubiese voluntad de información o se adecuasen los canales de la información para que los colectivos afectados por determinadas medidas pudiesen conocer cuál va a ser su futuro.

Me estoy refiriendo concretamente a un colectivo de estudiantes de medicina que están manifestándose en el Estado, que se están manifestando en las calles, que mañana van a venir a manifestarse delante de su Ministerio. La única razón que invocan por lo menos los miembros de la Universidad que a mí me han visitado, la única razón que tienen para ello es que no se les informa sobre la aplicación de la directiva de la CEE, a que el señor Ministro ha hecho referencia muy de pasada, en la página 28 de su discurso. Este diputado no entiende cómo es posible que se deje llevar la protesta a la calle por no haber una información adecuada.

El señor Ministro ha dicho que los títulos actuales van a tener plena vigencia, pero la inquietud que la aplicación de los planes de estudio está creando en los estudiantes actuales de medicina realmente no se atempera, hasta ahora por lo menos, con las informaciones que están corriendo por las universidades, que me consta que son deformadas, exageradas, malintencionadas y que utilizan una materia prima, que es el estudiante, fácilmente manipulable y excitable.

Agradecería al Ministro que hoy, aquí y ahora, si puede, diese una información mayor sobre este tema, para que los medios de comunicación ya adelantasen parte de la misma, que mañana le van a exigir y quizá para atemperar la violencia de la protesta que se pueda producir mañana ante su Ministerio, porque me consta que del resto del Estado van a venir autocares con estudiantes a gritar ante su departamento y creo que esto se podría evitar con una simple información.

Acabo diciendo, señor Ministro, que a mí me parece que hay muchas dificultades, que la gestión de su departamento es compleja y difícil. En las cosas puntuales, en las que nosotros podamos ayudar tenemos obligación de hacerlo, pero también tenemos la obligación de hacer una crítica pormenorizada, exhaustiva de aquellas cosas que no van, que no funcionan, debiendo permitirnos el Ministro, con tiempo, la posibilidad de este debate, que no la simple información del Ministro y las improvisaciones de nuestra respuestas.

Deberíamos establecer algún sistema que, sin violentar el Reglamento, nos permitiese tener la posibilidad de entrar en el fondo de los temas, quizá mejor que en tantos, porque las comparecencias nos apabullan de problemas, nos caen tal cantidad de problemas sobre la mesa, que es imposible llegar al debate puntual de algunos temas.

Quizás habría que hacer —y ésta es una sugerencia a la Presidencia— algunos temas monográficos, para poder debatirlos en profundidad.

Nada más y muchas gracias, señor Presidente y señor Ministro.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Hinojosa, esta Presidencia, y por supuesto la Mesa de la Comisión, está abiertas a todo tipo de sugerencias que no violenten el Reglamento.

Está claro que a cualquier iniciativa, a la luz del Reglamento, habrá que darle trámite el adecuado. Sus Señorías tienen la posibilidad de sugerir los temas que crean necesarios debatir en la Comisión, con las comparecencias que crean pertinentes.

Por tanto, están en su mano y no en la de la Mesa, conseguir que la temática sea menos amplia y para ello tienen ustedes todas las posibilidades.

Por el grupo parlamentario del CDS tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Señor Presidente, muchas gracias por la comparecencia del señor Ministro, aunque realmente, después de haberle escuchado, tengo que decir que se ha demolido el interés que la compareciencia había suscitado; porque yo pensé que, después de dos meses al frente del Ministerio y después, quizá, de un análisis profundo de la situación que se había encontrado y de los problemas que han venido surgiendo a lo largo de este tiempo, se había llegado a conclusiones que permitían al señor Ministro colocarse en un punto de inflexión hacia una resolución positiva de los problemas.

En la comparecencia del señor Ministro este diputado dijo que en casi todos los órdenes de la sanidad se había alcanzado el punto más bajo desde el inicio de la etapa democrática; y en el Pleno del 11 de febrero me permití señalar que el Gobierno se aprovechaba de que la insatisfacción por la mala asistencia, por la descapitalización de los hospitales y por tantos otros problemas de la sanidad, no generaba presión social y, por tanto, no había una movilización para la resolución de esos problemas.

Nos encontramos hoy en la situación de que esas advertencias son una triste y evidentísima realidad y, sin embargo, a pesar de que ya no son solamente opiniones de un diputado, sino la opinión generalizada del pueblo español, no vemos que realmente exista voluntad (o quizá lo que no existe es capacidad), para encontrar un eficaz camino para la solución de los problemas.

No se trata, ni nadie lo pide, de que se resuelvan de modo milagroso, ni tampoco creo que nadie sensato en este país exija que se nos den prestaciones a nivel de los países del norte; pero sí es necesario tener en cuenta los problemas que plantea la masificación sanitaria, el racionamiento de la asistencia, que una y otra vez se pone de manifiesto, el deterioro de la asistencia hospitalaria, que es ya un clamor, el no cumplimiento de las previsiones en asistencia primaria, la no renovación (porque renovar en sanidad significa el acogimiento de nuevas técnicas, de nuevos avances al servicio de los enfermos), y el descontento general. Yo creo que no ver eso, no analizarlo, no partir de eso, es sencillamente caminar, quizá, a toda velocidad, pero, como dijo un sociólogo, hacia ninguna parte.

Es cierto que el señor Ministro ha introducido algunos aspectos, digamos, propios de los discursos sanitarios de lo años setenta; por ejemplo, habla de los cambios efectuados en el papel del médico, pero lo que no hace es sacar una conclusión de que es efectivamente necesario tener en cuenta ese papel del médico para avanzar en sanidad. Sin tener en cuenta el papel del médico no hay sanidad, y no lo digo yo, está dicho suficientemente en toda la literatura sobre política sanitaria.

Por ejemplo, se habla también de los cambios profundos de la profesión sanitaria, que parece que abandonó a lo largo de años su condición de profesión liberal. También es cierto; pero el señor Ministro no debería desconocer que justamente en los últimos tiempos se están apuntando como soluciones para buscar un mayor rendimiento y una mayor eficiencia sanitaria, la reliberalización de la profesión sanitaria y no por ello signifique una vuelta a posturas inmovilistas o conservadoras, sino, sencillamente, porque los hechos conducen a esa recomendación.

Quisiera hacer también una consideración política. Efectivamente el señor Ministro considera que una razón de los problemas sanitarios es el mimetismo de otros conflictos sociales. A mí me parece que efectivamente eso es así, pero lo que pone de manifiesto es la escasa vocación social del Gobierno del Partido Socialista y eso es lo que hace que, efectivamente, se produzca una confluencia de conflictos sociales.

Me permito recordar que en el debate del estado de la nación, el señor Presidente del Gobierno decía: el primer punto de referencia es la economía. Ahí está la clave, el primer punto de referencia no es la economía, el primer punto de referencia es la política social, al servicio de la cual es necesario instrumentar una economía eficaz. Eso es lo que lleva, probablemente, a no comprender el alcance y la razón de las movilizaciones sociales. No se trata de que estén dirigidas —por lo menos en su aspecto sustancial y fundamental— a la defensa de los privilegios de ninguna derecha; yo creo que precisamente es todo lo contrario, lo que reclaman es que el Gobierno del Partido Socialista abandone su política inmovilista; una política inmovilista que conduce a la no democratización de sus acciones en política sanitaria, a una no democratización en todas las soluciones que encuentra, y debería conducir a un abandono de las continuas escaramuzas con la Ley, de las cuales nadie sale beneficiado: ni la política sanitaria, ni los enfermos, ni, mucho menos, el Ministerio.

He descubierto en las palabras del señor Ministro una serie de admoniciones y de advertencias y para todo eso nos ofrece el balance de haberse reunido, no sé si 30 veces, con los distintos representantes de las organizaciones sanitarias. A mí me parece que eso recuerda el celo del mal médico, que ponía como ejemplo del mismo el haber tratado bien un forúnculo durante seis meses, cuando un forúnculo se trata bien una sola vez. Eso es justamente lo que hay que evitar, marear excesivamente las ideas.

Ha hablado de programa de inversiones y yo tengo que decir, muy brevemente, que el programa de inversiones que yo he estudiado no pasa de ser la reunión o la suma del presupuesto de cuatro años. Eso desde el punto de vista del dinero. Desde el punto de vista de lo que pretende, no veo en ello nada más que nuevos hospitales y la remodelación de otros, pero no hay realmente inversiones en

renovación. Por tanto, la sanidad española y la medicina que alberga, excepto en esos avances espectaculares de los transplantes, quedará anclada en el pasado.

Hablando de los avances espectaculares, es una técnica vieja, señor Ministro, echar mano de los avances de la medicina para intentar dar la impresión de que hay una calidad homogénea extendida; es una vieja técnica que a mí me recuerda lejanos, afortunadamente, tiempos pasados.

Programa de inversiones. Por ejemplo, en 1983 se dijo que el número de unidades de atención primaria previstas para finales de 1986 serían 600, lo cual, en resumidas cuentas, no cubría nada más que a cuatro millones y medio de población, es decir, aproximadamente el 15 por ciento de la población cubierta por la Seguridad Social o el 12 por ciento de la población española; pero no se han puesto en marcha ni siquiera 200. Cuando ahora se anuncia, dentro del programa de inversiones, 150 más, ¿a cuáles se están refiriendo, 150 más de las 200 ó 150 más de las 600 que deberían estar puestas en marcha? Téngase en cuenta que con el ritmo que en 1983 se anunció, hubieran sido necesarios 20 años para cubrir toda la población española. Imaginemos que con el ritmo que ahora existe, desde luego la mayoría de los ciudadanos no lo verán concluido.

Sistema retributivo. Señor Ministro, no es precisamente este lugar donde tendríamos que discutir estos temas, pero lo cierto es que, en cualquier caso, se trata de una oferta parcial; es un cheque en blanco a expensas del Estatuto-marco y, por tanto, sería mucho mejor que primero se dilucidara el contenido de ese Estatuto-marco y, después, se pudieran establecer realmente cuáles eran las condiciones de ese sistema retributivo.

Las crisis en los hospitales apenas las ha mencionado el señor Ministro. En cualquier caso, no se ha tenido en cuenta que no se debe tanto a esos factores que el señor Ministro ha enunciado —que, efectivamente, están ahí subyacentes—, sino que se deben a un incremento en la presión asistencial, por una parte debido al aumento de la población cubierta y, por otra, a la disminución de la eficacia en los tratamientos de los equipamientos ya anticuados; a una descapitalización —lo he dicho ya— cultural, técnica y material de los hospitales; a una reducción de los profesionales, y éste es un tema muy importante. Por ejemplo, una especialidad tan estratégica como Cuidados Intensivos, en lo que a los MIR se refiere, se ha pasado en los años 1982 y 1983 —no se olvide que para el año 1983 habían sido convocadas en el año 1982— a 43 plazas; en 1984, nueve; en 1985, cinco, en 1986, seis, y este año, 1987, plazas convocadas en 1986, diez. Es decir, no se alcanza ni siquiera a cubrir la mortalidad profesional, es decir, la mortalidad real más la jubilación, etcétera, que se produce en esa especialidad a lo largo de un año.

Todo esto genera gasto. El desconocimiento de que todos estos factores conducen a la crisis en los hospitales genera gasto; como genera gasto la politización: no se ha hecho una política sanitaria, se ha hecho una sanidad política, y con eso no se ha conducido sino a enrarecer poderosamente de forma definitiva el clima en los hospitales.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Efectivamente, no se ha referido apenas al problema de los médicos rurales. Parece ser que se va a insistir en recuperar el tiempo perdido por razón de la sentencia que les afectó, pero pienso que sería necesaria una mayor diligencia en ese problema, porque está afectando, a través de su problemática, precisamente las zonas de la población donde las desigualdades sanitarias son mayores y más acuciantes.

En realidad, lo que nosotros pedimos es una Sanidad que coresponda al nivel de desarrollo de España en 1987, no una Sanidad que corresponda al desarrollo de los países del norte. Yo tengo que decir que es una Sanidad que ustedes se muestran incapaces de organizar. Una Sanidad a la altura del nivel científico y técnico de la medicina y de los médicos españoles, también en 1987, que amenaza con deteriorarse rapidísimamente. Y una Sanidad democrática a la altura del esfuerzo democrático que este país ha realizado desde 1976.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo de Coalición Popular, tiene la palabra el señor Mena-Bernal.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO:** Casi sintéticamente, porque quiero ajustarme a los diez minutos que reglamentariamente se me dan —después, si hay oportunidad retomaremos la palabra con preguntas—, yo quería decirle antes de nada que lejos de la intención de mi Grupo está realizar una crítica profunda o destructiva ante la grave situación que tiene hoy planteada la Nación con respecto a la Sanidad; sino todo lo contrario, incrementar nuestro esfuerzo común para arreglar todo aquello que comúnmente pudiéramos resolver.

Pero hay, evidentemente, entre su exposición y la situación real que estamos viviendo los españoles en la Sanidad, algunas diferencias que yo quisiera poner de manifiesto.

En primer lugar, usted ha dicho que hay una mejora de la asistencia, lo que contrasta seriamente con la dichosa, entre comillas, situación del deterioro impresionante que sufre la asistencia, causa fundamental, entiendo yo, de la grave problemática que ha saltado a la calle —a lo mejor innecesariamente, no sé si indebidamente—, pero yo creo que por saturación de espera de que los conflictos se pudieran superar.

Y esos conflictos tienen sus causas. El señor Ministro ha hecho una enumeración, yo creo que incompleta, porque, evidentemente, nosotros entendemos que hay —y se ha dicho aquí ya esta mañana y redundamos en ello— una dotación escasa para que la Sanidad emerja. Sé positivamente que el señor Ministro ha heredado una situación, pero una situación de su propio partido. Por tanto, entiendo que si la quiere remediar tampoco le vamos a obligar a hacerlo en el tiempo que lleva. Pero, por lo menos, voluntad política de remediarla sí debiera haber manifiestado, lo que no hemos podido observar, desgraciadamente.

De 1982 a la fecha actual, la población asistida se ha in-

crementado prácticamente en cuatro millones, y progresivamente ha ido disminuyendo el porcentaje que del producto interior bruto se ha dedicado a la Sanidad. Hemos llegado alrededor del 4 por ciento, cuando en la Comunidad Económica Europea está alrededor del 8 por ciento.

Hay, evidentemente, un deterioro tecnológico. Hay material infrautilizado, pero hay material demasiado utilizado que no se repone, y hay casos —no voy a entrar en la anécdota— en hospitales, por ejemplo, de mil camas, donde la asignación presupuestaria para este año para recuperación de material inventariable, utilizable diariamente, es de 80 millones, y donde un SMAC, por ejemplo, para hacer la analítica, vale 20 millones y, por tanto, disminuye considerablemente ese presupuesto.

Hay un mal aprovechamiento de recursos y un cierre de centros, aun cuando sean trasladados, que deteriora considerablemente la asistencia en grandes núcleos poblacionales.

Hay, queramos o no, una politización de la Sanidad, y no vamos a entrar en detalles, porque no me da tiempo de hacerlo.

Hay una mala gestión, evidente, queramos o no queramos, porque hay falta de planificación, porque hay un colapso asistencial debido a las listas de espera y a las urgencias. Lo hemos dicho en múltiples ocasiones, aquí, en el Pleno y donde haya que decirlo. Las listas de espera no aumentan porque sea mejor el sistema que se nos está dando desde el Gobierno, sino, sencillamente, porque la población española no tiene otro camino; hay un emprobecimiento de la población española y no tiene más remedio que esperar porque no tiene otro sitio donde ir. Y eso que hay una infrautilización del INSALUD, porque, según una encuesta del CIS, en 1986, hubo una utilización sólo del 31 por ciento de los usuarios de los ambulatorios, cosa que contrasta, evidentemente, porque hay de cuatro a ocho millones de usuarios que recurren a cualquier otro sistema, a pesar de todos los pesares, para poder ser atendidos. Y menos mal, porque si acudieran todos al INSALUD, imagínese adónde podríamos llegar.

Dice que hay una desmasificación de los ambulatorios. Posiblemente, de las salas de espera de los ambulatorios sí, pero en las consultas de los ambulatorios seguimos los médicos con los mismos tiempos. Por ejemplo, en Pediatría, cuatro minutos por enfermo; en Medicina General, seis minutos por enfermo; en Cardiología, ocho minutos por enfermo —y no sé si el señor Ministro sabrá lo que supone la auscultación cardíaca y el tiempo que lleva—, y en Traumatología, dos minutos por enfermo, aproximadamente.

Ha hecho una enumeración de causas del malestar y la ha centrado fundamentalmente en la profesión sanitaria. Yo implico en ella a todo el personal sanitario, haciendo hincapié en el médico, que es, sin ningún género de duda, por lo menos, el principal gestor de la acción sanitaria.

En cuanto a la pérdida del carácter liberal de la profesión y la debilitación de la figura del médico, estamos desde hace mucho tiempo trabajando en equipo y no se ha debilitado la figura del médico por ello. Todo lo contrario; se están presentando desde hace muchísimo tiempo, antes de la gestión socialista, en todos los congresos, trabajos en equipo, que es como estamos acostumbrados a trabajar los médicos, afortunadamente. Respecto a la introducción de otras profesiones, estamos requiriéndola desde hace mucho tiempo los médicos, sobre todo en mi especialidad —y perdón, porque pongo un ejemplo de casa—, la Bioingeniería, la Biología Médica, etcétera.

Hay un problema importante con respecto a la asistencia primaria; hay un inicio que no ha dado resultado. Ahora están en funcionamiento 324 centros de salud, a febrero de 1987. En su discurso, el señor Ministro creo recordar que ha mencionado la cifra de 295 fichas; yo tengo recogido un mayor número de fichas, 324, cuando se había anunciado y prometido que a finales de 1986 habría 400. Yo tengo recogidos 324 y el señor Ministro ha dicho 295 más 80, es que no me ha dado tiempo a leer totalmente el discurso. Después, señor Ministro, no se me queje si le hago preguntas, pero todo ese discurso se tendrá que traducir en preguntas por iniciativas parlamentarias.

Hay una mala política de incompatibilidades; no hay fórmulas evidentemente, para remediar el paro a través de las incompatibilidades. Estoy de acuerdo con lo que se ha manifestado aquí respecto a las retribuciones: no es el sitio para hacer ningún enunciado sobre ellas, sino para estudiar el estatuto-marco en donde deben entrar.

Respecto al problema MIR, nosotros hemos dicho que es el mejor sistema, pero no hemos descartado que haya otros sistemas. Eso es lo que ha dicho mi Grupo en relación al sistema MIR. Hemos dicho que es el mejor sistema que hay, pero que es perfectible y que no se puede desechar otro tipo de sistema hasta que no se hayan perfeccionado las circunstancias que hagan que el sistema MIR se pueden completar. Estoy de acuerdo en que no ha habido tiempo desde que el señor Ministro está en el Ministerio, para cambiar los modelos de «c» a «b» y de «b» a «a», de los centros de docencia, pero qué duda cabe que se tiene que empezar a hacer. También hemos dicho que el sistema de las comunidades autónomas nos parece bien, pero hemos dicho también, y es menester recordarlo, que eso había que avisarlo previamente.

Con respecto a los hospitales, señor Ministro, hay un problema importante. La información facilitada presenta un presupuesto de 44.944 millones de pesetas, cifra que discrepa con la facilitada en la información presupuestaria. En la página 2 de un documento del que disponemos, del Ministerio de Sanidad y Consumo, se dice que se van a dotar nueve hospitales de equipamiento básico y complementario, cuando en los presupuestos del INSALUD solamente se nos habla de equipar cuatro nuevos hospitales. También se van a construir nueve nuevos hospitales. Evidentemente todo esto nos parece muy bien siempre que se cumpla. Queremos indicar también que en la página 3 de este documento que hemos mencionado se nos dice que habrá una ampliación de 1.495 camas hospitalarias, cuando en una contestación a una pregunta escrita hecha por nuestro Grupo se cifra en más de 1.800 camas para este ejercicio.

Con respecto al Real Decrto que está bajo el dictamen del Consejo de Estado, nos parece que resume las dos Or-

denes ministeriales recusadas previamente, y va a adolecer, posiblemente, del mismo defecto legal. Yo no soy jurista, pero evidentemente he intentado documentarme al respecto, y posiblemente ese defecto legal vuelva a producirse, puesto que va a ser —y termino señor Presidente, dejando para otra intervención algunas cuestiones— quizá recusado también.

Por último, con respecto a la homologación de la carrera, relacionada con la normativa de la Comunidad Económica Europea, le he entendido al señor Ministro —y he leído en su discurso porque me interesa enormemente, aunque quizá se deba a una falta de información— que los títulos serán válidos hasta 1995, no hasta 1985, lo que quiere decir que se pondrá en práctica la normativa de la Comunidad Económica Europea —así lo quiero yo entender— a partir de 1995. Yo creo que esto debe ser anunciado correctamente para evitar la mala interpretación que posiblemente se hubiera hecho. Ahora bien, es necesario concretar si esos dos años que se tienen que hacer de especialización de Medicina Asistencial General se tienen que hacer a través del MIR, porque si es así, es la pescadilla que se muerde la cola, señor Ministro, porque si las plazas van a ser limitadas a un máximo de 2.000., obviamente si salen todos los años 6.000 médicos en España, 4.000 están condenados a un absentismo laboral obligado, por usar alguna de las palabras que ha usado el señor Ministro con relación a la conflictividad hospitalaria.

He terminado, señor Presidente. Muchas gracias. Retomaremos la palabra después, si nos lo permite, en el turno de preguntas.

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

El señor **LUNA GONZALEZ:** Señor Presidente, señoras y señores Diputados, señor Ministro, yo tengo la íntima convicción de que cualquier persona que haya escuchado atentamente y sin prejuicios su discurso, tiene que llegar a la conclusión de que el Ministerio no sólo no ha perdido, sino que ha reforzado su iniciativa política, su capacidad de dirección política y, sobre todo, ha contribuido a impulsar una actividad dirigida a conseguir los objetivos de la reforma sanitaria. Y eso a lo mejor tiene algo que ver con la situación conflictiva, porque yo creo que el Gobierno socialista en esto no ha seguido una máxima que un profesor que yo tuve, sacerdote por más señas, atribuía a San Anselmo, y que decía que era recomendable en tiempo de tribulación —nunca entendí muy bien este término— no hacer mudanza. Parece que aquello quería decir que cuando la situación está conflictiva, confusa, lo mejor es no moverse para que no pase nada. Creo que el Gobierno socialista, lejos de no hacer mudanza en tiempo de tribulación ha decidido afrontar la aplicación del modelo de la Ley General de Sanidad con realismo y con firmeza. Y creo que es importante hablar de las dos cosas, primero porque hay que destacar algunos hechos puntuales.

Por ejemplo, hay un cambio evidente en la tendencia de los recursos presupuestarios que se ponen a disposición de la Sanidad por primera vez en mucho tiempo, lo ha destacado el señor Ministro y yo quiero resaltarlo también, pero hay que destacar también una eficacia constatable en la gestión. Se ha puesto de manifiesto con cifras que miden la calidad, que se puede pedir más o menos; la actividad, la cantidad de actividad, que ya se puede medir mejor; la cantidad de centros, de equipos... En definitiva, hay una eficacia en la gestión, si se quiere con un presupuesto parecido, pero constatable. Y a mí me gustaría que algunos Grupos parlamentarios, en la medida de lo posible, tuvieran un discurso homogéneo con respecto a esto que supone la gestión, porque parece que la gestión es fundamental en unos aspectos de la actividad pública y no lo es en otros. Se dice, por ejemplo, que el problema de HUNOSA, que pierde 40.000 millones de pesetas todos los años, es un problema de eficacia en la gestión, y sin embargo ese mismo discurso no se traslada al campo sanitario, y aquí no se le da importancia a la gestión. Se dice que no hay más presupuesto, o que como el presupuesto no crece desmesuradamente, no puede mejorar la asistencia sanitaria, no puede mejorar la política sanitaria. Yo creo que se ha puesto de manifiesto que con las limitaciones que impone el realismo hay una evidente mejora en la eficacia de la gestión.

Este Gobierno ha afrontado problemas claves, y su Ministerio, en cabeza: problemas como la reforma del modelo de gestión hospitalaria, el modelo retributivo, el plan de inversiones, el estatuto marco, problemas que lógicamente cuando uno mete los dedos en ellos se quema, porque estaban absolutamente envenenados y enrarecidos, porque nadie se había atrevido a poner orden en el caos existente. Lógicamente, esto tiene que provocar algún tipo de conflicto. Pero nos sentimos satisfechos porque, en cierto modo, se sigue trabajando sin perder la calma con tanto conflicto y sin perder el ritmo de trabajo. Su señoría lo decía: el ritmo que viene de alguna forma impuesto por la Ley General de Sanidad se está impulsando y se está cumpliendo.

En estos conflictos que tenemos estos días confluyen, curiosamente, sectores progresistas o más o menos progresistas y sectores retardatarios o más o menos retardatarios. Personalmente pienso que es una confluencia coyuntural, que no puede ir muy lejos en los conflictos. Obviamente, para los sectores inmovilistas se trata de combatir el modelo y no de otra cosa. El problema es que no hay un modelo alternativo claro. Ahora se habla de liberalizar o reliberalizar, a mí me gustaría que se hablara claro de estos temas. Esto, ¿qué quiere decir? ¿Que se van a reprivatizar los hospitales de la Seguridad Social? ¿Quiere decir eso, o se les va a decir a los médicos, funcionarios o personal estatutario que a partir de mañana se va a vender su hospital y que van a ser empleados de una empresa particular? Que se diga, porque a lo mejor a los médicos les gustaría oír qué es lo que hay detrás de ese modelo reliberalizador, hasta dónde llega ese modelo reliberalizador. Yo creo que no hay un modelo, porque esto nadie se atreve a decirlo, por lo menos nadie llega hasta sus últimas consecuencias. Naturalmente, lo que se está tratando es de mantener lo que S.S. denominada como los vicios del antiguo sistema. Se trata en muchos casos, desgracia-

damente, de mantener la conflictividad o de provocarla para detener la reforma. Yo he leído algún télex de algún comunicado de un Grupo parlamentario —no en esta Cámara, sino en otra—, que es verdaderamente curioso, porque se solidarizan incondicionalmente con todas las movilizacines y con todas las reivindicaciones. Naturalmente que si siguiera existiendo aquella vieja revista, sería de «Celtiberia'5 show» porque, obviamente, se trata de la conflictividad para detener la reforma, y justamente ahora, porque creo que ahora sí son conscientes de que la reforma va en serio, y precisamente, como va en serio, se trata de oponerse a ella con la mayor fuerza posible.

Por otro lado, hay otros sectores que creo no cuestionan el nuevo modelo y que incluso apoyan el nuevo modelo que se diseña en la Ley General de Sanidad. Es cierto que tienen reivindicaciones económicas y que mantienen su reivindicaciones con medidas de presión. Creo que en este tema algunos colectivos tienen una clarividencia superior a la de muchos grupos políticos que pululan por nuestro país. Porque son conscientes de que un presupuesto, en alguna medida, es un juego de suma cero, lo que quiere decir que si yo saco más el de enfrente saca menos. Por consiguiente, antes de empezar a pedir empieza a presionar, porque como los demás ya están presionando, se quiere ver si presionando más se puede uno llevar más trozo del pastel.

Esto, creo yo lo entienden todos y cada uno de los colectivos que están reivindicándose económicamente, parece que no lo entiende otra mucha gente que se suma a todas las reivindicaciones, creo que con poco éxito, pero vamos a tener tiempo de comprobarlo dentro de poco, porque en definitiva, el que está reivindicando y defiende su trozo de pastel no entiende cómo el que dice que le apoya a él también apoya al otro cuyo trozo de pastel es contradictorio con el suyo o cuyo trozo de pastel es antagónico: si se le dan a él no se lo dan al otro.

Me parece, pues, que este tipo de reivindicaciones económicas, que son lógicas y que se unen con reivindicaciones de carácter profesional porque se está negociando y se está hablando del estatuto, que también es lógico, no impiden que existan coinciencias en muchos temas ente el Ministerio de Sanidad, entre el Gobierno socialista y entre grupos que están reivindicando situaciones, mejoras económicas y mejoras profesionales.

Nosotros apoyamos la decidida política de no ceder a las presiones, sobre todo si son violentas; de mantener el diálogo con todos los colectivos y de negociar con aquellas representaciones legalmente constituidas que se mantienen en el tiempo y en el diálogo con las Administraciones Públicas.

Los socialistas, indudablemente, mantenemos nuestro compromiso con el modelo de asistencia pública y no vamos a cejar en ese compromiso. En este sentido, vamos a apoyar toda la actuación del Gobierno para conseguir llevar a buen término ese modelo, del que se ha dicho normalmente que tiene su finalidad puesta en el interés del ciudadano. Naturalmente, el interés del ciudadano y del usuario es lo más importante. Pero no nos engañemos; nunca hemos dicho, ni lo vamos a decir, que ese interés sea incompatible con el interés de los profesionales sanitarios. Estamos persuadidos de que el interés de los ciudadanos es perfectamente compatible con los buenos profesionales que quieren hacer su trabajo, que quieren desarrollar su carrera, su profesión, en el seno del modelo que establece la Ley General de Sanidad.

En este sentido, señor Ministro, nosotros, desde el Grupo Socialista, le animamos a seguir con esta tarea de dirección política, de impulso de iniciativa para llevar a cabo la reforma sanitaria.

El señor **PRESIDENTE:** Para responder a los señores portavoces de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señor Presidente, señorías, estoy seguro de que, cuando los señores Diputados lean atentamente mi discurso, algunas de las afirmaciones que han hecho las van a matizar y, en algunos casos, incluso las van a cambiar.

Creo que, como ha sucedido ya en esta Comisión, y como ha puesto de manifiesto el portavoz del Grupo Socialista, una vez más se demuestra en esta comparecencia que gustosísimamente hago ante esta Comisión, que las únicas propuestas que forman un todo coherente, que forman un modelo, son las del Gobierno. Porque unas veces se habla de un tipo de problemas, otras veces de otro tipo, unas veces de unos factores y otras de otros, pero nunca se pone como alternativa algo coherente y global quizá por la dificultad, como decía el portavoz del Grupo Socialista, de explicarle a la población determinadas posturas que creo que poco a poco se van a ir concretando. Porque, como ya dije a lo largo de mi intervención, ahora se trata de estar a favor de una reforma progresiva o de estar a favor de volver atrás, retornando a las prácticas y a los vicios que caracterizaron durante tantos años nuestro sistema sanitario.

Ahora, la reforma sanitaria va en serio, señorías. Y va en serio en la distinción entre lo público y lo privado, contando con que lo privado es muy importante en el sistema porque complementa. Estamos trabajando en ello para que se recoja en planes de constitución del Sistema Nacional de Salud que complementa lo público. Estamos en la realidad ya evidente de ir enfocando y resolviendo esos problemas tantísimas veces aplazados como era el de la integración las redes públicas que a veces competían entre sí. Estamos, por ejemplo, abordando ese problema de la concertación de oferta sanitaria en determinadas zonas de alta renta en detrimento de los déficit de sitios donde vive la población con menos renta, problemas muy viejos, que en ningún momento se han abordado con anterioridad y que en ningún momento se han referido aquí: la necesidad de hacer idéntica oferta a todos los ciudadanos.

Se habla de materias mucho más vagas, de la liberalización y de cosas que me gustaría se fueren concretando con el paso del tiempo. Yo creo que el modelo —insisto— racionaliza, con todos los problemas que tiene su aplicación, por encima de los avatares de cada día. Es un modelo que

mantiene e incrementa el carácter de ser accesible, gratuito y de aportar prestaciones crecientes a los españoles. Asimismo hay una voluntad de que este modelo se aplique a lo largo de esta Legislatura, aunque sepamos que la total aplicación va más allá de estos cuatro años. Además, no es un modelo que queramos aplicar, a pesar de lo que en algunos momentos se ha insinuado en esta Comisión, que vaya contra los profesionales, señora Salarrullana; en absoluto va contra los profesionales. Nosotros sabemos que hay muchos profesionales que están de acuerdo con este modelo, por encima de las coyunturas y de los conflictos concretos que a veces tienen raíces personales, raíces de buen entendimiento dentro del propio hospital. Sabemos que hay un número de médicos que apoyan las incompatibilidades, que apoyan la dedicación exclusiva al hospital público porque ya la tienen, porque ya es así. Hay muchos médicos que apoyan que se introduzcan criterios retributivos que van a hacer más flexible la prestación de esos facultativos, como puede ser la productividad ligada a criterios de calidad asistencial o a criterios cuantitativos asistencialmente. Además, esto encaja perfectamente con el Real Decreto que está en estos momentos en trámite en el Consejo de Estado, donde se han introducido, señor Mena —y lamento que no tenga usted la última versión, ya se la haré llegar—, cauces de participación que permitan que estos nuevos concepto retributivos se apliquen democráticamente y de acuerdo con propuestas que hagan comisiones de calidad independientes del gerente.

Es decir, las medidas que se están negociando en este momento, el sistema retributivo, el acuerdo-marco, el Real Decreto de organización de hospitales, son absolutamente coherentes entre sí. Y quizá esté ahí el problema, porque al ser coherente supone un paso bastante importante en la aplicación de la reforma. Esto lo comprenden algunos de los que están en contra de la reforma, y yo no creo en conspiraciones judeo-masónicas, señora Salarrullana. Sí creo en que determinadas organizaciones tienen dobles y triples lenguajes, y mientras mantienen diálogos con la Administración, por otra parte están propiciando que todos los colectivos, aunque sus reivindicaciones sean absolutamente contradictorias, tengan como único referente de sus protestas el Ministerio de Sanidad y Consumo o el Gobierno, lo cual recuerda, además, viejas operaciones que ya en su momento se plantearon y que no viene al caso volver a traer aquí.

Efectivamente, hay insuficiencias en el sistema, por ejemplo, en el régimen de prestación de servicios, señor Revilla. Por eso, en el nuevo sistema retributivo introducimos esos dos conceptos nuevos: el de productividad, con objeto de que se pueda incentivar la calidad, la actividad investigadora o actividades complementarias que a veces de manera voluntaria van llevando a cabo algunos servicios; o el concepto de exclusiva, con objeto de que queda claro ya, de manera voluntaria, quién se quiere dedicar al servicio público y quién a ambos a la vez, al privado y al público.

Ya ha visto cómo he mencionado un conjunto de situacines que se pueden dar y que pueden llegar a diez o doce distintas, con lo cual existe un abanico de posibilidades para los profesionales que antes no existía. Con el nuevo modelo retributivo va a existir. Cada uno se va a poder apuntar al régimen que quiera. Es ésto lo que usted estaba mencionando, señoría. Aunque de pasada ha dicho, con un tono didáctico, que esto de la reliberalización es una idea nueva. Si leemos lo que está ocurriendo, por ejemplo, en Estados Unidos —y yo he citado muy de pasada la portada de una revista—, veremos que la idea ni es tan nueva ni tiene tanto éxito, puesto que está siendo puesta en cuestión fuera de nuestro país por la cantidad de gastos y de actos gratuitos que genera. Por tanto, las ideas que didácticamente nos ha expuesto como nuevas, no son ni nuevas ni tan eficaces.

En cualquier caso, con el nuevo sistema retributivo y con el nuevo estatuto estamos dando también un paso en la dirección que se nos ha pedido. Otra cosa es que haya después una coherencia por parte de las organizaciones que representan a los profesionales. Pero hasta hace un mes se nos ha estado demandando insistentemente (y yo tengo documentos, puedo mencionarlos aquí, luego se los puedo enseñar a algunos de los señores miembros de esta Comisión) justo este sistema retributivo, creyendo probablemente que el Gobierno no iba a ser capaz de apostar presupuestariamente por esta mejora en el sistema retributivo, y apostar, además, de manera indefinida, aplicando, como es necesario y como he repetido yo en mi intervención, el 5 por ciento a quien no quiera acogerse a los nuevos conceptos, pero subidas muy importantes para el que se quiera acoger a los nuevos conceptos que estamos ofreciendo. Y va a ser muy difícil —ya lo he dicho en algún momento— que algunas organizaciones expliquen que están en contra de esta oferta que supone para un médico medio, en el caso, por ejemplo, de un jefe de sección, una retribución superior a la de los miembros de cuerpos de élite de la Administración; superior, y me parece justo, y así lo ha propuesto el Ministerio, porque incluye guardias, que tienen una penosidad añadida. Pero va a ser muy difícil que se rechace ese sistema con argumentos sólidos diciendo que no se pretende aplicar justo el incentivo a quien quiere dedicarse exclusivamente al hospital público, sino que lo que se quiere es un reparto «per capita». Esto va a ser muy difícil explicárselo, porque además de intentar romper con lo que esta misma Cámara ha aprobado en la Ley de Presupuestos, el límite del 5 por ciento, además de eso, lo que se quiere es mantener la situación como está, de manera que se gane igual se haga lo que se haga. En ese sentido nuestra política es absolutamente progresiva y, además, profesionalmente atractiva para los facultativos y no facultativos que realmente quieren dedicarse vocacionalmente al hospital público.

Efectivamente, he reconocido muchas veces en esta Cámara que existen en el sistema insuficiencias, y las habrá en el futuro, y las volverá a haber. Ya hemos dicho muchísimas veces que precisamente en el campo sanitario la demanda es infinita. Hace poco la Ministra francesa —a la cual algún Grupo probablemente admira en su política—, decía clarísimamente en su visita a Madrid, que el sistema genera expectativas (fíjense, estaba hablando de Francia, un país mucho más rico que el nuestro) que no puede cu-

brir. Y eso se hablaba en Francia y se está hablando en todos los países. ¿Cómo no va a haber insuficiencias en España si se está hablando de que hay insuficiencias en los países del norte de Europa? Claro que las hay, y yo soy el primero en reconocerlas y en tenerlas perfectamente detectadas, y son insuficiencias que se van cubriendo poco a poco a través de esta mejora de las inversiones y de la organización que tenemos entre manos.

Nadie niega, por tanto, que existan y especialmente en determinadas zonas —que es lo que a mí me preocupa—, especialmente en determinadas zonas deprimidas de España, déficit asistenciales. Esto es lo que a mí me preocupa, por eso habrán visto ustedes, al dar la lista de hospitales que se van a construir, que las inversiones se hacen exactamente donde hacen falta, no donde se hacían tradicionalmente, no en las capitales de provincia, sino allá donde reside la gente que necesita una asistencia primaria o una asistencia hospitalaria mejor de la que existía.

La mejora paulatina —he dicho muchas veces, y lo he dicho incluso ante los medios de comunicación— nunca es espectacular, y en el terreno sanitario menos aún. Es decir, nunca hay una mejora espectacular porque de pronto aparezca, como se ha dicho demagógicamente por parte de alguna organización, milagrosamente, un billón de pesetas de recursos y se pongan encima de los hospitales. Esas mejoras milagrosas nunca existen, pero, a pesar de la crisis económica a la que ustedes se han referido varias veces a lo largo de hoy —crisis que, como han visto, en el año 1986 ya ha afectado en mucha menor medida a los presupuestos sanitarios reales— a pesar de esa crisis, ya han visto que se ha hecho un gran esfuerzo a lo largo de este ejercicio, y eso no me lo negarán, porque los hospitales y los centros de salud quedaron ahí, con independencia del problema de las cifras, que no voy a entrar en ellas. Ya saben que en este sentido yo soy bastante poco triunfalista y que he dicho que los centros de salud que se vayan a ir abriendo serán los que se puedan abrir y se puedan poner en funcionamiento. Otra cosa es que estén en trance de constitución, porque las cifras, señorías, casan, porque yo me he leído también mi intervención del mes de octubre y he tenido, como es lógico, la preocupación de constatar que mis servicios tienden a prepararme unos discursos con unas cifras perfectamente comprobadas.

Los conflictos, señora Salarrullana, nunca son artificiales. Los conflictos sociales siempre tienen bases reales. Otra cosa es que, a pesar de tener bases reales, que se intentan solucionar a través del diálogo, a través de la negociación y dentro de las posibilidades que tiene cada país, luego esos conflictos, a través de manipulaciones adecuadas, o simplemente de acumulación de peticiones que no son coherentes entre sí, se compliquen, que es lo que me temo que está ocurriendo aquí; que, como decía ahora el portavoz del Grupo Socialista, se están acumulando peticiones contradictorias entre sí, porque hay una especie de pelea de a ver quien llega el último, y en el momento que se ha visto que el Gobierno tiene una voluntad decidida de incrementar los recursos en el año 1987, da la impresión de que hay una carrera de a ver quién llega al botín, al botín presupuestario, obviamente.

Estos conflictos, le repito, tienen una base real y yo la he descrito, creo, con bastante seriedad. Y no me la he inventado, señor Mena. Me he limitado a leer las revistas que estoy obligado a consultar, que son las revistas de la profesión, y en ellas he leído este tipo de diagnóstico, pero no solamente referido a España, sino referido a países de fuera de España, y creo que lo he hecho con mucho respeto.

Lo que más me preocupa es que estos conflictos en un principio se han presentado como una preocupación generalizada por la asistencia al usuario, y luego, con el paso del tiempo, se han ido decantando, incluso por parte de aquellas organizaciones que en un principio parecían más filantrópicas o tener una mayor altura de miras, y se han decantado en el problema retributivo. Podríamos comparar lo que han sido documentos de finales de enero con lo que son documentos actuales que se presentan en el Ministerio y verán cómo, de una manera paulatina, se ha ido abandonando la idea del usuario para terminar simplemente en un incremento retributivo lo mayor posible, repartido además de la manera más igualitaria posible.

Entrando ya en las consideraciones que ha hecho cada uno de ustedes, le diré al señor Espasa que el malestar —como verá en mi intervención, que la tendrá ya probablemente— también tiene que ver con la política sanitaria, como es lógico; no todos los sectores, a pesar de que haya una mayoría que poco a poco estoy seguro que se va a decantar a favor de las propuestas que hace la Administración. No todos tienen que estar de acuerdo, porque determinadas medidas, como la jerarquización —yo lo he dicho en mi discurso—, o la integración en un equipo de atención primaria, o la atención al área, no afectan a veces como ellos quisieran, a determinados profesionales. Luego es verdad que la reforma sanitaria también es un factor coadyuvante, junto a los cambios internos a la profesión, la crisis económica y las modificaciones en las demandas de la sociedad española, que eso lo he dicho creo que bastante claramente.

En cuanto al problema de las normas que se derogan, etcétera, la situación es así, y desde luego le puedo decir que, por parte del Ministerio, hay una voluntad de dictar normas alternativas, que en la medida de lo posible superen los defectos que tenían las anteriores, los mejoren a través del diálogo, y yo creo que el ejemplo claro es el Real Decreto al que antes me refería, de organización de hospitales, que sustituye la Orden de 1985.

Hay un problema general en nuestra sociedad, señor Espasa, y es que todo el sistema legal que se deriva de la Constitución está en desarrollo actualmente, y a lo largo de la última Legislación creo que han aprobado ustedes en esta Cámara casi 200 Leyes. Todo esto, a veces, coincide con normas anteriores que todavía no han sido derogadas y crean efectivamente una cierta confusión jurídica. Pero eso no es sólo del sistema sanitario que, a mi juicio, tiene una excesiva normativización que le perjudica y que está heredada del pasado. En el sistema sanitario ocurre, pero también sucede en otros sectores. Yo creo que es fruto de una situación que, poco a poco, se va aclarando y que obviamente se aclarará también para la Sanidad.

Si quisiera referirme a un problema que varias veces han

mencionado todos ustedes, y que es quizá la expresión más clara de las paradojas que se dan en nuestro sistema sanitario. Se han referido al conflicto de los médicos titulares. Yo tengo la seguridad de que muchos de ustedes no conocen la totalidad de los detalles y, por tanto, lo han sacado aquí. Estos son unos médicos, como ustedes saben, transferidos a las comunidades autónomas, a quienes el INSALUD solamente retribuye en lo que se refiere a los conceptos complementarios. El concurso se convocó en 1981, se resolvió en 1983; lo recurren cinco de los médicos titulares que están afectados por el concurso y, en lugar de ir a una solución —como yo creo que sería lógica en cualquier país normal donde funcionan las organizaciones profesionales—, en lugar de ir a una solución de acuerdo entre las organizaciones médicas, los colegios y esas cinco personas —que parece que es más fácil poner de acuerdo a cinco que a 4.000—, el problema se obvia, se deja en manos de la Administración, que sólo por hacer en ese sentido una tarea de coordinación con las comunidades autónomas asume ese papel, que no es el suyo, y al final todo termina otra vez en el seno del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Además, con la pretensión de que sea el Ministerio el que se ponga en contacto con los cinco para hacer coincidir sus posiciones con los 4.000. ¿Les parece a ustedes que esto no es paradójico? ¿Y que además se acuse al equipo actual de no haber resuelto la situación? Lo que se ha hecho ha sido reunirse con los médicos titulares, tanto representados por las CESM como representados por la organización médica colegial; recurrir a la Audiencia Nacional, con el respeto debido, por la incapacidad de aplicar la sentencia, como es obvio. Invitar a los propios médicos titulares a que se sumen de manera personal a los recursos y poner nuestros servicios jurídicos a disposición de esos colectivos.

Estoy convencido, además, de que como la sentencia es realmente inaplicable, por parte de la Audiencia Nacional o por parte de instancias superiores, este conflicto se resolverá y será de forma pacífica. Pero, mientras tanto, se recurre a organizar, como viene sucediendo estos días, una manifestación donde señores médicos recurren a actitudes bastante poco respetuosas y yo creo que bastante poco lógicas en profesionales hechos y derechos; actitudes que son relativamente tolerables en lo que se refiere a los estudiantes, sobre todo en el recurso permanente al insulto y no a los argumentos, pero que son ya de más dudoso gusto —insisto— en profesionales hechos y derechos. Y no les echo la culpa a ellos, sino a quien les convoca, a quien les organiza y a quien les incita para que sea el Ministerio el que al final aparezca como responsable de todo ello.

La señora Salarrullana se ha preocupado por la posibilidad de que yo esté atravesando malos momentos. En política, uno tiene que estar a las duras y a las maduras. Por tanto, ya verá que, a pesar de las preocupaciones, que en algunos casos son realmente grandes, y a pesar de las largas jornadas de trabajo, tanto mi equipo como mi persona llevamos con bastante soltura, me atrevería a decir, o con bastante tranquilidad, este conflicto. Estamos preocupados, pero ya verá que estamos tranquilos y, además, decididos a trabajar en la dirección que hemos dicho.

Habrá observado también, porque creo que en algún momento lo ha insinuado, que desde el mes de julio, los ocho meses que llevo en este Ministerio, siempre he tenido hacia los médicos una actitud de profundo respeto. Incluso hacia cierto tipos de colectivos que se han dirigido al Ministerio y a mi persona en términos con frecuencia bastante molestos y, yo diría, indignos: indignos de ellos, indudablemente, indignos de una profesión que, ya le digo; es tan respetable como la médica. Jamás he respondido a eso. Me ha parecido que insinuaba en algún momento algo de este tipo, pero habrá visto que he tenido un cuidado exquisito. Entre otras cosas porque —lo he dicho hace poco en una entrevista— respeto profundísimamente, sobre todo a una parte de la profesión que tiene una dedicación profesional y una vocación que yo no he visto en otros sectores. Con independencia de que luego haya otras minorías con actitudes que no son, en absoluto, merecedoras de este tipo de consideración.

La frase esa de «obedece y luego protestarás» yo la he visto, señora Salarrullana, pero ¿sabe dónde la he visto? En un panfleto que ha hecho una supuesta coordinadora de facultativos y sanitarios de determinado hospital.

Creo que luego hay una pregunta sobre ese hospital y podremos hablar de esa frase y de este tipo de actitudes.

Usted ha dicho una serie de adjetivos, pero yo no voy a entrar en ellos, sobre que si la aplicación de la reforma es autoritaria o bunquerizada, etcétera. Bueno, ya por lo menos acepta usted que la reforma se debe hacer y aplicar. Está usted simplemente cuestionando los medios y las formas. En eso, probablemente, podríamos coincidir en determinados casos muy concretos, muy puntuales, como se dice ahora. Es posible que en algún determinado lugar se den circunstancias en la aplicación de la reforma que no serían las deseables en el campo de las relaciones personales, pero por lo menos veo que estamos avanzando en cuanto a que estamos de acuerdo en la aplicación de la reforma.

Si se hubieran producido irregularidades o falta de base legal, lo que tienen que hacer los profesionales que estén afectados por ello es recurrir a la jurisdicción contenciosa, o a la que corresponda, para que esto se aclare, o recurrir al INSALUD en trámite de recurso para que esto, antes de llegar a esa jurisdicción, pueda ser corregido.

El señor Hinojosa hablaba de un problema real y cierto, que es el de la información. En el Ministerio damos una información exhaustiva a todas las organizaciones representativas, tanto profesional como sindicalmente, de la profesión; que luego eso se transmita, ya es otra cuestión. Y luego, a través de nuestros hospitales, a través de documentos internos, procuramos que efectivamente esta información llegue a todos los interesados, a todos los sanitarios sea el estamento que sea al que pertenezcan. Es verdad que a veces esta información se deforma, se manipula y que eso hace que se genere una cierta confusión. El esfuerzo para nosotros está claro, tenemos que hacerlo y, desde luego, como ya saben algunas de SS. SS., es una de las cosas que a mí más me preocupan.

Con relación a lo que decía el señor Revilla en su algo apocalíptica intervención, en la que no proponía ninguna alternativa, pero en la que hablaba del deterioro, etcétera, ha incurrido en una contradicción que a mí me ha resultado curiosa, porque hablaba de que la sanidad no era objeto de presión social, me advertía en mi primera comparecencia. ¿Es objeto ahora de presión social para que mejore la asistencia por parte de los profesionales, o es más bien objeto de presión por parte de esos profesionales para que mejoren sus retribuciones y sus condiciones de trabajo? Porque, como he dicho antes, las cosas se han ido aclarando con el paso de las semanas, y en este momento estamos en lo que es el típico conflicto de intereses profesionales o laborales, que es justo a donde yo creo que desde el principio estaba claro que esas reivindicaciones se dirigían.

Ya le he dicho que esta idea de la reliberalización no es tan nueva como él me he mencionado y, desde luego, no voy a entrar en las cifras de los equipos de atención primera, porque ya le he dicho que la concordancia con la intervención anterior está perfectamente comprobada y creo que se confunde en cuanto a la población protegida. En este sentido, creo que ha hecho mal la división y no le ha salido bien el porcentaje.

Hay un problema que ha mencionado y que creo que tampoco lo ha enfocado bien, aunque quizá sea que no lo ha comprendido bien. Se refiere al número de profesionales convocados a través del programa MIR de medicina intensiva. Usted sabe perfectamente, señor Revilla, que el Ministerio es perfectamente respetuoso con las propuestas que le hace la Comisión Nacional de Especialidades, y ella nos ha hecho esa propuesta. Le voy a decir más, algunas de esas propuestas las hemos revisado al alza. Este mismo Ministro ha revisado al alza algunas especialidades como Geriatría y alguna otra que no recuerdo porque hace ya varios meses que lo tengo anotado.

Con relación a los médicos rurales, ya le he dicho que tengo la impresión de que no está bien enfocado el problema y que, por ejemplo, lo que se refiere a la resolución del concurso actual ya sabe usted que está en relación con un problema que no nos afecta al Ministerio en cuanto a decisión, porque no se ha provocado en mi Departamento. Es la inclusión o no, dentro del baremo, del derecho de consorte, porque ese derecho está en este momento en cuestión por parte de los Tribunales. Por tanto, hay una consulta que queremos que se solucione antes de resolver el concurso, porque de otra forma podremos incurrir en reacciones por parte de las personas que están concurriendo.

En cuanto a las preguntas y comentarios que ha hecho el señor Mena, siempre volvemos a lo mismo. Cuando hablamos de las cifras económicas —ya saben que me manejo un poco bien en este terreno, y ya estarán a punto de salir las cifras de la OCDE en relación al año 1984—, siempre volvemos a que no sabemos de qué cifras estamos hablando, si es gasto sanitario privado o público. Conviene que de ahora en adelante, cuando hablemos de gasto sanitario medio de la OCDE, digamos si es público o privado. Porque si es público, efectivamente, es casi el 8 por ciento, la última cifra que hay es del 7,7, pero si es público es el 5,8 por ciento. Conviene que eso lo tengamos claro, porque si relacionamos lo privado, el 7,6 es la media de la OCDE frente a 6,2 en España. No estamos tan lejos ¿no le parece? Sobre todo teniendo en cuenta que ustedes no pretenden, como ha dicho el portavoz socialista, que aumente la proporción del gasto público.

Yo escuché con mucha atención y he analizado con mucha atención el programa que presentó en esta Cámara, en el Pleno, su candidato en la última moción de censura, y se hablaba de reducir muy sustancialmente la proporción del gasto público. Incluso se dieron cifras muy detalladas del incremento de ese gasto público con relación al producto interior bruto en la última Legislatura, y se habló de ello con una gran dureza, como si fuera uno de los grandes problemas de la economía española.

Pues bien, señor Mena, en todos los países de la OCDE, la proporción del gasto público con relación al PIB es muchísimo más alta que en España. Mírese las cifras de la OCDE y compare el gasto. Vea y compare el gasto público sanitario y total en la OCDE con relación al PIB y luego saque conclusiones. De todas maneras, no quiero aburrir a SS. SS. con una discusión que se repite siempre y que tiene que ver, en buen medida, con el tipo de Nación que somos y con el tipo de producto interior bruto y la distribución que tenemos. Tenemos una distribución del producto interior bruto, entre gasto público, gasto privado que creo que ustedes no quieren alterar por lo que logré deducir de la intervención de su candidato, y entonces no entiendo cómo van a conseguir ustedes el incremento del gasto público en Sanidad sin aumentar el total.

Ha citado que se cierran centros. En ningún caso se ha cerrado un centro que no haya sido sustituido por otro a lo largo de la anterior Legislatura.

En varias de las intervenciones ha habido una referencia al problema de la aplicación de la directiva sobre formación pregraduada. Yo creo que este es un problema que debe resolverse de manera conjunta con el Ministerio de Educación y Ciencia. Yo, por tanto, no quisiera adelantar afirmaciones que están pendientes, como dije antes, del análisis jurídico que se está haciendo de esa directiva. En cualquier caso, lo que hay en los dos Ministerios es una voluntad de resolverlo antes del año 1995. Creo que todavía queda un poco de plazo. Además, creo que hay que ir estableciendo un sistema de prioridades. Por ejemplo, en relación con lo que decía el señor Mena Bernal, hay que estudiarse muy cuidadosamente lo de que exista un MIR de primera y un MIR de segunda. Es probable que tengamos que hacer un esfuerzo para dotar de una mínima especialización a esos médicos en paro. En eso, el Ministerio está preocupado, aunque el problema no lo ha generado él; lo ha generado la autonomía universitaria, pero tenemos el temor de que eso al final termine por convertirse en una formación no completa que en el mercado no se valore adecuadamente y que se genere, por tanto, una frustración en esos profesionales.

El señor **PRESIDENTE:** Abrimos ahora un turno que corresponde a los señores Diputados, en el bien entendi-

do que no es un nuevo turno de debate, sino para aclaraciones, precisiones o preguntas escuetas que la Mesa va a establecer en un Diputado por Grupo, rogándoles que sus preguntas no sean excesivas en número.

En principio, dejamos a la liberalidad de los señores Diputados el no abusar de esta discrección de la Presidencia.

Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor **RUIZ SOTO:** Gracias por su amabilidad, señor Ministro. Es la primera vez que intervengo en esta Comisión en esta Legislatura y hoy mismo voy a extenderme un poquitín nada más, dado que no he intervenido antes.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Ruiz Soto, la hora de comienzo de la Comisión estaba suficientemente anunciada y lamento que ésta sea su primera intervención precisamente en ese turno de preguntas escuetas.

El señor **RUIZ SOTO:** Voy a hacer una pregunta, condensada en dos o tres partes.

Los portavoces de los diversos Grupos han expuesto ya cómo está la Sanidad, señor Ministro. Yo no se lo voy a contar. A mí me recuerda un pasaje de una película; transcurría en la guerra, en alta mar, y habían torpedeado un barco. Entonces se tuvieron que tirar dos marineros al agua y uno le pregunta al otro: Oye ¿tú sabes nadar? Y le contesta el otro: No, pero aprendo ahora mismo. **(Risas).** Eso es un poco lo que pasa en su Ministerio, señor Ministro.

Ahora tiene usted toda clase de conflictos, muy serios, avisados a lo largo de la Legislatura, porque ustedes ¡gracias a Dios! ya van teniendo historia también. Ya no puede echarse tanta culpa a lo anterior, porque lo anterior es repetición de ustedes mismos.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Ruiz Soto, ¿qué entiende usted por escueto? Haga el favor de ceñirse al trámite, por favor.

El señor **RUIZ SOTO:** Usted señor Ministro tiene la Sanidad a punto de paralizarse uno de estos días. He oído lo del sistema retributivo. Resulta que usted mantiene que están en permanente diálogo. Yo no creo que sea un diálogo; creo que es un monólogo por su parte y ustedes quieren que dialoguen las demás partes con respecto a su monólogo. Le voy a explicar por qué. Ustedes tienen la obsesión del sistema retributivo de la dedicación exclusiva, cosa que a la generalidad de los médicos no nos parece mal. Hay muchos médicos que tienen sólo vocación hospitalaria, como usted muy bien ha reconocido, y que se pueden dedicar con exclusividad a la Sanidad pública. Pero, ¿por qué intentan ustedes primar eso en sus emolumentos y a los demás médicos que no tienen esa intencionalidad poco menos que dejarles en una vía muerta, en esa vía del 5 por ciento en que las retribuciones se han quedado anquilosadas hace muchos años ya? Su antecesor reconoció públicamente hace cuatro años que era el 25 por ciento; ahora debe estar en el cien por cien por lo menos. Deben dialogar con las organizaciones sindicales que están dispuestas, según mis conocimientos, a hacerlo sobre ese punto.

Ustedes se han cerrado en banda con la dedicación exclusiva y no hay manera de negociar otro punto.

Otro tema es el de los estudiantes de Medicina que aquí ya se ha planteado. Yo creo que usted urgentemente debería reunirse con el Ministro de Educación y tratar de solucionar ese problema que lleva, por desgracia, ya casi más de un mes y que va a hacer perder el curso a todos los estudiantes de Medicina de España.

Le vuelvo a repetir, señor Ministro que los estudiantes de Medicina de España son los menos conflictivos de todos —ahora lo van a ser más— porque son los estudiantes de más categoría que hay en la Universidad española, ya que para entrar en las Facultades de Medicina se necesitan unos baremos que no se piden en otras Universidades. Por tanto, son nuestros mejores estudiantes a los que yo creo que se debe atender necesariamente.

No lo digo porque yo tenga dos hijos estudiantes de Medicina **(Risas.)**, que seguramente mañana estarán delante de la puerta de su Ministerio, sino que, se lo digo en serio, señor Ministro, porque yo creo que con esa simple solución —que yo no conocía— de 1995 se obviará ese tema, porque a ellos no les preocupa el tema de la formación. Yo creo que son lo suficientemente buenos estudiantes —no lo digo por mis hijos sólo, sino por todos— para tratar de formarse de la mejor manera posible. Por eso van al INSALUD; han ido a todas partes; creo que han cortado carreteras. Están desesperados porque nadie les escucha, ellos lo que quieren es dialogar, señor Ministro.

Estas eran las dos principales preguntas que podía hacer y otro día ya tendremos ocasión de entrar en disquisiciones sobre la Sanidad.

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

El señor **ESPASA OLIVER:** Aunque muy breve y escuetamente, tendré que reiterar prácticamente en forma de pregunta lo que ha sido mi intervención.

Por ejemplo, sobre los equipos de asistencia primaria y la dimisión de todos sus coordinadores el señor Ministro no ha dicho absolutamente nada. Sobre el tema del gasto sanitario público/privado nos hace unas buenas precisiones el señor Ministro, pero yo quiero responder a su habilidad intentando plantear otra.

Usted nos habla siempre, y tiene mucho cuidado, de la OCDE y no de la media Europea. ¿Por qué, señor Ministro? Porque en la OCDE están Japón, Canadá y Estados Unidos, países con un sistema público sanitario bajísimo. Estas cifras le son más favorables a usted. Compárese con el marco social político y de prestaciones sociales europeo y verá cómo la comparación no es tan buena y cómo el trecho que hay que andar —nadie ha hablado aquí de andarlo en segundos, minutos, o hasta en pocos años— para que las prestaciones sociales y las sanitarias se vayan acercando a la media europea es importante. Ha habido una falta de voluntad política grave por parte de los dos Ministros socialistas de Sanidad que hemos tenido hasta ahora,

en avanzar en esta línea sobre la que tantas veces yo he reclamado desde una postura que es la de una propuesta global —no es la única la que tiene el Gobierno— de un servicio público aún más integrado, más público, más normalizado y gratuito en el momento del uso y universal como el nuestro.

Usted tampoco nos ha dicho prácticamente nada con respecto a las vías de negociación de implementar y responsabilizar fundamentalmente a los órganos estables de representación política de los distintos factores sociales. Creo que en gran parte el problema pasa por ahí, pero pasa por ahí por las dos partes, no sólo por los actores sociales, sino también por la Administración, por dar protagonismo continuado, no cuando hay problemas, a los órganos estables de representación social; no acordarse de ellos cuando truena, sino darles siempre el protagonismo, obligarles a corresponsabilizarse y a partir de ahí quizá tendríamos menos explosiones y sí un diálogo seguramente difícil y contradictorio, como usted ha repetido muchas veces, con todo el abanico de posiciones políticas, profesionales y sociales que se dan en la sanidad, que es un abanico, no unidireccional, ni mucho menos. Lo que no se puede —y con esto termino—, señor Ministro, es presentar la parte de corporativismo y de resistencia a la reforma que realmente hay parcialmente en muchas de estas actitudes o movilizaciones con la insuficiencia general, con la falta, en mi opinión, de voluntad política de avanzar realmente hacia un sistema más público, más progresivo, más eficaz y más progresista. Hay muchos profesionales sanitarios que temen que el resultado final de toda —y perdonen la expresión— la «movida» no sea un avance en una dirección progresista, sino que sea un retroceso en una dirección puramente pecuniaria o monetaria sin incremento de dedicaciones, sin incremento de corresponsabilidad y, en definitiva, que por la timidez y por la insuficiente atención a las reclamaciones sociales de este Gobierno toda la «movida» se salde con una victoria de lo que podríamos llamar genéricamente la derecha y no con un paso adelante de un sistema más justo, más igualitario y más eficaz.

Esto lo piensan no sólo este Diputado que les habla, sino muchos profesionales de la Sanidad, y en buena parte es debido, repito, a la timidez con que se desenvuelve este Gobierno y también el Ministerio.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Presidente, sólo voy a hacer tres puntualizaciones en honor a la brevedad y por lo que ha dicho el señor Ministro.

La primera puntualización es decirle que parece que nos echa en cara el que en la oposición no tenemos alternativa sanitaria, que ellos son los únicos que tienen política global sanitaria. Yo quiero decirle al señor Ministro que en todo sistema democrático el Gobierno es el que tiene la obligación de hacer la política global, de organizarla y programarla, con una salvedad, y es que en este mismo sistema democrático el Gobierno debe oir, atender a la oposición y aceptar, en su caso, las sugerencias que ésta haga.

La segunda puntualización es que el señor Ministro se ha sentido muy contento, por no decir una frase más riojana, que sería más descriptiva, con la intervención del portavoz del Grupo Socialista. La verdad es que en esa intervención ha habido una cosa muy curiosa, que sabe muy bien el señor Ministro y el portavoz del Grupo Socialista, y es que nos han acusado de lo mismo que hacían ustedes en la oposición. ¿No era eso precisamente lo que hacían, sumarse a todas las reivindicaciones, cuando estaban en la oposición? **(Algunos señores Diputados: No, no; un poco de memoria.)** Pues sí.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Salarrullana, le ruego no me abra debates.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Por último, los Diputados del Grupo Popular no hacemos eso **(Risas.)** de sumarnos globalmente a todas, sino sólo a aquellas... Perdón, perdón, del PDP **(Risas.)**, es que he estado cuatro años en el Grupo Popular. Bien, los Diputados del PDP sólo nos sumamos a aquellas reivindicaciones que casan con nuestro programa sanitario.

Por último, queremos decirle, señor Ministro, que usted ha sugerido que hay muchos médicos que apoyan la reforma sanitaria. Estoy completamente de acuerdo con usted; hay muchos médicos que —aquí cambio el tiempo del verbo, que tiene mucha importancia— apoyaban la reforma sanitaria, porque lo que no apoyan son los métodos con los que se está llevando a cabo. Usted mismo ha dicho que ahí podríamos llegar a un entendimiento, porque si de verdad todos los médicos o muchos médicos apoyaran esta reforma, ¿usted entiende que el 90 por ciento de los médicos de algunos hospitales estén en estos momentos levantados? **(Risas.)**

También le quiero decir otra cosa, y esto no es un panfleto, como me ha dicho antes, sino una carta abierta al Director Provincial del INSALUD de La Rioja, escrita por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, que, como todos sabemos, está muy cerca de sus planteamientos ideológicos, y como en La Rioja nos conocemos todos sabemos hasta qué carné político tienen los que pertenecen a esta Asociación. Dice así: Los que estamos en el conflicto actual no luchamos ni por las perras (allí se habla muy claro), ni para mantener privilegios ni, aunque le cueste creerlo, estamos en contra de la reforma sanitaria. Unos llevamos luchando por ella muchos años y los otros están resignados a aceptarla. La pregunta que se está haciendo el Director Provincial del INSALUD en este momento tiene muy fácil respuesta: nos quejamos de los métodos utilizados, nos han hartado con su dictadura, sus chantajes, coacciones y castigos. Claro que hay intereses, y dentro de este problema también están incluidos los míos y los de los demás médicos que trabajan conmigo. El único interés que nos mueve es ofrecer a los riojanos la mejor sanidad pública que podamos. Aprovecho la ocasión para dar la enhorabuena a nuestro actual Director Médico que, de los cinco que hemos conocido, ha sido el único que ha logrado la unión de todos los médicos. Permítame

que le añada que mi Asociación no sólo pide su dimisión, sino la de todos los responsables de este caos actual. Esta es una carta de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de La Rioja a la que el Director Provincial del INSALUD de esa misma provincia no respondió siquiera.

El señor **PRESIDENTE:** Parece ser que el concepto de preguntas concretas y escuetas no profundiza en los señores Diputados.

Tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA LUCENA:** Señor Presidente, sólo quería hacer una precisión para que me la aclarara el señor Ministro. Me ha parecido que en su respuesta ha dicho que la aplicación de la Directiva de la CEE no va a ser obligatoria hasta 1995. ¿Quiere decir que los planes de estudio que van a estudiar ambos Ministerios no va a afectar a los estudiantes de medicina actuales, sino a partir de 1995?

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Señor Presidente, después de que ya sabemos que es San Anselmo el inspirador, como fuente teórica de la acción del Gobierno, ya estamos aliviados. **(El señor Luna González: San Anselmo no, es al revés).** Nos lo temíamos.

Yo no voy a entrar en consideraciones acerca del significado en la democracia de la presión social como motor para la acción transformadora ni tampoco voy a intentar definir lo que es una reforma progresiva. A mi modo de ver se caracteriza más porque no vaya hacia atrás que porque vaya hacia adelante.

Pero voy a pasar a las preguntas concretas, señor Ministro. Hoy no lo he escuchado, pero en otra ocasión he conocido que dentro del programa de inversiones se prevé la instalación de aparatos de «scanner», unos doce; aparatos de litotricia me parece que dos, en Valencia y en Madrid, y cuatro de resonancia magnética. Mi pregunta es: ¿qué contrapartidas va a tener esto para nuestra industria? Quiero ilustrarme con un ejemplo. En el Programa FACA, programa discutido, pero en cualquier caso ahí está, con 400.000 millones de pesetas y ocho años de aplicación o de desarrollo uno de sus aspectos, digamos, positivos era precisamente las contrapartidas que tenía para nuestra industria, en la medida en que le ayudaba a liberarse de servidumbres. Yo desearía saber si esto también está previsto en estas inversiones.

Relacionado también con la instalación de estos aparatos queremos preguntar cómo se ha previsto el acceso de la población a los mismos, porque, por ejemplo, en lo que a litotricia se refiere, si hay dos, en Valencia y en Madrid, lo cierto es que el cálculo renal se produce en todas partes. No se trata, naturalmente, de extender por todo el país aparatos de este tipo, pero, en cualquier caso, queremos conocer cuáles son las medidas previstas para el acceso de la población asegurada.

Quiero hacer una precisión. La Sociedad de Medicina Intensiva hizo una petición, concretamente la 28 ó 32, señor Ministro, se lo puedo documentar en cualquier momento.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Mena para hacer sus preguntas.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO:** Señor Presidente, si me lo permite en su benevolencia, como ha habido una alusión al Presidente nacional de mi Partido como candidato a la Presidencia en la moción de censura, le rogaría un minuto exclusivamente para hacer lo que yo considero una rectificación.

El señor **PRESIDENTE:** Puede hacerla, señor Mena.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): He sido muy respetuoso.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO:** No se trata de falta de respeto, ni muchísimo menos, sino, sencillamente, de centrar un poco el problema, lo que por lo menos yo entiendo que dijo nuestro candidato en su momento —pues este no es el momento de que nosotros demos alternativa—; si a la oposición se le pide, la dará. Nosotros la dimos en la moción de censura. Nuestro candidato dijo que haríamos una dedicación de todos los recursos suficientes para que la financiación de la sanidad fuera atendible a las necesidades reales de los usuarios, para lo cual redistribuiríamos el gasto público y no precisamente el de sanidad, sino el de otros Departamentos.

La redistribución de ese gasto se aplicaría a la sanidad y mediante una política fiscal equitativa se aumentarían los ingresos. Eso, en resumen, fue lo que dijo mi candidato. Al menos así lo entendí yo, señor Ministro. En el «Diario de Sesiones» estará.

Ahora, si me lo permite, voy a hacer las preguntas concretas. ¿Cuántos centros de salud hay ahora mismo funcionando? ¿Cuántos equipos de atención primaria están ahora mismo actuando? ¿Existe ya una planificación para el año 1995 o, por lo menos, para la década de 1990, con relación a la programación de especialidades o de número de especialidades? ¿Se harán esos dos años que impone la normativa de la Comunidad Económica Europea a través del MIR? ¿Qué empresa privada ha hecho la selección de las gerencias hospitalarias? El señor Ministro ha dicho que las medidas que se han reinsertado en el Real Decreto del Consejo de Estado, que está en estudio, gracias a la conversación con la Organización Médica Colegial, el sindicato, etcétera, me las va a enviar. Espero que así sea.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Están en el informe.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO:** ¿Están en el informe? Gracias, señor Ministro.

En la réplica del señor Ministro he creído entender que hay organizaciones que dialogan y después estimulan y que le recuerdan a viejas operaciones. ¿Cuáles son, concretamente, esas viejas operaciones? ¿Considera el señor

Ministro que la retribución es la base/causa del conflicto actual de la sanidad española, sí o no? Por último, señor Ministro, ¿quiénes son los que alientan el conflicto?

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señor Mena; siempre me lleva usted al límite de lo que era la voluntad de la Presidencia.

Tiene la palabra don Marcelo Palacios.

El señor **PALACIOS ALONSO:** Yo quisiera partir del principio de que la tesis del catastrofismo sanitario no se sostiene argumentalmente y tampoco responde a la realidad objetiva; por eso pienso que sería muy interesante que no se desvirtuara la realidad objetiva de la sanidad española en estos momentos ni se manipulara en función de reivindicaciones, en unos casos legítimas, en otros casos más confusas, de carácter coyuntural y que tienen una coincidencia importante en este momento. Me parece que no conduce a ningún sitio hacer ese croquis o ese diseño argumental por parte de algunos Grupos Parlamentarios, porque, como decía, ni tiene sostén argumental ni responde a esa realidad objetiva. Pienso que se está en esta línea, que el Gobierno está haciendo el máximo esfuerzo por poner en orden ese «puzzle» que era la sanidad española a través de principios de planificación, de calidad asistencial, de gradualidad y de gestión.

Si no recuerdo mal, en el año 1981 había 51.000 millones de pesetas para inversiones, de los cuales sólo se invirtieron 26.000 millones. Recientemente ha habido cerca de 40.000 millones y, sin embargo, se han gastado 38.000 ó 40.000 millones. Eso es gestión, esa es la realidad de la actuación planificadora y gestora.

Por otra parte, el señor Ministro ha apuntado muy claramente que nuestra nación es la que es y yo añadiría, por tanto, que es fundamental que hagamos coincidir lo deseable con lo posible y lo posible con lo alcanzable. Como es deseable lo posible, y en esto intervienen colaboraciones concretas, mi pregunta va dirigida al señor Ministro planteando lo siguiente: se ve que la mayoría de las reivindicaciones recientes tienen un entramado complejo, pero que al final confluyen, en gran parte, en reivindicaciones de carácter laboral o económico. Decía el señor Ministro que muchas reivindicaciones no se hacen por cauces adecuados. La pregunta va en esta dirección: ¿puede saberse, señor Ministro, qué instancias de confusa dependencia y actuación pueden hacer planteamientos que perturben las reivindicaciones hechas por cauces legítimos?

El señor **PRESIDENTE:** Para contestar a los señores Diputados, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Voy a contestar por orden y brevemente.

Señor Ruiz Soto, creo que está mal informado con relación al diálogo. El INSALUD en esto es exquisito; está tratando con toda las centrales sindicales de implantación nacional. Quizás es que al señor Diputado le informan miembros de sindicatos que no son de implantación nacional, porque es una negociación que afecta a sindicatos de ámbito nacional, ya que afecta a la totalidad del Estado español. A lo mejor le informan personas que no pertenecen a estas organizaciones legales, sin implantación nacional, sino que pertenecen a otras.

En relación a los estudiantes, éstos tienen unos cauces de diálogo, señor Ruiz Soto, que creo que deberían aprovechar al máximo, que son los decanos y los rectores. Los rectores están integrados en el Consejo de Rectores, que está en permanente contacto con el Ministerio de Educación y Ciencia. Por tanto, no creo que su diálogo se deba establecer a partir de manifestaciones en la calle, delante de uno u otro Ministerio. Creo que eso devalúa la representación legal, que es la de los decanos y la de los rectores.

A lo mejor tendrían que preguntar, señor Ruiz Soto, los estudiantes a sus decanos y a sus rectores cuál fue su posición frente al incremento de estudiantes no planificado, que se produjo en el pasado. A lo mejor tendrían que preguntar allí, puesto que las Facultades tienen autonomía y los Rectorados tienen autonomía, ya que me lo dice usted de una manera amable y festiva.

Señor Espasa, no han dimitido los equipos de atención primaria, los coordinadores. Se ha producido alguna dimisión aislada por problemas personales, entre otras cosas porque ha habido traslados. Yo me he reunido con ellos en varias ocasiones, incluso con un gran número de ellos. Luego la respuesta es negativa.

La comparación con la CEE nos llevaría a aburrir otra vez a los señores Diputados, porque, obviamente, yo me fijo en todo y hay algunos países europeos que son, además, extraordinariamente progresivos, como Finlandia, que tiene un gasto público del 5,2 y no es precisamente un país que haya tenido una política social regresiva, o Austria, que tiene el 4,6 o Dinamarca, que tiene el 5,6. Pero éste es un tema que yo creo que no importa mucho.

En cuanto a las vías de negociación, creo que hay una pequeña confusión entre lo que yo he dicho y lo que usted ha entendido, señor Espasa, porque justo lo que usted me dice es lo que yo estoy haciendo y, además, he dicho qué es lo que voy a seguir haciendo todo el tiempo que esté al frente de este Departamento. Sólo se negocia con aquellas centrales sindicales que tienen carácter nacional, como le he dicho al señor Ruiz Soto, a través de órganos estables —como usted dice—. En el propio Consejo del INSALUD están representadas esas centrales y con ellas se habla, insisto, hasta la saciedad. Quizás alguna central sindical, que a lo mejor usted no sigue de cerca, como es Comisiones Obreras, está teniendo en este conflicto una actitud que no está motivada por razones de apoyo o no a la reforma sanitaria. Eso es lo que, a nuestro juicio, está alejando a esta central sindical de las posiciones negociadoras que otras centrales sí han seguido.

En cualquier caso, usted sabe —lo dije antes en relación a otras entidades o coordinadoras— la actitud que hemos tenido ha sido la de diálogo permanente, pero negociación sólo con los que usted me dice que hay que negociar: con los órganos estables. Además, en las relaciones no puede haber queja, ni con relación al INSALUD, ni a mi Gabinete ni a mí mismo en ese sentido.

En el caso de la pregunta que citaba la señora Salarrullana, el problema de los métodos, tengo que decirle que estamos descendiendo ya en la Comisión a un problema muy concreto, como es el del director médico de un hospital en particular. Ha citado una carta que ya conocía, pero es un problema tan limitado que creo que no deberíamos hablar aquí de él ahora en este instante; lo haremos después. Con relación al señor Hinojosa, la respuesta es que no tengo todavía la contestación definitiva. El Ministerio de Educación y Ciencia está haciendo una interpretación exhaustiva, de acuerdo con dictámenes jurídicos, del alcance que tiene que tener esta directiva de la Comunidad Económica Europea. En cualquier caso, creo que las conversaciones que están llevando lo dos Ministerios permiten ir previendo ya —aunque la aplicación se haga sólo a partir de 1995— la formación, tal como pide la directiva, pero no, obviamente, dé manera inmediata, porque estamos empezando ahora a desarrollar el decreto 1.558 del año 86, que antes cité, que establece los convenios entre el INSALUD y las Universidades para que la formación pregraduada tenga un contenido práctico. Estos convenios están limitados por la capacidad real que tiene nuestro sistema asistencial, puesto que las camas que hay en las ciudades donde hay una facultad son las que son y eso produce limitaciones, teniendo que acomodar el número de estudiantes a las mismas. En ese terreno se va a avanzar y creo que dentro de poco habrá una posición contrastada jurídicamente, y si es necesario en algún momento el dirigirse a las instancias comunitarias del tipo que sean, nos dirigiremos a ellas para que este asunto quede resulto de manera que no perjudique a todas las personas que hayan obtenido la licenciatura antes de 1995 o hasta ahora, que es en estos momentos, nos parece, las personas que están más inquietas, porque para los que todavía no han salida de la facultad hay arreglo; para quien no lo haya es para los que ya han terminado. Insisto: haremos todo tipo de actuaciones para que los derechos adquiridos sean reconocidos.

Al señor Revilla debo confesarle que a mí sí me inspiran en mi vida privada los santos padres. Creo que todo lo que no es tradición es plagio y que en los santos padres hay muchas enseñanzas para la vida cotidiana e incluso para la profesional. No me avergüenzo de decirlo. Con relación a los problemas de la teconología que suscitaba, creo que es un problema más del Ministerio de Industria que nuestro. Obviamente, la posición del Ministerio es colaborar todo lo que se pueda en los planes del Ministerio de Industria para que el porcentaje de aportación española a todos estos nuevos aparatos sea el mayor posible. Eso no es fácil, pero, a través del CEDETI, hay una colaboración continua y permamente. Hay un miembro del Ministerio de Sanidad y Consumo en el CEDETI, precisamente para ir orientando este tipo de política, que además queremos que se potencie con la participación en el proyecto EUREKA. Parece que es bastante inevitable, pero no es tan sencillo, porque en algunos casos se trata de comprar aparatos muy concretos en un número que tampoco justifica el que la aportación española se pueda imponer; no parece que al comprar dos o tres litotricias todos los años podamos imponer una fabricación de un porcentaje sustancial aquí, aunque creo que el Ministerio de Industria puede abrir cauces en este terreno y nosotros vamos a apoyarlo incondicionalmente, como es lógico.

En cuanto al acceso de la población a esas nuevas tecnologías, se tiene que hacer de manera ordenada partiendo de aquellas patologías que están más avanzadas, y, en cualquier caso, no se trata de ofrecer litotricias únicamente en Madrid y Valencia a través de los hospitales públicos, ya hay hospitales privados concertados, especialmente en Madrid y en otras grandes ciudades, que dan este mismo tipo de asistencia.

El señor Mena me ha hecho una batería de preguntas bastante complicada. En cuanto al Centro de Salud, creo que he leído claramente que el número de los mismos a finales del año 86 era de 295. He reconocido que había 62 —fíjese que soy sincero y leal y reconozco los defectos— y he dicho que 62 no tenían completos todos lo medios de funcionamiento. Había 306 equipos de atención primaria y otros 80 estaban en proceso de creación. Ya sabe que hay que resolver previamente el concurso de los médicos titulares y eso se alarga a veces. Además, no es algo que depende exclusivamente del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino también de las Comunidades Autónomas. En cualquier caso, sí le reconozco que son algo menos de los que nosotros preveíamos a finales del 86, pero reconocerá también que dije en mi intervención del mes de octubre que mi objetivo no era el abrir centros de salud, poner el cartel y hacer la inauguración, sino que era abrirlos de manera efectiva y que estuvieran funcionando desde el primer momento, si era posible. Recuerde lo que dije en mi comparecencia y lo encontrará allí; en ese sentido se pone una vez más de manifiesto la coherencia del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Estamos trabajando sobre el real decreto de especialidades en la dirección que sugiere la Comunidad Económica Europea y que es el determinar especialidades troncales y luego áreas específicas de especialización. Sobre eso no hay un pre-proyecto del Consejo de Especialades, pero que es el suyo; es decir, el Ministerio todavía no ha desvelado el que tiene en elaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia, pero se está trabajando tal como mandataba el propio Decreto ahora en vigor.

Con respecto a los dos años a través del MIR, creo que son cosas distintas. Por eso ya le he dicho que no tenemos una respuesta definitiva. El MIR es el MIR y los dos años son los dos años. Creo que ahora no convendría que las dos cosas se mezclaran, aunque hay una posibilidad, que en algún momento ya hemos comentado incluso usted y yo, de que el MIR se divida en dos ciclos, y que el primero tenga determinada especialidad, como es la de Medicina familiar y comunitaria que sirva para el ejercicio de la profesión en toda la Comunidad. Sobre esto no quiero avanzar nada definitivo; todo lo que estoy diciendo es algo aún en estudio, porque hay que tratarlo muy cuidadosamente con el Consejo de Especialidades y hay que tener en cuenta todos los factores que están saliendo esta manaña: la directiva, la situación de los estudiantes que van a empezar

en el año 89 y terminarán, por tanto, después del 95; de los que han empezado antes y terminarán antes del 95 y los médicos en paro. Aquí tenemos una batería de problemas que por eso no pueden negociarse sólo con un colectivo, como decía el señor Ruizo Soto, con los estudiantes que ahora están en el sistema. Creo que hay que tener en cuenta estos problemas, ordenarlos y dar una solución que, de la manera más satisfactoria posible, atienda las reivindicaciones justas y razonables de todos.

Con relación a la empresa privada que hizo la selección de los gerentes, es EMS & WHITNEY.

En cuanto a si las retribuciones son las causas del malestar, le diré que no; ya lo he dicho en mi discurso y creo que está bien claro que también desde el principio se ha puesto de manifiesto un problema de participación y por eso se ha trabajado en el real decreto de organización de hospitales desde comienzos del mes de enero aproximadamente; antes incluso de que saliera la anulación, en el Ministerio ya se estaba trabajando en ese sentido; lo que sucede es que la anulación ha obligado a ir más rápido. También había una reivindicación de inversiones que está parcialmente atendida por el Plan y que, como hemos dicho en varias ocasiones, no es un Plan cerrado, se va a ir repitiendo todos los años, es decir, es una forma de trabajar nueva en el INSALUD: ir planificando las inversiones tanto en inmuebles, como en equipo fijo, como en aparatos más convenciales. Esto no quiere decir que no se vaya a construir en la legislatura más que estos hospitales; habrá que seguir estudiando cuestiones que han quedado todavía sobre el papel.

Después me hace una pregunta, a la que no puede responder, porque me dice que quiénes son los que están detrás del conflicto. No quiero responder a esta pregunta. Creo que es algo que debe intentar responder la opinión pública y SS. SS., cada uno con su criterio y con su posición política. En cuanto a las operaciones, me refiero a algunas que he leído en revistas médicas de ámbito general y que se reparten con gran profusión, que se distribuyeron en época similar del año anterior —el 86—; solamente me refiero —y, si quiere, se lo puedo mandar— a lo que he leído en esas revistas, pero que me ha parecido bastante sugestivo.

Con relación a la pregunta que me hacía el Diputado don Marcelo Palacios, casi coincide con la que me hacía el señor Mena y debo responderle en idénticos términos. No creo que sea el momento ni el lugar para hacer elucubraciones sobre este tipo de causas. Insisto en que creo que deben ser la opinión pública y SS. SS., de acuerdo con su información, los que deben determinar si existe o no este tipo de operaciones, de las que, ya le digo, no es la primera vez que se habla de ellas.

El señor **PRESIDENTE:** Finaliza aquí el primer punto del orden del día.

CONSTESTACION POR EL EXCELENTISIMO SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

RELATIVA A LA ACTUALIZACION DE TARIFAS DE HONORARIOS Y RETRIBUCIONES QUE HAN DE REGIR EN LA ASISTENCIA A TRABAJADORES ACCIDENTADOS EN EL TRABAJO Y NORMAS DE SU APLICACION DE ACUERDO CON EL IPC. (FORMULADA POR LA SEÑORA SALARRULLANA DE VERDA, DE LA AGRUPACION DEL PDP)

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos al segundo punto del orden del día, contestación por el excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo de una serie de preguntas.

Las preguntas están planteadas exclusivamente por la Diputada señora Salarrullana, que ha hecho llegar a esta Mesa la intención de retirar dos de ellas: la que figura en primer lugar, relativa a la grave crisis del Hospital de San Millán, porque se considera que puede ser contestada en la comparecencia del señor Director General, que es uno de los temas por los cuales comparece y la relativa a criterios para la adjudicación de plazas MIR, porque considera que ya ha sido contestada en Pleno y no es de actualidad.

Por tanto, entramos en la pregunta relativa a la actualización de tarifas de honorarios y retribuciones que han de regir en la asistencia a trabajadores accidentados en el trabajo y normas de su aplicación de acuerdo con el IPC. Para formular la pregunta, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Antes de comenzar con la pregunta, querría pedirle, ya que he renunciado a la del Hospital de San Millán, que mañana sea más benévolo en la adjudicación del tiempo cuando hable con el Director General del INSALUD. Gracias, porque sé que me lo va a conceder.

La pregunta es: ¿estima el Gobierno que deben actualizarse dichas tarifas, de acuerdo con el IPC acumulado en estos años?

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Salarrullana, creo que eso se ha contestado en algún caso, incluso a través de preguntas escritas. La oferta que está haciendo el INSALUD es la actualización a través del incremento de las retribuciones del personal, teniendo en cuenta que el porcentaje de estas retribuciones sobre el coste total de la vida es mínima, porque creo que el incemento que se ofrece es del 42 por ciento y el que se deriva de los aumentos acumulados del IPC es del 43,5.

Hay en este momento una mesa de negociación y una Comisión que terminará por hacer un proyecto de orden de revisión de tarifas, en la que probablemente lleguen a un acuerdo en este sentido ya que las posiciones no están tan alejadas. Le diré, de todas maneras, que esas posiciones no están tan alejadas en este instante tanto en lo que se refiere a este porcentaje como a otra cuestiones. Con-

cretamente están un poco más alejadas en lo que hoy se refiere al mantenimiento de los grupos de lesiones de la orden vigente y la posición de las mutuas patronales y compañías aseguradoras que insisten en modificar esos grupos de lesiones para introducir nuevos actos médicos, lo que supone indirectamente una elevación de los precios que usted menciona.

Debo añadir que el pasado día 24 de marzo, hace relativamente poco, se han reanudado las conversaciones dentro de esta Comisión, con participación de las compañías y de las mutuas afectadas y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, además del de Sanidad, puesto que en este caso el Ministerio de Trabajo probablemente tiene más que decir que nosotros.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Gracias, señor Ministro. Sencillamente decirle que me congratulo de que estén en esa mesa de negociación. No soy tan optimista como S. S. en cuanto a que prácticamente no es tanto lo que debería subir. Yo quiero darle unas cifras para que las tengan en cuenta cuando negocien con las compañías de seguros. Del año 1982 a 1986, por ejemplo, la electricidad ha subido del 12,6 al 32,8; los teléfonos han subido del 10,2 al 51,25; las nóminas de una auxiliar de clínica han subido de 27.799, en 1982, a 53.726, en 1986 y, mientras otros grupos de trabajo, sencillamente por el desplazamiento de un técnico a domicilio, están cobrando ya, sin empezar a trabajar, 1.200 pesetas o 120 pesetas la bajada de bandera de un taxi; mientras tanto, las tarifas médicas por una actuación están en 690 pesetas en el grupo primero, 1.757 en el segundo y, en algunos casos, como radiología, análisis y otras especialidades, todavía son más bajas: radiología 151 pesetas por sesión, lo cual no cubre siquiera el mantenimiento del aparato y laboratorio, ya es el colmo, puesto que por una extracción de sangre y un análisis normal son 94 pesetas.

Quiero recordarle, para que lo tenga en cuenta en esa negociación, que espero que sea fructífera, que actualizar quiere decir poner al día, con todo lo que eso significa, a la fecha en que estamos hoy de 1987.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Brevísimamente, sólo matizar que aquí estamos hablando de pago por actos médicos, no estamos hablando de otros costes. Los otros costes influyen indirectamente, pero en proporción muchísimo menor, como he dicho al principio. Por tanto, la posición de la Administración no es incoherente. Otra cosa es que se intente llegar a esta Comisión de trabajo en una aproximación de las posturas, puesto que no están tan alejadas en este punto del porcentaje.

RELATIVA A SISTEMA DE PAGO ANTICIPADO AL QUE SE OBLIGA AL USUARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SUS DESPLAZAMIENTOS A CENTROS DE REHABILITACION Y EN LA COMPRA DE PROTESIS NECESARIAS (FORMULADA POR LA SEÑORA SALARRULLANA DE VERDA, DE LA AGRUPACION PDP)

El señor **PRESIDENTE:** Pregunta relativa al sistema del pago anticipado al que se obliga al usuario de la Seguridad Social en sus desplazamientos a centros de rehabilitación y en la compra de prótesis necesarias.

Para su formulación, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Ministro, esta pregunta es una contrarréplica a la respuesta que recibí por escrito en la que se me decía que no existía ningún incumplimiento, que efectivamente se pagan al mes siguiente y quiero volverla a hacer oralmente: ¿Tiene conocimiento el Gobierno del sistema de pago anticipado al que se obliga al usuario en sus desplazamientos a centros de rehabilitación y en la compra de prótesis necesarias?

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Diputada, mi gabinete y yo hemos mirado los antecedentes que obraban en el Ministerio sobre esta cuestión y no hemos encontrado la respuesta que usted menciona. Según nuestros informes la pregunta fue rechazada por la Mesa de la Cámara, pero a lo mejor estaba incluida en otra pregunta. Por tanto, puede que esté equivocado. A lo mejor no estaba bien descrita la fecha y por esa razón no ha sido posible dar con ella.

En cuanto a los desplazamientos a los centros de rehabilitación dentro del casco urbana, está perfectamente regulado que si son en ambulancia son por cuenta de la Seguridad Social y, si son en taxi, se reintegran con posteriodidad por el servicio médico que corresponda a este centro de rehabilitación.

En caso de que se trate del desplazamiento de una ciudad a otra, que ya es improbable, está también perfectamente estipulada una compensación, teniendo en cuenta que se considera como módulo el transporte por ferrocarril en segunda clase. Yo tengo aquí las circulares del Instituto de la Salud y corresponden al período que le digo.

Me sorprenden un poco los desembolsos que menciona para la adquisición de prótesis. Esto está regulado incluso en la propia Ley General de Sanidad. Estas adquisiciones no precisan de ningún tipo de pago. El pago se atiende por parte del INSALUD posteriormente, directamente con el protésico, con la empresa o el centro comercial que haya aportado la prótesis.

Otra cosa son las prótesis de carácter especial. Eso ya depende de cada caso. En ese sentido, en algunos casos sucede que la Administración aporta sólo hasta un determinado porcentaje. Esto está también perfectamente regulado y, por encima de ese porcentaje, si se trata de prótesis especiales, por su modernidad, por su coste, o por consi-

derarse que no son estrictamente imprescindibles, la Seguridad Social no las financia en su totalidad.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Ministro creo que no está usted suficientemente informado de lo que pasa en estos momentos. Como el INSALUD tardaba tanto en pagar a los taxistas, ambulancias y ortopedias, se negaron a trabajar sin cobrar en el acto.

En cuanto al abono del transporte, le tengo que decir que un paciente que va a rehabilitación tiene que hacer ese abono al taxista en el día y va acumulando los bonos que le da el taxista de lo que él ha pagado y al mes va al INSALUD a cobrarlo a veces con un año de demora. El jubilado que va a rehabilitación se deja allí muchos meses la paga. Esto me lo han contado jubilados, los taxistas y el personal de ambulancias.

En cuanta a las ortopedias, el problema es mucho más grave y me choca que no lo sepa el señor Ministro. El año pasado las ortopedias hicieron huelga, negándose a vender aparatos al usuario porque llevaban años sin cobrar de la Seguridad Social. Llegaron a un acuerdo con el INSALUD y en ese acuerdo se estableció que se haría lo mismo que con el transporte: trabajar cobrando del enfermo. El médico receta con un P-10 las prótesis. Antes de venir aquí, el viernes, estuve en las ortopedias y me reafirmaron que seguía siendo lo mismo. El enfermo la paga con factura a su nombre y tarda dos, tres y hasta seis meses en cobrarlo del INSALUD.

Además, las tarifas del INSALUD para todo este tipo de prótesis están desfasadas, pues, como las anteriores, son del año 1982. Por ponerle un ejemplo, una silla de ruedas el INSALUD la tiene catalogada en 24.000 pesetas y hoy se venden a 32.000. No le digo cuando son prótesis especialísimas y no hablo de porcentajes, sino de que lo tengan que pagar anticipadamente.

Señor Ministro, una pierna ortopédica cuesta en estos momentos 170.000 pesetas y la ortopedia obliga al enfermo a pagarla. En algunos sitios dejan pagarla a plazos, pero en la mayoría obligan a pagarla en el acto. Sé de usuarios de la Seguridad Social que han tenido que pedir un crédito a una entidad bancaria para poder pagar su prótesis correspondiente, que saben que luego van a devolver, pero también saben que tienen que pagar intereses. Querría que se enterara bien el señor Ministro, porque le aseguro que el viernes estuve informándome.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Salarrullana, ante lo que me dice de estos retrasos, lo único que me cabe es inmediatamente ponerme en contacto con mis colaboradores y pedirles explicaciones de por qué se producen.

Con relación a las ortopedias, tengo incluso amistad personal con el Presidente del gremio, preguntaré cuál es la situación real con objeto de que también estos retrasos se puedan solucionar lo más pronto posible.

RELATIVA A MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL (FORMULADA POR LA SEÑORA SALARRULLANA DE VERDA, DE LA AGRUPACION DEL PDP)

El señor **PRESIDENTE:** Pregunta relativa a medicamentos no incluidos en la Seguridad Social. Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDAD:** La pregunta es: ¿Puede el INSALUD tomar alguna medida para solucionar el problema que se presenta a los usuarios de la Seguridad Social cuando el médico les receta un medicamento no incluido en la lista de los de la propia Seguridad Social, sobre todo cuando se trata de pensionistas?

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Salarrullana, es un problema bastante poco extendido, a pesar de los datos que a lo mejor usted inmediatamente me va a presentar, porque conoce el caso concreto de la persona a la que le ha ocurrido esto.

En este momento, la Seguridad Social española es una de las europeas que tiene reconocido mayor porcentaje de especialidades en el mercado dentro de los medicamentos que pueden prescribirse, con independencia de su eficacia y con independencia de su precio, en la mayoría de los casos.

Le recuerdo a este respecto la política que, desde 1981, vienen realizando las autoridades inglesas, en las que se ha producido una restricción sumamente notable y progresiva de los medicamentos que son recetables por la Seguridad Social, especialmente a este colectivo que usted me indica y no solamente por razones económicas, sino por razones de extensión de problemas yatrogénicos, como dicen los expertos.

Me resulta poco creíble que exista un problema generalizado en este sentido. Puede haber un caso particular y usted ya sabe que cuando se trata de un caso particular el inspector médico tiene capacidad legal para firmar la receta y, por tanto, dar ocasión al beneficiario de acceder a la expedición del medicamento, pero, insisto, se tiene que hacer con una mínima justificación. Le voy a recordar simplemente una proporción, ya que hoy también estamos hablando de números. Aproximadamente el 21 por ciento de la población, que son jubilados, genera el 58 por ciento del gasto farmacético de la Seguridad Scial. Luego mucho me temo que no hay muchos medicamentos que no usen.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Minis-

tro, estoy de acuerdo con casi todo lo que ha dicho. Yo también sé que la Seguridad Social española tiene mayor porcentaje de medicamentos que ofrecer al usuario que otras, lo sé muy bien. Sé también que cuanto más se reduce eso —y además es lógico que se haga, no me parece mal— se pueden producir más casos como los que yo presento. Pero le quiero decir que no es un solo caso, como piensa el señor Ministro, sino varios los que, sobre todo, cuando se trata de especialidades, se encuetran con medicamentos no incluidos.

Me dice el señor Ministro que lo que tienen que hacer es ir al inspector. El señor Ministro se puede figurar que esa vía la hemos seguido ya los usuarios, yo misma, cuando me lo han consultado; pero se tropiezan con que el inspector dice que le recete el médico otro medicamento y el médico dice que no puede hacerlo. Vuelven al inspector y los casos que han acudido a mí —que no es uno, sino varios— los he tenido que solucionar con el Director Provincial del INSALUD después de decirle: voy a acudir a los medios de comunicación para exponer lo que está ocurriendo.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Salarrullana, en el mercado español, en este momento, hay registrados 12.494 medicamentos, la oferta de la Seguridad Social abarca 11.425, es decir, el 92 por ciento de la totalidad. Dentro de esta proporción tan elevada —usted mismo reconoce que es de las más elevadas de Europa— no hay ningún problema, y usted lo reconoce.

Ahora bien, hay algunas especialidades que son de carácter meramente publicitario, como son las vitaminas y algunos medicamentos ya no estrictamente farmacéuticos, sino que se acercan a productos cosméticos. Usted ya sabe que incluso nuestra Seguridad Social, precisamente a este colectivo que usted me indica, está aportando cremas dermatológicas que entran ya en el terreno de la cosmética, medias que están en un terreno intermedio, y que eso no ocurre en toda las seguridades sociales europeas. Hay productos dietéticos que, efectivamente, son muy demandados por los miembros de este colectivo; artículos de confitería medicamentosa que, efectivamente, no están reconocidos.

También existe lo que a mí me parece más importante, y probablemente usted se está refiriendo a ello: los medicamentos extranjeros. Eso está regulado, como usted ya sabe, por una circular de 6 de junio de 1979 y es una práctica absolutamente normal y regular, establecida y utilizada en todos los sistemas sanitarios.

Por último, la utilización de los medicamentos calificados como de uso hospitalario está, como sabe, reservada a la institución sanitaria cerrada. Normalmente hace falta un visado especial para que se puedan utilizar fuera de esta institución, pero cuando alguien es dado de alta generalmente recibe por parte del médico las dosis correspondientes para que pueda seguir el tratamiento durante el período de recuperación.

Por tanto, dígame, por favor, qué medicamentos son, escríbalos y yo investigo qué ocurre y comprobaremos si, efectivamente, son medicamentos de los grupos que yo he indicado o son medicamentos inequívocamente útiles y necesarios. Pero vamos a analizarlo en base a casos concretos.

RELATIVA A LA DETRACCION DEL CUPO MEDICO DE CIERTO NUMERO DE ASEGURADOS ELEGIDOS POR SORTEO, FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA (APDP)

El señor **PRESIDENTE:** Pregunta relativa a detracción del cupo de un médico de cierto número de asegurados elegidos por sorteo.

Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Ministro, la verdad es que, dicho así, la pregunta parece que no va en serio, pero sí es muy en serio.

La pregunta es: ¿Cree el señor Ministro que este sistema respeta no sólo ya la libre elección de médico, sino a la propia libertad del asegurado?

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Salarrullana, no tengo constancia —aunque a lo mejor aquí ocurre como con las anteriores preguntas y existe un caso en algún lugar donde esto ha sucedido— de que este método haya sido utilizado. Concretamente, es la Circular 90/1982, que regula la aplicación de la Orden del 10 de julio de 1973, donde se determina el número máximo de cartillas que puede tener un médico de esta categoría, y ya sabe que ese límite está establecido en 998 cartillas, se regula también el sistema para que, una vez superado ese límite, se pueda reducir el número que temporalmente, por exceso de esa cifra de 998, ha tenido ese médico o ese grupo de médicos. Usted ya sabe que cuando dentro de área se llega a una cifra que dividia entre el número n + 1 de médicos que existe ahora, n más 1 médicos, da 998, automáticamente se crea la plaza. Esto sucede a veces con cierto retraso, pero un determinado número de médicos mientras dure este retraso se beneficien de un mayor número de cartillas. Yo no sé que exista otro método.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Ministro, me va a tener que llevar de asesora a su Ministerio. **(Rumores.—Varios señores Diputados: No, no).**

Señor Ministro, el día 1.° de enero se actualizaron cupos en muchas direcciones provinciales y se mandó, se remitió, por parte de los directores provinciales o subdirectores en otros casos, la siguiente comunicación a los mé-

dicos a los que les detraía su cupo, como dice el señor Ministro, que está dentro de la legalidad. Me refiero al sistema de detracción. Decía lo siguiente: Te comunico que el día 1.º de enero próximo se van a incorporar, como médicos generales, a esa zona, tal y tal... Sigue: Con tal motivo, ha sido preciso detraer de tu cupo un total de cincuenta asegurados, elegidos por sorteo y en relación al total que tenías asignado. Adjuntamos lista de titulares detraídos de tu cupo.

Creo, señor Ministro, que con un Director Provincial del INSALUD, que envíe esa carta a un médico, si cayera en manos de un asegurado, pensaría que lo estaban sorteando como una cesta de Navidad. Creo además que se solucionaba el problema perfectamente hablando con los enfermos y con el médico para ver verdaderamente quién quería irse con ese médico, porque ésa es la libre elección; no por sorteo ¿o no?

Uno de los médicos que me comunicaron esto contestó diciendo que, con expresa reserva de las acciones que pueda emprender y con advertencia de que pienso seguir prestando asistencia gratis a los enfermos que en el uso de su libertad tengan confianza en mí, le adjunto una relación de asegurados que, a mi juicio, deben ser asignado a otro médico. Eso decía el médico.

La contestación del Director General —y esto enlaza con lo que hablábamos antes de los sistema dictatoriales y de no diálogo— era que, ante la creación de los nuevos cupos de médicos de la zona tal —no digo de cual—, todas las reclamaciones que se originen serán presentadas en el propio consultorio, prohibiéndose expresamente que envíen pacientes a la Dirección General del INSALUD para protestar.

Señor Ministro, esto son comunicaciones oficiales de varios directores del INSALUD, de su departamento.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Señora Salarrullana, ya sabe que yo soy un firme defensor de la libre elección de médico, otra cosa es que su instrumentación sea sencilla y no debe de ser tan sencilla cuando en los mismos seguros libres —y no quiero citar alguno de ellos aquí, pero está en la mente de todas las señorías que hoy nos acompañan— esa libre elección de médico va precedida de una exposición de motivos y de una petición concreta al responsble que corresponda, es decir, que incluso en los seguros libres, la instrumentación no es tan sencilla, teniendo como se tiene, en primer lugar, una oferta en la que se incluye a veces que hay libre elección, que parece que es automática, luego no es tan automática y, en segundo lugar, un número de asegurados muchísimo menos que en la Seguridad Social.

Tengo la impresión de que ese caso se refiere a un conflicto típico de personas, porque desde luego no me ha llegado. Además, usted estaba esgrimiendo una página de periódico lo que me hace pensar que se refiere a un conflicto en una determinada localidad. La libre elección, a mí me parece que es un método que se puede ensayar, e insisto que yo no descarto de antemano que antes de redistribuir las cartillas haya una mínima capacidad por parte de los usuarios al intentar mostrar sus preferencias —me parece bien—, otra cosa es que luego se pueda hacer en todos los casos, porque está sucediendo contínuamente y no es tan fácil. Insisto que cuando no lo hacen los seguros libres no será tan sencillo, pero, en cualquier caso, esas personas que cambiaron de médico podían pedir su traslado al médico inicial, y usted ya sabe que ésto lo estamos aceptando con carácter general. Otra cuestión es que, por un problema de malentendimiento entre el director provincial y el médico en particular se estimule o se anime a los pacientes a manifestarse o a expresar protestas individuales o colectivas ante el Direcor provincial. Esto no son métodos.

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

Agradecemos su comparecencia en esta Comisión y suspendemos la sesión hasta las cuatro y media, que iniciaremos con el tercer punto del día.

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

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

El señor **PRESIDENTE:** Se reanuda la sesión.

DEBATE DE PROPOSICION NO DE LEY.

RELATIVA A LA CREACION DE UNA COMISION NACIONAL DE CARACTER MULTIDISCIPLINAR RELACIONADA CON LAS TECNICAS DE FECUNDACION ASISTIDA HUMANA Y SUS POSIBLES DERIVACIONES, (PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA)

RELATIVA A CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS RELACIONADOS CON LAS NUEVAS TECNICAS DE FECUNDACION ASISTIDA HUMANA, (PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA)

El señor **PRESIDENTE:** Entramos en el punto 3, debate de proposiciones de ley.

A petición de algún Grupo Parlamentario, se han producido cambios en el orden de las proposiciones no de ley. En primer lugar, se debatirán conjuntamente las proposiciones tercera y cuarta, relativa, la primera de ellas a la creación de una comisión nacional de carácter multidisciplinar relacionada con las técnicas de fecundación asistida humana y sus posibles derivaciones. Posteriormente, trataremos la relativa al Plan Nacional de control sanitario de la prostitución. A petición del Grupo proponente, queda aplazada la relativa a la responsbilidad civil del per-

sonal sanitario y no sanitario del INSALUD. Por tanto, en tercer lugar, entraremos en la última proposición no de ley, presentada por el Grupo Mixto, Agruación Izquierda Unida-Esquerra Catalana.

Por tanto, iniciamos el debate de las proposiciones no de ley con la defensa cojunta de las dos presentadas por el Grupo Socialista. Para su defensa, tiene la palabra don Marcelo Palacios.

El señor **PALACIOS ALONSO:** Como los señores y señoras Diputados saben, las técnicas de fecundación asistida son de implantación relativamente reciente, fundamentalmente en las sociedades más avanzadas, y tiene como finalidad el plantear una alternativa al tratamiento de la esterilidad de la pareja humana cuando otros procedimientos o actuaciones terapéuticos no dan el resultado deseado. Independientemente de que las técnicas hayan sido desarrolladas con la finalidad de tratar la esterilidad de la pareja humana, la disponibilidad de los gametos humanos, masculino y femenino, así como de los hembriones en sus primeras fases de desarrollo, pone especialmente esto último, los embriones por primera vez en la historia de la ciencia, a disposición del investigador, desde el primer momento en que los óvulos son fecundados. Como consecuencia de ello, se abren posibilidades de actuación científica, especialmente en lo que concierne a la investigación y a la experimentación.

Retrotrayéndome al hecho de la reproducción asistida como una alternativa a la esterilidad de la pareja humana, hay que decir que las técnicas se agrupan en tres procedimientos fundamentales. La primera es la inseminación artificial, que ya tiene una larga historja, si queremos, podemos remontarnos a finales del siglo XVIII, pero realmente es a principios del siglo XX cuando adquiere una gran intensidad, fundamentalmente en los Estados Unidos de América, donde en este momento se calcula que hay alrededor de 300.000 niños nacidos por dicho procedimiento de inseminación artificial. La segunda es la fecundación «in vitro», con transferencia de embriones, que comenzó a hacerse experimentalmente en animales hacia los años cincuenta de nuestro siglo y que en 1969, aproximadamente, empezó a aplicarse en los seres humanos. El hecho es que en 1978, nació por esta técnica el primer niño del mundo, una niña, Louise Brown, en Inglaterrra, siendo sus padres cientificos como todo el mundo sabe, los doctores Steptoe y Edwards.

La realidad es que estas son ya técnicas que están implantadas, como decíamos, en las sociedades más avanzadas, y que traen consigo, al lado de la expectativa y de la satisfacción por la capacidad creadora del ser humano, planteamientos preocupantes, algunos de arraigo ético y otros de arraigo moral, e incluso preocupaciones en lo que se refiere a las actuaciones investigadoras, al perímetro de la investigación y a la experimentación sobre material reproductor humano. Esto ha hecho que en algunos países, fundamentalmente en el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Francia, Alemania, Suecia y también en España, se haya tomado una especial preocupación por lo que puede ser el desarrollo de estos temas, y no sólo en cuanto a aquellas vertientes a que antes aludíamos, sino también al hecho de que, interviniendo en algunas ocasiones terceras personas o donantes en el ámbito procreador, se crean situaciones que ponen en entredicho la filiación y la paternidad en determinados supuestos. Así, muy concretamente, en España, a pesar de la reforma del Código Civil en 1981, en que se decía que el padre lo era aquél que era el marido de la madre, se modificaba y se daba paso a la verdad biológica, de manera que el padre es el que demuestre la sangre, en este caso concreto de aplicación de las técnicas de reproducción asistida con intervención de donantes, el padre había de serlo quien fuese el donante, es decir, quien hiciese la aportación genética, biológica, a la reproducción.

Por estas y otra serie de cuestiones, evidentemente, se hacía preciso tomar la iniciativa de adelantarse a una situación que, como otras muchas del avance científico, va por delante de la actuación jurídica. Hay enormes vacíos jurídicos prácticamente en todo el mundo. A este respecto se puede decir que sólo Suecia ha legislado en la materia, y el distrito sur de Australia, sobre aspectos muy concretos. En otros países se han hecho informes, como el informe Warnock, del Reino Unido; el informe Waller, del norte de Australia; el informe Benda, de Alemania; ahora, el informe Cassini, de la Comunidad Económica Europea, y el informe elaborado por el Congreso de los Diputados, que fue realizado después de convocar durante un año a 36 expertos de las distintas áreas del saber y del conocimiento, como fueron ginecólogos, médicos, biólogos, genetistas, juristas, teólogos, filósofos, etcétera. Este informe fue aprobado, sin que ningún grupo parlamentario estuviese en contra, el 10 de abril de 1986, con la abstención del Grupo Popular, y contenía, además, algunos votos particulares o sugerencias a aspectos concretos del informe por parte de algún grupo parlamentario, tal como se hizo, en definitiva, con otros informes de otros países.

La realidad es que las técnicas están ahí; están asentadas en una sociedad que modifica sus valores sociales y culturales, y que, teniendo como firme elemento la familia tradicionalmente constituida, también incorpora a su juridicidad lo que es la familia constituida por la pareja heterosexual estable, aquella familia —como dice la ley sueca creo que en su artículo 7.º— que acredita una relación similar al matrimonio y tiene respecto de los hijos los mismos derechos y responsabilidades.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, habida cuenta del progreso científico en materia de cultivo celular, de inmunología, de crioconservación de células y más allá todavía de la aplicación de las técnicas de recombinación genética, lo que se ha dado en llamar ingeniería genética, se hace preciso que la propia sociedad, a través en este caso de los poderes públicos, establezca aquellos mecanismos que permitan situar la actuación científica (que no puede ser limitada indiscriminadamente, pero que tampoco puede ser voluntarista y sin límites), en un marco en el cual sociedad y ciencia no entren en conflicto.

Por esta razón, uno de los aspectos fundamentales es el que se refiere a la propia seguridad de las técnicas: dónde se realizan, qué acreditaciones son precisas, qué funcio-

nes pueden realizar y cuáles han de ser las sanciones previsibles en el caso de que se realice mala práctica. En este sentido es por lo que una de las proposiciones no de ley plantea la necesidad de que el Gobierno, en el plazo más breve, establezca estos requisitos que aquí planteamos de acreditación, legalización, homologación y definición de funciones en los centros en los que se realicen estas técnicas de procreación asistida o manipulaciones concretas en relación con las técnicas, como pueden ser aquellas que se hagan en los llamados bancos de gametos o de embriones, donde se recoja el material a transferir para reproducción humana.

Esta es, en esencia, señorías, la situación que plantea esta proposición no de ley, que esperamos cuente con el apoyo de todos ustedes, porque de esta manera podríamos conseguir, siguiendo también el mandato que hace la propia Ley General de Sanidad, que en un plazo concreto se regulen las funciones de todos los centros sanitarios, porque estos son centros sanitarios. De esta manera, por un lado, daremos seguridad a las personas que se beneficien de estas técnicas de que son realizadas en centros autorizados y acreditados y por equipos especializados y cualificados para ello, mientras que en este momento, los 27 ó 28, o tal vez alguno más, porque desde la última información posiblemente tal vez haya proliferado alguno, siguen funcionando por pautas o criterios unas veces propios y otras veces sugeridos o indicados por determinadas asociaciones relacionadas con estas técnicas, como pueden ser la Sociedad Nacional de Esterilidad, la Sociedad Nacional de Andrología, de Ginecología, etcétera.

La segunda proposición no de ley se refiere a la necesidad (y en eso vamos, al igual que en la primera proposición no de ley, en íntima conexión con lo que son los planteamientos del Consejo de Europa, que convoca a 21 naciones y a casi 450 millones de habitantes de nuestra región europea) de crear unas comisiones, en unos lados llamadas Consejos Sociales, en otros lados Comisiones éticas, y que nosotros, en analogía con lo que se ha dicho como resultado de la comisión especial que trató estas técnicas y que elaboró el informe en el Congreso de los Diputados, hemos dado en llamar (aunque el nombre no sea vinculante, puesto que lo fundamental es el fondo de la comisión y no la denominación) Comisión Nacional Multidisciplinar (hasta aquí igual que el Consejo de Europa) de seguimiento y control de estas técnicas, que, en nuestro criterio, habría de convocar a ciudadanos con muy diversa extracción participativa.

En primer lugar, creemos que debiera estar representado todo aquello que suponga conocimiento técnico (valga la redundancia) de las técnicas, es decir, conocedores de la materia, de manera que colaboren con la Administración sanitaria en el conocimiento actualizado de las técnicas, de sus derivaciones, de sus variantes, etcétera.

En segundo lugar, habrían de estar los poderes públicos, como elemento tutelador y orientador, y, en última instancia, autorizador del tipo de comisión que haya de ponerse en funcionamiento.

En tercer lugar, y constituye la parte, a mi modo de ver, más importante desde la perspectiva social de este trípode, la Comisión Nacional Multidisciplinar sería un consejo social o, digamos, una amplia participación social del más variado espectro, en el cual los ciudadanos tuviesen algo que decir, de manera que las decisiones de la Comisión, de carácter asesor para las autoridades públicas, permitieran decir en cada momento, oídos todos los elementos que confluyen en la misma, qué es lo que la ciencia sabe hacer, qué es lo que la ciencia puede hacer, pero, por otra parte, qué es lo que la sociedad dice que la ciencia debe hacer en un momento determinado. De esta forma, como decíamos, sin limitar la actividad de la ciencia, ésta podría ir desarrollándose en los límites razonables sin herir la sensibilidad de una sociedad, que si bien, en cambio, es receptiva a las innovaciones, también es recelosa de las mismas cuando realmente no puede controlarlas. La misión de esta Comisión es esa, que la propia sociedad participe en la decisión de aquello que, en un momento dado, pueda ser cometido de la tarea científica.

Espero que puedan contar ambas proposiciones con el favor de sus Señorías.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupos Parlamentarios que deseen intervenir? **(Pausa.)**

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

El señor **ESPASA OLIVER:** Para anunciar, señor Presidente, nuestro apoyo a ambas proposiciones no de ley en los términos en que están expresadas en el «Boletín Oficial de las Cortes» y en los que acababa de expresar el portavoz socialista. Compartimos en líneas generales todos sus criterios, que, en definitiva, son criteros, como hemos podido colegir, hijos de lo que fue el trabajo de la Comisión Especial de este mismo Congreso de los Diputados sobre fecundación asistida.

Creemos que se trata de dos iniciativas legislativas dignas de ser tenidas en cuenta, a las que quisiéramos simplemente añadir algunas consideraciones de tipo general y una propuesta concreta. Nosotros creemos, asimismo, que el avance de las ciencias plantea cuestiones muy relevantes. El hecho de la posible y ya real manipulación de gametos y de embriones, plantea, desde nuestro punto de vista, que los conceptos científicos y, por tanto, a remolque de los conceptos científicos —y también desde nuestro punto de vista— los conceptos de bien jurídico socialmente aceptados, van cambiando con la evolución de estas propias ciencias y, por tanto, hoy estamos en mejores condiciones de poder definir lo que es vida humana y lo que es persona humana. Creemos que este mismo progreso de la ciencia —como en otra ocasión tendremos oportunidad de señalar— permite adoptar posiciones distintas, nuevas, más avanzadas sobre estos conceptos que abarcan a otras problemáticas, como ya tendremos ocasión de ver —repito—, en esta nueva visión que ha aportado la ciencia a lo que es vida, a lo que es vida humana y a lo que es persona humana.

Este mismo progreso plantea igualmente problemas muy serios en la actuación científica, en los motivos, los móviles y los mecanismos, los derechos y los deberes de

esta misma actuación científica, y se prolonga en lo que podríamos llamar la necesidad de progresar desde la sociedad civil, desde todos los ámbitos de reflexión y también, finalmente, desde el propio ámbito legislativo, en precisar mejor nuevas nociones sobre bioética y, en definitiva, sobre lo que hoy entendemos por un bien jurídico socialmente aceptado.

Estamos en un Estado laico, y en el marco de un Estado laico, la legislación que debe producirse, esas iniciativas legislativas, proposiciones no de ley o leyes positivas, deben inspirarse en esta misma laicidad del Estado, respetando, por supuesto, creencias éticas de raíz religiosa. En definitiva, la legislación ha de tener un fundamento de consensualidad constitucional, de bien jurídico socialmente aceptado y, a partir de ahí, debe producirse la legislación positiva y no tanto desde las raíces de uno u otro tipo de creencias, con absolutamente todos los respetos para estas mismas creencias. Creemos que en el momento de legislar para el conjunto de la comunidad y para respetar, precisamente, la pluralidad de esta comunidad expresada en la laicidad del Estado, éstas habrían de ser cuestiones que no deberían constituir la raíz fundamental del iter legislativo.

El mismo portavoz socialista nos recordaba cómo este progreso científico de alguna forma ya ha dejado en parte obsoleto el reciente cambio en el Código Civil sobre paternidad (de la paternidad del «pater familias» a la paternidad biológica) y que estamos ante nuevos problemas que nos han de hacer corregir otro tipo de paternidad, que podría ser genética. En cambio, desde el punto de vista de filiación, quizá como el mismo informe recomienda, no debería ser tenida en cuenta cuando se den otro conjunto de requisitos para establecer la filiación en aquel caso.

En definitiva, con todas estas reflexiones de tipo general querría simplemente señalar la urgente necesidad de que también en nuestro país, en España, abordemos, cuanto antes y con todas las cautelas que sea preciso, legislaciones positivas sobre este conjunto de problemas que nos plantea el avance de las ciencias, el avance de la fecundación asistida, el avance de lo que representa hoy ya la fecundación «in vitro» y la transferencia de gametos, y que estemos en condiciones de dar respuestas positivas —cautelares pero positivas— a este progreso científico en forma de legislación que permita orientar, tanto a la comunidad civil como a la comunidad científica, el trabajo y lo que jurídica y socialmente sea más común y consensualmente aceptado, para convertirlo ya en normas y pautas de conducta.

En este sentido, simplemente señalar, respecto a la segunda proposición no de ley, la de la creación de una Comisión Nacional de Fecundación Asistida, que nosotros creemos que en su composición debería incluirse de forma ineludible también una representación plural del arco parlamentario español en forma de presencia específica de Diputados en esta Comisión Nacional, de una forma integrada, como una subcomisión o supracomisión especial. Debería estar ahí también presente el conjunto de las voces políticas que representan la pluralidad de ideas, conceptos, creencias y, en definitiva, actitudes ante esta serie de problemas. Por tanto, a esta segunda proposición no de ley, simplemente señalar esta consideración.

Para terminar, aprovechar este debate para señalar un requerimiento, tanto al Gobierno como al conjunto de los Grupos Parlamentarios, porque del conjunto de iniciativas legislativas que quizá estaríamos ya en condiciones de iniciar, hay un tema en el que creo que de las propias conclusiones de la Comisión Especial del Congreso de los Diputados y de lo que es ya un consenso generalmente establecido, podría y cabría ya avanzar en una propuesta de legislación positiva. Me estoy refiriendo al tema recientemente puesto de actualidad fuera de nuestro país, en Estados Unidos, del útero de alquiler. Hay una gran coincidencia en que este es un camino que no debería, desde el punto de vista de la legislación positiva, dejarse abierto al posible litigio, como ya hemos tenido ocasión de ver en el Reino Unido y recientemente en Estados Unidos.

Llamo la atención, y me implico también como representante de un Grupo Parlamentario, a todos los Grupos para avanzar lo más rápidamente posible, al menos en esta cuestión. Creo que este es un tema muy importante, que puede traer problemas graves y realmente muy poco agradables, y en el que hay un consenso suficiente como para ya avanzar una propuesta legislativa, en la que adelanto la posición de nuestro Grupo, que es absolutamente contraria a la posibilidad de la existencia de lo que se ha dado en llamar vulgarmente los úteros de alquiler, de forma rotunda en el aspecto posiblemente comercial, e incluso en el ámbito de lo que en el informe se llamaba el círculo familiar más estricto. Creemos que esta es una cuestión terriblemente compleja. A nosotros nos evoca nuevas formas —si se me permite una expresión un poco fuerte— de esclavitud. Habría de avanzar en esa línea, puesto que el Congreso de los Diputados tiene una responsabilidad específica en este tema. Es una cuestión que lanzo a todos los Grupos y, evidentemente, al mío propio en primer lugar, para ver si hay consenso y poder avanzar rápidamente en una proposición de ley o proyecto de ley sobre esta cuestión específica, en la que creo que hay suficiente consenso como para tomar una decisión. Otros muchos aspectos que plantea el repetido informe especial quizá no están lo suficientemente maduros como para avanzar ya en legislación positiva, pero llamo la atención sobre este extremo especial.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Señor Presidente, para anunciar el voto afirmativo de mi Grupo Parlamentario a las dos proposiciones no de ley que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista.

Siempre estaremos a favor de todo lo que sirva para garantizar la actuación seria y profesional en materias tan delicadas como ésta. Y termino con la solicitud de que, tan pronto se haya creado esa Comisión, esta Cámara tenga conocimiento exacto de su composición y también, si pudiera ser, que anualmente recibiéramos un informe de cómo van los trabajos de la misma.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario de Minoría Catalana, tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA LUCENA:** Señor Presidente, muy brevemente también para manifestar nuestro apoyo a las dos proposiciones no de ley que presenta el Grupo Parlamentario Socialista, en coherencia con lo que fue ya nuestra postura en la Comisión especial que en la legislatura anterior se creó sobre estos temas. Nosotros creemos que el tema merece un seguimiento muy de cerca, muy serio, muy profundo. Nos parece oportuno que se cree esta Comisión Multidisciplinar, en la que probablemente la única petición que haríamos sería que fuese lo más amplia posible, que abarcase el abanico mayor de criterios que hay en la sociedad en este momento. No ignoremos que hay fuerte resistencia a aceptar este tipo de fecundación. Recordemos el magisterio eclesiástico, recordemos la última encíclica papal. Todo ello afecta a un sector profundo e importante de la sociedad española, que debería, de alguna manera, estar reflejado en esta Comisión.

Dicho esto, repito que apoyaremos las iniciativas que ha presentado en el Grupo Parlamentario Socialista en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE:** El señor Revilla tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario del CDS.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Efectivamente, las técnicas de fertilización asistida en humanos plantean una serie de problemas de los cuales hemos tenido noticia no solamente a través de los distintos estudios que se han realizado en otros países y de la escasa legislación existente, como se ha señalado por el representante del Grupo proponente, sino también por sucesivas polémicas que se han producido en el ámbito de distintas opiniones públicas. Ello es normal porque es algo que sucede siempre que se produce el encuentro —no siempre colisión— entre el avance científico y sus aplicaciones, por una parte, y lo que la sociedad opina acerca de ello, por otra.

El avance científico no siempre merece el favor de la sociedad como todos sabemos, y ello por dos razones: la primera, porque en muchos casos hay o puede haber una manipulación de estos avances, y, la segunda, porque la sociedad en ocasiones tiene una dificultad para conocer el alcance de determinadas actuaciones frontera y, por tanto, es lógico que reaccione con actitudes precavidas.

Es mejor, por ello, que se asienten las decisiones que se tomen en este tipo de problemas no sobre el recelo, sobre la excesiva precaución o sobre la irreflexión asentadora, sino sobre la reflexión conjunta. Razón por la cual nosotros pensamos, a la hora de expresar nuestro apoyo a ambas mociones presentadas por el Grupo Socialista, que es necesario buscar la máxima conjunción de opiniones para lograr el máximo consenso. De lo contrario, se estaría haciendo un flanco servicio a lo que realmente se pretende solucionar.

Por consiguiente, nuestra opinión de apoyo se matiza, como ya ha sido hecho por algún Grupo anterior, en lo que se refiere a la constitución de la Comisión Nacional, en el sentido de resaltar la necesidad de que sea amplia, de que garantice el rigor y de que, sobre todo, permita trasladar a ella, de modo fluido y sin trabas disfuncionales, la opinión de la sociedad. Porque de lo que se trata, en resumidas cuentas, es de que un avance científico puesto al servicio de la sociedad sea aprovechado y aceptado por la misma en toda su extensión.

Pensamos que hay problemas, como la acreditación de la reproducción, las consecuencias civiles y la guarda y conservación de los óvulos, espermatozoides y embriones, que merecen, efectivamente, un tratamiento reflexivo y cuidadoso. En este sentido, expresamos nuevamente nuestro apoyo a ambas proposiciones no de ley, señalando, repito, la necesidad de que su carácter multidisciplinario sea, también, multisocietario.

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

El señor **MENA-BERNAL ROMERO:** Vaya por delante el apoyo de nuestro Grupo a lo que en sí constituye la esencia de las dos proposiciones no de ley. No voy a hacer, en nombre de mi Grupo, ningún tipo de discurso científico, ni político, ni ético, ni técnico. Si se crea la Comisión, créese y en ella ya discutiremos. Lo que sí pediría, en nombre de mi Grupo, repito, es que a la vez que sea multidisciplinar, sea, como decía el doctor Revilla, multisectorial, por llamarlo de alguna forma, y que estuvieran en ella las Cámaras representativas del pueblo español, al objeto de matizar, de aportar, de enriquecer o de enriquecerse, a su vez, con la contribución para la legislación ulterior.

Confirmo nuestro voto positivo a lo que son en sí las dos proposiciones no de ley, y ruego que se haga el requerimiento que fuera necesario al objeto, repito, de que las Cámaras representativas del pueblo español estén insertas en esa Comisión Nacional y en esa comisión de seguimiento o en esa comisión ética, o como se le quiera llamar después de su constitución. **(El señor Palacios Alonso pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE:** No existe turno , señor Palacios, salvo que quiera puntualizar algo.

El señor **PALACIOS ALONSO:** Sí, señor Presidente.

En primer lugar, para agradecer la aquiescencia de todos los grupos a estas dos proposiciones presentadas por mi Grupo. Y, en segundo lugar, para clarificar que en la propia proposición que se refiere a la Comisión se expresa la necesidad de una amplia representación social, con lo cual creemos que se salvan las dudas que puedan tenerse respecto a que pueda en algún momento ser reducida. Muy al contrario, piensa nuestro Grupo que este Consejo de representación social debiera ser de amplio espectro.

El señor **PRESIDENTE:** Acabado el debate de estas dos proposiciones no de ley, pasamos a su votación. Dado que todos los Grupos han manifestado su asentimiento y su

apoyo a estas dos proposiciones no de ley, las votaremos conjuntamente. Pasamos a la votación.

Efectuada la votación, fueron aprobadas por unanimidad.

El señor **PRESIDENTE:** Quedan aprobadas por unanimidad.

RELATIVA AL PLAN NACIONAL DE CONTROL SANITARIO DE LA PROSTITUCION, PRESENTADA POR LA AGRUPACION DE DIPUTADOS DEL PDP

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos al debate de la proposición relativa al plan nacional del control sanitario de la prostitución, presentada por la Agrupación de Diputados del PDP.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Salarrullana, que tiene en su poder la enmienda presentada por el Grupo Socialista. Bien ahora o después de la intervención del Grupo Socialista, manifestará la señora Diputada si acepta o no la enmienda presentada. Tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Hace unos meses, la Secretaría Nacional de Acción Social de mi Partido hizo llegar a mis manos un informe del Centro de Salud Navas de Tolosa, del Ayuntamiento de Madrid, y después de su lectura y de pedir informes a otros centros similares, los Diputados del PDP presentamos esta proposición no de ley que ahora traigo aquí para su aprobación.

Me gustaría poder pasar de puntillas y con el mayor respeto hacia las personas, como haría sobre cualquier asunto que dejara ver las lacras de nuestra pobre humanidad, y éste es uno de ellos, pero no podemos esconder la cabeza debajo del ala, porque los problemas, además, no desaparecen por negarnos a verlos. Es triste reconocer y admitir que la prostitución es una de esas lacras y la más constante en la historia de las civilizaciones. Se la conoce como el oficio más antiguo del mundo, y a lo largo de la historia de la civilización, ni las dictaduras más férreas, ni las religiones más puritanas han podido acabar con ella.

Hay que distinguir dos aspectos en este mundo que vienen de la propia etimología del verbo prostituir, según sea transitivo o reflexivo, según sea activo o pasivo. Hay quienes se prostituyen a sí mismos y hay quienes prostituyen a otros. El primer grupo, el de los que se prostituyen a sí mismos, entra dentro de la competencia del libre albedrío del hombre y es, como todas, una opción individual y personal, aunque en la mayoría de los casos suele ser una opción límite.

El segundo grupo comprende algo mucho más amplio: primero, los que demandan, aceptan, usan y pagan directamente la oferta de la prostitución; este grupo es mucho más censurable, porque con su actuación hacen que esta oferta no desaparezca nunca. Segundo, aquellos otros que favorecen y facilitan su existencia indirectamente, creando condiciones tales en las que una persona tiene que ir a prostituirse a sí misma, y aquí se pueden incluir condiciones sociales, laborales y familiares, que conducen a todas estas personas, que no pensaban hacerlo, hacia la prostitución.

En el primer estudio, que llegó, como he dicho, a mis manos a través de ese centro de Madrid, se había elaborado un test respondido por las propias prostitutas, que en este caso eran sólo mujeres. En general, he podido comprobar que las mujeres son mucho más propensas que los hombres a confesar sus problemas en este asunto. En el test se observan como causas más frecuentes el estado de marginación, no siempre asociado con la pobreza, problemas familiares —familias desintegradas, problemas con el padre o con la madre, abandono del cónyuge, madres solteras—, orígenes sociales deficientes —pueblos pequeños en bolsas de pobreza, suburbios de las grandes ciudades—, y, por último, drogadicción y delincuencia, que forman, con la prostitución, una ecuación perfecta.

También quiero decir que hay dos escalas sociales en la prostitución: la alta, que llaman la de clase —saunas, masajes, meublée, grandes hoteles, azafatas, azafatos, si se puede decir así, de las grandes compañías de congresos, etcétera—, y la baja, la de la calle, la de la carrera, la del tascucio, etcétera. Sobre esta última es sobre la que he recibido más información, tal vez porque la otra es más disimulada y menos confesada. Y ésta precisamente es la más necesitada de esa planificación o de esa actuación sanitaria. Lo exigen ellas mismas, como se puede ver en el test, y lo exigen, además, a través de medios públicos de comunicación. Hoy creo que ha habido un programa en Televisión y muchos en radio, porque se inauguran en Madrid unas jornadas a las que he sido invitada y a las que no he podido acudir, en las que precisamente una de las cosas que dicen es que quieren y exigen casi ese control sanitario y que sea gratuito, por supuesto.

A lo largo de los tiempos, los gobiernos de los distintos países han tratado de luchar contra la prostitución con tres tipos de leyes o normas: una, que podríamos llamar legislación prohibicionista, que persigue y condena a quien ejerce la prostitución; la segunda, una legislación que podríamos llamar reglamentarista, que la acepta como un mal que no puede erradicarse, pero necesitado, sobre todo, de un control sanitario; y, por último, la que se llama abolicionista, que busca la desaparición de las condiciones que la hacen posible y que llevan a ella, facilitando, además, la reinserción social de aquellos que quieran conseguirla.

En España, desde 1980 no se aplica la Ley de peligrosidad social, aunque sí continúan las redadas —sobre todo en según qué ciudades— por escándalo público, y ya no se obliga al control sanitario de las prostitutas, a quienes se entregaba antes aquel famoso carné que llamaban manipuladoras. En este sentido, encontramos normativas ministeriales en Italia, Francia e Inglaterra, por hablar de tres países de las Comunidades Europeas. Todas ellas son muy ambiguas, muy voluntariosas en lo que se refiere a las trabajadoras, por así decirlo, y muy duras y muy restrictivas en lo que se refiere a los empleadores, también por así decirlo.

Yo no quiero incidir en esta proposición no de ley en si se debe volver o no al control obligatorio sanitario de la

prostitución, aunque ya he dicho que ellas lo demandan. Dejo las manos libres al Gobierno para que con todos los datos, que supongo que tiene muchos más que los que yo poseo, proponga un plan nacional de control sanitario de la prostitución, y digo un plan nacional porque las bases deben ser iguales para todo el Estado, aunque luego en cada una de las comunidades autónomas, cada uno de los municipios, según las condiciones que en ellos se den, deba hacer su reglamentación particular. Un plan que se orienta a la prevención y a la actuación en momentos en que la mujer o el hombre no han llegado todavía a prostituirse, pero que se sabe a ciencia ciertas, por las condiciones en que está, que si no cambian esas condiciones va a tener que ir a ello. Un plan que coordinara las actuaciones de los centros que ya hoy se dedican a este tipo de planificación sanitaria, centros de planificación familiar, de atención social, asociaciones de lucha contra la droga, comisarías de policía, servicios de urgencia de hospitales, ayuntamientos, etcétera, todos aquellos que tienen alguna relación con el tema. Un plan que ofreciera a los usuarios la posibilidad de revisión médica, de información sanitaria y de tratamiento sicológico y motivador para la reinserción, guardando siempre la confidencialidad. Un plan totalmente necesario en estos momentos porque el mayor riesgo de contagiar o de contagiarse del SIDA se encuentra en este medio que tan entremezclado y unido está con la homosexualidad y con la drogadicción.

Yo creía que me iba a decir el Grupo Socialista —ya veo, por la enmienda que me han presentado, que no es así— que esto era competencia de los Ayuntamientos. En mi opinión es un asunto muy importante y que hay que evitar que cada ayuntamiento tome unas medidas que pueden chocar con las de otros, sobre todo porque la población flotante precisamente en la prostitución es la que más cunde. Creo que el asunto es nacional y el Gobierno es quien tiene que marcar las pautas y pedir y recibir la información de los centros que dependen de los ayuntamientos. Estos propios centros han visto ya el problema de cerca y son los que piden en sus informes el plan nacional.

Ya sé que desgraciadamente, como decía al principio, la prostitución seguirá existiendo, pero por lo menos es obligación nuestra eliminar todas las condiciones sociales que llevan a ella, y sobre todo atendámosles después como grupo de alto riesgo, porque hace poco, en un programa de radio que trataba sobre unos reclusos, oí una frase que me produjo verdaderos escalofríos. Un chico de 19 años decía: «Estoy aquí porque nadie me ha ayudado». Yo creo que lo que nosotros debemos procurar es que no se repita este grito, que con mucha frecuencia querrá decir que el resto de la sociedad nos estamos quedando sordos.

Dicho esto, quería añadir que aceptaré la enmienda presentada por el Grupo Socialista, aunque ya sé que es mucho más ambigua, mucho menos fuerte, si se quiere, o mucho menos importante que lo que yo proponía, pero cuando uno tiene que conformarse, prefiere conformarse con poco que con nada.

Señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Socialista, para la defensa de su enmienda, tiene la palabra el señor Vallejo.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ:** Señoras y señores Diputados, tengo que empezar diciendo que me alegro de que el Grupo del PDP presente esta proposición no de ley, porque el tema que toca, y además viniendo de quien viene, me parece que tiene mucha importancia y mucho interés. Nosotros los socialistas ya hubiéramos deseado cuando estábamos en la oposición que grupos conservadores o demócratacristianos o como quiera que se llamen, que estaban entonces en el Gobierno, hubiesen tenido la misma aceptación para nuestras tesis en otros temas que rozan el de la prostitución y, además, afectaban a sectores más amplios de la población, por ejemplo, en el tema de la planificación familiar, en el que tanto trabajo nos costó que desde el Gobierno se tomasen medidas, y ahora el Gobierno socialista, desde el año 1982 ha tomado mayores y mejores medidas acerca del problema de la planificación familiar.

La proponente ha dicho con toda claridad, y estoy de acuerdo con ella, que no basta, no resulta suficiente ni conduce a ningún sitio el ser hipócrita y ocultar la cabeza debajo del ala para contemplar determinados problemas por escabrosos que resulten. Asimismo, nos gustaría que tuviesen la misma actitud en el caso, por ejemplo, de la interrupción voluntaria del embarazo, que también es un problema que roza el de la prostitución y afecta igualmente a sectores que podríamos llamar de riesgo y a núcleos amplios de la sociedad española. En definitiva, me alegro de verdad que se presente esta proposición no de ley, porque nos da pie a presentar esta enmienda que no sólo no es restrictiva, sino que la considero mucho más amplia. Y me explico.

El problema de la prostitución, como ha esbozado la Diputada Salarrullana, efectivamente ha sido tratado de muy diversas maneras, y a lo largo de la historia ha tenido por parte de los Gobiernos distintas actitudes, como ha dicho la señora Diputada, prohibicionista, revisionista, abolicionista con dos tendencias dentro de ella, los reformistas y los maximalistas, etcétera; hay muchas variables. Generalmente se ha conseguido siempre el resultado contrario de lo que se perseguía. Es decir, cuando se ha prohibido, muchas veces lo que se ha hecho ha sido fomentar la prostitución, eso sí, llevándola a una mayor clandestinidad, en definitiva, se ha producido el efecto contrario al que se perseguía. De modo que eso nos hace contemplar este problema con una gran prudencia. Consideramos que establecer un plan nacional sobre la prostitución puede llevarnos a crear un nuevo «ghetto» de personas que ya están bastante marginadas en la sociedad, que ya forman un grupo de marginación dentro de la sociedad. Incluso el camino —lo decía la Diputada Salarrullana— que sugiere algún grupo de prostitutas de establecer un carnet, nos podría llevar a crear muchos más «ghettos» de los que todavía existen en determinadas ciudades. Pero es que, además, estaríamos incumpliendo el Convenio que se firmó en la Asamblea General de la ONU, con fecha 2 del 12 de 1949, en el que, entre otras cosas, se decía que se derogaba o se abolía cualquier ley en virtud de la cual las personas dedicadas a la prostitución tuvieran que inscribirse en un re-

gistro o poseer un documento especial. Este convenio, además, fue aprobado en el año 1956 y firmado por España, por lo que estaríamos incumpliendo un acuerdo ante la Asamblea General de la ONU.

Yo creo que ya hay planes nacionales que están destinados muy claramente a grupos marginales o «ghettos», como puede ser el Plan Nacional de la Droga. Y que, sin llegar a ser planes, hay programas respecto, por ejemplo, al SIDA que afectan a problemas muy precisos, muy concretos, muy aislados afortunadamente todavía dentro de la sociedad española. Por eso creemos que fomentar un nuevo plan lo que haría sería llevar a esta situación a una mayor marginalidad y a crear un nuevo «ghetto». Incluso lo que originaría sería un mayor endurecimiento —y también hay que reformar determinado artículo del Código Penal— contra los que ejercieran la prostitución y no tuviesen ese carnet o no estuviesen dentro de esa consideración de este plan.

Tengo que hacer notar que nosotros observamos una ausencia en esta proposición no de ley, por lo que creemos que es más amplia nuestra propuesta. Decimos que instamos al Gobierno para que tome las medidas necesarias que contemplen el fenómeno social de la prostitución, tanto femenina como masculina. Es decir, no se trata sólo de que se favorezca la prevención o promoción integral de la salud, sino que además se contemple el fenómeno de la manera que sea. Eso no se dice en la proposición no de ley de la Diputada Salarrullana, por lo que estimo que es más amplia nuestra propuesta. Además, es lógico que no lo diga, porque eso, incluso, rozaría la materia legislativa de otra Comisión diferente, que podría ser, por ejemplo, la de Justicia.

Pero como lo que decimos es que se contemple, y nosotros no vamos a ser los que legislemos sobre el tema, hacemos al Gobierno la sugerencia de que tenga en cuenta que hay que regular no sólo el aspecto sanitario, sino también otros distintos. Hay que inferir en la legislación, con el amplio abanico de decretos, órdenes ministeriales, etcétera, sobre lo que convenga y afecte al problema de la prostitución, tanto femenina como masculina. Nosotros no sólo contemplamos y hemos tenido en cuenta el artículo 43.1 de la Constitución, cuando habla del derecho a la salud de todos los españoles, sino también el artículo 10.1 de la propia Constitución, que habla de la dignidad de la persona, o el 18.1, que habla del derecho al honor, y también el artículo 10.1 de la Ley General de Sanidad, que contempla la obligación para todas las Administraciones Públicas a respetar la personalidad y la dignidad humana, evitando cualquier tipo de discriminación, e incluso hemos tenido en cuenta que algunas instituciones actuales están en un proceso de transferencia de sus competencias a las comunidades autónomas. Hemos querido ser respetuosos con lo que se dice en la Constitución, con lo que se dice en la Ley General de Sanidad y con lo que debe ser nuestra filosofía en materia de administración y organización de las comunidades autónomas. En todo caso, nosotros debemos hacer una serie de consideraciones para facilitar esas medidas de control sanitario y de contemplación, por primera vez desde hace mucho tiempo, del fenómeno de la prostitución en España.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupos Parlamentarios que deseen intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo Izquierda Unida-Esquerra Catalana, tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER:** Este es un tema, como ya han abordado los oradores que me han precedido, de una enorme y amplia profundidad, tanto desde el punto de vista moral y social como desde el estrictamente sanitario. Es un tema al que quizá el propio marco de una proposición no de ley le resulta estrecho para abordarlo con toda la profundidad y con todo rigor que se merece.

Nosotros vamos a apoyar esta proposición no de ley, aun cuando queremos señalar algunos aspectos que tanto en la proposición como en la propia enmienda se contemplan con alguna de las insuficiencia de las que, a nuestro entender, adolece aún el dispositivo sanitario español, por una parte, y después expondremos el conjunto de medidas económicas, políticas, culturales y sociales que se podrían y deberían tomar con respecto a un fenómeno tan negativo como es el de la prostitución.

Por lo que respecta a los aspectos estrictamente sanitarios, la propia universalidad del sistema de salud que proclama la Constitución, y que, a nuestro entender, no queda suficientemente explicitado en la Ley General de Sanidad, viene aquí a demostrar una de sus pequeñas o grandes insuficiencias, en el sentido de que, más que considerarlo (y en esto estaríamos de acuerdo con lo que ha sido la posición del portavoz socialista) como un plan nacional dedicado a un grupo especial, se debe contemplar como un programa de salud de un sistema público universal dedicado a las personas y grupos de personas que están sometidas a riesgos especiales.

Por tanto, nosotros hubiéramos preferido hablar en la proposición no de ley de un programa nacional específico de acción positivo hacia personas, evidentemente de ambos sexos y con todas las variantes que ahí se puedan dar, sometidas a riesgos especiales en función de su dedicación profesional, de su vinculación esporádica y del riesgo que representa, tanto la dedicación como la vinculación o contacto ocasional con estas actividades.

Esto por lo que hace referencia a la cuestión estrictamente sanitaria. Pero tanto en la moción inicial, como en la enmienda propuesta por el Grupo Socialista, aunque ahora «in voce» se ha mencionado, nosotros echamos en falta no el recordar la Constitución, sino el haber avanzado un poco más y haber amparado la moción en lo que estrictamente prevé y debería prever aún mejor la Ley General de Sanidad. Hemos desarrollado ya un artículo concreto de la Constitución con la Ley General de Sanidad y, por tanto, es mucho más riguroso, y emplaza mucho más a la Administración referirse ya, a partir de ahora, a la propia Ley General de Sanidad, que no retrotraerse a los artículos más genéricos de la Constitución española.

Por lo que respecta al problema en su dimensión socioeconómica, moral, política, es evidente que este es un pro-

blema de toda la sociedad; es un problema en el que, por activa o por pasiva, por acción u omisión, creo que nadie puede tirar ninguna primera piedra, y que, por tanto, es un problema que va a continuar ahí, como decía la Diputada Salarrullana. Pero es un problema, al menos desde mi punto de vista, el progreso hacia una sociedad en la que se lograse decididamente erradicar la dependencia y la explotación del hombrè por el hombre, ha de ser uno de los caminos para eliminar esa lacra económica, social, cultural, de depedencia, en definitiva, de explotación del hombre por su propio semejante.

Es una utopía, todos lo decimos, pero es una bella utopía que merece, en todos los planos y con toda la modestia, continuar trabajando y luchando.

Por estas dos razones, nosotros vamos a apoyar esta proposición no de ley.

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

El señor **HINOJOSA LUCENA:** Señor Presidente, para anunciar que mi Grupo también va a apoyar esta proposición no de ley, como no podía ser de otra forma, dado que mi Grupo ya manifestó, en la comparecencia del Ministro en la sesión dedicada al estudio del SIDA, nuestra preocupación por este colectivo de personas que pululan por las calles sin ningún tipo de control sanitario y siendo en muchos casos portadoras de gérmenes y vehículos de expansión de determinadas contaminaciones de unas personas a otras.

Quizá tendríamos que haber concretado un poco más en qué va a consistir exactamente el plan, cuáles van a ser las medidas reales a tomar para controlar sanitariamente a este colectivo; cómo se va a hacer de manera que se respete la dignidad de las personas que están involucradas en estos temas. Hay un alto porcentaje (ya lo vimos también en esta sesión a la que hago referencia) de prostitutas que son drogadictas. No sabemos si son prostitutas drogadictas o drogadictas que se prostituyen para utilizar los recursos económicos para drogarse. El hecho es que una y otra actividad van ligadas, y habría que ver cómo se articula este que hoy llamamos plan nacional sanitario para este colectivo. Porque no bastaría con que nos quedásemos tranquilos diciéndole al Gobierno que legisle sobre este tema y quedarnos con un plan más o menos voluntarista sin llegar a las máximas consecuencias que suponen la adopción de un plan y de unos recursos, unos recursos económicos, incluso, que seguramente van a tener que habilitarse para llevarlo adelante.

No he entendido bien la intervención del portavoz socialista, porque no sé qué puede tener que ver la planificación familiar, la interrupción del embarazo y ni siquiera la cita del acuerdo celebrado en la ONU en el año 1956 que, por cierto, me permite contar una anécdota.

En el año 1956, cuando España suscribió este acuerdo, un eminente obispo de una ciudad importante me decía que este era un tema ya resuelto, porque definitivamente no sólo se evitaba la cartilla, sino que además se cerraban algunos locales. Y yo le dije: Eminencia, esta medida tomada lo que va a hacer va a ser crear más complejidad, más problemas, porque la prostitución va a ir a la calle y va a ir descontrolada.

Y esto es lo que ha ocurrido desde entonces hasta ahora. Yo no sé cómo habrá que controlar esto. Yo no sé si hay que darles o no una cartilla o un documento que las acredite como personas que ejercitan esta actividad. Lo que sí sé es que tampoco podemos quedarnos en un plan voluntarista; es decir, el que quiera, que pase por la taquilla, y se controlará sanitariamente, y el que no, que no lo haga, porque entonces vamos a ver que el problema no lo vamos a resolver. Habrá que concretar mucho, y quizá el día que el Gobierno aporte a esta Cámara un proyecto de ley en esta línea, será el momento en que tendremos que profundizar más.

Quedémonos hoy, pues, con la seguridad de que vamos a votar a favor de esta proposición no de ley para que el Gobierno tome cartas en el asunto y nos pase un proyecto más concreto.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo del CDS, el señor Revilla tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Para anunciar nuestro voto positivo respecto a la proposición no de ley que presenta el Grupo del PDP, y también nuestro apoyo a la enmienda presentada por el Grupo Socialista.

Nos parece que la enmienda, sin modificar la intención fundamental de la proposición no de ley, atenúa esta intención, y ello creemos que es bueno, por dos razones: primera, porque, efectivamente, se elude o se evita todo camino que conduzca a cualquier tipo de control en este tema, tanto si es sanitario como si es de otro tipo. Nos parece que es necesario tener siempre cuidado con todo lo que signifique pérdida de libertad. Por otra parte, porque tenemos la ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, que ofrece posibilidades para actuar en el aspecto sanitario o (como dice la proposición no de ley) en el control sanitario: porque en la misma, en su artículo 24, se habla de cómo las actividades públicas o privadas que directa o indirectamente pueda tener consecuencias negativas para la salud, serán sometidas por los órganos competentes a limitaciones preventivas.

Y el artículo 3.° es todavía más concreto, cuando dice que, con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, etcétera.

Nos parece que hay aquí un instrumento legal, además de reciente adquisición, que permite atender a cualquier situación que lo justificara en relación con el problema que estamos tratando.

No obstante, otra cosa es facilitar o promover la existencia de un documento, o carnet, sanitario voluntario. Naturalmente, no sólo no obligatorio, sino no dispuesto para ningún tipo de control. Ya existe en otros países. Se utiliza con éxito en el aspecto sanitario. Son carnets en los cua-

les sólo aparece un número y los médicos visitados por los enfermos en las diferentes clínicas que ello haya podido producirse. Recogen el diagnóstico, con indicación somera de las particularidades clínicas, las prescripciones terapéuticas que se hayan recomendado, y algo que es importante, que son los resultados de los exámenes serológicos practicados. Esto tiene ahora una importancia añadida, en relación con el tema del SIDA. Sabemos que precisamente en la prostitución anida uno de los grupos de riesgo más afectados y que, además, más pueden afectar a otros o que por su comercio, mayor peligro existe de que suceda.

Yo vuelvo a repetir aquí lo que ya dijimos el día que tratamos el tema del SIDA: en los estudios de que se dispone, por ejemplo, de las prostitutas del centro de Madrid, se ve que el ochenta por ciento son heroinómanas endovenosas y el cuarenta por ciento seropositivas, lo cual, naturalmente, exige poner, quizás, en marcha medidas que permitan que ellas de forma voluntaria faciliten a la sociedad el autocontrol de las consecuencias de su enfermedad.

Por otra parte, creemos que, en relación con esto, es necesario el apoyo no sólo sanitario sino material. Es decir, que aquellos practicantes de la prostitución que resulten contaminados por el SIDA, y no sólo contaminados, sino que desarrollen la enfermedad, tengan inmediatamente el apoyo material, como ya se está preconizando en otros países —en algunos ya se realiza—, para evitar que su desazón vital, que aumenta, el dramatismo que alcanza su vida, se convierta en algo perjudicial para el resto de los ciudadanos o, de algún modo, encubra algún tipo de agresividad no voluntaria.

Nada más sobre esto. Repetir nuestro apoyo tanto a la proposición no de ley como a la enmienda que se ha presentado.

En señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo de Coalición Popular, tiene la palabra el señor Mena-Bernal.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO:** Sin entrar en profundas disquisiciones acerca de lo que se viene conociendo como el oficio más antiguo del mundo, se ha dicho por la Diputada Salarrullana que es una lacra social. Yo entiendo que habría que hacer una distinción entre la prostitución inducida y la prostitución voluntaria. Sintetizando, sin querer tampoco entrar aquí en una disquisición científica ni hacer un discurso al respecto, porque ni es el lugar, ni el momento ni la hora, lo que entiendo que es una lacra de la sociedad, el Gobierno sí debía tomar las medidas pertinentes para que la sociedad no indujera a la prostitución que yo considero inducida. La voluntaria ya depende de la libre iniciativa de la persona, que es absolutamente intocable, y, por tanto, en clave de humor —y me refiero a la voluntaria y lo resalto y lo subrayo—, habría que aplicar ese célebre refrán castellano que dice que algo tendrá el agua cuando la bendicen. **(Risas.)**

En lo que se refiere ya, de manera concreta, a la situación que se plantea —y nosotros teníamos nuestras dudas acerca de apoyar la creación de un Plan nacional que suponíamos que, dentro del Ministerio de Sanidad, podría suponer otro aparato burocrático, etcétera, que podría originar problemas—, entendemos que la enmienda presentada por el Grupo Socialista aclara la situación; o sea que consideramos perfectos todos los puntos —y en nuestro desarrollo así está— que ha tocado el portavoz socialista con relación a los artículos de la Constitución y de la Ley General de Sanidad. No entendemos que tengan relación los otros temas que ha tocado, que pudieran ser fronterizos. Es otra cuestión y, por tanto, no vamos a entrar en su discusión. Pero, evidentemente, el que la enmienda presentada por el Grupo Socialista, a nuestro modo de ver —y por eso apoyamos la proposición no de ley con la enmienda socialista—, contemple el fenómeno social, hace que el Gobierno, desde su globalidad, pueda contemplar todo el fenómeno, porque, si no, nos introduciríamos, posiblemente, en terrenos que no son competencia de esta Comisión como podría ser Interior o Administraciones públicas y los ayuntamientos, etcétera.

Por lo que se refiere a la sanidad y a la prevención de la salud, obviamente, sí nos corresponde, y hay ya un programa en los Presupuestos que a nosotros nos parece recordar que es el 542 H de investigación sanitaria para la vigilancia de enfermedades de transmisión sexual, que tiene una dotación de 27.000 millones de pesetas, que podría ser corto (creo que nosotros lo enmendamos para aumentarlo, en su momento) y máxime ahora que ha estallado, de alguna manera, el problema del SIDA que viene a involucrar todavía más la cuestión.

Resumiendo, para evitar cansancio a SS. SS., nuestro Grupo apoya la proposición no de ley con la enmienda socialista incluida.

(El señor Vallejo Rodríguez pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE:** Señor Vallejo, no hay posibilidad de réplica. Hay una intervención nada más. Quizás a la señora Salarrullana, como proponente, y considerándose contradicha por la intervención, le daré la palabra brevemente. Y sólo si hubiera lugar a algún debate, se consideraría la petición del señor Vallejo.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ:** En el turno de portavoces ¿no podremos consumir un turno, por el Grupo Socialista?

El señor **PRESIDENTE:** No hay turno de portavoces. Lo ha consumido ya el señor Vallejo.

Señora Salarrullana, muy brevemente.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Creo que no voy a provocar ningún debate. Tranquilo. Quiero hacer unas puntualizaciones al Diputado del Grupo Socialista, pues lo creo necesario. En primer lugar, decirle que no se extrañe...

El señor **PRESIDENTE:** Señora Salarrullana, no haga puntualizaciones. Rectifique lo que se considere necesario.

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

En primer lugar, decirle que no se extrañe de que el grupo del PDP tenga estas iniciativas en la Cámara, porque hasta ahora nunca se había oído aquí la voz neta y clara de un Partido de clara ideología demócrata-cristiana. Primero, estuvo incluido y diluido su programa en UCD y, después, en el Grupo Popular. Y de ahora en adelante va a ir viendo cómo muchas veces presentamos iniciativas de este tipo.

En segundo lugar, también puntualizar que aquí estábamos hablando de prostitución masculina y femenina y ha incluido algo que es ajeno totalmente a la prostitución masculina, como es la interrupción voluntaria del embarazo, con lo cual creo que se ha salido de la cuestión. Sabe S. S. que el PDP sigue opinando lo mismo sobre la interrupción del embarazo y que, además, lo que nunca dejará de hacer es apoyar cuantas medidas ayuden a la mujer precisamente a no tener que desembolsar en un aborto.

Quería decirle también que posiblemente él no tenga los tests que tengo yo de las prostitutas —puede pedirlos al Ayuntamiento de Madrid, que los tiene—. La mayoría de ellas dice que han llegado allí por ser madres solteras, pero no echan la culpa al hijo que han tenido, sino que la echan a la marginación que ha habido en su familia y a la sociedad, que no ha sabido ayudarlas y comprenderlas. Y dicen que, si no, no hubieran caído en la prostitución.

Quiero, asimismo, decirle que en ese test se ve que la mayoría de estas mujeres tienen hijos, hijos deseados, y que, por sus malas condiciones económicas y culturales, siguen trabajando en la prostitución para ellos y para sacarlos adelante.

He dicho ya que iba a aceptar la enmienda socialista, pero tambien quiero puntualizar que encuentro una carencia en ella, qué es el plazo para que todo esto que dice la enmienda no quede en una nebulosa y en política de buenas intenciones. Me gustaría más ver un plazo o, por lo menos, ver pronto los resultados de esta instancia que se hace al Gobierno.

(El señor Vallejo Rodríguez pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE:** Me lo temía, señor Vallejo.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ:** No es sólo que he sido aludido.

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

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ:** Es que me parece que, además de por cortesía parlamentaria, debo responder a algunas sugerencias que se han hecho por otros Grupos correctamente, es decir, se ha hecho con toda perfección, aunque había también algunas imperfecciones.

Por ejemplo, en el caso del señor Espasa...

El señor **PRESIDENTE:** Señor Vallejo, no me vaya a responder uno por uno a todos los Grupos. Primero, porque no es usted el Grupo proponente, sino el enmendante; segundo, porque en cualquier caso, tanto en la primer proposición no de ley como en esta segunda, no habría habido lugar ni a la intervención del señor Palacios ni a la de la señora Salarrullana; sólo que el tema a debate era de interés y por eso abrimos un poco la mano.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ:** En ese caso sólo dos puntualizaciones para que quede clara una cosa.

En primer lugar, decirle al señor Hinojosa que no tiene nada que ver...

El señor **PRESIDENTE:** Señor Vallejo, sólo en relación a si tiene que contestar algo a la señora Salarrullana, porque, de lo contrario, ya me está pidiendo la palabra el señor Hinojosa.

Lo siento. ¿Tiene algo que decir a la señora Salarrullana?

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ:** Sí, sí tengo que decir.

El señor **PRESIDENTE:** Pues conteste.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ:** En primer lugar, tengo que decir que, si en la enmienda no hay plazo, tampoco los había en su propuesta de proposición no de ley. No decía cuándo se tenía que poner en funcionamiento el plan nacional sobre el control sanitario de la prostitución. Y no veo la necesidad de añadir en la enmienda ningún plazo.

En segundo lugar, decirle que algunas madres solteras, efectivamente, son inducidas a la prostitución, y que posiblemente acepten el hijo una vez que lo tienen, pero que si hubiese habido una ley de interrupción del embarazo que hubiese impedido tener un hijo no deseado, posiblemente no se hubieran visto después inducidas a la prostitución.

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

Acabado el debate de esta proposición no de ley, vamos a pasar a votación.

Dado que la proponente de la proposición no de ley acepta la enmienda del Grupo Socialista, votamos, en consecuencia, la enmienda del Grupo Socialista que sustituye al texto de la proposición no de ley.

Por tanto, votamos el texto de esta proposición no de ley, como queda después de aceptada la enmienda.

Efectuada la votación, fue aprobada por unanimidad.

El señor **PRESIDENTE:** Queda aprobada por unanimidad esta proposición no de ley.

POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE PROCEDA A MODIFICAR EL NUMERO 2 DE LA DISPOSICION TRANSITORIA PRIMERA DE LA ORDEN MINISTERIAL DE 28 DE MAYO DE 1984, CORREGIDA POR LA O.M. DE 30 DE JUNIO DE 1984, POR LA QUE SE MODIFICAN DETERMINADOS ARTICULOS DEL ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, REGULANDO LA FUNCION ADMINISTRATIVA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE

LA SEGURIDAD SOCIAL (PRESENTADA POR EL G.P. MIXTO-AGRUPACION IU-EC)

El señor **PRESIDENTE:** Iniciamos ahora el debate de la proposición no de ley por la que se insta al Gobierno para que proceda a modificar el número 2 de la disposición transitoria primera, de la Orden ministerial de 28 de mayo de 1984, corregida por la Orden ministerial de 30 de junio de 1984, por la que se modifican determinados artículos del estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

Para su defensa, tiene la palabra el Grupo proponente, Izquierda Unidad-Esquerra Catalana, y, en su representación, el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER:** Esta es una proposición no de ley de amplio alcance, tanto en cuanto al número de personas afectadas como, indudablemente —y supongo que será uno de los motivos que se contraargumentarán—, por la implicación económica que ello puede suponer, pero es que las motivaciones en orden a la coherencia en la reforma y mejora de la función pública y a la igualdad en el trato de todos los funcionarios y de todos los españoles por extensión merece —creíamos nosotros— la presentación de esta proposición no de ley.

Los dos criterios básicos con los que se ha abordado, y se continúa practicando, la reforma administrativa y de la función pública en nuestro país se podrían resumir en una progresiva unificación de cuerpos y escalas, por una parte, y, por otra, en una unificación, también progresiva, del personal funcionario y estatutario de la Seguridad Social con el personal funcionario de la Administración del Estado.

Hoy mismo, tratando otro tema, el Ministro de Sanidad nos hablaba de la posibilidad de equiparación de determinadas retribuciones del personal estatutario de la Seguridad Social con el personal funcionario al servicio de la Administración del Estado.

Por lo tanto, estos dos principios son genéricos y rigen en el perfeccionamiento de la función pública en nuestro país, a la luz de las últimas disposiciones legales.

En cambio, examinando esta Orden de 30 de junio, vemos que no ha sucedido así. ¿Qué es, en esencia, lo que ha pasado? Lo que ha pasado es que se dicta una Orden para proveer el cambio de cuerpos a grupos entre el personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social por un determinado baremo y se permite, en función de este baremo, que todos los funcionarios de la Seguridad Social que prestan sus servicios en instituciones sanitarias de la Seguridad Social puedan pasar del cuerpo al que pertenecen al grupo homólogo que se crea según esta nueva Orden.

Ello es así cuando la titulación exigida es la misma o ello puede ser también así cuando, con independencia de que el cuerpo de origen no se corresponda con el grupo al que se puede acceder, sí se corresponda el que la titulación exigida para la adscripción al grupo de nueva creación sea la misma que se exige para este repetido grupo.

Así se da el caso de que se puedan producir trasvases del cuerpo técnico al grupo técnico, del cuerpo de gestión al grupo de gestión y del cuerpo administrativo al grupo administrativo o al grupo auxiliar-administrativo, con la salvedad, además de que cuando en alguno de los cuerpos de origen la persona que pertenecía a estos cuerpos tenga una titulación superior y en función de ésta pueda producirse un ascenso en la escala administrativa, ésta se produzca.

Esto se hace así en todo el cuerpo de la Ley, excepto en la disposición transitoria segunda, que es la que nuestra proposición de ley pretende enmendar, donde se dice que las auxiliares administrativas de las instituciones sanitarias sujetas al Estatuto de Personal no Sanitario —es decir, no funcionarias—, éstas no podrán subir de escalón administrativo, aunque tengan la titulación académica prevista para ello.

Es decir, se produce una grave, yo diría una gravísima, discriminación entre funcionarios y personal estatutario. A los funcionarios se les puede pasar al nuevo grupo de gestión o técnico o administrativo, de reciente creación, en función de que estaban en el mismo nivel o que tenían titulación adecuada, y, en cambio, para el personal estatutario —es decir, personal no funcionario— esta segunda posibilidad —la de ascenso en función de la titulación académica que la persona haya podido adquirir después de prestar sus servicios como auxiliar administrativo— no les sirve para nada y no puede producirse el ascenso en la carrera administrativa.

Creemos que ésta es una discriminación realmente muy grave, inexplicable si no lo es sólo con el criterio del ahorro en el gasto, y que además contradice —como he dicho al principio— dos de los principios fundamentales con los que se está acometiendo toda la reforma de la función pública, es decir, unificación, en lo posible, de cuerpos y escalas, y unificación progresiva de los funcionarios y del personal estatutario de la Seguridad Social a los funcionarios de la Administración civil del Estado.

No comprendemos cómo en esta disposición que estamos comentando, la Orden ministerial de 30 de junio de 1984, se comete esta grave discriminación contra un segmento del personal, concretamente las auxiliares administrativas, a las que no se les da ninguna opción de progreso en la carrera administrativa, a pesar de tener la titulación correspondiente.

Esto, evidentemente, vulnera distintos artículos de la Constitución, concretamente los artículos 9.º, 14, 35 y 103, pero además, recientemente, con una Orden de 19 de junio de 1986, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» de 11 de julio, cuando se dicta una disposición parecida a la que estoy comentando, con respecto a la integración del personal que trabaja en los hospitales clínicos en función de la descripción de estos mismos hospitales al sistema de gestión de la Seguridad Social, del INSALUD concretamente, en esta Orden sí se prevé que cualquiera de los distintos niveles de trabajadores de los hospitales clínicos que acrediten la titulación necesaria pueda pasar a los nuevos grupos creados, que, repito, son cuatro: grupo técnico,

grupo de gestión, grupo administrativo y grupo auxiliar-administrativo. Es decir, se produce la discriminación doblemente en la orden antes comentada de 30 de junio de 1984, discriminación entre personal estatutario y personal funcionario no sanitario de la Seguridad Social; discriminación de nuevo cuando se prevé la integración de los hospitales clínicos en la red general del INSALUD; discriminación siempre basada en que no se permite a un determinado grupo de profesionales, las auxiliares administrativas, acceder a puestos de superior grado en función de la titulación que puedan poseer.

Anuncio a la Comisión que muchas de estas personas han entablado los pertinentes recursos contencioso-administrativos contra esta, en su opinión y en la mía, y de mi Grupo, grave discriminación que se ha producido en esta Orden tantas veces citada.

Es por lo que presentamos esta proposición no de ley que propone añadir un nuevo inciso a la orden de 30 de junio de 1984, en el que sí se permitiría que las auxiliares administrativas correspondientes al personal estatutario y de la Seguridad Social, si tuviesen la titulación necesaria, pudiesen acceder a los nuevos grupos que crea la Orden de 30 de junio de 1984.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupos parlamentarios que quieran intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo de Coalición Popular, tiene la palabra el señor Lucas.

El señor **LUCAS JIMENEZ:** Siguiendo, lógicamente, con nuestro programa, que, desde luego, no es diluido, como tendremos ocasión de demostrar dentro de mes y medio, así como todos los Grupos, quiero hacer constar, en primer lugar, que hay que reseñar que la proposición no de ley que se presenta por parte de Izquierda Unida-Esquerra Catalana anecdóticamente se presenta por segunda vez en el plazo de diez días, y ello porque cuando se presentó en un principio tenía un defecto de forma, ya que, tras exponer el contenido de la misma, los proponentes se olvidaron de instar al Gobierno a tomar medida alguna.

Señalando lo anterior y entrando en el fondo del tema, hay que reseñar que la Orden del 28 de mayo de 1984, corregida por la de 30 de junio, contempla una normativa reguladora propia de la función administrativa para el personal no sanitario de la Seguridad Social hasta la fecha inexistente.

Ahora bien, hay que tener en cuenta las características de este personal al que se le da una nueva regulación en el año 1984, ya que en su mayor parte es personal funcionario de las estructuras de la Seguridad Social adscrito a instituciones sanitarias.

El caso de los auxiliares administrativos es bastante distinto, ya que el personal auxiliar administrativo no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social ha sido regulado con anterioridad en las sucesivas modificaciones del Estatuto del Personal no sanitario, dándose la calificación, ya en el año 1978, de auxiliar administrativo y definiendo netamente sus funciones y formas de promoción en la Orden de 21 de mayo de 1980.

Parece, pues, lógico que se sigan manteniendo las diferencias que se tratan de suprimir cuando la problemática —y éste es el nudo gordiano del tema— de la forma de ingreso o adscripción en su caso ha sido distinta. Profesionalización de la Administración, acceso a la función pública, carrera administrativa, los términos tan traídos y llevados en ésta y en casi todas las Comisiones son los que traigo aquí a colocación sobre las formas de acceso a la función, sobre todo si se tiene en cuenta, además, que esta problemática fue negociada en su momento con las centrales sindicales cuando se elaboró la Orden que ahora trata de modificarse.

En todo caso, los auxiliares administrativos perfectamente definidos en la normativa anterior se equiparon plenamente al grupo auxiliar administrativo cuya titulación es la equivalente a la de este personal citado. Dicho de otra manera: estaríamos de acuerdo con la proposición no de ley si los requisitos de acceso a la función pública hubieran sido un régimen de absoluta igualdad entre todos los que se hubieran encontrado en su misma situación.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Fernández Martín.

El señor **FERNANDEZ MARTIN:** Señor Presidente, la diferencia en el trato reflejada en la disposición transitoria primera de las Ordenes ministeriales de 28 de mayo y 3 de junio de 1984 entre personal proveniente de la estructura funcionarial de la Seguridad Social y el personal procedente del grupo servicios especiales del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias, es lo que han inducido a la Agrupación Izquierda Unida-Esquerra Catalana, presentar esta proposición no de ley, con el fin de reparar lo que consideran grave discriminación que lesiona los intereses de uno de los grupos de trabajadores.

Pues bien, el Grupo Socialista no considera que el segundo de los colectivos, es decir, el personal de servicios especiales se encuentre discriminado con respecto a los auxiliares administrativos de la Seguridad Social que prestan servicios en las instituciones sanitarias, ya que para que exista discriminación hay que partir de supuestos homogéneos, como son la forma de ingreso, dificultad del mismo, formación y cualificación de uno y otro colectivo, etcétera.

Que son evidentes las diferencias entre ambos colectivos lo corrobora el acuerdo a que se llegó entre la Administración y las centrales sindicales que tuvieron una activa participación en la elaboración de la Orden ministerial de 28 de mayo, según figura en su preámbulo.

Además, creemos que no es conveniente la modificación de la disposición transitoria primera de la Orden, teniendo en cuenta que está en trámite de elaboración el estatuto marco al que se refiere el artículo 84 de la Ley de Sanidad, en el que se contempla con carácter general los sistemas de promoción interna.

Por otra parte, debo añadir que la disposición transitoria segunda de la aludida Orden establece un turno restringido para el personal fijo de instituciones sanitarias de hasta un 50 por ciento de las vacantes que se convoquen,

en el que pueden participar incluso personal que, sin obtener la titulación requerida el grupo al que se concursa, tenga una experiencia de cinco años, lo que garantiza ampliamente la promoción en la carrera administrativa.

Así pues, no nos parece conveniente asumir el contenido de la proposición no de ley que estamos tratando cuando en un futuro próximo la promoción interna se articulará, previsiblemente, con unos parámetros distintos.

Por todo ello nos vamos a oponer, con nuestro voto, a la proposición no de ley presentada por la Agrupación de Diputados de Izquierda Unida-Esquerra Catalana.

El señor **PRESIDENTE:** Acabado el debate vamos a pasar a la votación de la proposición no de ley presentada por Izquierda Unida-Esquerra Catalana.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, uno; en contra, 18; abstenciones, cuatro.

El señor **PRESIDENTE:** Queda rechazada la proposición no de ley.

Habiéndose acabado los puntos del orden del día previsto para la sesión de hoy, día 7, levantamos la sesión hasta mañana día 8, a las diez de la mañana.

Eran las seis y diez 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