CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1987 | III Legislatura | Núm. 118

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión celebrada el martes, 28 de abril de 1987

ORDEN DEL DIA

Comparecencia del señor Secretario General de Asistencia Sanitaria (Arrojo Martínez) (número de expediente 213/000012).

Contestación por parte del señor Secretario General de Asistencia Sanitaria a la siguiente pregunta:

— Sobre conflicto de funcionamiento del Hospital General de Lugo, formulada por el señor Carro Martínez (Grupo Parlamentario Coalición Popular) («Boletín Oficial de las Cortes Generales», número 59, Serie D, de 2 de abril de 1987) (número de expediente 181/000228).

Comparecencia del señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo (Hernández Gil) para contestar a las siguientes preguntas:

— Sobre situación de los veterinarios al servicio de la Administración, formulada por el señor Buil Giral (Grupo Parlamentario del CDS) («Boletín Oficial de las Cortes Generales», número 65, Serie D, de 14 de abril de 1987) (número de expediente 181/000243).

— Sobre previsiones del Gobierno en relación con la necesidad de adecuar el mercado farmacéutico español a las

directivas comunitarias 75/318 y 75/319, formulada por el señor Revilla Rodríguez (Grupo Parlamentario del CDS) («Boletín Oficial de las Cortes Generales», número 66, Serie D, de 23 de abril de 1987) (número de expediente 181/000248).

Comparecencia del señor Director General de Farmacia y Productos Sanitarios (Lobo Aleu) (número de expediente 213/000013).

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

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

El señor **PRESIDENTE:** Señorías, se inicia la sesión con la comparecencia del señor Secretario General de Asistencia Sanitaria, a petición del Grupo de Coalición Popular. Damos la bienvenida a esta Comisión a don Eduardo Arrojo y le cedemos la palabra para que exponga el motivo de su comparecencia.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señorías, quiero agradecerles la posibilidad que se me brinda de poder comparecer ante esta Comisión en lo que respecta a la parcela sanitaria que me compete gestionar, ante su requerimiento, para que les informe sobre la situación actual de la sanidad española y vías de solución de los conflictos y problemas planteados en la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria, en la planificación, impulso y coordinación del estatuto-marco.

Comenzaré exponiéndoles el entorno donde he enmarcado esta disertación, con el fin de facilitar la mutua comprensión. Para ello, haré una breve referencia a aquella parte de la Ley General de Sanidad que afecta a las competencias que ejerzo más directamente, explicitando los objetivos perseguidos, para llegar posteriormente y de una manera más detallada a un breve comentario sobre el Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, que ha sido publicado el pasado 16 de abril. Terminaré con un análisis de la evolución de los conflictos y una descripción de los trabajos iniciados en relación con la elaboración del estatuto-marco del personal de instituciones sanitarias.

Objetivos de la reforma sanitaria y logros. Como SS. SS. conocen, el Excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo, en su voluntaria comparecencia ante esta Comisión, el 7 de abril de 1987, estableció una serie de objetivos a alcanzar para conseguir hacer efectiva la reforma sanitaria. Habida cuenta del tenor literal de la pregunta, y a riesgo de ser reiterativo, parece conveniente recordar, aunque sea someramente, cuáles eran los objetivos expuestos por el señor Ministro, expuestos hace sólo viente días. Son los siguientes: potenciación y transformación de la atención primaria a través de los equipos de atención primaria ubicados en centros de salud; mejora de la coordinación entre la atención primaria y la asistencia hospitalaria; simplificación de los regímenes de prestación de servicios; gestión profesionalizada de los hospitales públicos; sistema retributivo como GENICE, del sector sanitario con el resto del sector público, superando la desigualdad actual que permita la aplicación de la Ley de incompatibilidades en el contexto del estatuto-marco que prevé la Ley General de Sanidad; accesibilidad a la misma calidad asistencial para todos los españoles por igual mediante una adecuada política de inversiones.

El Ministro de Sanidad y Consumo en su comparecencia recordaba que todo este proceso no puede culminarse en un breve lapso de tiempo y que estos objetivos están enmarcados en la constitución de un sistema nacional de salud, como establece la Ley General de Sanidad, integrado por los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas. Haré posteriormente un breve repaso sobre el grado de ejecución de estos objetivos en el ámbito de gestión que corresponde a esta Secretaría General de Asistencia Sanitaria.

En relación con la potenciación de la atención primaria de salud, puedo decirles que en enero de 1987 se habían puesto en funcionamiento 306 equipos de atención primaria, estando previsto alcanzar una cobertura asistencial superior al 30 por ciento de la población durante el presente año en el ámbito de gestión directa del INSALUD.

En lo que respecta a la mejora de la coordinación entre la atención primaria y la asistencia especializada, ésta se conseguirá tanto mediante el Real Decreto sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, al cual me referiré posteriormente, como mediante el reforzamiento del apoyo de la asistencia especializada a la atención primaria. Instrumentos específicos de este apoyo son las 66 unidades de salud mental y las 79 unidades básicas o centros de orientación familiar que se habían puesto en funcionamiento hasta febrero de 1987.

En cuanto a la simplificación de los regímenes de prestación de servicios, únicamente quiero recordar los procesos de jerarquización, de especialistas y formación de equipos de atención primaria, que han incorporado a más de 4.000 profesionales a un trabajo en equipo, con una jornada laboral de cuarenta horas semanales. Más tarde, al referirme al estatuto-marco, pondré mayor énfasis en este aspecto.

La gestión profesionalizada en los hospitales será objeto de análisis en el segundo apartado de esta interven-

ción, mientras que, igualmente, la descripción del sistema retributivo será objeto de un análisis posterior.

La accesibilidad a la misma calidad asistencial, mediante una adecuada política de distribución de inversiones, fue comentada asimismo por el excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo. El documento de inversiones en hospitales —que puedo poner a disposición de SS. SS. si no obra ya en su poder—, que se presentó a la opinión pública en febrero de 1987, recuerda la construcción de nuevos hospitales en Las Palmas, Torrelavega, Ponferrada, Alcázar de San Juan, Santiago de Compostela, Verín, Vinaroz y Requena; estando en estudio en estos momentos la construcción del segundo hospital en Mallorca, así como las ampliaciones de Llerena y Don Benito, o las importantes remodelaciones de otros 22 hospitales. Estos objetivos básicos tendentes a la constitución del sistema nacional de salud, como establece la Ley General de Sanidad, tienen, a mi juicio, importantes grados de realización. Pasaré a continuación a hacer algunos comentarios sobre el reciente Decreto sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD. La promulgación del Real Decreto número 521/1987, por el que se aprueba el Reglamento de hospitales del INSALUD, tiene, a mi juicio, una gran importancia, por dos motivos: En primer lugar, como se verá, es un instrumento necesario para alcanzar objetivos importantes de reforma sanitaria; en segundo lugar, resuelve positivamente —posiblemente de forma definitiva—, tras el informe del Consejo de Estado, los problemas de legalidad que ponían en cuestión la introducción de la figura del gerente en nuestros hospitales.

Como SS. SS. conocen, la presunta ilegalidad de la figura del gerente ha sido manejada para contribuir a la génesis del conflicto sanitario que se ha vivido en fechas recientes y, por tanto, la resolución definitiva de los problemas legales contribuirá en gran medida a la normalización del sector.

Por otra parte, y tras haber introducido durante el trámite de audiencia numerosas sugerencias de los Colegios de Médicos, Colegios de ATS y otras organizaciones, como la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, por manifestaciones públicas de los máximos responsables de la organización médico colegial, se señala una amplia coincidencia de esta corporación con la norma aprobada.

Creo que se deben destacar tres aspectos en el Real Decreto aludido. En primer lugar, la vinculación de los hospitales del INSALUD en las áreas de salud, en cumplimiento del artículo 65 y concordantes de la Ley General de Sanidad. En segundo lugar, la profesionalización de la gestión a través de la introducción de la figura de la gerencia, de la cual —como seguramente ustedes saben— dependen las direcciones médica, de enfermería, de gestión y de servicios generales. En tercer lugar, la creación de instrumentos de participación de todos los interesados en el mecanismo de toma de decisiones, contribuyendo a fijar los objetivos de los hospitales así como controlando la gestión. Este objetivo se alcanza a través de los siguientes órganos colegiados: la comisión de participación hospitalaria, con funciones no meramente asesoras, donde están representados, entre otros, comunidades autónomas, ayuntamientos, personal del hospital, organizaciones sindicales y empresariales, asociaciones de consumidores y usuarios del área de salud y, en los casos de hospitales universitarios, la junta de gobierno de la universidad; la junta técnico-asistencial, como órgano de participación y asesoramiento de los profesionales del hospital en todas aquellas materias que inciden directamente en las actividaades asistenciales, en la información de los planes anuales de universidades, en la elaboración y propuesta a la comisión de dirección de acciones y programas para la mejora de la organización, funcionamiento y calidad del hospital y sus servicios y unidades; la comisión central de garantía de calidad, de la cual dependen las comisiones clínicas que tienen por objeto poner en práctica un plan integrado para garantizar una óptima calidad de los hospitales; y, finalmente, la comisión de bienestar social, que tiene por función velar por el bienestar y atención general al paciente, analizar la recogida de información por el servicio de atención al paciente y examinar todos aquellos aspectos específicos que pueden mejorar la asistencia, especialmente los relativos a dietas alimentrias, hostelería, visitas a familiares, encuestas de hospitalización, etcétera. Por tanto, esta comisión de bienestar social es la responsable de impulsar las diferentes acciones que se han encuadrado en el llamado Plan de humanización de la asistencia en nuestras instituciones sanitarias.

Voy a referirme a continuación a la evolución de la conflictividad sanitaria en estos últimos tiempos. Un aspecto contenido en la solicitud de comparecencia solicitada por el Grupo Popular es el análisis de las posibles vías de solución de la conflictividad sanitaria. Me referiré en este apartado a los aspectos que están más en relación con el ámbito de gestión de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria y, más concretamente, a las huelgas convocadas en el INSALUD por las centrales sindicales. Creo que puede ser ilustrativo hacer un breve repaso del calendario de los conflictos.

En octubre de 1986, tras un paréntesis motivado por las elecciones legislativas de julio y la aprobación de la Ley General de Sanidad —fue una de las últimas leyes aprobadas en la anterior legislatura—, se reinicia la actividad de la mesa de seguimiento de los acuerdos suscritos por las centrales sindicales en el mes de abril. Esta Mesa de seguimiento está compuesta por las centrales sindicales más representativas: Unión General de Trabajadores, Comisiones Obreras, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, ELA-STV y Sindicato Gallego de Sanidad.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 1986 se da cumplimiento a alguno de los acuerdos pactados por las centrales sindicales. La Unión General de Trabajadores y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos proponen una modificación del sistema retributivo del personal del INSALUD, modificación basada en el esquema de la Función pública. Los sindicatos que componen la Mesa denuncian la aplicación del complemento de jornada laboral de mañana y tarde percibido por, aproximadamente, el 15 por ciento de los médicos de los hospitales.

El 13 de enero de 1987 se formaliza la negociación con las centrales sindicales de cara a la elaboración del estatuto-marco para el personal sanitario. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, el INSALUD prorroga, sin ampliar el número de concesiones, la percepción del complemento de jornada laboral de mañana y tarde hasta la publicación de la Orden ministerial de retribuciones.

En enero de 1987, el Tribunal Supremo anula, por falta de rango normativo, las órdenes ministeriales sobre las que se asentaba la reforma hospitalaria y, más tarde, la Orden ministerial por la que se establecía el complemento de jornada laboral de mañana y tarde. El día 16 de abril fue publicado el Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, al cual me he referido hace unos momentos.

La Coordinadora de hospitales hace públicas sus reivindicaciones, comenzando un período de movilizaciones en asambleas de médicos hospitalarios que culmina, a finales de febrero, con la convocatoria de huelga para los días 10, 16 a 18, 26 a 28, 30 y 31 de marzo. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos convoca una asamblea para el día 6 de marzo al objeto de estudiar su posible participación en las movilizaciones. Las convocatorias para la huelga eran de carácter genérico en defensa de la calidad de la asistencia.

El 4 de marzo se hace entrega a las centrales sindicales de la propuesta sobre el modelo retributivo como un apartado específico del estatuto-marco. En esta propuesta no se concretan las retribuciones, al tratarse únicamente de establecer un sistema que adapta la estructura del sistema retributivo de la Función pública a las peculiares características del servicio sanitario.

El día 6 de marzo la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos convoca huelga para los días 17 y 18 del mismo mes, fecha en la que coinciden las convocatorias de huelga de este sindicato con la Coordinadora de hospitales. Posteriormente, las convocatorias de huelga de Comisiones Obreras también coincidirán con las del Sindicato Médico y las del movimiento asambleario de los médicos de los hospitales.

Del seguimiento de la evolución de las huelgas convocadas se puede extraer las siguientes notas que, a mi juicio, son las más relevantes. En primer lugar, habría que destacar el alto grado de cumplimiento de los servicios mínimos establecidos, así como la ausencia de incidentes importantes, exceptuando casos aislados. Los datos sobre seguimiento, con un alto grado de concordancia entre fuentes de la Administración y las centrales sindicales, que ha sido resaltado por la prensa, muestran un alto grado de participación de los médicos hospitalarios, mientras que la participación es baja en médicos extra-hospitalarios, del 8 al 20 por ciento; en ATS, del 8 al 18 por ciento; y, en el resto del personal, del 5 al 15 por ciento.

El porcentaje más alto de participación de los médicos hospitalarios se produce en los días 18 y 27 de marzo con convocatoria de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, llegando a un 67-71 por ciento sobre el total de los médicos que trabajan en los hospitales del INSALUD. Finalmente, hay una tendencia a disminuir esta participación en la medida en que se han ido aceptando las ofertas salariales, así como distintos aspectos del estatuto-marco.

El 19 de marzo, el Colegio de Médicos, la Coordinadora de Hospitales, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y el sindicato médico FESIME firman un acuerdo en el cual se manifiestan solidarios con las diferentes reivindicaciones.

El 25 de marzo dos de las centrales sindicales presentes en la Mesa de negociación (Unión General de Trabajadores y el Sindicato ELA-STV) llegan a un acuerdo con la Administración en cuanto al modelo retributivo y a la formación profesional, así como a las cuantías mínimas por cada grupo profesional, que son las siguientes: médico adjunto y homólogos del Grupo A, con dedicación exclusiva, 3.343.656 pesetas; ATS de instituciones hospitalarias, 1.604.650 pesetas; ATS de ambulatorios y consultorios, 1.501.438 pesetas; Grupo C, técnicos especialistas y homólogos, 1.311.562 pesetas; Grupo D, auxiliares de enfermería y homólogos, 1.147.286 pesetas; y Grupo E, subalternos y homólogos, 1.080.666 pesetas.

El día 10 de abril el Sindicato Gallego de Sanidad llega a un preacuerdo con la Administración en el que se acepta el sistema retributivo propuesto por ésta contenido en el acuerdo firmado por UGT y ELA-STV; este preacuerdo se encuentra en la actualidad pendiente de ratificar. Me consta que hay reuniones esta mañana entre personal, directores generales de la propia Secretaría General de Asistencia Sanitaria y el propio Sindicato Gallego en orden a ratificar el preacuerdo aludido.

En las primeras horas del 25 de abril, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos llega a un acuerdo con la Administración en el que se acepta el modelo retributivo propuesto, con una serie de especificaciones para el personal médico. Este acuerdo es suscrito también por UGT y ELA-STV. En todos los acuerdos firmados con las centrales sindicales existe el compromiso de avanzar en el proceso de negociación del estatuto-marco, que será objeto del último apartado de mi intervención.

Como conclusión, y una vez analizado el seguimiento del conflicto, creo que se pueden afirmar las siguientes cuestiones: Las movilizaciones que comenzaron bajo lemas genéricos, como el de la calidad de asistencia, han ido centrando sus reivindicaciones en aspectos más laborales como el sistema retributivo, cuantías retributivas y el estatuto-marco. Se ha logrado un acuerdo básico con tres de las cinco organizaciones sindicales más representativas en el INSALUD. Unión General de Trabajadores, ELA-STV y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos; así como un preacuerdo con el Sindicato Gallego de Sanidad. Unicamente Comisiones Obreras queda al margen de estos acuerdos. La invitación a sumarse se le ha reiterado incluso en el día de ayer. Como dato, debo recordar a SS. SS. que esta central sindical no ha firmado un acuerdo con el INSALUD desde octubre de 1982.

A través de estos acuerdos se han sentado las bases para una negociación más ágil del estatuto-marco. Durante el

período analizado, la Administración sanitaria ha combinado una actitud dialogante con la firmeza en la necesidad de modificar profundamente el sistema retributivo del personal sanitario en el marco del citado desarrollo del estatuto-marco. En este sentido, los acuerdos firmados se fundamentan en el sistema retributivo propuesto por la Administración sanitaria el día 4 de marzo, al que ya he hecho alusión.

Por último, los acuerdos firmados cumplen, a nivel del sistema retributivo y cuantía de retribuciones, los objetivos establecidos por el excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo en su comparecencia el pasado 7 de abril y que, como ustedes recordarán, eran las siguientes. Con el nuevo sistema retributivo se pretendía incrementar el rendimiento funcional de los servicios objetivando la calidad asistencial docente e investigadora a través de una mayor dedicación a las funciones asignadas; una racionalización de la prestación del servicio, estableciendo indicadores de evaluación objetivos, y una plena utilización de los recursos. Se pretendía asimismo mejorar las retribuciones a través de la simplificación y trasparencia de los conceptos retributivos, de la valoración adecuada de la dedicación exclusiva y de la incentivación de la eficacia y calidad en la asistencia prestada.

El acuerdo firmado el 25 de abril con la Unión General de Trabajadores, ELA-STV y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos concreta, en cifras, los criterios antes expuestos en cuanto al personal médico hospitalario. De este acuerdo se pueden destacar los siguientes aspectos. En primer lugar, se crea un complemento específico, que conlleva la dedicación exclusiva al sistema sanitario público, por cuantías de 900.000 pesetas anuales, para el médico adjunto; un millón de pesetas, para el jefe de sección; y un millón cien, para el jefe de servicio y departamento. En segundo lugar, se distribuyen los 4.000 millones de pesetas destinados a complemento de productividad para los facultativos, para incentivar el logro de objetivos institucionales contemplados en el anteriormente mencionado Real Decreto sobre hospitales, como son la puesta en funcionamiento de la junta técnico-asistencial, comisiones de control de calidad, etcétera, así como el desarrollo de programas de apoyo a la atención primaria en áreas de salud, a la que ya antes me he referido. Y, en tercer lugar, se racionaliza el sitema actual de guardias médicas, a través de la creación del complemento de atención continuada.

Paso a referirme a la elaboración del anteproyecto del estatuto-marco del personal de las instituciones sanitarias. Señorías, voy a referirme al citado anteproyecto en los mismos términos —y, a veces, incluso con las mismas palabras— en que ya lo ha hecho el excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo en repetidas ocasiones.

Es conocido por todos el interés que ha despertado el citado anteproyecto de estatuto-marco, de cuya necesidad podríamos decir, sin temor a equivocarnos que todos estamos de acuerdo. La importancia de esta norma se deduce tanto por afectar a un sector público como es el sanitario, basado en la prestación personal de servicios, como por la importancia numérica del colectivo involucrado: 267.591 personas, de las cuales 60.032 son médicos; 136.237, personal auxiliar sanitario; y 71.322, personal no sanitario, contando únicamente al personal empleado en el INSALUD, Instituto Catalán de la Salud, IRRASA, y no así al de otras Administraciones públicas.

Como ya he reiterado a lo largo de esta comparecencia, existe, como todos ustedes conocen, un mandato legal, expuesto en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, que obliga al Gobierno a aprobar un estatuto-marco que contenga la normativa básica aplicable al personal no funcionario del INSALUD, es decir, aquél que se encuadra en alguno de los siguientes estatutos de personal: el estatuto jurídico de personal médico de la Seguridad Social, aprobado por Decreto en el año 1966; el estatuto de personal sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social, aprobado por Orden ministerial de 1973; y el estatuto de personal no sanitario al servicio de instituciones sanitarias, aprobado por Orden ministerial de 1971. Asimismo, es de aplicación a aquel personal de las entidades gestoras de la Seguridad Social que asuman servicios no transferibles o se encuadren en los servicios de salud de las comunidades autónomas —repito literalmente la Ley General de Sanidad—. El artículo 84 de la Ley General de Sanidad especifica que el citado estatuto-marco contendrá las normas sobre los siguientes aspectos: clasificación, selección y provisión de puestos de trabajo; situación, derechos, deberes y régimen disciplinario; e incompatibilidades y sistema retributivo.

La especificación de todas las funciones descritas para los distintos estamentos se establecerá en sus respectivos estatutos, que se mantendrán como tales. Asimismo, las normas de las comunidades autónomas, en materia de personal, se ajustarán a lo previsto en el citado estatuto-marco.

Se solicita en la pregunta que formula el Grupo Popular la planificación del estatuto-marco. La tramitación del citado estatuto es necesariamente compleja. El anteproyecto de estatuto elaborado por la Administración, y que está a su disposición, ya ha sido entregado a las comunidades autónomas en el seno del consejo interterritorial del sistema nacional de la salud, y precisamente lo ha sido en su primera sesión constitutiva que, como ustedes conocerán, se celebró el 7 de abril de 1987. Asimismo, ha sido, hace ya bastantes días, distribuido a las centrales sindicales.

El proyecto que de todo ello resulte ha de ser informado por la comisión superior de personal, por el consejo interterritorial del sistema nacional de la salud y, finalmente, por el Consejo de Estado. Por ello es difícil adelantar la fecha probable de publicación de esta importante norma, si bien es interés de la Administración sanitaria su rápida tramitación, puesto que creemos que será un instrumento eficaz para normalizar las relaciones de trabajo dentro del sector, así como para despejar incertidumbres al personal sanitario.

En el citado anteproyecto se cumplen los objetivos que dimanan de la Ley General de Sanidad con respecto a su elaboración, es decir, la formación de los cauces que permitan la libre circulación de todo el personal entre los ser-

vicios de salud de las comunidades autónomas —hay que añadir, una vez más, que se trata de posibilitar el libre ejercicio de un derecho y no la potestad discrecional de la Administración de hacer traslados forzosos—, así como la homogeneización de la normativa de personal sanitario con la del resto de las Administraciones públicas, superando deficiencias y aspectos obsoletos de los estatutos de personal existentes, todos los cuales datan —y esto es importante— de normas dictadas antes de la promulgación de nuestra Constitución de 1978.

Del anteproyecto actual habría que destacar algunas innovaciones con respecto a la normativa vigente, que pasó a enunciar, aunque sea muy sucintamente. En primer lugar, la existencia del consejo interterritorial del sistema nacional de salud, que garantiza la coordinación en todo el sistema sanitario de la normativa dimanante del estatuto-marco; la unificación de la jurisdicción competente, en materia de resolución de conflictos, optando el borrador por la jurisdicción contencioso-administrativa; el establecimiento de un registro de personal, inexistente hasta la actualidad, clasificando el personal de acuerdo con la titulación académica exigida para el ingreso en cada puesto de trabajo y según los cinco grupos utilizados para el resto de las Administraciones públicas; el establecimiento de un sistema único de ingreso mediante concurso-oposición para todas las categorías de personal, que se complementa explícitamente con la promoción de personal, pudiendo reservar hasta el 50 por ciento de las plazas convocadas para turnos de promoción interna correspondientes al personal estatutario fijo, lo cual representa una novedad estatutaria.

Se incluyen, asimismo, todas las categorías en los concursos de méritos que acompañan a la solicitud de traslado voluntario. Como ustedes saben, hoy esta posibilidad está reservada sólo a algunas categorías.

Por otra parte, y de acuerdo con la Ley General de Sanidad, que es explícita en este sentido, se fijan los procedimientos objetivos para cambios de puestos de trabajo, dentro del área de salud, por necesidades imperativas de organización sanitaria, con respecto de las condiciones laborales y económicas. Se establece la jubilación forzosa a los sesenta y cinco años, lo cual se aplicará progresivamente mediante ayudas individuales a las personas que se jubilen en los próximos cinco años, se entiende siguientes a la promulgación del estatuto. Se simplifica el régimen de situaciones administrativas y se recogen derechos no contemplados hasta ahora; se mantiene el actual régimen de incompatibilidades.

En cuanto a derechos y deberes disciplinarios, se incluye el principio de audiencia al interesado antes de la imposición de cualquier sanción por falta cometida. Y quizá un capítulo aparte merece la racionalización y unificación de los sistemas retributivos existentes que, en mi opinión, anteriormente ha sido objeto de detenido análisis.

A modo de conclusión establecería las siguientes puntualizaciones. En primer lugar, agradezco al Grupo Popular la oportunidad que me brinda para exponer la evolución de la situación sanitaria desde la comparecencia voluntaria del Excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo, celebrada el pasado 7 de abril, hasta la actualidad, día 28 de mismo mes. Creo que en este breve «lapsus» de tiempo se han producido importantes avances en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, y esta afirmación se sustenta, a mi juicio, en el breve análisis anterior, que puede resumirse en las siguientes conclusiones.

En primer lugar, y con objeto de afianzar la reforma sanitaria, se sigue avanzando en los diferentes aspectos de la asistencia sanitaria, especialmente en la puesta en funcionamiento de los equipos de atención primaria. Se ha elaborado un completo plan de inversiones en hospitales para el año 1987, que supone un importante esfuerzo en la dotación de instalaciones y equipamientos hospitalarios. Hay que recordar que la escasez de inversiones también ha sido invocada como causa de malestar de los profesionales sanitarios. Se han puesto bases normativas firmes en el proceso de reforma hospitalaria, lo cual tiene como pilares la vinculación de los hospitales al área de salud, reflejado claramente en las disposiciones generales del Decreto aludido sobre hospitales, la profesionalización de la gestión y la participación de los usuarios y el personal en el mecanismo de toma de decisiones, así como la garantía de calidad en la asistencia y el control de la gestión. Se ha logrado un acuerdo con la práctica totalidad de las centrales sindicales más representativas, por lo que es previsible la pronta normalización de los servicios sanitarios públicos. Se ha elaborado un anteproyecto de estatuto marco del personal sanitario, habiéndose entregado a las comunidades autónomas y organizaciones sindicales, iniciando su andadura la elaboración de la que, probablemente, sea una de las normas más importantes para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Espero, señorías, que este breve informe sobre la situación sanitaria actual, así como los avances realizados en la resolución de los conflictos habidos, permitan en breve plazo alcanzar el óptimo funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, los cuales deben tener por objeto principal su contribución a garantizar el derecho a la protección de la salud para todos los españoles, establecido en el artículo 43 de nuestra Constitución, objetivo que estimo es compartido tanto por la Administración como por los distintos Grupos Parlamentarios.

Señor Presidente, señorías, quedo a su disposición para contestar las preguntas que estimen conveniente hacerme.

El señor **PRESIDENTE:** Iniciamos ahora el turno de portavoces. ¿Señores portavoces que quieran hacer uso de la palabra? **(Pausa.)**

Por el Grupo proponente de la comparecencia, el Grupo Popular, tiene la palabra doña Celia Villalobos.

La señora **VILLALOBOS TALERO:** Muchas gracias, señor Secretario General, por su asistencia a esta Comisión.

En primer lugar, yo querría felicitar al señor Secretario General por lo rápido que ha aprendido, desde la com-

parecencia en la Comisión de Presupuestos al día de hoy. A mí me da la sensación de que todo el equipo del Ministerio ha hecho un cursillo intensivo de cómo decir las mismas cosas, venga quien venga y en el momento que venga. En ese sentido, yo tengo que felicitar al señor Ministro y a todo su equipo porque, efectivamente, tienen una magnífica escuela. Pero el tema no era ése, señor Secretario General.

Usted ha repetido, respecto a los objetivos del Ministerio, las mismas palabras —yo creo que lo ha copiado; debe ser que los discursos los hace la misma persona —y en el mismo orden en que las pronunció el señor Ministro de Sanidad. Pero yo le voy a decir una cosa, señor Secretario General: yo no le he llamado a comparecer para que me cuente usted las huelgas de los hospitales. Yo comprendo que usted quiera aprovechar para explicar algo que sucedió antes de ayer: que el sábado llegó a un acuerdo con una serie de sindicatos en un tema retributivo; tema para el que yo no he pedido su comparecencia, porque como yo creo en la libertad de las partes, éste es un tema entre los trabajadores y la patronal, y en este caso es usted la patronal, no yo. Yo le he llamado a usted para que me hablara de la asistencia hospitalaria y de la política general de su Secretaría General, y de eso usted no me ha dicho absolutamente nada. Siguiendo la línea que yo le planteé en la comparecencia de presupuestos, cuando le hablaba de la falta de inversión en los presupuestos de asistencia sanitaria —ya que la asistencia sanitaria es su responsabilidad más directa—, me da la sensación de que aquí se vuelve a producir algo que ya se viene haciendo durante muchos años, que es el incumplimiento de los presupuestos previstos en la propia Ley de Presupuestos. Usted me manda a mí una respuesta a una pregunta escrita, que le reitero varias veces, en la cual me dice que la liquidación del INSALUD es un tanto por ciento superior. El señor Ministro y usted mismo, en su comparecencia aquí, en esta misma Comisión, nos dice que el crecimiento de inversiones en el INSALUD es de un 10 por ciento. Sin embargo, me reconoce en una pregunta, que precisamente me llegó ayer, que el incremento en el presupuesto de INSALUD es del 1,64 por ciento. Esto me lo acaba de enviar el Ministerio de Sanidad. Claro que como se contradicen continuamente en sus respuestas a las preguntas escritas, a lo mejor es que, efectivamente, es el 10 y este señor se ha equivocado al contestarme. Pero, efectivamente, se repite continuamente la falta de cumplimiento de los presupuestos y, además, siempre sucede en los mismos temas, en Farmacia y en Concertados, de los que a usted le da cierto miedo hablar.

A mí me da la sensación de que ustedes tienen un concepto economicista muy claro, pero de racionalización económica ninguno. Y, claro, a mí no me extraña, en función de esta falta de medios económicos para la sanidad y de incumplimiento continuos de los propios presupuestos, que exista una degradación —yo no le quiero llamar caos— de la situación hospitalaria hoy en España. A un año de la promulgación de la Ley de Sanidad, a mí me ha extrañado mucho que el señor Secretario General no haya hecho ninguna alusión a esto, y no haya explicado qué evolución ha tenido hasta ahora en los hospitales la aplicación de la Ley de Sanidad, que es algo que a mí me preocupa grandemente.

Uno de los temas básicos de la Ley de Sanidad era la libre elección de médico, que es un tema que, como usted comprenderá, a nuestro Grupo Parlamentario también le preocupa mucho, y además era un «slogan» de la propia Ley en aquellos magníficos trípticos que ustedes publicaban cuando la Ley se discutió aquí.

La contestación a esta reiterada pregunta de esta Diputada a ese Ministerio consiste en decirme y volver a decirme que ustedes no ejercen la libre elección de médico, cumpliendo la circular de 3 de enero de 1984, y me lo reiteran, además, insistentemente el Ministro, tanto en comparecencias como en preguntas escritas. Y como después el señor Ministro me acusa de que no me leo sus comparecencias, le diré que sí me las leo. Y resulta que la circular de 3 de enero de 1984 lo que dice es que se aplicará la Ley de Seguridad Social de 1966, texto refundido en 1974, que quiero recordar que es una Ley profundamente franquista; no tiene absolutamente nada que ver con la Ley de Sanidad. y yo le pregunto: ¿cuándo se va a cumplir la Ley de Sanidad? ¿Cuándo se van a cumplir los plazos que prescribe la propia Ley de Sanidad? ¿O es que, como yo sospecho, la Ley de Sanidad es absolutamente imposible de poner en práctica?

Hay otro tema al que el señor Secretario General tampoco ha hecho alusión, y que a mí me sigue preocupando, y que era uno de los motivos de la comparecencia: las listas de espera en los hospitales. En otra respuesta a una pregunta escrita de esta Diputada me contestan que con los equipos de atención primaria en los centros de salud ustedes piensan que van a evitar que sigan creciendo estas litas de espera.

Ustedes cambian continuamente. Unas veces hablan de equipos de atención primaria y otras, de equipos de salud. A mí me gustaría que usted me aclarara esto y me dijera si cree que las listas de espera se van a solucionar de esta forma. Porque, a lo mejor, todo lo que subyace en este tema, que a mí me preocupa muchísimo, es que no existen listas de espera; que las camas hospitalarias son las exactas. Ustedes hablan de 2,5 camas por mil habitantes. El objetivo del año 1985, eran ocho; en el año 1986, ya eran cuatro; me imagino que en el año 1987 serán 2,5, con lo cual habremos conseguido el objetivo marcado por el Ministerio. En ese caso, yo tendré que felicitar al señor Ministro, porque ha cumplido los objetivos previstos por el Ministerio, aunque sean cada vez más bajos.

Aquí puede ocurrir una cosa que ha dicho el Secretario de Organización del Partido que a usted le sustenta, el Partido Socialista, y que me ha dado mucho que pensar, y es que a lo mejor resulta que yo tengo una mala apreciación de la realidad. A lo mejor es así. **(Un señor DIPUTADO: Seguro.)** Sí, lo más seguro es que sea así, que, efectivamente, la Sanidad es perfecta; que el único problema que tiene la Sanidad es el de las retribuciones de los médicos, como si a este Grupo Parlamentario sólo le interesara este tema.

Usted ha venido aquí a contarme cuál es el estatuto marco del que yo todavía no le había hablado, ni le había pedido que me informase. **(El señor Secretario General hace signos negativos.)** No, señor Secretario General. Tengo aquí la peticicón de mi Grupo y, como usted comprenderá, la he hecho yo y sé perfectamente por qué la he hecho.

Resulta que viene a contarme algo que a usted le interesa que aparezca en la Prensa. Por favor, en ese caso, convoque rueda de prensa. No me venga a decir aquí lo que piensa hacer con el estatuto marco, ni me venga a decir tampoco que el único problema que existe en la Sanidad es simplemente que los médicos necesitaban otro tipo de retribuciones y se han amparado en que la situación de la Sanidad es calamitosa, como dice otro compañero de Comisión, del doctor Revilla —no quiero utilizar la palabra «caos» porque me da un poco de miedo—, y que el único problema que existe es ése: que los médicos se han amparado en una falsa apreciación de la realidad para pedir una cosa tan basta como es más dinero. Usted lleva este tema a esos límites.

En este sentido, me gustaría que el Secretario General me contestara a una pregunta que mi Grupo le hizo al señor Ministro y que éste no contestó, y que a lo mejor usted sí lo puede contestar, y es que parece que estas movilizaciones responden a oscuras intenciones de oscuros grupos. A mí, como me preocupa mucho eso de la oscuridad, porque como creo en la democracia, creo en la claridad, me gustaría muchísimo que el señor Secretario General me dijera qué grupos son esos que, amparándose en temas puramente mercantiles, de dinero, de petición de mayores retribuciones para los médicos, intentan engañar a la población española cuando realmente la situación sanitaria en este país es perfecta, cuando no hay listas de espera, simplemente personas que se ponen a veces, excesivamente malas y cuando existe un nivel de camas hospitalarias adecuado, un plan de inversiones perfecto y unas inversiones hospitalarias que son las justas y necesarias para el país en el que estamos. Si ésa es la conclusión a la que llega el señor Secretario General, me da la sensación de que no la voy a compartir, aunque sea exactamente una mala apreciación de la realidad.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Quiero expresar nuestro agradecimiento a don Eduardo Arrojo.

Realmente, él mismo nos ha anunciado que lo que iba a referirnos era un resumen de lo que hace veinte días el propio Ministro nos había relatado en la Comisión; quizá impregnado de una mayor satisfacción por el alcance de algún éxito en las negociaciones con las centrales sindicales —lo cual comprendemos que sea así—, pero que no modifica sustancialmente, en nuestra opinión, la explicación de nuestra postura, que dimos al Ministro. Habida cuenta del contenido de la intervención del señor Secretario General, no tenemos más remedio que, si no repetir toda su amplitud, señalar de nuevo algunos puntos que nos parecen fundamentales.

Dijimos que mostrábamos nuestro escepticismo ante la llamada potenciación de la asistencia primaria y ya dijimos el porqué. En el año 1983 ya anunció el Ministro Lluch que a finales de 1986 habría 600 establecimientos de salud de asistencia primaria. En estos momentos, el señor Secretario General nos anuncia que habrá 306 al final de 1987 y que, con ello, se va a alcanzar la cobertura del 30 por ciento de la población.

Creemos que el tiempo transcurrido debería haber sido aprovechado mejor, pero, sobre todo, pensamos que, si ése es el ritmo que se va a mantener, vuelvo a repetir que serán necesarios veinte años para que la población española tenga la cobertura de asistencia primaria que le corresponde en derecho, y no unas partes sí y otras no.

En cuanto a la coordinación entre hospitales y centros de asistencia, algunos especializada y otros de asistencia primaria, nosotros volvemos a detectar la falta de ideas y de criterios —se me va a permitir la palabra— modernos que, al respecto ya existen y que deberían haberse puesto en estudio con el fin de incorporar al menos algunos. Hace algún tiempo que este Diputado que habla ya comentó estos temas en relación con nuevas fórmulas de preingreso, de postura que permitían esa incardinación de lo que ahora se da en llamar áreas de salud. Detectamos de nuevo la falta de ideas. No basta con que un decreto diga que se van a poner en contacto. Es necesario que eso se asiente sobre el establecimiento de procedimientos ya suficientemente experimentados en otros sitios.

Respecto a la gestión profesionalizada que el señor Secretario General llamada desprofesionalizada, nosotros creemos que lo primero que hay que hacer, antes de pasar a la profesionalización —y eso es muy importante— es la democratización. Lo que nuestros hospitales están demandando es que se democraticen, que exista una política democrática; es decir, que sean los propios trabajadores los que asuman la responsabilidad de elegir a quienes les dirigen y que eso se haga del modo que se quiera, pero que, en cualquier caso, afecte a los distintos planos de gestión del hospital, porque, de lo contrario, eso producirá una desarmonía inevitable y conducirá, mucho más que los problemas derivados de los aspectos retributivos, a una deficiencia en la calidad asistencial. Por supuesto que también es necesaria la profesionalización, pero para la profesionalización es necesario, en primer lugar, que quienes elijan tengan la certeza de que las propuestas que hagan, cualesquiera que éstas sean, vayan a ser atendidas por las autoridades sanitarias.

A nosotros nos parece que el problema no está tanto en la legalidad de la figura del gerente. Creemos que hay dos legalidades: la legalidad de derecho y la legalidad de hecho. Ambas, hasta ahora, han sido lesionadas. Una puesta de manifiesto por la sentencia de los Tribunales y otra, puesta de manifiesto por las actuaciones de estos gerentes que, entre otras cosas, han conducido —y el propio Secretario General lo ha dicho— a que el complemento de jornada de mañana y tarde solamente se diera al 15 por

ciento del personal de los hospitales y contribuyera, como tenía que suceder, a poner en marcha los conflictos que se han generado.

Respecto a la existencia en el proyecto de juntas técnico-asistenciales, comisiones centrales de garantía de calidad, etcétera, nosotros no tenemos nada que opinar acerca de las fórmulas que se busquen y se encuentren; pero vuelvo a insistir en lo mismo: mientras no se incorporen a la gestión de los hospitales sistemas que garanticen la democratización, la profesionalización, el autocontrol de calidad, la independencia para el establecimiento de presupuestos por servicios, en suma, que se eche mano de sistemas —vuelvo a decir— que ya están experimentados en el mundo —y no voy a repetir cuáles porque lo he dicho en más de una ocasión—, no alcanzaremos una eficiencia en la gestión hospitalaria y estaremos quizá tranquilizándonos con parcheos, como me parece que en estos momentos va a ocurrir con el triunfo o con el éxito a la hora de resolver el problema retributivo.

No olvidemos que, como ha dicho el señor Secretario General, los conflictos comenzaron al insistirse en la necesidad de mejorar la calidad asistencial; después se fueron derivando a las reivindicaciones de tipo retributivo, que no voy a entrar a analizar. Acepto que haya sido así, pero si se ha resuelto el problema retributivo, eso no nos permite pensar que se ha solucionado el tema de la calidad asistencial, que depende de todos estos factores a los cuales me estoy refiriendo.

Como ha dicho ya la señora Villalobos, estas Cámaras no están para discutir la virtualidad y el éxito a que pueda conducir la resolución de los problemas conflictivos, desde el punto de vista de la retribución. Nos alegramos por ello. Creemos que, en resumidas cuentas, se ha dado un paso importante en lograr una estabilidad en el trabajo de la sanidad en general, pero insistimos en que no por ello puede hablarse de avances en la consolidación del sistema nacional de salud, como ha dicho el señor Secretario General. Creemos que hacer esa derivación es peligroso y a lo único que puede llevar es a que de nuevo se genere una presión social, precisamente para mejorar la calidad asistencial.

En otra ocasión hemos denunciado en qué medida el Gobierno se ha aprovechado de que no existía presión social en la sanidad y que al faltar un auténtico espíritu de justicia, la sanidad quedaba huérfana de toda posibilidad de mejora. En estos momentos la presión social ya se ha dado. Eso parece que ha servido para movilizar, al menos en veinte días, al Ministerio de Sanidad. Esperemos que no sea necesario en el futuro que de nuevo otra presión social venga a suplir la falta de ese espíritu de justicia social de entender la sanidad como uno de los derechos sociales fundamentales y que el Ministerio ponga en marcha los mecanismos necesarios para tratar de mejorar la calidad asistencial que es, en resumidas cuentas, lo que nos preocupa a todos.

Por último, solamente quiero señalar que en esta exposición del señor Secretario General hemos detectado la ausencia, la laguna o la falta de referencia al problema de los médicos rurales, que es otro foco latente de conflicto y, al mismo tiempo, la causa de la mala calidad asistencial en una zona, región o población importantísima de la sanidad española.

El señor **PRESIDENTE:** Por la Agrupación de Diputados de Izquierda Unida-Esquerra Catalana, tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER:** Podríamos resumir lo que ha sido la intervención del señor Secretario General de Sanidad en dos rúbricas. Por una parte, nos ha hablado de la crónica de un éxito anunciado; éxito que, en parte, celebramos por lo que tiene de disminución de la conflictividad, aunque a nosotros —y creemos que a nadie— no nos satisface, especialmente en un terreno como el de la sanidad. Por otra parte, nos ha hablado de un proyecto necesario de negociación del futuro estatuto marco con los distintos actores y agentes sociales que en él están implicados. En esto se podría resumir lo que ha sido su intervención.

Quisiera volver a señalar algunos aspectos que repetidamente he planteado en nombre de mi Grupo en distintas comparecencias del señor Ministro. Creo que hoy —y pido excusas por si al no haber estado desde el principio de su intervención no he oído este dato— volvemos a estar ante un problema crónicamente repetido en el INSALUD, que es el de su errático presupuesto. Estamos ante una mejora retributiva importante que nos alegra, que habíamos pedido y que creíamos necesaria. En este momento, no sabemos exactamente cuál es el monto total que va a representar pero, en todo caso, lo que sí sabemos es que no estaba prevista en el presupuesto que aprobó esta Cámara, y esto nos lleva a volver sobre la opacidad del presupuesto del INSALUD, a criticar y denunciar los presupuestos erráticos en materia de sanidad que, cual Guadiana, suben o bajan según el nivel de la presión social y no según un proyecto de política expansiva en el gasto sanitario y de ampliación del sector público sanitario desde el Ministerio. Los Diputados de esta Comisión me habrán oído decir esto demasiadas veces, pero el incremento anunciado en los presupuestos no era tal; ha sido absolutamente absorbido por la desviación del año anterior y, por lo tanto, estamos a merced de lo que decida la desviación del presupuesto para el año 87. Esto no es control parlamentario ni buena gestión política desde el Ejecutivo, desde el Ministerio o desde el área de su responsabilidad.

Cuando insistentemente hablamos de la necesidad de aumentar el gasto sanitario, una de cuyas rúbricas sería —como parece que se está haciendo y creemos que en parte correctamente— el incremento de las retribuciones al personal sanitario, no lo decimos simplemente desde la posición política de que habría que aumentar el gasto sanitario, sino desde otra más profunda aún, y es que el simple mantenimiento de dicho gasto implica un deterioro, en la actual situación política —no digo cuál va a ser el resultado fáctico, me estoy refiriendo a la situación—, de la propia asistencia sanitaria.

Usted sabe perfectamente, señor Secretario General,

que es necesario que el gasto sanitario aumente, no tanto por ampliar el conjunto de las prestaciones, sino por los cambios que se van produciendo en la estructura del gasto: envejecimiento de la poblalción, sofisticación continuada del utillaje, mayor profesionalización de los que trabajan en el sector sanitario, etcétera. Esto implica incrementos constantes del gasto sanitario, sin tener en cuenta y sin plantearse ampliación de la prestación de servicios y, en cambio, la política oficial del Ministerio —no digo la real— ha sido la de una congelación de dicho gasto.

Es lógico que, en parte, ocurra lo que ha pasado y también es lógico —y, evidentemente, no lo comparto— que desde sectores que políticamente yo situaría desde el centro a la derecha, se haya aprovechado esta situación para llevar el «agua a su molino», con lo que no estoy de acuerdo, como usted conoce perfectamente.

De todas formas, quiero hacer dos puntualizaciones más. Creo que no ha sido muy afortunado por su parte señalar que las peticiones y las demandas de toda la enorme conflictividad social que se ha producido estos días, han pasado rápidamente de la petición de mayor calidad asistencial a centrarse en los problemas de nivel retributivo del estatuto marco, queriendo descalificar de alguna forma lo que era la preocupación que tenían muchos profesionales y trabajadores de la sanidad desde ópticas progresistas y de defensa del sistema público de salud. Creo que defender un adecuado nivel retributivo y una adecuada negociación del estatuto marco, es defender la calidad asistencial, y no tiene ningún demérito estar en estas posiciones.

Sobre el tema del complemento de exclusividad, que es uno de los incrementos importantes, necesarios y esperados del nuevo sistema retributivo, hay que decir que será mucho más efectivo en el área de gestión directa del INSALUD, que no en otros segmentos, por ejemplo en el INSS, donde la jornada partida sí se había implantado ya de forma universal en los hospitales y donde el incremento de las aproximadamente 900.000 pesetas anuales que representa el complemento de exclusividad, allí significa una diferencia que no llega a las 150.000, porque ya antes había habido una aplicación universal de la jornada partida, cosa que no se dio en el sector directamente dependiente del INSALUD.

Con esto estoy diciendo que, de alguna forma, el nuevo sistema retributivo ha venido a paliar, como tantas otras acciones del nuevo equipo ministerial, los enormes agujeros o baches que había dejado el anterior equipo ministerial, y digo agujeros o baches por ser benévolo en la expresión gráfica del juicio político que me mereció y me merece la gestión del anterior equipo.

Por lo tanto, algunos de los éxitos que natural y legítimamente ahora se apuntan, como la aparente solución de una situación conflictiva, en la que, repito, estaríamos todos de acuerdo y satisfechos, en buena parte son corrección de errores importantes.

Para terminar, señor Secretario General de Sanidad, ni desde el punto de vista patrimonial ni de defensa de una u otra central sindical, me parece, en absoluto, de recibo señalar que una de las centrales no ha firmado desde 1988 ningún acuerdo con el INSALUD. Sin negar que esto sea así, ni que esto sea cierto, ni que esto sea un elemento de la realidad política, yo creo que lo que usted nos debiera haber dicho aquí es que esta central sindical es la más importante, por ser la mayoritaria del sector. Creo que usted debería habernos ilustrado y haber valorado políticamente el que esta central sindical no firme ningún acuerdo —no sé la extensión ni el arraigo que tiene en Madrid, y Madrid región— o que la coordinadora de hospitales al final se haya descolgado del acuerdo, en lugar de premiar o sancionar a los agentes sociales que están o no de acuerdo con la Administración.

Aquí no estamos para repartir carnés de buena conducta, sino para analizar políticamente la situación, con todas sus complejidades y facetas, y no estoy seguro, y en ningún caso quiero afirmarlo, que lo bueno sea firmar o sea no firmar. Simplemente me gustaría tener más elementos de juicio político para poderme pronunciar sobre esto.

También, y con esto termino señor Presidente, creo que es una práctica quizá excesiva, repetida y un poco abusiva hablar de que se ha conseguido consolidar el sistema nacional de salud gracias a este acuerdo. A mí esto me parece una forma quizá excesivamente rimbombante de señalar que se ha dado un paso adelante, que saludamos, pero sobre el que tenemos aún dudas. Quisiéramos que nos ilustrase sobre las razones, el porqué —también quisiéramos saber su opinión sobre lo que puede pasar— este acuerdo no es aún lo suficientemente amplio con otros agentes sociales, ya que nosotros quisiéramos que todos ellos llegasen a un acuerdo con la Administración, lógicamente, cada uno en defensa de sus posiciones.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Mixto tiene la palabra el señor Ruiz Soto.

El señor **RUIZ SOTO:** En primer lugar, quiero agradecer al señor Arrojo su presencia hoy aquí, en esta Comisión, y felicitarle por la firma del acuerdo entre el principal sindicato médico de implantación en todo el Estado español y el INSALUD, sobre los sistemas retributivos para este año.

De todas maneras, señor Arrojo, quisiera expresarle que, a pesar de esa firma la mayoría de los hospitales están hoy en huelga. No sé el número, porque no me ha dado tiempo a comprobarlo, pero me he preocupado de saber cómo estaba este asunto y he llamado esta mañana a los hospitales de Madrid.

Como decía mi compañero de profesión, el doctor Espasa, un sindicato madrileño y la coordinadora de hospitales parece ser que se han descolgado, no se han sentido solidarios con la firma del convenio retributivo y han seguido convocando la huelga. Aunque no sé la incidencia que tiene en los ambulatorios, en los hospitales creo que es bastante generalizada de ellos, y algunos de ellos tienen hoy asambleas y van a unirse mañana a la huelga. Esos son los conocimientos que tengo de la situación de esta mañana, y por eso he llegado aquí un poco tarde, por

intentar enterarme de lo que había pasado, ya que me preocupaba el problema.

Intenté que esta negociación se llevara antes a efecto, porque, efectivamente, ustedes se han enfrentado con una cantidad de problemas acumulativos, que vienen ya de atrás, y que amenazan con plantear una pléyade de problemas que viene arrastrando la sanidad desde que el Partido Socialista accedió al Poder; para solucionar algunos de los cuales intentó iniciar tímidamente una serie de reformas que no ha llevado a cabo.

Efectivamente, como se ha dicho aquí anteriormente por compañeros Diputados, en la calidad asistencial, que era la motivación de la huelga, se vio al final que detrás de todo ello había un sistema retributivo; lo que pesaba eran las pesetas, los dineros, el sueldo, pero la verdad es que eso forma parte también de la calidad asistencial. Si hay más presión en los médicos, si no hay contratación de personal sanitario, si los hospitales tienen más presión asistencial, si hay menos retribuciones al personal sanitario —aparte ya de que a más cantidad hay menos calidad, y eso pasa en todo, y en la Sanidad es una máxima—, los hospitales, al igual que los ambulatorios, están sujetos a tal presión, que muy pocas veces permiten realizar un trabajo de investigación sobre lo ya hecho, meditar o la asistencia a congresos al personal destinado en servicios en los que no se puede prescindir de nadie.

Entonces, ¿qué es lo que ocurre? Que no sólo el aspecto retributivo no es malo. Parece que el que los médicos, el personal sanitario o los ATS cobren un sueldo, es una cosa vergonzosa y, como cualquier profesional, necesitan eso para vivir, y en ello está parte de la calidad asistencial, aunque después vienen otras cosas.

Usted tiene unos problemas tan antiguos, como son el utillaje y el aparataje, que ahora tienen un problema de descapitalización. Tienen que ponerse en órbita, pero no únicamente por la mera compra de los aparatos, que eso son pesetas y se sacan de cualquier sitio —bueno, no tanto: se sacan de los Presupuestos del Estado—, sino en la formación del personal para atender esos aparatos.

En la anterior comparecencia del Ministro ya se nos dijo que se habían comprado dos aparatos de resonancia magnética y, además, aparataje de tecnología avanzada, últimamente adquiridos. Efectivamente eso es bueno, pero se necesita una formación de personal que viene ya de atrás. Son aparatos que ya están en tercera generación, y de primera generación no hay formación de personal en la sanidad pública, y éste es un problema que creo que ya saben; después está el de la asistencia primaria.

Yo decía hace tiempo que en la Sanidad no se puede arreglar ahora todo de un golpe, es imposible, pero ya justificaría la labor de un Ministro el que arreglara una cosa, y yo creo que lo más importante es la asistencia primaria. Con ser la hospitalaria muy importante, porque sujeta un poco la presión asistencial, yo creo que la asistencia sanitaria se mantiene porque los hospitales la están sujetando y en los servicios se están realizando turnos de urgencia con excesivas horas de trabajo podríamos decir que están aguantando un poco lo que ocurre en la Sanidad. Pero ese filtro tiene que estar instalado en la medicina primaria, y aquí se ha dicho antes por el doctor Revilla, con muy buen sentido, que en los centros primarios de salud —que yo sé que cuestan mucho, porque hay problemas en cuanto a la ubicación de los trabajos, ya que nos gustaría partir de cero y colocar éste aquí y éste allá— hace falta un esfuerzo de imaginación tremendo para solucionar la medicina primaria, ya que ésta, quizá porque está más dispersa, porque no tiene una agrupación de sitios de trabajo, no alza principalmente su voz. Pero quizás ahí es donde el enfermo, el paciente, sufre su primer choque con la sanidad. Ese es un esquema que, como usted sabe, señor Arrojo —y no quiero entrar en tintes dramáticos—, no está a la altura de las circunstancias que exigen una medicina moderna y racionalizada. Se sigue todavía a base del fonendo y el talonario de recetas, con lo cual es una asistencia cara porque el médico tiene que suplir una presión recetando. Por otra parte, la Administración le amenaza veladamente con que receta mucho, y entonces el médico se ve, por la presión del enfermo y por la presión de la Administración, en un mundo de dudas agravado, además, por la nómina que cobra todos los meses.

La jerarquización parece que puede ser un resultado. Parece ser que en el último convenio que han firmado hay mejoras en este sentido en la medicina primaria, pero lo que yo quería decirle con este exordio, señor Arrojo —y no hemos venido aquí a hablar aquí de toda la Sanidad— con el esbozo de estos tres principales problemas es que, en primer lugar, nos debía usted contar qué ha pasado con la huelga y si va a seguir o no va a seguir. En segundo lugar, qué va a pasar con la nueva concepción, en cuanto a tecnología se refiere, de los hospitales y para cuándo —si es que tienen fecha o si se puede poner— van a tratar, no digo toda la Sanidad, la medicina primaria, la medicina de ambulatorio, la medicina de médico de cabecera, sino qué planificación tienen ustedes, si es que la tienen, para esta medicina primaria.

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

El señor **GIMENO MARIN:** Señoras y señores Diputados, hoy estamos discutiendo otra vez el tema de la política sanitaria y yo creo que, evidentemente, en el marco del contexto de la situación actual. Digo de la situación actual porque si lo que aparece ante la sociedad en estos momentos, como son los conflictos que se producen en la Sanidad, no introdujeran la necesaria matización y corrección de la definición de la política sanitaria hoy en torno también a esos problemas, nos encontraríamos que, por lo menos por parte de nuestro grupo, tendríamos que decir que no sabemos para qué estamos discutiendo sobre política sanitaria; no lo sabríamos porque el 7 de abril discutimos con el señor Ministro también la política sanitaria en este país. Como consecuencia de lo cual, evidentemente, señor Presidente, yo me estoy refiriendo a la intervención del Secretario General, no estoy contestando, por supuesto, las intervenciones de los distintos grupos, pero vuelvo a insistir que no tendría ningún sentido

reproducir un debate que se produjo hace unos poco días si no introdujéramos hoy, en este debate, con el Secretario General, que tenemos la oportunidad y que agradezco sin ninguna duda su presencia, la ocasión de incidir en los aspectos más actualizados de ese planteamiento global de la política sanitaria.

Y desde la posición de nuestro grupo, ¿qué es lo que nos preocupa especialmente? Claro que nos preocupa esa situación de la realidad actual y nos preocupa también especialmente cómo resolvemos los problemas dentro de esta realidad actual dentro del modelo de política sanitaria y modelo sanitario que el Partido Socialista ya elaboró en la anterior legislatura; modelo del cual seguimos compartiendo sus principios y que seguimos defendiendo, y en ese contexto especialmente la situación actual y la realidad actual, conflictiva en parte, por parte de los agentes que participan directamente en el sistema sanitario, no tanto escuchando posiblemente la voz de los usuarios de la sanidad, aunque entiendo que a través de los que estamos hoy aquí también escuchamos la voz de los usuarios de la sanidad; en definitiva, representamos opciones de partidos políticos que han pasado por un sistema, por unas votaciones y, como consecuencia, aunque las Asociaciones de Consumidores y Usuarios del sistema sanitario todavía tengan una debilidad, yo creo que lamentable, espero que algún día sea más fuerte para escuchar también las peticiones y lo que dicen los usuarios directos de este sistema sanitario. En cualquier caso, vuelvo a indicar que lo que dice S. S. representando a sus grupos políticos y como consecuencia a los ciudadanos también es escuchar la voz de los ciudadanos.

En este sentido hablar de política sanitaria en el contexto de que ha hablado el Secretario General a mí me parece de enorme trascendencia, porque, por parte del Grupo Socialista, podríamos empezar a debatir sin ninguna duda cuáles fueron los principios que rigieron o que se establecieron en la Ley General de Sanidad del modelo sanitario que planteamos, y yo, sin duda sin querer contestar a ningún grupo, volvería a decir que vuelvo a escuchar, debates que yo produje con otros compañeros de mi grupo con enorme interés con personas que hoy veo concretamente en aquel lado de esta sala representando en su día a un grupo y hoy, evidentemente, no en ese mismo grupo, con lo cual quiero decir que, cuando se habla hoy otra vez aquí sobre si política sanitaria es discutir sobre la libre elección de médicos, encantados de discutir sobre la libre elección de médico por parte de nuestro Grupo, aunque no haya sido citado por el Secretario General, pero lo que sí estoy convencido es que la posición sobre ese tema del Partido Socialista posiblemente es muy diferente a la posición de la representante de la Coalición Popular, y no debato con la Coalición Popular, sino sobre la intervención del Secretario General. Es diferente porque, evidentemente, diferenciado es el modelo que nosotros defendimos en su día, que no fue compartido por otros grupos, concretamente por la Coalición Popular, y en ese punto había una diferenciación, no respecto al planteamiento concreto en sí de lo que era la libre elección de médico en sí misma, sino a lo significaba de profundidad en las modificaciones sustanciales de lo que era la concepción de un sistema público, que nosotros, como Grupos Socialista y como Partido Socialista, apoyamos la concepción que el Gobierno está defendiendo e impulsando.

Queremos decir que en el tratamiento de estos problemas vemos —yo creo que lo decía el Ministro en la anterior intervención— que en esta legislatura lo que corresponde es desarrollar el modelo sanitario; claro que corresponde desarrollar el modelo sanitario, y no sólo eso, sino que lo que yo creo es que, al margen de las deficiencias que tiene el sistema sanitario y de las carencias que tenemos, que compartimos con las intervenciones de otros grupos en parte, porque obedecen a situaciones específicas y muy concretas, y la posibilidad de demandas posibles en este país todavía tienen que satisfacerse —desgraciadamente, la crisis económica imprime una serie de situaciones de imposibilidad de resolver todos los problemas—, pero lo que sí que parece es que, incluso en lo que se refiere a gastos sanitarios se ha producido unos incrementos notables respecto a situaciones de otros ejercicios económicos. Claro, cuando comparamos los gastos sanitarios, lo que parece conveniente es homogeneizar las cantidades que se comparan, porque si no es muy difícil hacer las comparaciones. Si comparamos presupuestos liquidados, hay que comparar presupuestos liquidados, y así podríamos decir que en el año 1985 o en el año 1986 frente al 1985, el presupuesto liquidado supuso un crecimiento en el gasto sanitario del 13,7 por ciento, lo cual indica que era un crecimiento en términos reales por encima de lo que había significado el crecimiento de los precios, pero si comparáramos el crecimiento de los gastos en asistencia sanitaria de acuerdo con los datos de los Presupuestos Generales que hemos elaborado en 1987 y los comparáramos en términos de presupuestos iniciales, lógicamente nos encontraríamos también con un crecimiento importante del once y pico por ciento, si mal no recuerdo o si mal no veo en los presupuestos que en estos momentos estoy mirando, que ya discutimos y debatimos a finales del año anterior. Es decir, yo creo que se produce en lo que es el planteamiento de la política sanitaria sin ninguna duda un crecimiento de gasto, con lo cual implica una voluntad política manifiesta de dar una cierta prioridad, dentro de los límites posibles, a lo que es la política sanitaria y a lo que es el gasto sanitario.

Lo que sí pasa es que hoy estamos asistiendo en la sociedad española a una serie de conflictos producidos en el sistema sanitario, en que yo diría que lo más llamativo —por lo menos para mí así lo es— es que en esos conflictos se produce una unidad de acción, de organizaciones muy dispares, que van desde Comisiones Obreras hasta los colegios profesionales, y no estoy entrando en ese debate sobre Comisiones Obreras o no, con lo cual esos conflictos o unidad de sesión tan dispares yo quiero pensar que evidentemente con objetivos diferenciados, a la fuerza; sin embargo, el que coincidan en los días las convocatorias de las huelgas quiere decir que alguna base de sustrato de intencionalidad conjunta sí que existe, yo no quiero pensar —además estoy convencido de ello—, por-

que no lo creo así, que Comisiones Obreras puede pretender lo mismo que los Colegios Profesionales, yo estoy totalmente convencido, pero, en cualquier caso, que coincidan en la fecha y en los días —aparte que yo creo que desde un punto de vista de estrategia en el planteamiento de un conflicto crea confusión a quien tiene que escuchar el mensaje reivindicativo o el que sea—, sí que parecería que en esa coincidencia de fechas sí que existe una confluencia en otros planteamientos. Yo no quiero entrar especialmente a profundizar en ellos, pero parece que sí que existe unidad para plantear un conflicto generalizado frente a una política del Gobierno, aunque para conseguir cosas distintas. Es decir, si eso existe, pienso que lo que se pretende específicamente a veces es mayor desgaste para el Gobierno, y sigo pensando que, aunque estamos en períodos electorales, no tiene nada que ver una cosa con otra. No obstante, ante esas coincidencias, se nos permitirá que a veces al Grupo Socialista nos produzcan determinadas sospechas. Simplemente por eso.

Ya digo que no estamos especialmente refiriéndonos a estos temas, sino que estamos incidiendo en el contexto actual de esa conflictividad en la discusión o el debate sobre esa política sanitaria que el Secretario General de Asistencia Sanitaria nos estaba introduciendo.

Quiero decir, ¿cómo es posible pensar así? Mi concepción por lo menos es totalmente diferente; yo creo que la política de personal en estos momentos del Gobierno, o, concretamente, del INSALUD o de la Secretaría General de la Asistencia Sanitaria, con las matizaciones orgánicas que también ha supuesto esa introducción de esas medidas concretas en la política sanitaria de este Gobierno, yo creo que la política de personal es la política fundamental y clave, sin la cual no es posible el establecimiento de ningún modelo de política sanitaria. Yo creo que es la clave; y si no tenemos conciencia clara de que eso es tan importante, no serviría para nada, porque es importante tener definidos los principios, por supuesto importantísimo, y no sólo actuar en coherencia con esos principios y ese modelo que se está planteando, pero plantear el tema de la política de personal no es solamente plantear el tema de una política retributiva concreta como consecuencia de unas reivindicaciones, es establecer las bases para poder llegar a un sistema eficiente y eficaz en la política sanitaria. Si no, no es posible, porque una política retributiva, para que tenga uno los principios mínimos que cualquier política de gestión de personal debe tener, debe conseguir, en mi opinión, como mínimo, dos cosas muy claras: una, el garantizar para el personal que trabaja una posibilidad clara de encontrarse a gusto en el medio en el que se mueve; es decir, incentivar suficientemente dentro del medio al personal que está trabajando en el mismo. Otra cosa que tiene que garantizar una política es una eficacia y una eficiencia en el propio sistema; o sea, desde el punto de vista de lo que podía ser el interés, en este caso, de la Administración y desde el punto de vista de lo que debería ser el interés de los que trabajan dentro del sistema. Si no confluyen esos dos aspectos es imposible —y alguna intervención ha habido de algún otro Grupo que ha incidido en esa cuestión—, por supuesto, la política retributiva. La política de gestión de personal no solamente es la contestación a algunas reivindicaciones, sino el establecimiento de un modelo que permita claramente la aplicación de una política sanitaria; si no, fracasará continuamente la política que se quiera establecer, desde cualquier punto de vista, aunque se tengan los modelos más perfectos que se puedan tener. Es más: sino pensando que el planteamiento de esta política es el de una política de desarrollo del modelo que se implantó en la Ley General de Sanidad y algunos de sus artículos se referían a la política de personal; política de personal, cuya opción se plantea en el estatuto marco, que incluso avanza posiciones respecto a la Ley General de Sanidad, en el marco de la misma, por supuesto y sin ninguna duda, avanza posiciones que, en cualquier caso, algunas de ellas están todavía en fase de anteproyecto, que sí son importantes, pero que se seguirán debatiendo en este contexto, supongo, con los distintos agentes sociales y con la sociedad e incluso también, sin duda, en este Parlamento, porque, últimamente y por fortuna, discutimos mucho sobre todos estos temas y sobre otros, lo cual me parece muy positivo, y estos debates son de enorme interés.

Este planteamiento de política de gestión de personal que afecta... Señor Presidente, noto sus indicaciones y voy a intentar ajustarme a las mismas.

La política retributiva tiene la consideración global, dentro de la misma especificación que es el propio Estatuto, dentro de lo que nosotros consideramos y concebimos. Quiero decir bien claramente que esa política de personal, de gestión de personal, no sólo es un desarrollo de este modelo sanitario que nosotros veníamos estableciendo desde la Ley General de Sanidad, sino que se han desarrollado coherentemente otros planteamientos con esos mismos principios: la organización hospitalaria, por supuesto, con dos ideas claves, fundamentales, que ya dijimos en su día, que es la dirección de gestión en un centro hospitalario y la participación comunitaria, que está perfectamente garantizada en el reglamento que ya ha sido aprobado, que está publicado y que como, consecuencia de ello, está en vigor. También se han adoptado medidas en su momento sobre la política de asistencia primaria; aspectos fundamentales, pero hoy por lo menos mi Grupo no quiere incidir especialmente en ellos, y, como se me ha pasado el tiempo, simplemente quiero indicar claramente que para nosotros en los aspectos que hoy creemos que hay que hablar especialmente, para que nuestro mensaje sea claro y llegue en el contexto de lo que hoy se produce en la sociedad, es decir, he de señalar que consideramos que la política de gestión de personal que se está abordando por la Secretaría General se encuentra perfectamente concorde con los principios del modelo que se implantó en la Ley General de Sanidad. Precisamente porque se produce esa coherencia con dicho modelo es por lo que el Grupo Socialista, que en estos momentos estoy representando —y es lo que más podía preocuparle, en cualquier caso— por consecuencia de esa coherencia, estima que esa política de personal es la correcta, la posible y la que hay que pedir para conseguir ir desarrollando poco a poco porque el ritmo ya sé que es muy im-

portante, lo han dicho otros Grupos, la realidad y los condicionamientos que existen en la sociedad española también influyen en estos ritmos, pero creemos que en la medida en que vayamos por el mismo camino que los principios que esetán en la Ley General de Sanidad, desde ese punto de vista, el Partido Socialista seguirá apoyando claramente ese tipo de política.

El señor **PRESIDENTE:** Para contestar a los señores portavoces de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra el señor Secretario General de Asistencia Sanitaria.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Gracias, señor Presidente.

Señorías, cuando por los servicios de la Administración competentes en la materia se me notificó que tenía que comparecer —lo cual estoy dispuesto a hacer cuantas veces deseen y es para mí una satisfacción— en esta Comisión del Congreso de los Diputados, para tratar de los temas que son de mi competencia, evidentemente me planteé la literalidad del motivo de la comparecencia que me plantea el Grupo Popular y me vino a la reflexión que sólo hace veinte días, fue el día 7, que el señor Ministro estuvo aquí a petición propia, tratando de asuntos que en un gran porcentaje coinciden o de alguna manera están amparados o no amparados, pero recogidos, en la gestión que el Director General de Asistencia tiene, es decir, la asistencia sanitaria, entendiendo que el Ministerio tiene otras competencias de política sanitaria menos genéricas.

Evidentemente, me planteo que sólo hace veinte días que el señor Ministro ha estado aquí, en una comparecencia, tratando temas centrales, que afectan de manera central a la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, pero conozco la pretensión de este Parlamento, manifestada, creo, por todos los Grupos, como repetía algún portavoz, de estar muy al día en los acontecimientos sociales, en los acontecimientos que ocurren en la realidad cotidiana en nuestro país.

Por tanto, no debe a usted extrañarle dos cosas: una, que trate de centrar mi intervención respondiendo de la manera más fiel a la pregunta que me plantea el Grupo Popular, en primer lugar. En segundo lugar, que ni puedo ni quiero obviar las intervenciones del titular de mi Departamento, del señor Ministro, que, obviamente, coinciden en lo esencial y deben coincidir, y a mí esto me parece enormemente positivo, con las que yo mismo realizo, como subordinado suyo que soy y dentro de una misma política global. En tercer lugar, que sí puedo aprovechar estos escasos veinte días que han transcurrido para ver en qué medida hechos que han acaecido desde la comparecencia del señor Ministro hasta la que hoy tenemos aquí pueden haber afectado cuestiones sustanciales que tenemos en el desarrollo de la Ley General de Sanidad.

Evidentemente, ni he dicho ni voy a decir que hemos constituido el sistema nacional de salud y ustedes saben muy bien que constituir un sistema nacional de salud, tal y como está diseñada la Ley General de Sanidad, no es una cuestión de hoy para mañana; es una cuestión lo suficientemente compleja, por el número de agentes, administraciones, etcétera, que en ella intervienen como para que nadie pueda caer en esa ilusión. Lo que sí he dicho, mantengo y quisiera de alguna manera justificar por qué lo mantengo, abundar en alguna de las razones que ya he expuesto es que en estos escasos veinte días sí ha habido algunos hechos que han sido, creemos, positivos, para construir este sistema nacional de salud que nos ordena la Ley General de Sanidad. Entre otros, el mismo día 7 por la tarde y después de la comparecencia del señor Ministro, que, si mal no recuerdo, fue por la mañana, se hace la primera sesión del Consejo Interterritorial, la sesión constitutiva, órganos que crea la propia Ley General de Sanidad, y creo que esto debe ser valorado positivamente por SS. SS., porque éste es un órgano muy importante que celebra su sesión constitutiva en la tarde del día 7, después de la comparecencia del señor Ministro. Creo que esto sí contribuye de alguna manera a ir desarrollando la Ley General de Sanidad, que es lo que nos compete como departamento ministerial y a mí en los aspectos de asistencia sanitaria, sí contribuye, repito, a la creación de un sistema nacional de salud.

También ocurre un hecho ciertamente controvertido, del que luego pasaré a hablar algo más, como es el decreto de organización estructural de los hospitales, tema muy controvertido, sacado a colación por la propia dinámica de los trabajadores, de los sanitarios, de los médicos, por los colegios profesionales, por todo el mundo, incluso por los tribunales, que es un tema difícil y que, de alguna manera, se promulga un decreto de Consejo de Ministros, después de un informe preceptivo del Consejo de Estado, no oído el Consejo de Estado, y de acuerdo con este informe se promulga el decreto entre la comparecencia del señor Ministro y la que hoy tengo el gusto de realizar con todos ustedes. Creo que éste es un hecho sustancial y me puedo remitir a todas las intervenciones de todos los agentes sociales y de todos los estamentos sobre aspecto tan principal y tan importante como es la organización y las estructuras de nuestros hospitales.

También hay que decir, por qué no, que existe una conflictividad que tiene una evolución; yo he tratado de explicar hechos y no tanto juicios de valor, que creo que por lo menos he tenido la delicadeza de aislarlos como conclusiones, y he hecho un relato de hechos, para comprender la dinámica de la cuestión y para que cada uno pueda extractar las ideas que tenga por convenientes. Hay que decirlo, se ha producido un acuerdo retributivo que yo valoro positivamente, porque si no la Administración no lo hubiera firmado, y de ninguna manera hablar de temas retributivos es un tema descalificador y no quiero aplicar ningún apelativo de lo que aquí se ha dicho. Los temas de personal quizá sean los temas fundamentales en el tema de la asistencia sanitaria y en el tema del sistema nacional de salud y yo creo que hablar de retribuciones del personal de las instituciones sanitarias es un tema de conversación, un tema de debate, un tema de diálogo tan digno como cualquier otro.

No quiero que nadie entienda que cuando se plantea que existe una fijación en cuanto a las reclamaciones del sector desde la calidad asistencial hacia el tema retribu-

tivo, se está haciendo ninguna descalifiación, porque creemos que es un tema importante y es un tema al que se debe dedicar toda la atención y todas las horas que sean necesarias.

Quiero decirles que, evidentemente, mi intervención no puede más que coincidir con la del señor Ministro, lo cual para mí es un signo de coherencia.

Por otro lado creo que si hemos tenido la fortuna de que en estos escasos veinte días, como les estoy diciendo, ha habido una serie de hechos que permiten que yo introduzca algunos datos nuevos en el análisis, que sin duda el señor Ministro no pudo introducir, pero que ya había apuntado, puesto que como yo quise demostrarles a ustedes, el acuerdo de modelo retributivo ya había sido apuntado el día 7 por el señor Ministro y toda una serie de temas ya habían sido también apuntados por el señor Ministro, lo cual, en mi opinión, pone de manifiesto que no llevamos una política, como alguien podía repetir aquí, que varía según los últimos veinte días de la presión de la calle, lo cual yo sin duda en este momento tengo que negar y puedo demostrar que esto no es así, sino que llevamos una política en donde ustedes pueden comprobar —y estoy dispuesto a mostrarles los documentos de la Administración— que la Administración tiene una coherencia en el desarrollo de su política de personal, de su política retributiva, que es muy importante y para nada es un tema que haya que introducirlo en ningún cauce vejatorio y que esta política se va a desarrollar a lo largo del tiempo dentro de las normales dificultades que en este mundo tan complejo, y que seguramente muchos de ustedes conocen mejor que yo el mundo en que nos movemos de esta complejidad, que es el mundo sanitario, y cómo se está plasmando este tema dentro de una política dirigida que no da ningún mandato y la conclusión que ustedes pueden sacar es que los representantes o los titulares, desde el excelentísimo señor Ministro a cualquier persona de su Departamento, de alguna manera han incidido y repita los mismos temas.

Evidentemente, tenemos los temas definidos, vamos haciendo nuevos desarrollos, pero que no contradicen las definiciones anteriores y, por tanto, nos vemos obligados, si quieren, a entrar en la redundancia de tratar los mismos temas. ¿Por qué? Porque son los temas que vamos diseñando y no vamos contradiciendo nuestras posturas. Yo, en fin, siento de verdad haber defraudado quizás al Grupo Popular, pero tengo que repetir la pregunta literal que a mí se me formula, y voy a repetirla con mucho gusto. Se dice exactamente: situación actual de la sanidad española y vías de solución a los conflictos y problemas planteados en la asistencia extrahospitalaria, hospitalaria y en la planificación, impulso y coordinación del estatuto marco.

No es, por tanto, extraño que hable de los conflictos, que hable del estatuto marco y que hable de la situación de la sanidad española, y no es extraño que me refiera a la comparecencia del señor Ministro, como digo, tan fresca de hace sólo veinte días, y me felicito —quizá no sea brillante—, pero me felicito a mí mismo, y no podía ser de otra manera, por coherencia de una enorme coincidencia en muchas de las cuestiones, porque no puede ser de otra manera, y ya se lo he dicho al principio, como es natural.

Nos dice la Diputada señora Villalobos que no hablamos del desarrollo de la Ley General de Sanidad. Yo le diría que no hablamos de otra cosa que del desarrollo de la Ley General de Sanidad y que, sinceramente, no hacemos otra cosa. Yo creo que hablar de la atención primaria, que hablar de organización de los hospitales —refiriéndonos a su artículo 65—, que hablar de conexiones entre la expresión primaria y hospitalaria, disposiciones generales del Decreto de hospitales, Ley General de Sanidad; que hablar del estatuto-marco (artículo 84 de la Ley General de Sanidad); que hablar de retribuciones (artículo 84 de la Ley General de Sanidad), yo creo que no hablamos de otra cosa que del desarrollo de la Ley General de Sanidad, y ello no tiene ningún mérito; simplemente es lo que tenemos que hacer porque es un mandato legal el que ahí tenemos. Por tanto, yo creo que no se puede sustentar, de verdad, decir que no estamos hablando de la Ley General de Sanidad y que estemos hablando de temas colaterales que yo de ninguna manera quiero minusvalorar, como es el tema retributivo, que no sólo es un tema de emolumentos, de monte económico o de cantidad de dinero por prestaciones, sino que es un tema también de modelo, como creo que el Diputado del Grupo Socialista ha dicho, yo creo que con acierto; que es un tema modelo sustancial, porque sin duda, un modelo u otro puede condicionar, de una u otra manera, un determinado ejercicio de la asistencia sanitaria, que no es otro que el que diseña nuestra Ley General de Sanidad que está vigente y aprobada por el Parlamento español.

Tenemos un tema que yo creo que en todas las comparecencias de personas de la Administración sanitaria saldrá una y otra vez y a mí me parece muy bien que salga, y es el tema de atención primaria; el tema de la atención primaria, superando problemas terminológicos, centros de salud, donde se ubican los equipos de atención primaria, problemas terminológicos que quizá puedan entorpecer la comprensión de los logros que se van alcanzando hasta este momento. Pero como dice —y yo coincido plenamente— el señor Ruiz Soto, éste que es un tema sustancial, no es un tema de hoy para mañana y yo creo que aquí no hay ningún triunfalismo por parte de nadie. Nosotros creemos que lograr una cobertura del nuevo modelo del 30 por ciento es un logro importante; es un logro importante y, verdaderamente, trabajoso y difícil, porque no se trata de construir una unidad física que se llama centro de salud, se trata de ubicar allí unos equipos de profesionales, que se llaman equipos de atención primaria, como todos ustedes saben, que ejercen la medicina primaria de otra manera, o que entendamos que la ejerzan de otra manera, y todo esto supone un esfuerzo importante, y no sólo un esfuerzo financiero, que tenemos que ver el presente, porque estamos moviéndonos dentro de un presupuesto determinado, al que luego también me referiré, sino un esfuerzo de gestión y un esfuerzo de asunción por parte de demandantes de la función en general que, como es natural, no se debe hacer de hoy para ma-

ñana e incluso se puede aconsejar no precipitarse en estos importantes temas, dado que podemos introducir una gran distorsión si estos equipos de atención primaria, estos centros de salud no responden a las expectativas que han generado entre la población y que son expectativas correctas.

Hay otra serie de temas que han sido aludidos por la señora Villalobos, que dice que se habla de obscuridad. Yo creo que no debemos de tratarlos y no pensaba yo que iban a ser traídos a colación. Nadie dice que todo está bien, nadie dice que no existen las llamadas listas de espera, nadie dice que todo el mundo cree que la asistencia es maravillosa, que todo el mundo está muy bien pagado y que todo el mundo está muy contento. Evidentemente, eso nadie lo dice y creo que mala política podría desarrollarse si no partimos de unas bases reales y saber cuál es el estado de la cuestión.

Yo creo que es importante que no se emplee de una forma coloquial por importantes representantes populares, como son ustedes, y que además tienen un conocimiento bastante claro de la situación, determinados adjetivos excesivamente descalificadores, que yo hoy ciertamente no he oído ninguno y me tengo que felicitar por ello, para poder decir cuál es exactamente el estado de la cuestión, que sin duda no es algo maravilloso, pero que no es algo caótico.

El señor Revilla centra su intervención en un cierto escepticismo sobre el desarrollo de atención primaria. Ya digo que es un desarrollo complejo. Entiendo que existan estos 306 equipos de atención primaria ubicados en centros de salud funcionando; creo que es algo muy importante teniendo en cuenta que pervive el modelo tradicional de ambulatorio-consultorio y que es un tema complejo de instrumentación, como todo el mundo sabe, y se centra, sin duda, porque conoce la materia, básicamente parte de su intervención en algo que sí es algo novedoso en cuanto a su promulgación, que es el Decreto de estructura y organización de hospitales.

Yo tengo que decir algo que ya he dicho, pero lo tengo que decir nuevamente. El Colegio de Médicos —ya que el debate estuvo muy centrado en el tema médico— ha hecho unas manifestaciones últimas, a la vista del Decreto promulgado, que no coinciden con otras manifestaciones anteriores y creo recordar que hablaban de una coincidencia en un porcentaje importante en cuanto a las posiciones de dicho Colegio que ampara a los colegiados y el Decreto que promulga la Administración. Esto es algo que hay que constatar. Hay que constatar también que se han cumplido —¡cómo no!— unos períodos de información pública contra una serie de instituciones y hay que constatar que también ha habido reuniones posteriores a lo que es el trámite formal del período de información pública, que se sustancia mediante el envío del escrito del Colegio de Médicos a la Administración, y ha habido reuniones para buscar el acercamiento de posturas, y se ha producido un acercamiento de posturas sencillamente porque se compartían objetivos de profesionalización, se compartían objetivos de participación en lo que puede ser una autonomía hospitalaria, una dirección por objetivos dentro de los hospitales. Yo tengo que decir que creo que el Consejo de Estado ha despejado toda duda sobre la legalidad del Decreto que ha promulgado el Gobierno, tema verdaderamente importante y tema que debemos de estar tranquilos en este sentido, porque creo que el dictamen del Consejo de Estado es absolutamente claro en los aspectos de legalidad que plantea, en nuestra opinión.

En lo que respecta al tema de la democracia en nuestros centros, yo creo que hay que tener muy claro el modelo al que optamos. Nosotros pensamos que estos planteamientos de elección democrática de los gerentes no pueden ser asumidos por el modelo que plantea la Administración de ir hacia una autonomía, de ir hacia una dirección por objetivos de una gestión responsabilizada. Evidentemente, esta autonomía tiene que residenciar la responsabilidad en un equipo gerencial responsable que tiene que responder de esa autonomía y del cumplimiento de sus objetivos, para los cuales se le otorga la autonomía que tiene.

Por tanto, entendemos que estos planteamientos de elección democrática de gerentes, que después de todo gerencian unidades con volúmenes de facturación a veces superior a los 15.000 millones de pesetas, no pueden ser asumidos por la Administración en el modelo de desarrollo de hospitales que tiene. Llevándolo a un extremo, lo digo por delante, podríamos llegar incluso a la elección democrática de los jefes de servicio por parte de los usuarios. Llevando a un extremo esta cuestión tampoco lo podríamos plantear. Nosotros creemos que hay unidades complejas, de presupuestos complejos donde se les va a dar una autonomía en la gestión y se les van a marcar unos objetivos. Creemos que una cuestión es garantizar que las personas que ocupan los puestos de esa responsabilidad van a ser las personas más idóneas —como creo que garantiza el Decreto— y otra cuestión es llevarlo al extremo de una elección democrática, que en el Derecho comparado, incluso con las propias instituciones privadas de nuestro país, no tiene parangón ni semejanzas en ninguna otra.

El tema retributivo, como digo, en cierto modo se reconoce resuelto; es un tema sustancial, es un tema de modelo, y nadie ha pretendido decir que hablar de estos temas no sea estar a la altura de las circunstancias. Este es un tema perfectamente tratable. Cuando se dice, por un lado, que no es un tema del Parlamento, tengo que recordar que tanto en el Congreso como en el Senado se han interesado por este tema retributivo algunos Grupos políticos. Al ser un tema importante, al ser de modelo, aunque la negociación tiene que producirse, evidentemente, entre empleadores y empleados, tampoco creo que sea un tema que no se pueda tratar en una sesión como ésta; creo que puede hacerse perfectamente.

Se ha aludido a los médicos rurales. Yo tengo que señalar que los médicos rurales, como ustedes saben, están transferidos a las Comunidades Autónomas y, como ustedes saben también, existe un Decreto de estructura orgánica y yo me limito a las competencias que el Consejo de Ministros, a través de ese Decreto, me ha concedido. Por tanto, éste no es un tema que me afecte en cuanto a com-

petencias como titular de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria.

En cuanto al presupuesto del INSALUD y del resto de las entidades gestoras, creo que su grado de tecnificación y su grado de respuesta como instrumento de política que es —pues es un presupuesto a los problemas que tiene planteada la asistencia sanitaria— dista de dar una respuesta totalmente satisfactoria a los problemas. La cuestión es de grados, en qué medida podemos ir acercándonos a un presupuesto que como instrumento de política pueda tener una concepción de tal, es decir, que pueda ser un instrumento de política sanitaria. El presupuesto puede ser un instrumento de política en todas las administraciones públicas siempre que sea manejable, que esté más ordenado y que vaya caminando hacia su tecnificación. Evidentemente, voy a señalar algo que se sabe: hay mucha tarea que hacer aquí y hay mucho que avanzar en lo que es la tecnificación del presupuesto, incluso en lo que es una mayor suficiencia presupuestaria, que sin duda la Administración y el Departamento desean dentro de los márgenes que tiene planteados toda la Administración pública.

En cualquier caso, yo sí puedo plantear que existe una mejora paulatina de esta tecnificación del presupuesto y esperamos que el próximo pueda seguir avanzando en esas mejoras, que sin duda son procedentes para que el presupuesto no deje de ser lo que yo creo que debe ser y que a lo mejor no lo cumple de una manera estricta en el sector en que nos encontramos: el presupuesto debe ser un instrumento de gestión, y no sólo una apelación a sus conceptos, una apelación financiera a los distintos conceptos presupuestarios.

En cuanto a los hechos, ni en esta compareecencia ni en ningún momento desde que estoy ejercitando estas funciones creo que he hecho ningún juicio de valor sobre la coherencia de las posiciones que mantienen las corporaciones públicas, como los colegios, de los movimientos asamblearios y coordinadoras o de las organizaciones sindicales, a las que se ha aludido aquí. Yo me he limitado a resaltar hechos que han ocurrido. Creo que para tener una visión cabal de cuál es la evolución del conflicto y cuál puede ser su solución futura, pregunta hecha por el señor Ruiz Soto, hay que tener claros una serie de hechos. Pero sin duda yo no soy quién para calificar el porqué una determinada organización sindical firma o no firma. En cualquier caso, tengo que decirle al señor Espasa que respeto, como es natural, todas las posiciones y nunca oirá en la persona que les habla ningún juicio de valor sobre la coherencia mayor o menor, pues todo el mundo tiene la suya y la defiende, de por qué determinadas organizaciones legales representativas adoptan o no determinadas posiciones. Lo que sí creo que debo explicar son las de la Administración; las demás creo que las deben explicar ellos. En el Ministerio en general, y yo en particular, somos muy respetuosos, y si no lo somos, ruego que me lo indiquen así, en valorar la coherencia de cada una de las centrales. Ahora bien, yo constato un hecho y es que tenemos una mesa de representación con cinco centrales sindicales, de las cuales tres han firmado un acuerdo, otra ha firmado un preacuerdo —y en este momento no sé cuál es la ratificación, el «tempus» de negociación de ratificación del sindicato gallego— y otra no la ha firmado y yo añado «todavía». Tengo que decir que, como he manifestado en numerosas ocasiones, evidentemente este acuerdo está abierto a todas las centrales sindicales representativas. Yo no hago ningún juicio de valor de cuál es la coherencia para firmar o no firmar. Creo que con la madurez democrática que tenemos nosotros y las centrales sindicales, todo el mundo sabe por qué hace las cosas y apela a su propia coherencia. Por supuesto, no quiero hacer ninguna descalificación.

Si ustedes han estado atentos, tampoco he hecho ningún juicio de valor, en parte por algo que resaltaba el Diputado socialista, de cuál es la implantación de cada uno. Yo lo que puedo hacer es remitirles a ustedes las actas, que me remite por otra parte el Ministerio de Trabajo, sobre cuáles son los sindicatos mayoritarios después de un proceso electoral. Evidentemente, ustedes las pueden obtener igual. Yo no hago ningún juicio de valor sobre la capacidad de respuesta o de seguimiento de una convocatoria, entre otras cosas porque, como yo quise dejar de manifiesto en el relato del conflicto que hago, como ustedes saben, la mayoría de las convocatorias de huelga se han hecho de una forma conjunta, con lo cual creo que nadie puede hacer este tipo de particiones, que, por otra parte, tampoco creo que vengan al caso. Tampoco hago ningún juicio de valor. Lo único que digo es que posiblemente, y en el tema médico seguramente, la central sindical a que ha aludido no es la central sindical mayoritaria en este tema. En este momento no tengo los datos, y como no los tengo prefiero no hacer juicio alguno, pero habría que tener las actas en la mano para sustentar la afirmación que ha hecho el señor Espasa. En cualquier caso, son hechos. Yo no entro en si una central tiene más o menos implantación. Creo que aquí hay unas elecciones, hay unas actas y nosotros lo que tenemos que hacer es negociar con todas en una mesa de negociaciones y firmar con la que quiera hacerlo, dentro de una postura que entendemos coherente y que llevamos desde hace largo tiempo, y que, como digo, no es fruto de veinte días, sino de unas negociaciones que empiezan en noviembre, y hay documentos que se van repartiendo y que siguen hasta nuestros días.

El señor Ruiz Soto se pregunta algo que yo también me pregunto. Evidentemente, es un hecho sustancial. No cabe duda —y acabo ya— que todos ustedes se plantean que no es bueno para la asistencia sanitaria ni para el ciudadano que haya huelga; esto me lo han planteado también los propios sindicatos. Se pregunta qué ocurrirá. De la huelga convocada esta mañana por la llamada Coordinadora de Hospitales y de algún sindicato como es CESIME, no tengo datos todavía. Los datos que me han suministrado reflejan que el desarrollo de la huelga es francamente menor en el sitio donde previsiblemente puede ser mayor, que es Madrid, previsiblemente. En estos temas las instrucciones que se dan desde la Secretaría General de Asistencia Sanitaria son no entrar en ninguna guerra de cifras, y yo he pretendido aquí —y lo han visto— re-

conocerles a ustedes los datos que para mí son buenos porque son los que me ha suministrado la Administración. No quiero entrar en ninguna guerra de cifras; lo que sea será. Como ustedes saben, el acuerdo no es genérico; por una parte, no lo ha firmado la central Comisiones Obreras, no lo ha ratificado todavía el SGS y, evidentemente, no lo puede firmar la Coordinadora, por una razón: porque no está sentada en la mesa de centrales sindicales representativas. Entonces, miembros de la Coordinadora pueden adoptar una u otra posición. Lo que no pueden hacer, porque no es posible desde un punto de vista jurídico, es firmar unos acuerdos en una Mesa en la que no están, porque así lo marca la legalidad vigente y es un corsé en que nos encontramos.

No obstante, yo confío, y así lo he manifestado, en que el desarrollo de la huelga se vaya desarmando y que vaya siendo menor; confío, lo deseo y espero que llegue a ser una realidad y que lo podamos comprobar hoy mismo.

Nos señala S. S., por un lado, el tema de la huelga, y, por otro, el tema tecnológico. Este es un debate sustancial y, como ustedes saben, en el planteamiento que hemos hecho sobre la cuestión de las inversiones había una serie de nuevos frentes, con una determinada filosofía, y un cierto equilibrio entre lo que puede ser la alta tecnología —de la cual creemos que el sistema nacional no debe quedar desenganchado—, y lo que es la renovación de los equipos no de alta tecnología, pero que vienen sustentando toda la asistencia tanto hospitalaria como extrahospitalaria.

Quiero decirl que existe un plan de alta tecnología que yo le puedo remitir muy gustosamente hoy mismo; que existe un plan en todas estas materias de resonancias magnéticas, «scanner», angiógrafos, etcétera, pero que también existe un plan, para mí no menos importante, en lo que es la renovación de los equipos usuales que se utilizan en la prestación de asistencia. Simplemente como una nota característica en este nuevo plan de otro tipo queremos decir que las distintas unidades se van optimizando, dentro de lo que es la escasez de recursos y aquellas necesidades que tienen mayores, que es una nueva manera, creemos, de afrontar unas inversiones de este tipo.

No quiero extenderme mucho más para no cansarles a ustedes. Deseo agradecerles nuevamente que me hayan brindado la oportunidad de estar aquí; agradecerles también el tono cordial y la comprensión que han mantenido con este Secretario General y expresarles la intención, que reitero, de responder a todas las preguntas que me formulen, tratando de adivinar cuál es la respuesta que ustedes desean o sobre qué temas desean intervenir fundamentalmente, para adaptarme a ello. Me pongo a su disposición en este momento y siempre, tanto en la Cámara como en el despacho.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señor Secretario. **(La señora Villalobos Talero pide la palabra.)**

Tiene la palabra la señora Villalobos.

La señora **VILLALOBOS TALERO:** Solamente quería saber si abre usted un debate de contestación al señor Secretario General. Era una pregunta que quería hacer.

El señor **PRESIDENTE:** No creo que sea una situación excepcional; que es lo que marca el Reglamento.

La señora **VILLALOBOS TALERO:** Sin embargo, como una cuestión de orden, tengo que decir que el señor Secretario General ha leído la petición de comparecencia de mi Grupo, y creo que hace alusión a una petición que ni siquiera ha llegado todavía a la Mesa de la Comisión de Política Social, sino que forma parte de un paquete de peticiones que está retenido todavía en la Mesa del Congreso. Le reitero, señor Secretario General, que en nuestra petición de 25 de marzo lo que pedimos exactamente es que comparezca para que nos hable de la asistencia hospitalaria y de la política general de su Secretaría.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Villalobos, simplemente quiero explicar al conjunto de la Comisión que existen dos peticiones del Grupo Popular de comparecencia del señor Secretario General de Asistencia Sanitaria, una de fecha 25 de marzo y otra de fecha 22 de abril. En la de 25 de marzo se solicita que informe ante la Comisión de Política Social y Empleo de la asistencia hospitalaria y de la política general de dicha Secretaría. La segunda, que sí ha tenido ya entrada en la Comisión, y que quizá ha sido la causa de la posible confusión, porque ya ha circulado y habrá llegado a los servicios del Ministerio de Relaciones con las Cortes, es a la que ha hecho alusión el señor Secretario General de Asistencia Sanitaria. Quizá el hecho de que en un plazo tan breve de tiempo, no habiéndose producido la primera, haya circulado la segunda petición de comparecencia, es lo que ha provocado, repito, esta pequeña confusión, pero creo que el tono y la amplitud de la comparecencia del señor Secretario General ha dado cumplimiento a las dos peticiones, porque son complementarias.

La señora **VILLALOBOS TALERO:** Perdone, señor Presidente, pero en la última Mesa de la Comisión, de la cual soy miembro, no había entrado todavía la segunda petición de comparecencia, y vuelvo a insitirle que nosotros seguimos manteniendo esa segunda petición. Esta de hoy correspondía a una solicitud de nuestro Grupo de hace varios meses, y no tiene absolutamente nada que ver con el estatuto-marco.

El señor **PRESIDENTE:** La solicitud es de hace un mes y tres días, señora Villalobos.

La señora **VILLALOBOS TALERO:** Señor Presidente, si el señor Secretario General ha hecho uso de su comparecencia para hablar del estatuto-marco me parece muy bien, pero yo le pedía que nos hablara de la asistencia hospitalaria en concreto, de unas circunstancias que, efectivamente, tienen lugar hoy en la sanidad, pero para nosotros sigue teniendo importancia el control total de la propia Ley de Sanidad.

El señor **PRESIDENTE:** Señora Villalobos, de cualquier forma, este es un tema al que es ajeno el señor Secretario General. La Mesa de la Comisión intentará dilucidarlo y dar cumplimiento a los deseos del Grupo Popular en su próxima reunión, que tendrá lugar mañana.

Agradeceremos la comparecencia, por tanto, del señor Secretario General de Asistencia Sanitaria, y le rogamos su permanencia en la Comisión para que dé cumplimiento al trámite del segundo punto, en el que están planteadas una serie de preguntas.

CONTESTACION POR PARTE DEL SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA A LA SIGUIENTE PREGUNTA:

— SOBRE CONFLICTO DE FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL GENERAL DE LUGO (del señor Carro Martínez)

El señor **PRESIDENTE:** La primera pregunta es relativa al conflicto de funcionamiento del Hospital General de Lugo, formulada por el señor Carro Martínez.

Para su formulación, tiene la palabra el señor Carro.

El señor **CARRO MARTINEZ:** La pregunta se refiere a un hecho concreto, como ha señalado el señor Presidente, relativo al conflicto existente en el Hospital General de Lugo, hecho singular que parece que tiene alguna concatenación con todo este movimiento de desarreglos hospitalarios que existe en el país, de los cuales yo sólamente tengo conocimiento a través de los medios de información. Parece que son sucesos graves, pero en Lugo el hecho es singular, y a él me voy a referir en mi pregunta, que se concreta a este conflicto y a cuáles son las medidas que el Gobierno va a adoptar para dar una justa solución a la grave situación de degradación que se ha producido en el Hospital General de Lugo, que ha llegado a extremos verdaderamente inconcebibles.

El conflicto es real, ha llegado a situaciones de manifestaciones, reuniones asamblearias permanentes, incluso a huelgas de hambre por parte de miembros de los equipos de toda clase que existen dentro del personal de la sanidad, y además así se lo he expuesto al Ministro en un telegrama, que no ha tenido la cortesía parlamentaria, o la atención, o quizá no le ha dado la importancia debida para contestarme, pero se lo he planteado también al Delegado del Gobierno en Galicia, un notable doctor, que éste sí me contestó, y me decía en su respuesta que los responsables del INSALUD realizan en estos momentos los máximos esfuerzos par solucionar el conflicto surgido en el Hospital General de Lugo y hace votos para que se resuelva rápidamente. Es decir, que es un conflicto, y un conflicto además que tenía características de urgente cuando yo lo planteé, hace cuestión de un mes más o menos. Por esta razón, yo pretendía que la situación —que cuando yo la planteé estaba acompañada de huelgas de hambre de diverso personal de este hospital— tuviera una tramitación urgente. No fue así estimado por la Mesa de esta Comisión, que, por las razones que sea, no la introdujo en el orden del día de las sesiones de los días 7 y 8 de abril, habiendo tenido cabida entonces, porque la pregunta estaba formulada en el mes de marzo, y fue pospuesta hasta hoy.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Carro, cuando se hizo el orden del día de esas sesiones no estaba publicada la pregunta y no pudo ser incluida. Se ha incluido en la primera reunión de la Comisión que ha habido después de esas reuniones.

El señor **CARRO MARTINEZ:** No entremos en polémicas menores, señor Presidente. Lo cierto es que, conscientes de que las cosas iban por ahí, este Grupo político solicitó por escrito que fuera incluida la pregunta en el orden del día, es decir, que la Mesa de la Comisión tenía noticia y conocimiento pleno de la existencia de la pregunta y, por las razones que sean, se decidió no incluirla en esa sesión.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Carro, lo siento mucho. Está haciendo un juicio de valor sobre el funcionamiento de la Mesa de la Comisión. Le puedo decir que el escrito en el que se pedía la inclusión de esta pregunta llegó justo el día anterior de la celebración de las sesiones del 7 y del 8, con lo cual, teniendo que comparecer una autoridad del Ministerio para darle respuesta, era de cumplimiento prácticamente imposible y, en la siguiente reunión de la Comisión, hemos incluido su pregunta.

El señor **CARRO MARTINEZ:** Señor Presidente, vamos a no perder el tiempo en cuestiones menores, porque esto no tiene demasiada importancia, aun cuando —vuelvo a insistir— el tema era urgente por las circunstancias que concurrían en el conflicto **(Rumores.)**. La Mesa tuvo conocimiento en su día del hecho, porque hubo escrito de nuestro Grupo que solicitaba su inclusión en las sesiones de los días 7 y 8 de abril.

Hecha esta introducción, en lo que se refiere a la existencia de un conflicto grave y urgente, veamos cuáles son los hechos más significativos que lo caracterizan.

El Hospital General de Lugo es insuficiente como es notorio porque existen enfermos en los pasillos, hay listas con plazos de espera muy superiores a los normales en otros hospitales y está, quizá, estructuralmente mal concebido, lo cual por sí sólo genera una serie de problemas. Pero lo cierto es que desde hace varios meses viene padeciendo situaciones conflictivas que se han hecho patentes con especial gravedad, me atrevo a decir, desde que el Gobierno socialista ha intentado hacer el cambio en la gestión de este Hospital.

Se cambió la dirección del Hospital de Lugo, y se hizo por el equipo socialista, quizá con los mejores criterios que tenía a mano, pero este cambio de la dirección ha sido sinónimo de conflicto en aquel Hospital. Se establecieron nuevos módulos, nuevos sistemas de trabajo, y todo ello, además, mediante la fuerza. Parece mentira, pero ha sido así. La coacción se hizo presente en aquel

Hospital, puesto que se contrataron los servicio de la empresa ESABE, que destacó dentro del Hospital a funcionarios uniformados del orden que trataron de imponer coactivamente las nuevas ideas del cambio en el Hospital.

Simplemente, la idea de un hospital que pueda funcionar a base de combinaciones policíacas es un verdadero disparate, como lo demuestra el hecho de que dijo el portavoz socialista —a quien oí en la intervención anterior— que hace falta encontrar para el cúmplimiento de la función ciertas satisfacciones en el trabajo, ciertas satisfacciones que no se tienen, por supuesto, cuando se está coaccionado por la presencia de fuerzas de orden público, aunque sean privadas y contratadas, lo cual quizá aún sea peor, porque a este Hospital, que muchas veces alega falta de medios, no le faltan, en cambio, para contratar servicios costosos de fuerzas privadas de seguridad.

Algunos sectores, incluso socialistas —porque socialistas están en todas partes y también dentro de los hospitales—, se resistieron a las novedades hospitalarias e incluso algunos médicos —como los doctores Sánchez Ramos y Ovidio Vázquez, que son militantes del PSOE y de la UGT— se solidarizaron en una huelga de hambre que duró aproximadamente dos semanas. Hoy en día, esta huelga ya no existe, pero sí existía cuando yo solicité la comparecencia para responder a esta pregunta.

En definitiva, y para resumir los hechos o consecuencias producidas en el cambio directivo del Hospital General de Lugo, la realidad es que ha habido asambleas constantes; manifestaciones diarias en la calle por la plantilla del Hospital; expedientes administrativos que después han sido supendidos (ha habido 13 suspensiones de funciones, de las cuales, ocho afectaron a médicos); hubo huelga laboral los días 26, 27, 28, 30 y 31 del pasado mes de marzo; hubo huelga de hambre de cinco personas durante quince días, etcétera, es decir, que el Hospital y la seguridad hospitalaria de Lugo vienen funcionando pésimamente, con grave riesgo para la población que sufre y padece estos graves incidentes.

Frente a esto, ¿qué ha hecho la Administración socialista? Evidentemente, ha intentado algo: ha enviado inspectores para desbloquear las situación y se han levantado algunas de las suspensiones, pero se ha continuado en la contumacia y en la ineficacia. Incluso surgió un conflicto competencial con la Comunidad Autónoma gallega, que no tiene transferidas estas funciones sanitarias, cuando esta Comunidad Autónoma, consciente de la gravedad de los hechos, envió inspecciones que no fueron toleradas dentro del Hospital, y el propio Presidente de la Comunidad Autónoma gallega, Fernández Albor, compareció en dos ocasiones ante el Hospital y no tuvo más remedio que solidarizarse con el comité de empresa. En todo caso, insisto, la Dirección del Hospital impidió que el Conselleiro de Sanidad de la Xunta enviara sus inspectores, con lo cual surgió un conflicto competencial no despreciable entre el Estado y la Comunidad Autónoma gallega.

En conclusión, la sanidad hospitalaria de Lugo lleva varios meses sin apenas cubrir los servicios mínimos; todo el personal del centro (médicos, ATS, celadores, etcëtera) están solidarizados; existe una unión plena de trabajadores, comité y sindicatos —quizá con excepción de UGT— y la situación se lleva prolongando desde hace varios meses, lo cual es de por sí muy grave, pero es que el pueblo de Lugo, repito, está padeciendo estas anomalías y esta falta de asistencia sanitaria, que viene pesando, y muy injustamente, sobre él.

Todo esto era así y se había quizá logrado un «modus vivendi» en estas dos últimas semanas para restablecer la situación y la normalidad hospitalaria a base de ciertos compromisos adquiridos que vinieron a ser negociados a Madrid por el comité de empresa justamente ayer. Esta negociación no tuvo los resultados apetecidos, porque, según dicho comité de empresa —cosa que ignoro, pero así se me dice—, el Ministerio de Sanidad no respetó los compromisos adquiridos en su día. Las noticias de última hora son que el conflicto ha vuelto a estallar en toda su crudeza.

La huelga del Hospital se reproduce a partir de hoy. Desde ayer tarde se constituyó el comité de empresa en asamblea permanente; se anuncian tres sentadas diarias del personal en el «hall» del Hospital; a la salida de la jornada laboral se reanuda la manifestación diaria por las calles y se vuelve a la huelga de hambre por parte de los representantes de los diferentes sectores del personal dentro del Hospital.

Señorías, la situación no puede ser más desalentadora, más grave y más dificultosa. El pueblo de Lugo creo que tiene derecho a una asistencia sanitaria que no está recibiendo en estos momentos. Mi pregunta, con toda humildad pero con toda seriedad también, es: ¿qué medidas adoptará el Gobierno para resolver este problema? ¿Será capaz la autoridad sanitaria de enderezar este cambio que se ha producido en la Dirección del Hospital General de Lugo y enderezar esta situación hacia una normalización hospitalaria que el pueblo de Lugo desea, quiere, necesita y el Gobierno tiene obligación de darle?

El señor **PRESIDENTE:** Sin afán de polemizar, pero para precisar ante la Comisión, quiero indicar que la pregunta aludida por el señor Carro y formulada en este momento, está publicada el día 2 de abril.

El número 1 del artículo 189 del Reglamento dice: «... estarán en condiciones de ser incluidas en el orden del día una vez transcurridos siete días desde su publicación». Esto estalbece que sólo a partir del día 9 podía ser incluida la pregunta en el orden del día, por tanto, no en las sesiones de los días 7 y 8, que fueron las últimas veces que se reunió esta Comisión.

Tiene la palabra el señor Secretario General de Asistencia Sanitaria para contestar a la pregunta formulada.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señor Diputado, le puedo decir que la Administración sanitaria comparte con usted, y con mucha gente más, el deseo de que se normalice la asistencia en el hospital de Lugo, y creo que en las actuaciones que le voy a relatar puede quedar de manifiesto que no sólo es un deseo, sino que se han adoptado las acciones administrativas tendentes a que esta normaliza-

ción pueda venir en un futuro muy próximo, si no ha llegado ya.

En primer lugar tengo que decir que quizá Lugo, como provincia en la Comunidad Autónoma gallega, desde un punto de vista de asistencia hospitalaria goza en estos momentos de una de las redes más integradas y más completas. Como usted seguramente conoce, tenemos una residencia con una arquitectura obsoleta, donde se han hecho importante obras; hay algunos servicios que todavía no tienen estas obras realizadas, pero tenemos dos hospitales nuevos en funcionamiento, bien construidos, como son el de Monforte de Lemos y el de Burela, sin contar con el de Barco de Valdeorras, que aunque está en la provincia de Orense, como usted sabe, está muy cerca de lo que es el límite con Lugo. Yo quisiera decir, fundamentalmente motivado por sus palabras, que pensamos que, una vez que se normalicen las relaciones, la provincia de Lugo estará asistida, desde un punto de vista de red hospitalaria, de un manera óptima con estos tres hospitales que le señalo y la proximidad del de Barco de Valdeorras, con 80 camas, casi en el límite de la provincia de Lugo.

En segundo lugar, hace usted alusión a la posible no avenencia de criterios con la Comunidad Autónoma, la Xunta de Galicia, en cuanto a su pretensión de inspeccionar el recinto hospitalario. Efectivamente, la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de la Comunidad Autónoma, al tener conocimiento por medio de los medios de comunicación de la problemática del hospital de Lugo, se dirige a la delegación del Gobierno anunciando que va a efectuar una inspección en el citado hospital por funcionarios de su Consejería. Se le envía un télex, a través de la Dirección General de Relaciones con las Comunidades Autónomas, del Ministerio de Sanidad a la citada Consejería de Sanidad y Seguridad Social, señalándoles que la Inspección de la Seguridad Social no ha sido transferida, como usted mismo nos ha reconocido, y que no hay ningún inconveniente en que, tras las preceptivas visitas de inspección que va a realizar la Inspección de la Seguridad Social, que aún no ha sido transferida a la Comunidad Autónoma, se le dé todo el amplio conocimiento que estime por conveniente dicha Consejería. Estas son las posiciones en este tema que usted nos ha mencionado.

En este sentido, pensamos, y así se lo hemos manifestado a la Consejería, que, como no ha sido transferida la Inspección de la Seguridad Social, a lo que sí estamos dispuestos es a darle toda la información y toda la satisfacción que dicha Consejería demande, pero no podemos permitir que se nos comunique que esta función va a ser ejercida, porque todavía, repito, no está transferida.

A continuación, entro a hacer un breve relato del conflicto de Lugo y cuáles fueron las acciones administrativas para tratar de evitar tan importante conflicto.

Con motivo de la huelga del 17 de marzo, el comité de empresa del citado hospital decide la ocupación de los despachos de la Dirección, lo cual se realizó con violencia y fueron desalojados estos trabajadores por las fuerzas del orden. Posteriormente, se les autoriza a llevar a cabo una reunión en el salón de actos del centro, lo que se convierte en una ocupación de dicho recinto, y siguiendo las instrucciones de la autoridad gubernativa de dicha provincia, se desalojó por la Policía Nacional. Como consecuencia de estos desalojos hubo detenciones por parte de la autoridad gubernativa el 18 de marzo. Ante este hecho, la Dirección Provincial de Sanidad, vista la actitud de los representantes del personal, decidió la apertura de información previa y la suspensión en funciones a un número de trabajadores que usted nos ha relatado, lo que da lugar a una huelga de hambre por parte de los sancionados que es secundada por tres médicos, dos ATS y dos celadores.

A la vista de la gravedad de los hechos, la Dirección General ordena la realización de una inspección a través del equipo territorial de Galicia y una posterior visita, enviada personalmente por el señor Ministro, del Subdirector General de Atención Hospitalaria, como consecuencia de la cual se decide promover una entrevista en los servicios centrales, aquí en Madrid, con los miembros del comité de empresa, previa desconvocatoria de la huelga de hambre, desconvocatoria que se produce y entrevista en la que se acuerda la suspensión de la tramitación de los expedientes en la Dirección Provincial, remitiéndose las actuaciones para continuarlas, si procediera, a nivel central, en busca de una solución al conflicto.

El conflicto se centra, fundamentalmente, en el enfrentamiento del colectivo médico con la Dirección por diversas razones que tienen su origen en el tema de la jerarquización de los especialistas del área, la falta de participación en la reorganización de las enfermeras supervisoras y la reestructuración de las guardias, la organización del servicio de admisión y una serie de pequeños temas, como la designación de un jefe de guardia, nombramiento de subdirector médico, desaparición de la docencia, etcétera. Con posterioridad a esta reunión en los servicios centrales el Director General del INSALUD tuvo dos reuniones más con el Comité de empresa, y una de ellas, como usted muy bien dice, todavía en el día de ayer. Yo le puedo informar porque así me lo ha comunicado el Director General a requerimiento mío, que las posturas manifestadas en el día de ayer por el comité de empresa —digo en el día de ayer— son la petición de la dimisión de todo el equipo directivo del hospital: gerente, director médico, director de enfermería, director de gestión, etcétera. Incluso le puedo afirmar que el director médico lleva un mes en el nuevo cargo, es decir, con posterioridad a la aparición del conflicto, incluso estuvo enfermo un número de días, por lo cual su presencia en el hospital fue muy limitada en esos días.

Por tanto, tengo que desmentir la versión que usted tiene de la información del comité de empresa y lo que tengo que decir es que la posición de la Administración sanitaria es que de ninguna manera puede aceptar, en este hospital ni en ninguno, que se utilicen medias de presión del tipo huelgas de hambre para pedir, sin ningún otro tipo de razonamiento, la dimisión de todo el equipo gerencial, incluso en el caso paradójico de personas, como el director médico, que se hayan contratado escasamente hace menos de un mes.

Creemos que el conflicto puede entrar en una vía de so-

lución; está conectado, cómo no, al resto de los conflictos en el sector sanitario, que parece que entran en una vía de mayor diálogo, y haremos todo lo posible porque llegue a una solución utilizando todos los medios a nuestro alcance. Ahora bien, lo que no podemos hacer, porque usted comprenderá que sería una cuestión verdaderamente paradójica, es aceptar que para que se solucione el conflicto tenemos que cesar a todo el equipo directivo como única condición. Esta es una solución que no está en la mano de la Administración, y por esa vía, insisto, no podemos resolver el conflicto. No obstante, confiamos en que podrá entrar en una vía pronta de solución.

El señor **PRESIDENTE:** Por tiempo de cinco minutos, tiene la palabra el señor Carro, para replicar.

El señor **CARRO MARTINEZ:** Gracias por la respuesta, correcta en los términos con que se da, pero insatisfactoria en cuanto al fondo del tema planteado.

En cuanto a que la red de Lugo es completa, posiblemente lo sea comparativamente con las demás provincias españolas, no lo sé, pero con las 500 camas del Hospital General de Lugo, más las 60 de Burela y las 60 de Monforte de Lemos, aunque esto vaya a ser ampliado quizá al doble en fechas próximas, tanto en Burela como en Monforte, la red hospitalaria quizá no llega al 2 por mil de camas por habitante, lo cual es una tasa muy baja, no digo en relación con la europea, sino con el resto de España y con provincias como Navarra, que tienen el 5 por mil de camas hospitalarias por habitante. Pero la cuestión no es ésta, sino el conflicto y su posible arreglo.

Evidentemente, no estoy de acuerdo con que haya que utilizar medidas socavadoras de la autoridad en cuanto a la administración de una entidad tan compleja como es un hospital de 500 camas, pero lo que tampoco puedo reconocer es que la Administración deba mantener la contumacia en sus errores y alguno hay cuando hasta los propios sanitarios socialistas del Hospital están en contra de las medidas adoptadas. EL hecho de que subsistan los guardias de ESABE, y no precisamente para mantener el orden en cuanto a que no se fume o se salga a determinadas horas, sino para defender al equipo directivo del Hospital de las eventuales agresiones de que pueden ser objeto, revela algo tremendo y es que el clima no es tan fácil de arreglar como S. S. dice. Allí nos encontramos en una situación gravísima que ha excedido todos los módulos de fuerza, por una parte, y de contumacia, por otra. Consiguientemente, yo no veo un arreglo fácil. Ojalá pudiera aceptar, al igual que S. S., que esto está en vías de solución. Antes al contrario, no sólo no lo está, sino que ayer se ha agravado estimablemente la situación.

Quiero llevar al ánimo y a la consideración de S. S. la idea de que ya no es una cuestión de conflicto entre hospital y administración hospitalaria, es una situación que está padeciendo un pueblo que en estos momentos no está recibiendo la asistencia que necesita y que debería tener. A esto hay que ponerle solución. Yo no tengo ni competencia ni autoridad sobre la materia, pero los políticos estamos para resolver los problemas, ya que de lo contrario no valemos de nada.

Acepto, como no, la explicación que se me ha dado, pero quiero decirle con mucha crudeza al señor representante del Gobierno —en este caso— que o flexibilizan de alguna forma sus actitudes para arreglar el problema, o con las manifestaciones que ayer ha habido aquí, evidentemente lo único que han conseguido es agravar muy considerablemente el conflicto, de tal forma que ahora está en su peor momento.

Le encarezco y le ruego que ponga de su parte todo lo posible para resolver este problema, ya que sin dar ni quitar la razón, que eso no me importa, lo que sí quiero es que el pueblo de Lugo tenga la asistencia sanitaria debida, que en estos momentos no tiene.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Secretario General de Asistencia Sanitaria, por tiempo de cinco minutos.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Tengo que manifestar a S. S. que en cuanto a las actuaciones administrativas que he relatado, hay una voluntad clara de solucionar este conflicto por parte de la Secretaría General y de la Dirección General. En un momento dado, cuando se estimó por parte de la Dirección General que la interlocución era más difícil a nivel local —como usted muy bien sabe y le he explicado—, el Director General habló por tres veces con el comité de empresa. No hay ningún inconveniente en volver a hacer lo mismo cuantas veces sean necesarias y no escatimaremos ningún esfuerzo, ningún cauce ni ninguna vía de diálogo para solucionar este problema importante que se da en la residencia de Lugo.

Indudablemente, ese tipo de conflictos afectan a la asistencia, pero no creo que se pueda señalar que existe un problema grave de la misma en este momento en la provincia de Lugo, aunque evidentemente la resolución del conflicto mejoraría de manera sustancial la asistencia que allí reciben los ciudadanos. Esto es lo que nos mueve a todos y lo que deseamos. Ahora bien, le repito —y creo que entiende las razones que le doy— que la solución del conflicto debe pasar por un diálogo, por todo el que haga falta, pero no puede pasar por la única y radicalizada postura de que para empezar a hablar se exija a la Administración que cese a todo el equipo directivo del Hospital. Esto sería un grave precedente y no es una posibilidad que le esté dada a la Administración —en este caso al Secretario General o al Ministerio de Sanidad— para solucionar el conflicto.

Tenemos que entender que existen otras vías de diálogo y otras posibilidades y tengo la esperanza de que las mismas fructifiquen en un futuro. No obstante, usted cuenta con todo nuestro esfuerzo para que se solucione el conflicto, pero eso sí, sin llegar a este tipo de concesiones que creo que no son un problema de voluntad política, sino de métodos absolutamente inapropiados para solucionar cuestiones de este tipo.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Arrojo, agradecemos su presencia en la Comisión y esperamos verle por aquí en otra ocasión.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA CONTESTAR A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

— SOBRE SITUACION DE LOS VETERINARIOS AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACION (formulada por el señor Buil Giral)

El señor **PRESIDENTE:** Está con nosotros el señor Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, para cumplimentar las dos preguntas restantes. Le damos la bienvenida a la Comisión.

Pasamos a continuación a la exposición de la pregunta planteada por el señor Buil Giral sobre la situación de los veterinarios al servicio de la Administración, que va a formular el señor Revilla en sustitución del señor Buil.

Tiene S. S. la palabra por tiempo de diez minutos.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** La pregunta que hemos formulado, y para cuya respuesta acude el señor Subsecretario, cuya presencia agradecemos profundamente, responde por parte de mi Grupo a la necesidad de expresar, por una parte, una preocupación por la situación de los veterinarios y, por otra parte, recabar información acerca del pensamiento del Gobierno en relación con este tema.

Desde hace algún tiempo, y de modo creciente, no solamente hay un desencanto progresivo en el sector de la veterinaria, una acumulación también progresiva de quejas, sino que probablemente, y como consecuencia de lo mismo, un deterioro evidente de las funciones que desempeñan estos profesionales.

La veterinaria juega un papel clave en la salud pública, y no es necesario que lo señale aquí. Parece normal que una sociedad desarrollada se sienta y esté protegida higiénicamente. Bastaría subrayar, por un lado, la importancia de la función de los veterinarios en el control y el mantenimiento de la calidad de los alimentos, en la lucha contra las múltiples y distintas zoonosis o enfermedades causadas por los animales y, por otra parte, la necesidad de adecuar las reformas estructurales y funcionales de la veterinaria a las nuevas demandas sociales, entre las cuales no podemos dejar de tener en cuenta los efectos de la incorporación de nuestro país a la Comunidad Económica Europea. Habría, además, que añadir —voy haciéndolo de modo muy sucinta— que este problema tiene, efectivamente, una relación con el desarrollo y aplicación del Estado de las Autonomías, pero justamente por eso no debe verse frenado en los sucesivos ajustes que ese desarrollo plantea para que la sociedad española mantenga la seguridad de que estas funciones, que antes he señalado, se cumplan, se vigilan y están al servicio de las demandas sociales.

Los veterinarios se ven forzados a ejecutar una serie de funciones diversas y heterogéneas —todos lo sabemos— y este hecho produce una merma en la calidad de sus prestaciones. Sin duda ello conduce a una insatisfacción profesional, y no necesito echar mano de los anteriores debates para señalar cuáles pueden ser sus consecuencias.

Por ejemplo, a un veterinario titular le pueden venir solicitudes, o están dentro de sus funciones, desde el Servicio de sanidad ambiental e Higiene alimentaria de su respectiva Comunidad Autónoma, para inspeccionar las condiciones sanitarias de muchos centros, como carnicerías, salchicherías, pescaderías, etcétera, mantener la vigilancia y control de los comedores colectivos, la inspección sanitaria de la matanza domiciliaria, en lo que se refiere al ganador porcino, la dirección sanitaria del matadero correspondiente —el que le corresponda en los municipios que constituyan su partido de actuación—, la inspección sanitaria de las industrias de transformación de los productos alimentarios de origen animal y los informes referentes a los aspectos sanitarios que dicha autoridad saniaria pueda recabar de él.

Por su parte, el Servicio de Sanidad animal, de la Dirección general de la Producción Agraria correspondiente, le puede reclamar también el registro y control de todas las explotaciones, el control sanitario del comercio y el movimiento pecuario, la notificación puntual de las enfermedades de declaración obligatoria y la adopción de las medidas de aislamiento para su lucha y erradicación; la profilaxis vacunal de las enfermedades de vacunación obligatoria, el control de los núcleos zoológicos, incluidos, por ejemplo, los caninos, y la participación en la elaboración del mapa epidemiológico.

Todas éstas son funciones que desempeñan los veterinarios y que pueden ser reclamadas para su cumplimiento por parte de las autoridades que rigen estas actividades.

Aquí se plantea la duda de si deben o no cumplir todas estas funciones y la duda está en que no disponen de vehículos, no ya de su adquisición, sino ni de su mantenimiento. Naturalmente tienen que actuar como conductores del mismo, no se cubren sus gastos de locomoción ni las dietas a que puedan dar lugar, no tienen ningún tipo de seguros de accidentes que les cubran en sus desplazamientos, no hay aportación ni uso de instrumental veterinario propio, no dispone de útiles de oficina ni de infraestructura de tipo profesional para rsolver los múltiples trabajos que se derivan de las acciones o funciones que antes he señalado y, además, tienen que utilizar como oficina su propio domicilio.

Todo esto lo tienen que hacer a cargo de un sueldo de aproximadamente 80.000 pesetas que reciben al mes. Naturalmente que todos nos preguntamos y los que no estén en la intimidad de esta problemática se preguntan, cómo pueden cumplir todas esas funciones con un sueldo podríamos decir tan bajo o lamentable. Aquí es donde viene y se abre una vez más a solucionarlo lo que yo no quisiera calificar de picaresca nacional, pero que, en cualquier caso, lleva al veterinario a una situación peculiar a caballo entre la legalidad y la ilegalidad, porque la solución que se ha buscado es que el veterinario busque en la re-

muneración de las organizaciones donde presta estos servicios, la fuente económica para solucionar su problema vivencial, su problema económico y poder atender a todas estas necesidades. Es lo que se llama ingresos atípicos, que todos conocemos, que todos permitimos y que, de algún modo, están actuando sobre la conciencia de los veterinarios, por una parte y sobre la conciencia de todos nosotros en cuanto a que son expresión de una irregularidad.

Creo que es necesario que se acometan medidas racionalizadoras que permitan acabar con esta situación y que tranquilicen de modo definitivo a los veterinarios, para que, a partir de ese momento, todos sepamos a qué atenernos —ellos en primer lugar— y de ello se beneficie la calidad de sus prestaciones y, por tanto, la salud pública.

No quiero terminar sin señalar el hecho de que no se están celebrando convocatorias para concurso general de traslados —que también les preocupa— que no hay oposiciones o no se convocan para cubrir las más de 2.000 plazas que están vacantes y la necesidad de que se cumplan las Directivas de la Comunidad Económica Europea, lo cual viene a hacer más laborioso su trabajo.

Termino, señor Presidente, con esta exposición, deseando que la respuesta del señor Subsecretario satisfaga no solamente la preocupación de nuestro Grupo, sino lo que nos parece mucho más importante, la preocupación de este sector y las repercusiones que ello tiene sobre la sociedad. Prevenir es mejor que curar. Sería lastimoso que nos encontráramos en la antesala de la generación de una nueva presión social, que nos forzara a actuar después aceleradamente y, en cualquier caso, si prevenir es mejor que curar, nunca mejor que aquí, en el campo de la veterinaria y de las zoonosis, donde si podemos prevenir la rabia es mucho mejor que curarla.

Nada más, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE:** El señor Subsecretario tiene la palabra por espacio de diez minutos.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Hernández Gil): Señor Presidente, señoras y señores Diputados, quiero mostrar en primer lugar la satisfacción de encontrarme en esta Comisión, y la invitación que se me ha hecho para responder a estas dos preguntas.

Entrando rapidísimamente en las contestaciones, quiero decirle primeramente que la pregunta es oportuna, dado que hoy la prensa se está preocupando de este tema, después de la reunión que ha tenido el Consejo General del Colegio de Veterinarios con el señor Ministro de Sanidad —es la segunda vez que se reúnen—, lo que demuestra, de alguna forma, el interés del departamento por este problema general de la veterinaria.

Para que se entienda la problemática, yo haría en primer lugar cuatro consideraciones muy breves, pero importantísimas para poder entender y encajar el problema.

La primera de ellas se refiere al desarrollo de la propia Constitución, donde los Estatutos de Autonomía concretamente, junto con los Reales Decretos correspondientes, ha supuesto la transferencia de los servicios veterinarios a las Comunidades Autónomas. Este es un hecho fundamental para poder entender el problema, pues la única labor que en este momento tiene el Ministerio de Sanidad es la de coordinación.

En segundo lugar, la Ley 30/1984, de Medidas para la reforma de la Función pública, supone el marco donde a nuestro entender han que tener cabida los problemas, fundamentalmente de remuneración que acaba de plantear el doctor Revilla.

En tercer lugar, la propia Ley General de Sanidad ha recogido explícitamente las recomendaciones hechas por múltiples organismos, FAO y OMS, fundamentalmente, en relación con todas las actividades, y alguna más que acaba de exponer el señor Diputado, y que en el artículo 8.º de la propia Ley de Sanidad se enuncian como actividades básicas del sistema sanitario: actuaciones en materia de higiene de los alimentos, de prevención y control de la zoonosis y de las áreas de actuación de salud en relación con la veterinaria.

En último lugar y con el fin de situar el problema en su contexto, como decía el señor Diputado, evidentemente la incorporación a la Comunidad Económica Europea establece el carácter general de obligatoriedad de contar con servicios veterinarios oficiales.

Con este marco, con este preámbulo, ¿cuál es la situación actual? Es decir, ¿qué es lo que hace el Ministerio, o cómo se preocupa el Ministerio en esa labor de coordinación? La respuesta es que desde 1984, en ejercicio de las competencias de coordinación, el Ministerio ha creído conveniente acometer una reforma estructural de los servicios veterinarios, que posibilitara la armonización en todo el Estado de esos servicios, para lo cual, en primer lugar, se intentó hacer un decreto por el cual se estructura la profesión, diferenciando perfectamente lo que es salud pública, mataderos, y lo que es la dependencia de la ganadería. Hasta el momento, ha habido algunas Comunidades, como después diré, que lo han llevado a cabo, pero otras no.

¿Cuáles son las grandes líneas en las que el Ministerio piensa deben acometerse y que en el intento, desde 1984, así lo ha manifestado? Como decía, en primer lugar, hay que diferenciar perfectamente lo que es salud pública, mataderos y producción ganadera. En segundo lugar hay que delimitar perfectamente las áreas geográficas donde se ejercitan las funciones, armonizándolas a la propia ley configurada en zonas de salud. En tercer lugar, integrar las funciones de veterinaria en la salud pública, dentro de los equipos de atención primaria. En cuarto lugar, definir los puestos de trabajo a nivel de área, a nivel de provincia, a nivel de Comunidad Autónoma con competencia exclusiva, como he dicho al principio. En último lugar, establecer los conceptos retributivos en consonancia con la citada ley y con el resto de los funcionarios al servicio de la función pública.

Todo ello, como decía al principio, es necesario integrarlo en el área de salud pública, en el Real Decreto de 1984, sobre atención primaria en centros de salud, que delimita, territorialmente e introduce a los propios veteri-

narios dentro de la misma en ese concepto integral de salud que propone el propio Decreto.

En estas líneas generales, como decía, se han hecho reestructuraciones de cuatro Comunidades Autónomas: Cataluña, Navarra, La Rioja y Murcia. Existe desigualdad, evidentemente, pues hay algunas Comunidades que lo han tratado de una forma y otras de forma distinta. Para obviar esta desigualdad, el Consejo interterritorial, que se reunió por primera vez el 7 de abril, trató como primer punto el tema de los veterinarios. Ese Consejo interterritorial mandaba, en un plazo de cinco semanas, a un grupo del propio Gobierno central y de las propias autonomías, para que elaboren las conclusiones y sea tratado en la próxima reunión, de mayo o junio, del propio Consejo interterritorial. Es decir, la urgencia y la problemática no es por las presiones, evidentemente; es un tema, como decía al principio, de 1984 y últimamente, el nuevo equipo del Ministerio, el señor Ministro, reúne dos veces al Consejo interterritorial y da un plazo de cinco semanas para que eleve unas conclusiones y poder armonizar, como Administración central, lo que tiene de competencia en todos los servicios, fundamentalmente veterinarios, que es lo que nos ocupa.

Respecto a lo que planteaba usted en su pregunta referente al concurso de traslados, he de manifestarle que aproximadamente hay 4.118 veterinarios de plantilla en este momento; que el 60 por ciento son interinos; que pertenecen a funcionarios de las Comunidades Autónomas, es decir, que son competencia exclusiva de cada una de las leyes de las Comunidades Autónomas, en el caso de que las hayan desarrollado y que se introducen como funcionarios en cada una de las propias Comunidades Autónomas. En 1981 se hizo un concurso de traslado, previo a la transferencia. la base legal para el concurso de traslados tiene origen en el Decreto 1062/1986, en el concurso unitario de méritos y traslado de funcionarios de Cuerpos sanitarios locales (que se está en intento de realización con los médicos titulares) y que, para que se produzca, tienen que conculcarse dos situaciones: una primera, que las propias Comunidades Autónomas quieran realizarla; la segunda que pongan el número de veterinarios que tienen para concurso y que, previamente, dentro de los cauces de cada ley de función pública de las propias Comunidades, se establezcan los mecanismos para que haya acceso a la profesión veterinaria. Esto, en relación con el concurso de traslados.

Evidentemente, existen otros problemas anejos, como son fundamentalmente el de la formación continuada, el de la formación de postgrado y la formación en general de la profesión veterinaria y, para ello, los representantes españoles están trabajando y han estado trabajando en las Comunidades Europeas, y siguen haciéndolo de una forma importante para definir perfectamente el marco de formación de los propios veterinarios e incluso crear otra profesión intermedia, situación en la que están trabajando actualmente representantes de la propia profesión.

Por último, la única posibilidad que tiene el Ministerio de Sanidad y Consumo en estos momentos para que, dentro del marco que acabo de definir, se reestructure la propia profesión y se solucionen los problemas que usted acaba de plantear, es el Consejo interterritorial, que lo ha tratado como primer problema; a partir de ahí hay cinco semanas y esperamos que se pueda resolver el problema. Son las únicas competencias perfectamente establecidas de las propias Comunidades Autónomas, las que en estos momentos están en relación con todo lo que se refiere a los propios servicios veterinarios.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Revilla, por tiempo de cinco minutos.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Señor Presidente, quiero agradecer al señor Subsecretario la explicación que nos ha dado. Efectivamente pensamos y lo hemos dicho antes, cuando nos referíamos a que el desarrollo del Estado de las Autonomías no debía ser un obstáculo para que este problema se solucionara, que los esfuerzos del Consejo interterritorial puedan dar una vía para la solución del mismo, pero, en cualquier caso, creemos que es necesario presionar en lo que significa la clarificación de la situación a la que antes me refería en relación con las retribuciones y de donde parten las mismas. No podemos seguir asistiendo a una situación en la cual el veterinario es, como ellos dicen, juez y parte: al mismo tiempo que tiene que realizar una función de control, se ve remunerado por quien controla y no es necesario ampliar muchos datos acerca de esta situación para reconocer en ella no sólo una fuente de conflicto sino una fuente de inseguridad y, desde luego, también una fuente de irregularidades. Creo que es necesario que el esfuerzo se concentre en racionalizar esta problemática, a la cual el señor Subsecretario no ha hecho mención en su respuesta, y sobre la que yo quiero insistir.

Me parece bien la preocupación que en estos momentos expresa el Gobienro en torno a este tema. En principio, nosotros encontramos satisfechas nuestras preocupaciones y nuestros deseos de conocer cuál es la opinión acerca del mismo y lo único que deseamos es haber contribuido en cierta medida a trasladar al Gobierno la preocupación de los representantes del pueblo para que se conozca también que esta preocupación, de algún modo, afecta y se extiende a toda la sociedad.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Subsecretario, por cinco minutos.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Hernández Gil): Nosotros agradecemos siempre la preocupación por un problema tan importante de la salud pública, y siempre nos sentimos incentivados por las preguntas de los señores Diputados; esto es evidente.

Según quiero entender, centra el señor Revilla su segunda intervención en cómo podemos solucionar el problema de remuneración de los propios veterinarios para que no sean juez y parte. Quiero decir que la Ley de Presupuestos de 1987, en el epígrafe relacionado con sanitarios locales, dice que siempre que se realice la reestructuración adecuada, dentro de cada Comunidad autónoma

podrán establecerse los mismos sistemas que prevé la Ley 30/1984, para el desarrollo de las propias comunidades autónomas. Entonces, ¿dónde y cómo se debe solucionar? ¿Cómo? De acuerdo con cada ley de función pública, teniendo como base, evidentemente, la Ley 30/1984. ¿Dónde? En las propias Comunidades autónomas y, de hecho, algunas lo han solucionado ya. Las cuatro comunidades a que he hecho referencia ya lo han solucionado; han estructurado la propia profesión en las tres partes y, además, les han puesto el sueldo, complemento específico de dedicación, etcétera. Con ello, efectivamente, no tendrán que cobrar las tasas atípicas que, he de decir, son rigurosamente contrarias a ley. Ningún funcionario público puede cobrar tasas por las funciones que está desarrollando como funcionario público. Así, pues, el interés es manifiesto y con esto no quiero decir que este problema se lo queramos trasladar de una forma total a las Comunidades autónomas; de ninguna de las maneras, lo que queremos hacer es una labor de coordinación. Se nos dice que hay que reestructurar primero la profesión a través del Consejo Interterritorial, después que hay que solucionar el problema remunerativo y, posteriormente, que hay que integrarlo dentro de lo que es la función de salud pública, en la que el Ministerio de Sanidad tiene un papel fundamental.

Creo que con el esfuerzo que pretendemos hacer, sin dar fechas ni datos, esperamos y deseamos, por el bien de todos, llegar a un acuerdo de propuesta —hay cinco representantes de las Comunidades autónomas en el grupo que se ha formado— para que posteriormente estos acuerdos sean ejecutados por cada Comunidad Autónoma, con nuestra incentivación.

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

— **SOBRE PREVISIONES DEL GOBIERNO EN RELACION CON LA NECESIDAD DE ADECUAR EL MERCADO FARMACEUTICO ESPAÑOL A LAS DIRECTIVAS COMUNITARIAS 75/318 Y 75/319 (formulada por el señor Revilla Rodríguez, Grupo Parlamentario del CDS)**

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a la siguiente pregunta, que está relacionada con la necesidad de adecuar el mercado farmacéutico español a las Directivas Comunitarias 75/318 y 75/319, formulada por el señor Revilla, del Grupo del CDS. Para su formulación, tiene la palabra el señor Revilla, por espacio de diez minutos.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Como todos sabemos, la entrada de España en la Comunidad Económica Europea implica la aceptación de unas normas comunitarias, de carácter vinculante y estas normas no podían ser menos en el sector farmacéutico.

Las Directivas Comunitarias 75/319 y 75/318 obligan a España a revisar las especialidades farmacéuticas antes del 20 de mayo de 1990. Como todos sabemos, el número de especialidades farmacéuticas en estos momentos en nuestro país, está alrededor de 9.000. Aun en el supuesto de que hubiera una prórroga, el enorme volumen de trabajo que esta revisión significa y las consecuencias inevitables que va a tener sobre la salud en general, sobre la industria farmacéutica y las implicaciones laborales que ello conllevan, exigen un tratamiento técnico acerca del cual hasta ahora no hemos tenido ninguna noticia.

Por todo ello, tenemos que preguntar qué previsiones ha tomado ya el Gobierno, en relación con la necesidad de adecuar el mercado farmacéutico español a la Directiva Comunitaria que hemos citado; cuántos son los medicamentos españoles que cumplen hoy las normas de la Comunidad Económica Europea, cuál es el porcentaje de los mismos en el volumen general de medicamentos; cuáles son las consecuencias que el Gobierno ha previsto en su posible aceptación y, en cualquier caso, como decía antes, cuáles son las medidas concretas que, hasta el momento, se han tomado.

Esta es nuestra pregunta, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Subsecretario, por espacio de diez minutos.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Hernández Gil): Para centrar el tema, como he hecho con la pregunta anterior, diré que hay dos Directivas, a las que se hace referencia en la pregunta: una relacionada con los protocolos analíticos tóxicos, farmacológicos y clínicos y la otra relacionada con las disposiciones legales de las especialidades farmacéuticas. Estas y las otras doce que existen de obligado cumplimiento, giran en torno a lo que es el proceso de la salud a través de los medicamentos, y a la seguridad, a la calidad y a la eficacia. Estos son los tres puntos que tratan de conseguir las doce Directivas comunitarias que en estos momentos nos conciernen.

Respecto a la primera, he de decirles que no hay trasposición jurídica porque, como SS. SS. saben, en estos momentos está pendiente de ser mandada al Consejo de Ministros la Ley del Medicamento. Por tanto, se ha preferido tratar conjuntamente el tema de la trasposición a través de la Ley del medicamento. Este es el tratamiento reglamentario legislativo que se pretende encauzar.

Desde el punto de vista legislativo, he de decirles también que está prevista la remisión de un Real Decreto que reforma provisionalmente el procedimiento de registro de especialidades farmacéutias y de otras normas sobre medicamentos. Esto está previsto en el artículo 130 de la Ley de Procedimiento Administrativo.

Lo que sí he de decirles es que la Directiva 138 ya se está aplicando realmente en los ensayos clínicos —tema relacionado con los placebos, los medicamentos —control y con el número de pacientes representativos— es uno de los requisitos para el registro, y tanto éste, relacionado con los ensayos clínicos, como los toxicológicos y los analíticos, se están llevando rigurosamente en lo que es el registro de nuevos procedimientos y de aquellos antiguos que quieren revisarse.

Con ello quiero decir que se aplica rigurosamente la Directiva 65, del año 1973, que es verdaderamente importante, a todos los nuevos medicamentos.

La segunda Directiva podríamos dividirla a su vez en tres partes: una que se llama procedimiento, que trata de corregir el Real Decreto a que hacía mención, que se refiere a la clasificación previa —comunidades terapéuticas—, otra a la fabricación del primer lote de 2.500 ejemplares y otra al plazo de más de 120 días. Esto tres problemas no están solucionados en nuestro país, en relación con lo que dice la propia Directiva comunitaria, aunque lo va a tratar de corregir el Real Decreto a que hacía referencia de una forma provisional, hasta que la Ley del medicamento sea aprobada por las Cortes.

Respecto al problema de fondo, el Diputado señor Revilla expone un problema que es realmente grave, no sólo para España, sino para el resto de los países comunitarios. La Directiva de 1975 dice que para 1990 han de estar revisados todos los medicamentos que anteriormente no lo habían sido. Estará S. S. conmigo en que éste es un problema complicado y difícil, si las cosas se quieren hacer de una forma seria y eficaz. Para ello, el Ministerio de Sanidad ha tomado una serie de prioridades en la revisión de los propios medicamentos, los famosos programas de PROSEREME, de los cuales ya se han hecho tres y se va a comenzar el cuarto. El objetivo primero y último de estos programas es el relativo a seguridad y toxicidad de los propios medicamentos; es decir, aquellos medicamentos que pueden crear un problema de salud frente a aquellos otros medicamentos que puedan ser más o menos activos en relación con el tratamiento de la enfermedad o del padecimiento.

Para la consecución de los PROSEREME, el primer punto fundamental es la seguridad y la toxicidad, si se quieren realizar de una manera seria, racional, ponderada y rápida, ya que hay muchísimos problemas en estas revisiones, unos relacionados con la propia salud y otros con la propia empresa farmacéutica.

Esta revisión de los PROSEREME tiene unas garantías, como es el trámite de audiencia, ya que cada especialidad lleva un informe de la Junta Nacional de Especialidades, con un informe que no es vinculante, sino consultivo; se tienen en cuenta los criterios internacionales, fundamentalmente los de la Comunidad Económica Europea y ya hemos comprobado que el tercer PROSEREME tiene muy buena colaboración y no ha cerrado ninguna de las empresas.

De cualquier forma, para tranquilizar a SS. SS. he de decir que Estados Unidos acaba de aprobar una ley para que puedan ser exportados medicamentos que no tienen control de la FDA y esa ley sólo admite la exportación a doce países, entre los cuales está España. Eso demuestra la credibilidad que tiene el Registro español. Doce países que naturalmente tienen que ver con los países más desarrollados del mundo, es decir, donde está toda la Europa comunitaria, significa que los registros que actualmente se realizan tienen el suficiente control como para que las propias leyes americanas sean capaces de exportar un medicamento a los países más industrializados del mundo donde existe un control, insisto, verdaderamente importante.

Es cierto que se ha creado la Comisión de Farmacovigilancia, es evidente y es muy posible que haya una prórroga o una moratoria porque según nuestros conocimientos ningún país de la Europa Comunitaria ha revisado todos los medicamentos. Vamos a empezar por revisar los medicamentos nuevos, los que están en control o los que hay que renovar, bien antiguos, bien modernos, para que, efectivamente, adquieran todos los controles y con el resto se va a realizar lo que acabo de decir, el PROSEREME-4, donde insisto una vez más sólo los sistemas de toxicidad van a ser tenidos presentes en este momento.

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

El señor Revilla, por cinco minutos, tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Recibimos con satisfacción la noticia de que caminamos hacia una nueva ley del medicamento o a una ley del medicamento y también la de que, parece que se había anunciado en alguna ocasión antes, una nueva normativa para el registro. Creemos que son dos aspectos realmente necesarios e importantes.

Respecto a la prórroga, efectivamente es posible que no sea difícil obtener una prórroga, no sólo porque los demás países están teniendo trabajo y dificultades con ello, sino porque la incorporación de España ha sido muy posterior y no resulta difícil reclamar, por lo menos, una parte importante del mismo derecho que les ha cobijado a los demás; pero pensemos que pedir una prórroga también significa mantener deficiencias medicamentosas o corremos el riesgo de mantenerlas y, por tanto, el peligro de intoxicación medicamentosa. Es decir, una prórroga puede servir para resolver algunos problemas sin duda graves y de adecuación, pero no se olvide que puede ser a costa de la salud de los españoles.

En segundo lugar, respecto a que hoy día se realizan los ensayos clínicos en España ajustándose a las Directivas de la Comunidad Económica Europea, yo tengo que manifestar mi profundo desacuerdo. Las Directivas en este terreno son muy concretas, no solamente en lo que se refiere a los estudios toxicológicos y a los estudios farmacológicos, sino fundamentalmente a los estudios clínicos, y ahí es donde no las cumplimos, y no las cumplimos porque no siempre se exige el método doble ciego punto uno, pero en el caso de que se cumpla ese método no existen en la regulación actual española la exigencia de recabar el consentimiento del enfermo.

El señor Subsecretario sabe muy bien que la regulación española no solamente permite el no recabar consentimiento directo del enfermo, sino que no se hace nunca. Esa es la clave, precisamente, sobre la que se sustenta la, digamos, profundidad de la Directiva europea; es decir, justamente en asegurarse el consentimiento del enfermo y no, como la regulación española lo exige ahora, a través de terceros, o que, por lo menos, es posible hacerlo a través de terceros. Esto no es ni más ni menos que ajus-

tarse a las conferencias de Helsinki y Tokio y recuerdo que ya en alguna ocasión expresé mi opinión de que España no se había ajustado a las recomendaciones de las Conferencias de Helsinki y Tokio, de la ONU.

En cuanto a la nueva ley norteamericana, que permite la exportación, naturalmente, permite la exportación. Lo que yo estoy deseando es encontrar una ley americana que permita la importación de nuestros productos farmacológicos y esa es justamente la que tendremos que celebrar todos que se produzca.

Nada más señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra el señor Subsecretario, por espacio de cinco minutos.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Hernández Gil): Muchas gracias, señor Presidente. También la Administración vería con muy buenos ojos que medicamentos españoles se estuvieran importando de Estados Unidos, cosa que se ha realizado en alguna ocasión. Hay medicamentos españoles que efectivamente no sólo se están importando en Norteamérica, sino en otros países desarrollados de este planeta; pero veríamos con mucho más agrado el que fuera en mayor número y de una manera mucho más abierta, evidentemente.

Es evidente el control que se está haciendo en este momento para el registro y se lo puedo asegurar de una manera seria, ponemos a su disposición todo lo que quiera en relación con los ensayos clínicos, a su disposición cualquier medicamento que últimamente se haya probado, para que usted mismo compruebe que efectivamente se hacen los placebos a doble ciego, como le decía al principio, se hacen medicamentos-control y se hace en un número de pacientes también representativo; es decir, no es un número de pacientes global, sino un número de pacientes representativos de que, efectivamente, la eficacia clínica de ese medicamento está probada.

Otra cuestión es —y ahí sí que a lo mejor podíamos estar de acuerdo— en lo que son la ley o la posible reglamentación de lo que tienen que ser los ensayos clínicos, esa es otra cuestión; pero, evidentemente, todo lo que se esté inscribiendo en este momento en el registro (lo puedo asegurar de una manera objetiva y usted mismo lo puede comprobar), se está realizando conforme con lo que estoy diciendo.

España ha hecho un esfuerzo importante, importantísimo, en el tema de los medicamentos. Usted decía que hay del orden de 9.000 ó 10.000 medicamentos cuando había 17.000. España ha hecho una labor importantísima en reducir el número de especialidades, fundamentalmente de cara a la salud pública, es decir, de que no nos sigamos intoxicando o de que los medicamentos no sean una fuente de enfermedad, ni muchísimo menos. Yo creo que en este momento hay del orden de las 3.000 sustancias y las 6.000 marcas y que esa regulación, con criterios tremendamente objetivos, poniendo como primer punto objetivo la salud de los propios ciudadanos, hasta estos momentos ha dado como resultados una política farmacéutica que ha intentado y que intenta por todos los medios, no perjudicar a nadie, pero el objetivo fundamental es la salud de los propios pacientes. El esfuerzo desde los 17.000 formatos o presentaciones hasta los nueve o diez mil que existen aproximadamente en este momento pone de manifiesto que de una manera tranquila, sosegada, se está reconduciendo la política farmacéutica de este país.

Es evidente que había cierta permisividad en otros tiempos, digo objetivamente en cuanto a número, exclusivamente en cuanto a número de formatos, que este país ha hecho un esfuerzo, insisto, considerable, estamos en este momento en esa línea y pensamos que con la propia ley del medicamento, con la propia Comisión de Farmacovigilancia, etcétera, etcétera, caminemos naturalmente hacia lo que este país, como país intermedio, necesita en tanto en cuanto a número de medicamentos y en cuanto a gastos de los propios medicamentos en el sistema de salud.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señor Subsecretario. Finaliza así el punto del orden del día dedicado a preguntas con respuesta oral. Agradecemos su presencia en esta su Comisión y pasamos al siguiente punto del orden del día, que es la comparecencia del Director General de Farmacia y Productos Farmacéuticos.

COMPARECENCIA DEL DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

El señor **PRESIDENTE:** Damos la bienvenida a don Félix Lobo Aleu, Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, para cumplimentar la solicitud de comparecencia realizada por el Grupo de Coalición Popular. Tiene la palabra el señor Director General, cuando esté en disposición para ello.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (Lobo Aleu): En primer término, quiero agradecer a la Comisión la oportunidad que nos proporciona a mí y, a través de mi persona, a todos los funcionarios de la Dirección General de Farmacia de presentar la tarea que realizamos con esfuerzo y con ilusión, porque creemos que tiene un importante contenido sanitario y de atención a la salud de los españoles.

Si el señor Presidente me lo permite, voy a entregarle algunos ejemplares del borrador de memoria de actividades de los ejercicios 1985-86, por si algún Diputado tuviera interés en consultarlo, ya que me va a servir de guión. Por supuesto, no voy a aburrirles con toda la longitud de su texto y datos. Y si el señor Presidente me lo permite, también podemos distribuir algunos ejemplares de estas fotocopias con un resumen gráfico, hasta cierto punto, de los objetivos perseguidos por la Dirección General de Farmacia.

Como SS. SS. saben, en todos los países desarrollados existe un régimen público de intervención de los medicamentos que gira en torno a la licencia de comercialización de las especialidades farmacéuticas. La Conferencia

de expertos sobre uso racional de los medicamentos, celebrada en Nairobi en 1985, en uno de sus textos dijo que la necesidad de crear organismos multidisciplinarios e independientes que en cada país evalúen la aceptabilidad de los nuevos productos para el mercado general y sometan a revisión sistemática los que ya están en el mercado, se habría acabado por hacerse sentir aun sin el dramático estímulo de la tragedia desencadenada por la talidomida.

Efectivamente, desde aquella tragedia en todos los países desarrollados se han establecido un sistema en el cual la Administración pública juega un papel de intervención en defensa de la salud pública muy importante. En nuestro país tal función se ha concretado recientemente en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y en la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, donde esta función aparece recogida en sus desarrollos principales, en ejecución de lo que la propia Constitución establece. Como ustedes saben, el Gobierno tiene en estudio —y en ello ha trabajado la Dirección General que tengo el honor de presidir desde hace tiempo— un proyecto de Ley del medicamento, que se sumará a las leyes de medicamentos que están vigentes ya en muchos de los países desarrollados y que, como acaba de decir el señor Subsecretario —y anunció no hace mucho el Ministro—, está en avanzada fase de estudio.

¿Cuáles son en este marco institucional los objetivos que persigue la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, la Administración sanitaria del Estado en materia de medicamentos y productos sanitarios? En primer término, pretendemos contribuir al objetivo de salud para todos en el año 2000, a la promoción de la salud con una serie de medidas o actuaciones que van desde la colaboración en programas de vacunación a la colaboración en la prevención y tratamiento de toxicomanías. Pero el medicamento tiene, naturalmente, que ver con la asistencia sanitaria. Por eso pensamos que se han de desarrollar programas relativos a la mejora de la asistencia sanitaria: unos sobre los medicamentos y los productos sanitarios y otros que se refieren a los actores del sistema sanitario, intentando mejorar los flujos de información que llegan hasta dichos actores y también transformando y mejorando los propios servicios asistenciales farmacéuticos. Ese sería el panorama de los objetivos sanitarios perseguidos. Pero por mandato de la ley, la Administración sanitaria del Estado también tiene competencias y persigue objetivos de tipo socieconómico en el mundo del medicamento, como una mayor transparencia y competencia en los mercados farmacéuticos a través de la intervención de precios y una colaboración en la contención del gasto farmacéutico del sistema nacional de salud. Esos objetivos orientan nuestra actuación y rigen las estrategias y los programas de actuación concretos de la Dirección General de Farmacia.

Permítanme que hable, en primer lugar, de las estrategias de la Dirección General de Farmacia, de aquellas directrices que rigen nuestro trabajo, nuestras actuaciones y los programas concretos de acción. Mencionaría hasta siete estrategias o grandes directrices. En primer lugar, articulación con los sistemas sanitario y científico. En segundo lugar, una estrategia de servicio al ciudadano, y sobre todo al ciudadano enfermo. En tercer lugar, una estrategia o directriz de concertación con los sectores sociales interesados. En cuarto lugar, una estrategia de reglamentación. En quinto lugar, una estrategia de relaciones internacionales. En sexto lugar, potenciación del personal y racionalización administrativa, y en séptimo lugar, una estrategia o directriz de eficacia.

¿Qué significa nuestra pretensión de articulación con los sistemas sanitario y científico? Está claro que el mundo de los medicamentos y productos sanitarios está impregnado por la alta tecnología. En definitiva, cuando he dicho que la Administración pública interviene en medicamentos y productos sanitarios estoy diciendo que la Administración Pública pretende convertirse en juez de la seguridad y eficacia de productos de alta tecnología, muchos de ellos de muy alta tecnología, que están en la vanguardia del conocimiento científico. Eso significa que la Administración pública debe tener a su disposición los medios pertinentes para formular esos juicios complejos en materia de alta tecnología. Es evidente que ninguna Administración, al menos de un país intermedio como puede ser España, puede pretender tener a su disposición en todo momento y de manera estable los recursos, sobre todo personales, para realizar estos enjuiciamientos. Por ello, prácticamente en todos los países, en mayor o en menor medida, se produce una colaboración de la Administración —que viene a ser algo así como una secretaría de impulso— con las Universidades, los centros de investigación y el sistema hospitalario, el sistema sanitario en su conjunto y, sobre todo, la red hospitalaria.

Esta forma de actuar impregna el comportamiento de la política del medicamento y de los productos sanitarios en España. Así, por ejemplo, es habitual, aunque todavía no está institucionalizada, la contribución de clínicos hospitalarios en la evaluación de nuevos medicamentos y productos sanitarios. En septiembre de 1985 el Ministerio de Sanidad organizó un congreso sobre uso racional del medicamento en la atención primaria a la salud, a la que se atribuye tanta importancia por el Gobierno. A este congreso asistieron hasta 400 personas, sobre todo, profesionales sanitarios.

Una muestra más es la celebración de un seminario en Almagro en 1985, que dio lugar a un importante documento que ha tenido grandes repercusiones sobre la formación de farmacéuticos y farmacólogos, en vista a su participación en los equipos de atención primaria. Cuando se plantea algún problema grave, urgente, vital que puede tener gran trascendencia para la salud de algunas personas, también recurrimos a la asistencia de clínicos o de científicos. Un ejemplo de ello está en los problemas ocurridos con la hormona del crecimiento, problema angustioso para algunas familias españolas, que conseguimos encauzar gracias a la colaboración del Comité Español de la Hormona del Crecimiento, integrado por pediatras y endocrinólogos.

Hablando de ensayos clínicos, no sólo la Administración española los autoriza, habiendo como hay en Espa-

ña —y en esto es excepción entre los distintos países— un régimen de autorización previa, sino que también, en alguna medida y desde no hace mucho, ha tenido una actitud positiva de impulso a algunos ensayos clínicos, por ejemplo, ensayos multicéntricos con analgésicos en cólicos renales, que se está realizando en 13 centros hospitalarios con 800 pacientes. Es muy interesante el ensayo clínico sobre tratamiento con nalprexona para los toxicómanos, en colaboración con comunidades autónomas, o el que se autorizó el 3 de marzo, y que ha comenzado a primeros de abril, para tratamiento con ácido timidina en enfermos del SIDA en tres hospitales de Madrid, Bilbao y Barcelona.

En nuestro programa sobre educación sanitaria al público existe una comisión en la que también están integrados expertos externos que trabajan en hospitales o en Universidades, y muy destacadamente se ha referido a ella el Subsecretario hace un momento.

Se ha constituido no hace mucho la Comisión nacional de farmacovigilancia, integrada por expertos que proceden del mundo universitario y del mundo científico, en la que contamos con un elemento institucional que permite afrontar, con las debidas garantías y tranquilidad, los incidentes y eventos que pueden producirse por la detección de reacciones adversas en medicamentos ya comercializados. También en el propio Programa nacional de farmacovigilancia nos apoyamos en centros hospitalarios, como pueden ser el Hospital Nacional Marqués de Valdecilla, el Instituto Catalán de Farmacología, la Clínica Universitaria de Navarra, el Hospital Clínico de Valencia o la Asociación Española para el Registro y Estudio de Malformaciones Congénitas.

El mundo de los productos sanitarios es especialmente complejo porque, a diferencia de lo que ocurre con las especialidades farmacéuticas, hay una tradición mucho menor en todos los países de Occidente, incluso en los más adelantados, en cuanto a su intervención pública. Por ello, hemos hecho especial hincapié en esta colaboración externa de la Administración con clínicos y científicos, y así, hoy por hoy, tenemos en funcionamiento hasta siete grupos de trabajo que examinan los problemas más candentes: el grupo de trabajo de materiales dentales, el de reutilización de dializadores, el de implantes en cirugía cardiovascular, el de implantes clínicos utilizados en oftalmología, el de implantes en traumatología y cirugía ortopédica, el de líquidos para cuidar el mantenimiento de lentes de contacto y el de productos sanitarios de higiene personal.

En esta dirección, en España nos ha hecho siempre mucha ilusión fomentar como especialidad como disciplina científica, la farmacología clínica, así como la farmacología experimental, que hasta hace no mucho eran dos auténticos cuellos de botella, tanto en la Administración pública como en los hospitales o como en la propia industria farmacéutica.

Hoy por hoy se puede decir que la farmacología clínica es una disciplina plenamente asentada y que la creación de plazas de farmacólogos clínicos y de servicios de farmacología clínica en los hospitales públicos ha dado un salto de gigante en los tres últimos años.

Por último, me gustaría mencionar el trabajo realizado para la adhesión de España a la Farmacopea europea; trabajo al que, naturalmente, se han sumado las Cámaras, puesto que, por tratarse de un tratado internacional, han tenido que dar su consentimiento. Recientemente, el Senado ha aprobado la adhesión de España a la Farmacopea europea, cuya traducción se ha emprendido por las Universidades de Alcalá de Henares, Barcelona, Complutense en Madrid, Salamanca y Valencia, a instancias de la Dirección General de Farmacia.

Por último, hablando de esta colaboración con el mundo científico y hospitalario, no puedo dejar de mencionar el Plan de fomento de la investigación en la industria farmacéutica, que lidera el Ministerio de Industria y Energía, pero en el cual la Dirección General de Farmacia, el Ministerio de Sanidad tiene también una importante participación; la tuvo tanto en su redacción como la tiene en sus órganos de gobierno, así como en la adopción de sus resoluciones. Este Plan es fundamental para que la industria farmacéutica en España esté realmente en condiciones de aprovechar ese reto, ese salto hacia adelante que se adivina próximo, porque he de decir, señorías, que ésta es una industria con futuro, una industria que está dando a la luz productos importantísimos para la salud, que van a dar un giro copernicano a muchos tratamientos y que, por tanto, merece todo nuestro apoyo y esfuerzo.

En segundo término he mencionado una estrategia de servicio al ciudadano y, sobre todo, al ciudadano enfermo. La Dirección General de Farmacia no quiere ser una ventanilla que simplemente sella los papeles de la industria farmacéutica. Es un órgano más de la Administración sanitaria al servicio de la salud de los españoles, que se constituye como su primer objetivo. En esta Dirección hemos intentado entrar en contacto, conocer y, en la medida de nuestras fuerzas, resolver los problemas de colectivos particulares de pacientes. Estamos orgullosos de nuestro trabajo con los enfermos de enanismo hipofisario, y prueba de ello es que la asociación Crecer, que reúne a las familias que cuentan en su seno con alguna de estas personas afectadas de esta deficiencia, ha concedido un premio que se va a otorgar en las próximas semanas a la funcionaria de la Dirección General, doña Ana Echeverría, encargada directamente de este programa. También se ha trabajado con los diabéticos, con los enfermos celíacos, con los ostomizados o con la Asociación madrileña de fibrosis quística. Aún hemos de insistir en esta orientación y en esta directriz, porque las necesidades, efectivamente, son muy numerosas.

No puedo dejar de mencionar el trabajo realizado para contribuir al plan contra el SIDA. Ha sido expuesto suficientemente por el señor Ministro en anteriores comparecencias. Yo sólo voy a recordar que España es uno de los pocos países de occidente con un sistema de autorización previa de reactivos de detección del SIDA, lo cual nos ha eliminado problemas que se han presentado en países bastante más avanzados que el nuestro; que en España están autorizados todos los reactivos importantes para la

detección de anticuerpos o que desde octubre de 1985 es obligatoria en España la realización de pruebas del SIDA en los laboratorios fraccionadores de hemoderivados, así como éstos se han sometido a la validación de los métodos de calentamiento para inactivar el virus.

Hablaba de una estrategia de concertación con los sectores sociales relevantes en materia de medicamentos y productos sanitarios. Puedo proporcionar el dato de que a lo largo de 1985 mantuvimos hasta 46 reuniones en la Dirección General con los principales sectores afectados y 58 reuniones en 1986; me estoy refiriendo, sobre todo, a Farmaindustria, la patronal de las empresas farmacéuticas, al Consejo de Colegios de Farmacéuticos y a otras asociaciones de esta índole.

Ejemplos de ese trabajo de concertación pueden ser los acuerdos concluidos con Farmaindustria en el año 1983, por los cuales se liquidó un contencioso muy complejo que venía de muchos años antes, en relación con unas deudas a la Seguridad Social, o el concierto sobre un descuento para la Seguridad Social, concluido con Farmaindustria el año pasado, u otros trabajos y actividades que se han realizado en común con las organizaciones representativas de farmacéuticos.

La estrategia de reglamentación pretende poner al día nuestro derecho de los medicamentos y productos sanitarios, de una forma ordenada y sensata. Pieza esencial de esa estrategia, naturalmente, es la Ley del Medicamento, pero esa estrategia se ha concretado también en la publicación de numerosas disposiciones, decretos, órdenes ministeriales, resoluciones y circulares, que en gran número son debidas a iniciativa de la Dirección General, y que han permitido resolver algunos problemas importantes.

Especial importancia hemos atribuido también a la cooperación exterior en materia de medicamentos y productos sanitarios. Por tratarse de un mundo de alta tecnología, no es extraño que exista una muy fuerte internacionalización en este campo. En primer lugar, hay que referirse a las Comunidades Europeas. A un año vista de la incorporación de nuestro país a las Comunidades Europeas, hemos de decir que la Administración sanitaria española está plenamente incorporada a los trabajos de las Comunidades y que se asiste sistemáticamente a las reuniones de sus órganos y de sus comités de expertos, que son muy numerosas.

Ha tenido una gran importancia el mantenimiento de una determinada posición española en la negociación de las directivas sobre medicamentos que se han aprobado en diciembre último. Durante un año entero la Administración española ha trabajado intensamente en Bruselas para que esas directivas reconocieran las peculiaridades de nuestro país, y se puede decir que con algún éxito.

También estamos integrados en otros organismos, como, por ejemplo, en el Consejo de Europa, tanto en su Comité de expertos en temas farmacéuticos como lo vamos a estar en la Comisión de la Farmacopea, después de la tramitación del acuerdo en las Cámaras.

Con la Organización Mundial de la Salud mantenemos una estrecha comunicación y, por ejemplo, España participa activamente en el Programa de protección y promoción de denominaciones comunes internacionales para las sustancias medicamentosas defendiendo el castellano. Era penoso comprobar cómo en 1984 no existía en Ginebra un sólo experto en lengua castellana en el Comité internacional de denominaciones comunes. Actualmente hay un experto, una funcionaria de la Dirección General, nominada por la Organización Mundial de la Salud, que defiende los intereses del castellano, lo cual tiene una enorme trascendencia científica y comercial, porque esas denominaciones se utilizan en todo el mundo.

Estamos en estrecho contacto con la Oficina Regional para Europa e integrados en el programa de cooperación a medio plazo que se firmó entre el Ministerio de Sanidad y dicha Oficina Regional.

Asimismo, hay que destacar que estamos plenamente integrados en los mecanismos de alerta y vigilancia de la Organización Mundial de la Salud en lo que se refiere a medicamentos.

Mantenemos una colaboración estrecha con la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), que, por ejemplo, se va a concretar en un proyecto que nos parece interesante, la edición en castellano de una obra capital de información de medicamentos, de uso diario en los Estados Unidos, que se va a traducir al castellano por iniciativa de la Administración sanitaria española y que se va a distribuir más tarde por todos los países de Iberoamérica además de, por supuesto, en España.

Se ha trabajado en otros programas con repercusión internacional, como puede ser en seminarios sobre productos sanitarios —insisto, campo novedoso, campo casi ignoto, desconocido— que se han celebrado en Madrid y en Washington y en los que hemos prestado asistencia a países iberoamericanos, o en el Programa salud para la paz, Contadora sanitaria, enviando cooperantes y recibiendo personal en formación. Se trabaja también todos los años en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas y en la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que en su último informe alaba la política española de control de las toxicomanías y de los productos estupefacientes y psicotrópicos. Quisiera mencionar que, por ejemplo, para finales de este año 1987, España ha sido seleccionada, por la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial, como sede de su III Reunión de consultas sobre la industria farmacéutica, un evento al cual concurrirán todas las personas destacadas del mundo en el campo de la industria farmacéutica, las 400 ó 500 personas con mayor poder de decisión en este campo.

Igualmente mantenemos intensas relaciones bilaterales con algunos países desarrollados; por ejemplo, con Francia tenemos una excelente relación, y con países subdesarrollados, especialmente iberoamericanos y Guinea ecuatorial.

Hablaba también de una estrategia de potenciación del personal y de racionalización administrativa. Como ustedes saben, la Administración pública, por razones diversas y de peso, cuenta con unas ciertas rigideces en materia de personal, que son especialmente acusadas cuando se trata de realizar tareas de un alto contenido científico

y técnico. Por ello, seleccionar personal con las adecuadas capacidades y formación para tratar de los asuntos complejos que un centro directivo como la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios tiene entre manos, es una tarea fundamental. Los recursos personales dedicados a estas tareas se han incrementado en los últimos años de manera importante, y de ser un centro directivo de los más pequeños de toda la Administración española, medido en lo que se refiere a subdirecciones generales o jefaturas de servicio, nos hemos situado ahora en una zona media que, si no nos da satisfacción, al menos no está en unas circunstancias o disponibilidades tan estrechas como existían en el año 1982.

También he de mencionar aquí al Instituto Carlos III, otro de los puntales del control de los medicamentos en España, cuya constitución como organismo autónomo dedicado a tareas de apoyo técnico constituye un hito fundamental en la historia de la evaluación y el control de los medicamentos en España que va a permitir la potenciación de los laboratorios de Majadahonda.

En esta estrategia de potenciación y racionalización administrativa hay que destacar también la organización de bases de datos de medicamentos; bases de datos que se empezaron a establecer a finales de los años setenta por el Fondo de Investigaciones Sanitarias con unos resultados muy importantes —las bases de datos ESPES y ECOM— y, en los dos últimos años, se ha proseguido en esta tarea con bases de datos informatizadas de principios activos, que ya es operativa, y otra que se está organizando, la base de datos para el trámite de autorización de medicamentos. Hoy se puede decir que las bases de datos de medicamentos son, como tales instrumentos informáticos, de las más complejas y completas que existen en nuestro país.

Otro proyecto informático importante que ha obtenido algunos resultados ha sido el EPSICON; proyecto que tendía a informatizar el control de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas, y que ya es igualmente operativo.

Estas estrategias o directrices informan toda la actuación de la Dirección General. Permítanme que diga dos palabras en cuanto a los recursos de que dispone este centro directivo y que miden hasta cierto punto, el gasto en personal y en recursos económicos que la sociedad española dedica a la evaluación y control de medicamentos.

En el año 1985, la Dirección General tuvo un presupuesto de 691 millones, que se ejecutó en un 92 por ciento. En el año 1986, y debido a las restricciones del gasto público, el presupuesto disminuyó a 634 millones, que se ejecutó en su totalidad, y que exigió, además, por una insuficiencia presupuestaria que se presentó en octubre, unas transferencias de crédito de otros órganos del Ministerio. Dentro de los centros directivos de la Administración pública española, nos encontramos en un nivel de ejecución del gasto más alto.

En cuanto a recursos humanos, se ha conseguido algún progreso, como acabo de mencionar y, por ejemplo, hemos pasado de disponer de 143 funcionarios, en el año 1984, a disponer de 181, en el año 1986, y algunos de ellos en los niveles superiores a la Función Pública. Todos estos son datos que se pueden consultar con más detalle en el texto que he entregado al señor Presidente.

Permítanme ahora que, como tercer capítulo de mi exposición, repase brevemente, para no cansarles, algunos de los programas concretos de acción que, al servicio de la salud de los españoles, ocupan nuestros quehaceres.

En primer lugar, la Dirección General de Farmacia autoriza especialidades farmacéuticas. El otorgamiento de licencias de comercialización de especialidades farmacéuticas es el nudo de nuestro trabajo, y su finalidad es que los medicamentos disponibles sean seguros, eficaces y de calidad.

Se puede decir que el ritmo de autorización de especialidades farmacéuticas permitidas es constante y está entre unas doscientas y trescientas al año. Por ejemplo, en el año 1985 se aprobaron 313 y en el año 1986 se aprobaron 259. Es un indicador, simplemente, porque la especialidad farmacéutica es un concepto jurídico, no es un concepto estrictamente sanitario. Lo importante es saber que se aprueban los medicamentos que son importantes para la salud de los españoles. Así, por ejemplo, en los años 1985-1986, se han aprobado para su comercialización medicamentos tan importantes como la ciclosporina (fundamental para los trasplantes), la insulina obtenida por procedimientos de biotecnología, la hormona del crecimiento y, pocos años antes, se aprobó la vacuna contra la hepatitis B.

El señor Subsecretario se refería a algunos datos que son expresivos de esa clarificación que poco a poco se va logrando en el mercado farmacéutico, que si todavía no nos permiten decir que nos encontramos en el óptimo, sin embargo sí nos permiten decir que estamos en el buen camino.

A 6 de febrero de 1980, cuando se carga la base de datos ESPES, existen 16.509 envases diferentes aceptados en la oferta de la Seguridad Social, que pueden constituir una buena base para estimar los productos disponibles en el mercado. En el año 1981 esa cifra sube hasta 18.003, y después va disminuyendo: en el año 1982, 14.560; en junio de 1984, 13.649; 13.105 en 1985; 12.233 al 31 de diciembre de 1985; 11.048 a 1.º de diciembre de 1986. Hay, pues, una clarificación que consideramos positiva porque evita dificultades de todo tipo al sistema sanitario y muy especialmente ruidos, nubes que se pueden producir en el sistema de trasmisión de información sobre medicamentos.

También es tarea íntimamente ligada con la evaluación de medicamentos la evaluación de ensayos clínicos, porque los ensayos clínicos están directísimamente ligados a la autorización de medicamentos nuevos, en la mayoría de los casos. Aquí he de decir que España es de los pocos países con un sistema de autorización previa; que la legislación promulgada en el año 1977 desde luego exige el consentimiento informado del paciente; que no se aprueba ningún protocolo en el que no conste el consentimiento informado del paciente; que ese consentimiento se formula ante un testigo y el médico director de la investigación; que se ha progresado enormemente en la constitución de comités éticos en los hospitales; y que también la

agilidad en la tramitación de los protocolos de ensayos clínicos hoy es plenamente satisfactoria. Por ejemplo, en el año 1986 de 366 protocolos presentados se aprobaron 326 protocolos, frente a 149 que se aprobaron en el año 1982; el ritmo es el doble del que existía en 1982. Y además he de decir que ésta no es una simple tarea burocrática, que no sólo se garantizan los derechos de los enfermos, de los pacientes que van a participar en los ensayos clínicos, sino que además esta tarea se está convirtiendo en una importante atalaya del progreso científico e investigador en nuestro país en ciencias biomédicas. Y que, hay que decirlo también, los resultados positivos que se están obteniendo se han conseguido simplemente gracias a que se han puesto los medios adecuados, es decir, el personal con la suficiente calificación para enjuiciar los protocolos de los ensayos clínicos. No quiero decir con estas palabras, ni mucho menos, que estemos al cabo del camino o que éste sea el mejor de los mundos. Queda, por supuesto, mucho camino por recorrer en materia de ensayos clínicos. Todavía desearíamos tener posibilidades de un contacto mucho más intenso con los hospitales, con los comités éticos de los hospitales, y todavía pensamos, también, que la reglamentación de los ensayos clínicos, que data del año 1977, se debe perfeccionar.

Pues bien, en la ley del medicamento, un capítulo fundamental, seguramente el más importante de dicha ley, es el que se dedica a regular los ensayos clínicos y que, por decirlo en dos palabras, como además recordaba el Diputado señor Revilla hace unos minutos, afecta a los propios derechos fundamentales de la persona y al progreso científico de nuestro país.

Con el mismo sentido que se autorizan especialidades farmacéuticas, también se anulan, bien por razones sanitarias, porque han estado inmersas en los procedimientos del PROSEREME, por falta de interés de los laboratorios, etcétera. Creemos que es un proceso sano, el de anulación de especialidades farmacéuticas obsoletas, y por eso se estimula de diferentes formas, entre otras cosas en las propias revisiones de precios, para eliminar ruidos, productos que han podido quedar obsoletos. Y, por ejemplo, en el año 1985 se anularon 1.081, en el año 1986 se anularon 1.655.

El área de evaluación de productos sanitarios es un campo de trabajo mucho más joven, mucho más reciente, para la Dirección General de Farmacia. En el año 1982 estaba dedicada a esta tarea una simple sección administrativa; hoy hay una subdirección general que, aun con medios limitados, está empezando a abordar los problemas que en este área se plantean, creemos, con seriedad. Ya he aludido no hace mucho al trabajo con comisiones externas de expertos. También es muy destacado el trabajo que realiza esa subdirección general en los grupos de trabajo del IRANOR en materia de normalización y homologación, que tiene tanta importancia desde el punto de vista sanitario, industrial y comercial. Por poner un ejemplo del trabajo de esta subdirección general, ha procedido en estos meses pasados a la normalización y homologación de las medias elásticas terapéuticas, un producto siempre muy discutido de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, y se puede considerar que hoy es éste un problema encauzado; también ha homologado y ha asistido, como ya indicaba no hace mucho, los productos de ostomía que tanta importancia tienen para los enfermos que se ven afectados de esta circunstancia.

También entre las competencias de esta subdirección general están los cosméticos, productos de consumo que nos preocupan y respecto de los cuales se ha trabajo intensamente para conseguir una nueva reglamentación, que además viene exigida por las Comunidades Europeas. Y el proyecto ya ha sido informado por la Comisión Interministerial de Ordenación Alimentaria, porque en el Código Alimentario había algunas previsiones sobre cosméticos, y pensamos que antes del verano podrá ser aprobado por el Consejo de Ministros.

Respecto de la carga de trabajo, piensen ustedes que, por ejemplo, en productos cosméticos han pasado por esa subdirección general, se han autorizado y se han concluido expedientes relativos a 2.547 productos en el año 1985, y a 3.940 en el año 1986.

Un conjunto de programas de actuación muy importante está a cargo de la Subdirección General de Control Farmacéutico; Subdirección General que, digamos, se ocupa de los medicamentos y productos sanitarios, por decirlo llanamente, una vez que han sido comercializados. Realiza, en primer lugar, las funciones de inspección; le corresponde la inspección farmacéutica, en la cual concurren también competencias de Comunidades Autónomas. Por ejemplo, a lo largo de estos dos últimos años, por destacar un período, se ha verificado el cumplimiento de las normas de correcta fabricación de especialidades farmacéuticas en 223 empresas, lo cual constituye un número de actuaciones destacado.

También esa subdirección general desarrolla el impulso de los programas de control de calidad de los productos en el mercado, y hay que decir que, según los resultados del programa de control de calidad, los medicamentos en España son de una calidad aceptable; no se detectan graves irregularidades, ni son numerosas las irregularidades en cuanto a composición analítica, en cuanto al material de acondicionamiento, etcétera. Les puedo decir que, por ejemplo, de 1.567 lotes analizados en 1986, hubo 30 no conformes; entre ellos sólo 24 dieron lugar a una actuación de embargo o de inmovilización, lo que representa menos del 2 por ciento, que nos parece una situación aceptable.

Particular interés tiene la Dirección General de Farmacia en el programa de vigilancia de reacciones adversas. Yo recuerdo la anécdota del Ministro de Sanidad en la Real Academia de Farmacia en el año 1983, cuando un destacado profesor de farmacología se quejaba ante él y ante una audiencia muy destacada por la inexistencia en España de un programa de vigilancia epidemiológica de reacciones adversas. Pues hoy el mencionado profesor está muy contento, porque en España hay en marcha un programa de vigilancia de reacciones adversas; un programa en el cual colabora el Instituto de Farmacología de Cataluña, colabora el Hospital Valdecilla de Cantabria, colabora la Clínica Universitaria de Navarra, colabora la

Comunidad Autónoma de Valencia y se van a ir incorporando otras Comunidades Autónomas.

Un indicador de que este programa ha comenzado a funcionar es que los médicos colaboran. Es un programa que sin la colaboración voluntaria de los médicos, no puede funcionar, al menos en lo que se refiere a uno de sus componentes fundamentales, que es el programa de notificación voluntaria de reacciones adversas. Por ejemplo, en Cataluña se ha pasado de 966 notificaciones en el año 1985 a 1.417 en el año 1986; en Cantabria en el año 1986 ya se consiguieron 116 notificaciones, siendo así que se había puesto en marcha a mediados del año anterior; en Navarra ya se han conseguido 180; en Valencia ha empezado a funcionar a fines del año 1986.

Además de ese trabajo descentralizado, que se va a terminar desarrollando en todas y cada una de las comunidades autónomas, existe un órgano nuevo, la Comisión Nacional de Farmacovigilancia que examina los problemas de reacciones adversas; problemas que son siempre muy complejos, porque efectuar el balance entre los beneficios y los riesgos de los medicamentos siempre tiene una gran complejidad. Ese órgano se constituyó en el mes de febrero, tuvo su primera reunión constitutiva y pasado mañana va a tener su segunda reunión plenaria en la cual ya se examinan expedientes de productos concretos que van a ser sometidos al informe de uno de los mejores planteles de farmacólogos y de clínicos y farmacéuticos hospitalarios que se podían haber seleccionado en el país.

Con las recomendaciones de la Comisión, la Administración forma su voluntad, sus decisiones, que influyen y se conectan con las que toma la Comisión Económica Europea en Bruselas, porque hay que decir que en este campo las decisiones están ya totalmente europeizadas y estamos integrados en ese tren europeo absolutamente en materia de farmacología.

Otra tarea de esa subdirección general es el control de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Hay una gran carga de trabajo por el aumento de decomisos de tráfico ilícito que resulta de los problemas de toxicomanías en nuestro país. Por ejemplo, la cifra de decomisos ha pasado de 11.950 a 18.500 en el año 1986, lo que significa que ha habido que hacer hasta 30.000 determinaciones analíticas en el año 1986; es muy importante hacerlas bien y pronto porque de sus resultados muchas veces depende el procesamiento y la libertad provisional de los encausados.

En este sentido he de decir que se ha puesto a punto un pequeño laboratorio «ad hoc» en las propias instalaciones de Seguridad, donde se custodian los decomisos a disposición de la autoridad judicial, para que los dictámenes sean completamente expeditos.

Al hablar de los objetivos he indicado que no sólo se trata de mejorar la asistencia sanitaria actuando sobre el producto, sino también sobre los propios flujos de información destinados a los profesionales sanitarios. Del Ministerio de Sanidad depende un centro institucional de información de medicamentos que, por ejemplo, en el año 1986 evacuó 1.664 consultas individualizadas, que realizan sobre todo los médicos y farmacéuticos de hospitales. También se realiza un trabajo de información por medio de publicaciones, muchas de las cuales son completamente nuevas de los dos o tres últimos años. Se editan fichas de transparencia con información farmacológica y económica que se distribuyen a 120.000 médicos y farmacéuticos. Se edita una guía farmacológica para la asistencia primera; de la edición de 1985 se hicieron 112.000 ejemplares. Creemos que va a aparecer en el mes de junio la segunda edición que coordina y financia el Ministerio de Sanidad, que es un instrumento fundamental para racionalizar la terapia medicamentosa en los centros de atención primaria. Hemos dado publicidad a los resultados del registro de especialidades farmacéuticas con el boletín «Medicamentos Autorizados en España» que se edita trimestralmente. Cinco veces al año se editan 90.000 ejemplares del folleto «Farmacia al Día» donde se explican las medidas administrativas relativas a medicamentos. Se sigue editando la revista «Información Terapéutica». También se están produciendo algunas monografías de importancia sanitaria, como puede ser una sobre excipientes de riesgo; un diccionario de principios activos de las especialidades farmacéuticas; el manual de información de medicamentos americano al que me refería hace un momento. Se está desarrollando también una iniciativa que me parece muy importante en cuanto a la información de medicamentos que, además, es expresión de una buena colaboración entre la iniciativa pública y privada. Se va a colaborar con la empresa que edita el Vademecum Daimon, ese libro rojo que todos los médicos tienen en España sobre su mesa, para que las monografías relativas a medicamentos que ahí aparecen hayan sido visadas por la autoridad sanitaria y aparezcan con un logotipo, una contraseña que así las identifique. Con eso seguimos la pauta que se marcara por la Administración francesa y que nos parece una manera ágil, barata y de buena colaboración con la empresa privada, que nos permite llegar a todas las mesas de los médicos de una manera sencilla.

También hay un programa limitado, pero creemos que es interesante, de educación sanitaria al público sobre medicamentos; en colaboración con los Colegios de Farmacéuticos se distribuyen folletos en las oficinas de farmacia. Muy pronto va a aparecer una guía para el alivio de los síntomas menores, porque pensamos que la automedicación responsable puede constituir un elemento importante de la atención, de los cuidados personales de salud.

También en esta dirección de mejorar los flujos de información entre los profesionales sanitarios relacionados con medicamentos están las disposiciones que han aparecido sobre receta médica y que aún tienen que ser completadas en lo que se refiere a la receta de la Seguridad Social.

Se ha trabajado en la mejora y en el perfeccionamiento de los servicios asistenciales farmacéuticos con diversas disposiciones, estudios y trabajos. Hace un momento me refería a la elaboración de un programa de formación en medicamentos para los centros de atención primaria. También se ha colaborado con el Ministerio de Educación

en el otorgamiento de los títulos de especialistas farmacéuticos.

Una última actividad en este sentido es el suministro de medicamentos y productos sanitarios del Estado, que la Administración realiza directamente en circunstancias muy específicas. Puede tratarse de los medicamentos extranjeros que todavía no están suficientemente evaluados, pero que pueden tener algún interés terapéutico; puede tratarse de donaciones a otros países en caso de catástrofe, de emergencia, como las que se han hecho con ocasión de las últimas grandes catástrofes de Perú, de Méjico, a los que sufrían de hambre en Etiopía, etcétera.

Finalmente, por abreviar he de hacer alguna alusión a los objetivos socioeconómicos en los que trabaja la Dirección General de Farmacia. Esta tiene atribuida la intervención de precios de las especialidades farmaceúticas. Esta es una tarea muy compleja, desde el punto de vista económico, que exige un trabajo intenso y que se concreta tanto en la autorización de precios de nuevos productos, como en las revisiones coyunturales de precios para compensar la inflación.

Por ejemplo, en el año 1986 se han estudiado hasta 345 productos; muchos de ellos tienen características muy peculiares y sus mercados son muy distintos unos de otros, desde el punto de vista económico. También en el año 1986 se puso en marcha una revisión de precios. Se elevaron los precios de los medicamentos como media, en virtud de esta revisión, un 3,65 por ciento, atendiendo a objetivos sanitarios, económicos y de promoción industrial.

También, como ustedes recordaban, la entrada en vigor del IVA exigió de la Administración un estudio particular de este sector, que dio como resultado un descenso del precio de los medicamentos del 1,6 por ciento, al entrar en vigor el IVA el primero de enero de 1986.

Finalmente tengo que decir que estamos trabajando intensamente en la definición de un nuevo sistema de intervención de precios que sea más flexible y más racional desde el punto de vista económico.

Hay que decir que hemos conseguido, en buena medida, la colaboración de la industria farmacéutica que ya suministra —se puede decir que con normalidad— información económico-contable y financiera muy detallada a la Dirección General para que el control de precios se pueda hacer con adecuado conocimiento de causa.

Este sería el panorama de actuaciones que, con las estrategias que antes he mencionado, pretenden servir a los objetivos a los que aludía en primer término, que me he permitido distribuirles y que creo concretan, mejor que ninguna palabra o exposición, la política de la Dirección General.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Grupos Parlamentarios que quieran hacer uso de la palabra? **(Pausa.)**

Tiene la palabra la señora Villalobos, por tiempo de diez minutos.

La señora **VILLALOBOS TALERO:** Intentaré ajustar mi intervención, dado que estamos en una hora altamente peligrosa.

En primer lugar, querría agradecer al señor Director General su primera comparecencia en esta legislatura ante esta Comisión, en un doble sentido: en el de su presencia y en el de la enorme y amplia documentación que nos ha aportado.

Señor Director General, después de todo lo que nos ha contado y si esto lo hace usted con 181 funcionarios, creo que debería dar clase al resto de sus compañeros para ver si de este modo la Administración, con menos gente, funciona bien. Ha dado S. S. una visión enormemente satisfactoria de su Dirección General y en este sentido me gustaría decirle que noto la misma connotación que en el resto de sus compañeros: la autocomplacencia. No estoy totalmente de acuerdo con usted; creo que hay cosas que van mejor pero no son para estar tan sumamente satisfecho.

Hay un tema que ya nos ha explicado hace unos momentos el señor Subsecretario y era una de las primeras preguntas que se me podían ocurrir. Se trata del proyecto de ley de medicamentos. Se nos ha dicho que pronto estará en la Cámara y entonces será el momento adecuado de hablar de él; arrastra muchos problemas desde hace tiempo y espero que cuando lo tengamos aquí estén resueltos. No obstante, quiero hacerle una sola pregunta: ¿Se van a regular los conflictos en las oficinas de farmacia, según esta ley del medicamento, a la cual usted no ha hecho alusión hasta ahora?

Como ha dividido su disertación en una serie de apartados, voy a hacerle una serie de preguntas muy concretas, ya que quiero ajustarme al tiempo. Habla usted de la salud para todos como proyecto del año 2000. Estoy totalmente de acuerdo, es un buen proyecto y nuestro Grupo estará conforme con todas las medidas que el Gobierno lleve a cabo en este sentido porque pensamos que, en última instancia, todos estamos aquí al servicio de los ciudadanos. Hablaba S. S. de lo que le incumbía a su Dirección General y que este programa último del Ministerio tendría que ir encaminado a la autorización de medicamentos. En este sentido encontramos un primer incumplimiento de las normas de la Comunidad Económica Europea y hace ya un año que nos integramos. Parece ser que se va a publicar un real decreto para intentar solucionar este problema provisionalmente. Usted dice que la autorización de medicamentos lleva un ritmo adecuado, pero en documentos elaborados por la propia Dirección General se habla de que hay dos mil y pico medicamentos que todavía no lo están, que esto no se ha hecho por dificultades incluso de relaciones entre la Dirección General y el Centro Nacional de Farmacología y por falta de medios de la primera. Es curioso que la única falta de medios a la que hace alusión S. S. sea la de que el señor Director General del Centro Nacional de Farmacobiología gane 258.000 pesetas; parece ser que si le pagaran 350.000 no habría problemas de ningún tipo. Me parece que eso es circunscribir a un tema muy concreto algo muy importante como es la falta de medios, con la cual estoy totalmente de acuerdo con usted. Ha mencionado S. S. el pre-

supuesto de la Dirección General de Farmacia y coincido con usted en que es bajo; pero es porque los presupuestos de Sanidad, en todos sus conceptos, son cada vez más bajos?

Nos ha hablado de la articulación sanitario-científica; estoy de acuerdo con usted y apoyaría cualquier medida tendente a la potenciación de la investigación científica en este país, porque en el tema concreto que a usted le atañe, corremos el riesgo en materia de investigación farmacéutica —yo lo veo cada vez más próximo y por los ejemplos de estos últimos años, se confirma— de caer en manos, una vez más, de las multinacionales. Da la casualidad de que el presupuesto de investigación que determina el Gobierno socialista es mínimo en comparación con el del resto de los países del Mercado Común y de la OCDE. Cualquier potenciación de la investigación tendrá nuestro apoyo, aunque no creo que vayamos a conseguir grandes medidas. La única solución dada hasta ahora ha sido poner las industrias españolas en manos de las multinacionales, lo que no creo sea la mejor forma de revitalizar la investigación española.

Habla S. S. de la concertación con los sectores afectados. Se refiere a Farmaindustria y me imagino que también a los Colegios Farmacéuticos. Esto me llama la atención porque ustedes tienen un contencioso con el Colegio de Farmacéuticos respecto al tema de los márgenes comerciales. Fue recurrido por el Colegio, lo ganaron y ustedes vuelven a recurrir diciendo que no lo pueden cumplir por imposibilidad material y legal de su cumplimiento, y que establece la supresión del cumplimiento del fallo cuando exista peligro o trastorno grave de orden público. Y salvo que haya que pagar a estos trabajadores diez mil millones de pesetas —que con el presupuesto que ustedes tienen no va a poder ser— no veo que afecte al orden público; simplemente afecta al derecho de unos ciudadanos y así lo han reconocido los Tribunales. Por tanto, en cuanto a sus buenas relaciones con los sectores afectados, disiento de que sean tan maravillosas. Y en cuanto a Farmaindustria, como no pertenezco a la misma y no he leído nada en la prensa, me callo mi opinión.

Otro de sus apartados eran las relaciones internacionales. Vuelvo a insistir sobre lo mismo: hace un año que nos integramos en la Comunidad Económica Europea y seguimos sin que nuestra legislación en materia de medicamentos esté homologada. Sabe S. S. que en el año 1992 tendremos que tener al día el registro de especialidades farmacéuticas que parece que aún no lo está.

Señor Director General, creo que es una política de buenas intenciones pero no de resultados. Ha hecho usted alusión a una frase al principio de su intervención que no ha vuelto a repetir y que me parece que debería estar en primer lugar: es la palabra eficacia. Si nos circunscribimos a lo que S. S. ha dicho, todo es perfectamente asumible a la palabra eficacia, pero si nos vamos a los resultados concretos de lo que realmente está ocurriendo en su sector, dicha palabra me parece un exceso de buena voluntad por su parte, aunque creo que aquí puede volver a producirse lo mismo que en el resto de las apreciaciones que este Grupo pueda tener sobre la acción del Gobierno y es una mala visión de la realidad.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Quiero agradecer la presencia del señor Director General y también saludar la iniciativa del Grupo Parlamentario de Coalición Popular que ha hecho posible esta comparecencia.

Hemos asistido a lo que probablemente ha pretendido ser un balance —no venía mal porque, si no me equivoco, la última comparecencia del señor Director General fue en el año 1985 y además muy breve— que desgraciadamente no puede producirnos satisfacción. Su señoría llegó a la Dirección General de Farmacia envuelto en una gran esperanza. Su prestigio profesional, sus estudios acerca de la política farmacéutica, sus estudios críticos sobre la industria en el sector, incluso su actitud política —debo decirlo aquí— hacían confiar en que, efectivamente, nos encontrábamos ante alguien que iba a hacer posible la modernización de un sector tan importante para la asistencia sanitaria —como ha subrayado— y no menos influyente en lo relativo al gasto sanitario. Desgraciadamente, si el fracaso de la política sanitaria del Gobierno socialista es ya clamoroso, tenemos que decir que la política farmacéutica se une a este fracaso.

Después de cuatro años, un largo plazo, realmente lo que hemos encontrado hoy es que se han desgranado siete estrategias en las cuales fundamentalmente hemos detectado expresiones de buena voluntad, yo diría que pensamientos-deseos. Se ha subrayado como conquista el hecho de que estemos integrados en el sistema de alerta de la OMS o que se va a editar una obra en castellano, en Estados Unidos, para ser repartida en Latinoamérica, o que se haya autorizado la ciclosporina o la vacuna contra la hepatitis o, por ejemplo, la hormona del crecimiento. Se ha subrayado enormemente el que dispongamos de una vigilancia de reacciones adversas, para lo cual ha sido necesario que el señor Ministro de Sanidad fuera a la Real Academia, o que se hayan realizado 30.000 determinaciones analíticas en relación con el tráfico de la droga.

Me parece que todo ello lo que pone de manifiesto es un cierto tufo tercermundista en el tratamiento de este sector de la política sanitaria y una afición especial a las relaciones públicas, que no dudo que hayan sido muy eficaces, pero no sé si también lo que ha habido en su intervención no ha sido una cierta pesadumbre. Desde luego, lo que no ha habido en la exposición del señor Director General ha sido entusiasmo. ¿Por qué? Porque hemos perdido cuatro años para ordenar el sector. Todos sabemos que todavía no tenemos ley del medicamento, que fue prometida en febrero de 1983 para comienzos de 1985; dos años después nos encontramos sin ley del medicamento.

No se ha ordenado el sector, no se ha defendido la industria nacional farmacéutica, no se ha liberado al enfermo español de la posibilidad de verse sometido a peligrosas infecciones toxicológicas. No se ha tomado nota, como hemos dicho hoy, de la incorporación de España al Mer-

cado Común. Resulta que desde enero de 1986 estamos en la Comunidad Económica Europea y todavía no se ha pensado qué es lo que hay que hacer para adecuar el mercado español, en 1990, a las directivas del Mercado Común.

En resumidas cuentas, no se ha hecho una política progresista, que es lo que este Diputado —en su día no era Diputado— pensó que por fin en la sanidad española se iba a instalar y, hoy día, lo tengo que denunciar con toda sinceridad y nostalgia.

No queremos ser una ventanilla de la industria farmacéutica, ha dicho el señor Director General. ¡Ojalá hubieran conseguido por lo menos ser una eficaz ventanilla de la industria farmacéutica! Veamos las cosas que no se han hecho y a las que no se ha referido el señor Director General.

No se ha elaborado el nuevo sistema de determinación del precio de los medicamentos. Se sigue con el antiguo del escandallo, en base al coste de la materia primera. No voy a entrar en ello, pero lo digo.

No se ha estimulado la fusión de compañías nacionales, única vía probablemente para defender la industria nacional y para asignarle una vocación multinacional que pueda hacer frente a las poderosas acciones de las compañías extranjeras.

No se ha modificado la agobiante lentitud del proceso de registro de medicamentos, en el que seguimos exactamente igual. No tengo tiempo para entrar en cuánto es el retraso —de tres a cuatro años—; lo único que se ha modificado, eso sí, es que mientras antes se pagaba una cantidad no significativa, hoy día es necesario depositar 500.000 pesetas. Si, al menos, eso se hubiera acompañado de una mejora de la calidad, de una rapidez en la gestión, estaría justificado, pero no ha sido así.

No se han regulado los medicamentos genéricos, que era uno de los mejores adornos que tenía entonces el programa del Partido Socialista y que usted personalmente, señor Director General, defendió con una gran pasión, en la que algunos coincidíamos con usted. Algo se ha aprobado, muy poco.

Se ha desconsiderado la necesidad urgente, durante cuatro años, aunque recientemente tenemos un plan de investigación, de estimular la investigación farmacéutica en España. El plan actual, que tendré ocasión de valorar en otra Comisión a la cual pertenezco, es realmente inadecuado e insatisfactorio.

No se ha desarrollado la información farmacológica estatal e independiente al médico. Seguimos dependiendo de la información restringida a los que trabajan en la Seguridad Social, en el INSALUD, pero no hay una información general para todos los médicos. Hay una revista mensual y unas poquísimas fichas de transparencia. No se ha introducido la competencia por el precio, ni se ha promovido la sustitución terapéutica. Seguimos asistiendo al hecho de que hay unas mismas sustancias farmacológicas con unas diferencias de precio realmente inaceptables. En fin, la ley del medicamento —ya lo hemos dicho antes— todavía no ha sido enviada a estas Cámaras. No quiero comentar otros disparates estridentes que se han producido, como la arbitraria reducción del margen de farmacia, que ha sido suficientemente corregida por los tribunales.

El balance realmente es tan pobre que su Dirección ni siquiera cita ya los éxitos del PROSEREME, que han sido tan suficientemente comentados. No he querido entrar en el tema con el señor Subsecretario, pero en la primera y segunda fase del PROSEREME, realmente lo único que se ha hecho ha sido, como he dicho en alguna ocasión, enterrar cadáveres. Es decir, productos farmacéuticos que, por un lado, estaban intoxicando y, por otro, no representaban nada en el mercado en general. Por ejemplo, 50 productos no tenían ninguna venta, 50 tenían una venta inferior a 200.000 pesetas, 28 otra inferior a 600.000 pesetas y solamente había cinco que alcanzaban una venta significativa, estando, entre ellos, como usted sabe, el producto que una conocida multinacional estaba ya retirando internacionalmente. En total no alcanza el 0,4 por ciento del consumo farmacéutico, si retiramos lo que corresponde al conocido producto de esa multinacional.

Sin embargo, el índice más expresivo, probablemente, de la gestión farmacéutica que ha hecho el Partido Socialista es el galopante avance de las multinacionales. En 1981 era el 53 por ciento y hoy es el 61 por ciento. Esto sí es una política progresista —aludiendo a alguna voz en «off» que antes se ha producido—, porque la venta de Antibióticos, a la cual usted no se ha referido, ha venido a mostrar de un modo patente esta situación. Una venta que ha empobrecido a nuestro país, porque ha habido un trasvase claro de fondos públicos a fondos privados. Ya tuve ocasión de decírselo en el Pleno al Ministro de Industria, que fue quien me contestó a la pregunta que formulamos.

Además se ha visto que la especulación anunciada en que consistió la compra de Antibióticos en su día, se ha concluido como tal. Es decir, las subvenciones vía precios o para utilizar su nomenclatura vía compensaciones de costes, no ha hecho sino trasladar fondos de la Seguridad Social y de los enfermos a revalorizar las acciones de una compañía que, a pesar de todo, no ha sido capaz de vigorizar su capacidad para elaborar productos y que ha terminado siendo vendida a un grupo italiano, amparándose en el hecho de que como estamos en el Mercado Común no podemos evitar la venta, como si no fuera necesario defenderlo, precisamente cuando se trataba de una de las industrias punta en el sector, o al menos así ha sido concebida por la Administración desde hace cuatro años.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ:** Sí, señor Presidente. Nada más añadir que éste es, en nuestra opinión, el triste balance de lo que no se ha hecho. Todo esto no se ha hecho señor Presidente y señor Director General.

A nada o a casi nada de ello se ha referido el señor Director General en su exposición, y yo me pregunto entonces en qué consiste la política farmacéutica de un Estado. ¿Cuáles son las cosas que demandaba la sociedad española, cuáles son las cosas que demandaba la salud española y cuáles son las cosas que demandaba la política

farmacéutica española hace cuatro años? Estamos no solamente igual, sino peor, porque hemos perdido cuatro años. Nada más, señor Presidente.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA:** Me uno a lo que han dicho mis compañeros sobre la comparecencia del Director General también en lo relativo al exhaustivo informe que nos ha presentado. Pienso leerlo cuando tenga acceso a él, lo estudiaré despacio y, de momento, para que todos los asistentes se queden tranquilos, no voy a hacer más que unas preguntas escuetas.

La primera de ellas es ¿qué plan tienen en favor de la investigación?, porque no le he oído nada sobre el tema.

Segunda, ¿cómo van a seguir incidiendo en el control de la importación de medicamentos? Sabe el Director General lo que me preocupa este tema, sobre todo, últimamente, la importación de plasma humano de ciertos países no demasiado seguros.

Tercera pregunta, ¿qué tipo de información se da al usuario cuando un medicamento se declara nocivo o contraproducente?, porque no basta con retirarlo del mercado.

Cuarta, ¿tiene algún tipo de conversaciones su Dirección General con las Asociaciones o Colegios de Farmacéuticos, o con el Ministerio del Interior, o con los dos, sobre el problema de la venta en farmacias de tóxicos y sobre todo de drogas? Sé por los farmacéuticos que estaban intentando dialogar con el Ministerio del Interior a este respecto.

Otra pregunta, ¿qué tipo de control existe para la publicidad, no sólo de medicamentos, sino también de cosméticos, publicidad engañosa muchas veces, por supuesto?

Por último, ¿tienen algún departamento que controle o vigile los llamados medicamentos naturales, las semillas, las hierbas, los concentrados, todo esto que ahora está tan de moda y que puede engañar muchísimo al usuario?

Nada más, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE:** Por la Agrupación del Partido Liberal, tiene la palabra el señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO:** Señor Director General, mi enhorabuena, por supuesto, por ser un Departamento de la Administración dentro del sistema sanitario que cumple sus objetivos. Sin embargo, creo que es fácil cumplir unos objetivos tan cortos, y perdóneme, pero creo que es así.

De todo lo que nos ha estado explicando, al final me quedo con que quieren ustedes la automedicación responsable, y no define en qué va a consistir, ha pasado muy de largo sobre ella. No nos habla nada de las campañas en televisión; no nos ha hecho una diferenciación entre lo que es información y lo que es propaganda, y eso que habla del librito rojo. Querría saber cómo va a hacerse, si como información o como propaganda pagada por el propio Estado a la industria privada.

Hay una cosa en este papelito, que de repente nos entrega, que dice: mejora de los flujos de información científica sobre medicamentos. Y más abajo dice: colaboración en la contención del gasto del INSALUD.

No sé si esto se refiere a lo que, en el momento actual, hace el INSALUD en algunas provincias, que es limitar el número de recetas, que es limitar el número de gastos. Imagino que no se estará refiriendo también a limitar, sino a que haya productos con la misma calidad y más baratos. No entiendo cómo Farmacia va a ayudar al INSALUD, cuando tiene mayor población ajustada a él, a disminuir el gasto farmacéutico, dando la misma calidad que en el momento actual. Lo que quiero saber es si tienen alguna previsión de que vaya a haber menos enfermos o si se va a limitar el número de recetas de la Seguridad Social o si el Estado va a pagar menos por esos medicamentos. No entiendo cómo Farmacia va a colaborar con esa reducción del gasto público y, por supuesto, no entiendo tampoco cómo va a ir dirigida la información a los médicos que, en definitiva, son los recetadores del sistema.

Hay otra cosa que me salta a la vista. Usted habla de que hay un sistema de inspección de Farmacia y, por supuesto, no desconoce cómo están las farmacias que existen en los hospitales. Normalmente las farmacias de los hospitales son el sitio, el rincón desaprovechado donde se almacenan los productos, donde al mismo tiempo está la calefacción a tope cuando llega el invierno, y donde usted hará muchos controles, para decir que sólo hay unos cuantos «stock» que se han retirado. Yo le aseguro a ustedd que no han hecho una revisión, ya que de ser así habrían cerrado las farmacias de la mayoría de los hospitales. Imagínese en invierno las sustancias que hay almacenadas en los estantes, y en verano, en la parte de Andalucía y Extremadura, dándoles a todas las ventanas el sol. Me parece que en este tema son ustedes un poco inconscientes y que a lo que se refieren con la inspección es a ver si está o no está despachando el titular de la farmacia.

Habla usted de la inactividad de los problemas del virus a partir de 1985 por el calor. Este tema prefiero dejarlo para luego, porque creo que a lo mejor se ha hecho en algunos plasmas de los que han venido, pero estoy casi seguro de que no en todos.

El señor **PRESIDENTE**: Por la Agrupación de Diputados de Izquierda Unida-Esquerra Catalana, tiene la palabra el señor Espasa.

El señor **ESPASA OLIVER:** También voy a ser muy breve. No me ha sorprendido en absoluto la exhaustiva y brillante exposición del señor Director General. Dado que ha sido una exposición muy amplia y detallada, también se requiere un detallado estudio antes de pronunciarse técnica y políticamente, para no hacer afirmaciones gratuitas o ligeras que, a veces, van en detrimento del decoro de la Cámara, al menos así lo cree este Diputado.

Por lo tanto, simplemente me limitaré a una puntualización y a hacerle algunas preguntas al señor Director General, sobre todo de contenido político.

En cuanto a la puntualización, quizá ha sido el único extremo que me ha parecido la nota disonante de lo que ha sido su intervención, y ya se refería a ello el Diputado que me ha precedido en el uso de la palabra. Decirnos que desde octubre de 1985, en los laboratorios de fraccionamiento de hemoderivados se controlaba el virus del SIDA, es una verdad a medias. Sabe perfectamente el señor Director General cómo la sangre es también un medicamento y cómo hasta febrero de 1987 no se ha dictado la disposición adecuada, después de que en una Comunidad Autónoma, en octubre de 1986, y después de un conflicto por el no cumplimiento de aquella normativa, se detectase este problema. Insisto en que esta es solamente una nota disonante que hubiese sido mejor no oír, al menos por este Diputado.

Primera pregunta. Nos ha dicho que se ha renegociado el concierto para el descuento que la industria farmacéutica hace a la Seguridad Social del conjunto de medicamentos que le suministra. ¿Qué opinión tiene el señor Director General? ¿La nueva situación es mejor que la antigua en el sentido que beneficia más al erario público y, por lo tanto, al conjunto de los españoles, o es mejor para la industria farmacéutica?

¿Qué opinión tiene el señor Director General sobre la evidente y cada vez más progresiva transnacionalización de la industria farmacéutica? Es ya un dato, no es nada nuevo, ha sido siempre así en esta industria. ¿Cree que esta transnacionalización es mejor que se produzca de industrias multinacionales que se van interpenetrando, o sería bueno que industrias de carácter público estuviesen también en este complejo y largo debate y combate por el monopolio o el oligopolio de los mercados farmacéuticos? Al menos lo que ha sucedido hasta ahora en nuestro país no parece que vaya por ahí.

Tercera pregunta. ¿Le parece al señor Director General que el precio de los productos farmacéuticos, finalmente autorizado, y el tanto por ciento que los usuarios de la Seguridad Social pagan por él es el adecuado, o podría y debería rebajarse tanto el precio como el tanto por ciento que los usuarios pagan del precio del producto farmacéutico, sabiendo, como sabe, seguramente mejor que nadie, el Director General, que la industria farmacéutica es la que obtiene los beneficios más altos de todas las industrias productivas que en el mundo son y han sido (es habitual un margen de beneficio del orden del 15, 20 ó 30 por ciento en la industria farmacéutica) tratándose de un producto de primera necesidad, de la salud, etcétera? No voy a extenderme en ello, no sé hasta qué punto la política global de nuestro país y de nuestro Gobierno se orienta a descargar un poco de los excesivos beneficios a la industria farmacéutica en beneficio del pueblo español.

Finalmente, preguntar cómo está el proceso de avance en la línea de la necesaria y posible sustitución farmacológica y de productos farmacéuticos cuando en el mercado existan diversos de ellos con precios dispares, siempre en beneficio del más barato, naturalmente.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra, por el Grupo Socialista, el señor Correas.

El señor **CORREAS PARRALEJO:** Por parte de mi Grupo, agradecer la exhaustiva intervención del Director General, y en base al carácter eminentemente «restaurador» de la hora, me voy a limitar a formularle una pregunta concreta, que tiene relación con el consumo medicamentoso, sobre todo en el ámbito de la asistencia primaria, tema que ya ha tocado, por otra parte, el señor Botella, representante del Grupo Liberal.

Creo que no digo nada nuevo si afirmo que en nuestro país ha habido tradicionalmente un consumo excesivo de medicamentos y que, en consecuencia, este consumo ha repercutido en la población de una manera negativa, llegando a atentar gravemente contra la salud de aquellas personas que han hecho un uso excesivo de los medicamentos.

Por otra parte, ha traído como consecuencia el incremento progresivo de los recursos económicos destinados al gasto farmacéutico. Esta situación, casi desde el principio, indujo a la Administración socialista a la implantación de medidas correctoras, en el sentido de controlar dicho gasto. Probablemente, entre estas medidas, la más debatida y, a veces no suficientemente entendida, fue la de adjudicar a cada facultativo un número determinado de talonarios de recetas, de acuerdo con unos módulos objetivamente calculados. Precisamente hoy, en esta Comisión, por parte de algún Diputado se ha tachado a esta medida, racional y fácilmente comprensible, de amenaza velada. Por tanto, es claro que algunos siguen sin entender.

Pasados algunos años desde la implantación de dichas medidas correctoras, considero oportuno hacer al señor Director General la siguiente pregunta. ¿Puede informar el señor Director General de Farmacia de los resultados obtenidos en el plan de control del gasto farmacéutico iniciado en el año 1983 y mantenido en la actualidad?

El señor **PRESIDENTE:** Para responder a los señores portavoces de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra el señor Director General.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS** (Lobo Aleu): Se me han formulado muchas preguntas y espero que no quede nada importante en el tintero, al menos a lo que no intente dar contestación.

En primer lugar, la Diputada Villalobos ha creído apreciar algún grado de autocomplacencia en mis palabras. Quisiera aclarar que quizá la única autocomplacencia que tenemos en la Dirección General de Farmacia sea la de las personas que trabajan mucho, porque estamos convencidos de que queda un camino muy importante por recorrer en materia de evaluación y control de medicamentos y productos sanitarios. Pensamos que desde hace tiempo se ha trabajado mucho, y no sólo con esta Administración, también anteriormente hubo épocas en las que se hizo un trabajo estimable; pero no tenemos autocomplacencia en tanto en cuanto podamos pensar que hemos alcanzado los objetivos que consideramos óptimos. Aún quedan problemas importantes y creo que esto estaba latente en mi propia exposición.

Me ha preguntado concretamente si las oficinas de farmacia iban a ser reguladas en la Ley del Medicamento. Yo le diría que respecto a las oficinas de farmacia hay distintas opciones jurídicas que afectan a diferentes aspectos. No cabe duda de que se va a reglamentar en la Ley del Medicamento todo lo que se refiere a la utilización racional de éste. El Gobierno es quien se ha de decidir acerca de otros aspectos que puedan afectar a las oficinas de farmacia, como pueden ser el derecho de establecimiento, que es una cuestión más socio-económica que estrictamente sanitaria, porque al menos tiene componentes que no son estrictamente sanitarios; pero es una opción que corresponde al propio Consejo de Ministros, que es quien envía los proyectos de Ley a las Cámaras.

Ha hecho también, al igual que en otras preguntas, referencia a los programas de revisión de medicamentos en relación con las Comunidades Europeas. Efectivamente, la Directiva 75.318 de la Comunidad obliga a los países miembros a revisar los medicamentos disponibles en el mercado, con los propios criterios de las directivas, en un plazo que concluye en 1990. Hay que decir que en España hemos trabajado en esta dirección con lo que nosotros hemos llamado el programa selectivo de revisión de medicamentos, un programa complejo, que suscitó resistencias sociales importantes y que hoy por hoy creemos que está encauzado; la tercera fase se desarrolló sin grandes oposiciones, y también pensamos que se ha llevado a cabo sin grandes costes económicos, porque no hay que olvidar que podemos afectar a la actividad de empresas de las que dependen familias concretas.

Me permito recordar con hechos, que en la primera fase del PROSEREME se resolvieron los problemas que planteaban productos como las anfetaminas en asociación, con indicación de anorexígenos, los arsenicales inorgánicos, el clioquinol, la dehidroestreptomicina por vía parenteral, que tenía ventas significativas, la estricnina, etcétera. En la segunda fase se resolvieron los problemas planteados por los derivados de la butazona; y en la tercera fase se incidió sobre asociaciones de antibióticos de varios tipos y sobre asociaciones de psicofármacos. En total se anularon en la segunda fase 229 especialidades y se reformularon 307, lo cual creo que son hechos bien concretos que, además, van a continuar, porque esto es un programa, siempre lo hemos dicho, no es una actuación esporádica, y, como ha indicado antes el Subsecretario, va a haber pronto una cuarta fase que, en definitiva, no es más que cumplir lo que dicen las directivas comunitarias en materia de seguridad y de eficacia de medicamentos.

Hemos empezado a trabajar en el año 1983 con esos criterios, es decir, casi tres años antes de que España entrara en las Comunidades Europeas, y vamos a seguir trabajando en esa dirección.

También se ha aludido a una preocupación por otros aspectos de nuestra adecuación a las Comunidades Europeas. Yo he de decir que las Comunidades Europeas no han expresado su preocupación. El guardián de los tratados es la Comisión de las Comunidades Europeas; yo observo que esta Comisión se preocupa de esa adecuación, pero he de decir que la Comisión de las Comunidades Europeas no ha presentado ninguna queja formal al Gobierno de España en esta materia; luego quiere decir, a mi entender, que no están muy preocupados al respecto. ¿Por qué? Porque saben que en la práctica los elementos concretos y más importantes de la evaluación de medicamentos se observan en España, primer punto. Segundo, porque también saben que otros países miembros todavía no se han adecuado, aunque ingresaron —ahora hemos celebrado el XXX Aniversario— en el año 1957. De manera que, realmente, aunque pensamos que en materia de medicamentos las Comunidades Europeas significan una opción verdaderamente positiva y progresista, no estamos, digamos, angustiados por nuestra adaptación formal a las Comunidades; nos importa mucho más el que se promulgue una Ley del Medicamento integrada y completa que no una adaptación precipitada, que no tiene ningún sentido, porque nadie nos la reclama.

Como aspecto concreto que aquí se ha mencionado y en el que, por ejemplo, sí está la Administración española cumpliendo con sus obligaciones, está el registro multiestado. Se ha dicho que en esta materia España no cumple sus compromisos. Esto no es así. En España recibimos los expedientes para evaluación de medicamentos procedentes de Bruselas por el sistema multiestado desde el primero de enero de 1986, y se les da el trámite propio del registro multiestado. No tenemos ninguna queja tampoco de la Comisión de las Comunidades Europeas a este respecto.

Se ha expresado por la Diputada Villalobos, y también por el doctor Revilla y el doctor Espasa, una preocupación acerca de la transnacionalización de la industria farmacéutica y los problemas de tipo económico-industrial que pueda haber. He de decir que esto es materia más del Ministerio de Industria que del de Sanidad, pero también he de añadir que el Ministerio de Sanidad, en lo que le corresponde, ha trabajado activamente en conseguir que en España exista una industria farmacéutica consolidada y establecida.

Yo me permitiría recordar que con el Código de inversiones extranjeras de la OCDE y los reglamentos de las Comunidades Europeas, quizá nuestras ideas sobre empresas transnacionales deban tener una dimensión diferente. He de decir también que numerosas actuaciones concretas han ido en este sentido, en el sentido de reforzar la industria que produce materias primas, que investiga y que exporta desde España. Sistemáticamente todas las revisiones de precios que se han hecho han ido en este sentido.

En términos muy generales habría que decir, como resumen y en dos palabras, que la coyuntura de la industria farmacéutica en estos tres o cuatro últimos años no es mala, han crecido sus exportaciones y las empresas de capital español más importantes se han consolidado en el mercado. La primera empresa por ventas en el mercado es española, la segunda también, y al decir empresa española me refiero a empresa de capital español, porque toda empresa domiciliada en España legalmente es española.

En cuanto a otras preocupaciones que podamos sentir, he de manifestar que lo que no puede la Administración

es inventar empresarios. Los empresarios se inventan ellos solos, porque la Administración no puede hacer marionetas. Esa es mi opinión personal aunque insisto en que es un asunto al que desde el Ministerio de Sanidad contribuimos, somos controladores de la eficacia, la seguridad y la calidad y, además, somos compradores.

Agradezco mucho al doctor Revilla —he olvidado decirlo al principio de mi contestación— sus muy amables palabras en relación a mi persona. Yo creo que es el trabajo de toda la Dirección General y de todo el Ministerio lo que está en juego, más allá de actitudes propias o de comportamientos personales.

Ha hecho también alguna referencia a los medicamentos genéricos, que es un punto muy importante de la política de medicamentos. Porque los medicamentos genéricos, en definitiva, lo que persiguen, por un lado, es que su conocimiento sea más fácil a través de la utilización de su propia denominación común internacional y, por otro lado, también se persigue conseguir mayor transparencia en el mercado farmacéutico, fomentando la aparición y utilización de estos productos.

En este sentido, he de decir que el propio Diputado Revilla ha reconocido que hay medicamentos genéricos, cosa que no había hace tres años. Se han autorizado medicamentos con denominación común internacional, que son más propiamente genéricos con marca, y es lo que está autorizado por la legislación comunitaria, y por tanto, también en España. Todo esto constituye un avance importante.

También pensamos que constituye un avance importante que se consolide entre los profesionales la imagen del medicamento genérico o la importancia de la denominación común internacional, porque éste es un problema de hábito de los comportamientos de los profesionales sanitarios, en los que puede y debe influir la Administración. Ahí creo que también hay un progreso importante que va desde los farmacéuticos hasta los médicos. No sólo hay medicamentos genéricos en el mercado, sino que también la Administración ha empezado a comprarlos para sus hospitales. El INSALUD central ha celebrado varios concursos de este tenor. Hace pocos días, por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Andalucía convocaba un concurso de adquisición de albúmina, como tal medicamento genérico.

Por consiguiente, la operación de los medicamentos genéricos es una operación de envergadura que tiene una connotación, por un lado, sanitaria y, por otro lado, económica muy importante, que de ninguna manera está descuidada, y pensamos que se están dando grandes pasos para que en España los medicamentos genéricos con marca, los medicamentos que se venden con su denominación común internacional más la designación del fabricante, lleguen a suponer un 20 o un 30 por ciento del mercado, como puede ocurrir, hoy por hoy, en los Estados Unidos o como está sucediendo en Inglaterra o en Alemania. Creemos que ésta es una idea que la Administración ha puesto sobre la mesa y que se está abriendo paso.

También se ha hecho referencia —en cuanto a la concertación— a dificultades que ha podido haber con los colectivos profesionales de farmacéuticos. Por supuesto que hablamos, negociamos y concertamos con los distintos colectivos de farmacéuticos y con su representación corporativa, que es el Consejo de Farmacéuticos. Ha habido un procedimiento judicial que no ha concluido. No hay decisión definitiva del Tribunal Supremo sobre el conflicto de los márgenes; está «sub iudice».

En dos palabras he de decir que la intención de la Administración, cuando se rebajaron los márgenes comerciales de los farmacéuticos, fue, sencillamente, velar por el bolsillo del contribuyente en un momento de crisis económica grave, a mediados de 1985, cuando se estaba pidiendo un esfuerzo por contener el gasto público y el gasto sanitario a médicos y a pacientes. Por eso, la Administración pensó que también se podía solicitar esa pequeña colaboración de pasar de un 30 por ciento a un 28,2 por ciento de margen sobre el precio final al colectivo de los farmacéuticos. Con esto no se hacía más que mover un precio, igual que se había movido en otras ocasiones. Por ejemplo, en el año 1982, la Administración de UCD lo movió al alza; en el año 1977 se había movido al alza otra vez al eliminarse el descuento a la Seguridad Social; en el año 1945, el margen era del 25 por ciento, hoy es del 28,2. De forma que ésta es una materia contingente que depende de la situación de la política económica. No estamos en ningún nivel desusado de un margen comercial, si lo comparamos con la evolución histórica en España, ni con otros sectores del país, ni tampoco con otros sistemas de distribución farmacéutica de Europa. Efectivamente, hay un contencioso. Es normal que un colectivo se resista a ver disminuidos sus ingresos brutos, pero también es normal que la Administración trate de contener el gasto en medicamentos, gasto que resulta gravoso para las cotizaciones de los empresarios y de los obreros a la Seguridad Social, que se sabe que son regresivas y discriminatorias.

En todo caso, he de decir que no se han interrumpido ni los contactos ni las discusiones en ningún momento y que en muchos aspectos ha habido acuerdos y colaboraciones importantes con el colectivo farmacéutico. Por ejemplo, nada menos que en la negociación de la Ley General de Sanidad, ante la que siempre se manifestaron conformes; o, por ejemplo —ha hecho referencia a ello la Diputada Salarrullana—, en materia de minimización de riesgos en las oficinas de farmacia frente a los atracos. También ahí ha habido una colaboración con los Colegios de Farmacéuticos. Estamos un poco entre la espada y la pared. Por un lado, es cierto que los estupefacientes en las oficinas de farmacia constituyen un cierto riesgo, pero por otro lado, no es menos cierto que los estupefacientes son los medicamentes de elección en muchos tratamientos del dolor agudo. Es un medicamento de urgencia y, por consiguiente, no puede pretenderse que en las oficinas de farmacia no existan estupefacientes. Lo que sí se ha hecho ha sido minimizar esas existencias. Por un lado, hay envases unidosis de estupefacientes inyectables en las oficinas de farmacia, y con eso se cumplen las disposiciones sobre existencias mínimas, y, por otro lado, los mayoristas tienen siempre reservas para que si se inicia un

tratamiento, con esa primera dosis que tiene la oficina de farmacia pueda continuarse de inmediato, ya que el sistema de distribución mayorista va a apoyar y a las pocas horas puede estar disponible el producto nuevamente en la misma oficina.

La Diputada Salarrullana se ha preocupado por las importaciones de medicamentos. Efectivamente, las importaciones de plasma también han constituido un objeto de preocupación para la Administración. Me remito a las palabras del señor Ministro de Sanidad y a los informes que se distribuyeron en la Comisión, en los que constan datos y circunstancias concretas en esta materia. Es absolutamente cierto que el mejor remedio para las importaciones de plasma es que no haya importaciones de plasma y, por tanto, se fomente la donación de sangre en España. Pero sí he de decir, en contestación al señor Botella, que desde el 1 de octubre de 1985 todo el plasma de los laboratorios fraccionadores españoles estaba garantizado por los test del SIDA, en primer lugar, y, en segundo, por los procedimientos de termoinactivación. Se destruyeron todas las existencias anteriores que no cumplían con este requisito y desde el 1 de octubre de 1985, repito, se hizo obligatoria esta medida, pero desde el 25 de mayo la Dirección General envió un telegrama a los laboratorios farmacéuticos recomendándoles la adopción de esta medida, recomendación, por otra parte, un poco inútil, porque todos ellos la practicaban ya desde que estuvo disponible el test que, como usted sabe, se comercializó por primera vez en el mundo el 1 de marzo de 1985, y creo que solamente se puso como obligatorio en dos países antes que en España por parte de los laboratorios fraccionadores.

Naturalmente, el problema de la transmisión del SIDA a los enfermos hemofílicos nos conturbaba profundamente, pero por desgracia antes no se pudieron tomar más que medidas parciales, debido al desconocimiento inicial de la propia enfermedad, del virus y de su largo período de latencia.

Me ha preguntado la doctora Salarrullana **(Risas.)** sobre la publicidad de cosméticos. El Ministerio de Sanidad no tiene competencias en el control de la publicidad de cosméticos, porque no existe más que la reglamentación general sobre ellos.

Se ha dicho por el señor Botella que las farmacias de los hospitales son el rincón desaprovechado donde se almacenan inadecuadamente los medicamentos. Creo que como norma general en los hospitales españoles ésta no es, ni mucho menos, la fotografía de la realidad; muy al contrario, la impresión que tengo es que la farmacia de hospital española es de las más avanzadas de Europa. Aquí hemos tenido, por ejemplo, como Presidente de la Asociación Internacional de Farmacéuticos de Hospital por dos veces a un español; los congresos internacionales de farmacia de hospitales es muy normal que se realicen en España, y, además, creo que no hay más que ir a los hospitales y ver sus farmacias para comprobar que no dan esa imagen penosa que aquí se ha proporcionado, sino que, por el contrario, en muchos de ellos los sistemas que se siguen son bastante modernos.

Me ha preguntado el Diputado Espasa si pienso que el concierto concluido con FARMAINDUSTRIA en el año 1986, y renovado ahora en enero de 1987, es mejor para el Erario público que la situación anterior. Pienso que por supuesto es así, por la sencilla razón de que en el concierto anterior no había pactado un descuento que funciona automáticamente, sino que era un descuento que quedaba al arbitrio de la otra parte, de FARMAINDUSTRIA, en tanto en cuanto considerara adecuadas o no las revisiones de precios. Eso de dejar el cumplimiento de un contrato al arbitrio de las partes como se sabe genera problemas, y dio lugar al litigio larguísimo y complejo que por un acuerdo —estimamos también que muy beneficioso para el Erario público— se concluyó en el año 1983.

En cuanto a la contribución de los beneficiarios por los medicamentos, también el doctor Espasa **(Risas.)** pregunta la opinión de la Administración. Aquí hay que decir que éste es un problema con el que la Administración no está satisfecha. Por un lado, el procedimiento actual no es el que hile más fino; es una contribución diseñada de una forma un tanto burda, podemos decir, pero que, por otro lado, digamos que la presión de la crisis económica obliga a no reducir las tasas de esa contribución que, como tasa media, sabe el Diputado Espasa que está en el 17 por ciento del gasto total. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los mecanismos legales para efectuar modificaciones importantes en la prestación farmacéutica se han introducido en la Ley General de Sanidad. En esta Ley están los principios fundamentales con el rango de ley formal que van a permitir una política activa de financiación selectiva de medicamentos, y no de financiación, digamos, indiscriminada de medicamentos, como tenía antes la Seguridad Social. Esta es una cuestión que en el desarrollo reglamentario de la Ley, a la Administración por supuesto le ocupa y le preocupa.

Finalmente, el Diputado Correas, del Partido Socialista, ha pedido alguna impresión sobre los resultados de los controles del consumo. He de decir que las medidas que se han adoptado a lo largo del tiempo, desde el año 1983, por el INSALUD central y también por la Comunidad Autónoma andaluza, con alguna otra connotación por la Generalidad de Cataluña, han venido a introducir el principio del presupuesto en el comportamiento de los médicos y pensamos que es muy conveniente que se introduzca la racionalidad económica en el comportamiento de dichos médicos. La racionalidad económica no es, ni muchísimo menos, la totalidad del sentido de los actos médicos, pero no hay por qué excluir de la actividad terapéutica en favor de los pacientes una preocupación económica más general. Pues bien, pensamos que esos controles cada vez con mayor perfección han venido a introducir la idea simple de que los recursos no son ilimitados, y que los médicos, cuando prescriben, en definitiva están haciendo de ordenadores del gasto y, por tanto, tienen que estar sometidos, en alguna medida, a algún tipo de idea presupuestaria. Eso es lo que se ha expresado en los diferentes mecanismos que se han establecido cada vez con una aproximación mayor a una idea perfeccionada de control

presupuestario que, además, reside mucho en la propia persona del médico.

En términos generales creemos que los resultados han sido positivos. Yo he de dar un simple dato: en el primer trimestre del año 1983 el gasto de medicamentos en la Seguridad Social estaba creciendo en tasas superiores al 25 por ciento, y estamos hablando de una magnitud de cientos de miles de millones de pesetas. A lo largo de estos cuatro años, el crecimiento, en términos reales, del gasto farmacéutico se ha estabilizado; estamos creciendo en los mismos términos que el IPC o menos. En los primeros meses de este año ha repuntado un poco el gasto farmacéutico, de manera que en una materia que es muy delicada, porque efectivamente los pacientes tienen derecho a los medicamentos, y los médicos han de tratar a sus pacientes, pensamos que con mesura y con tranquilidad se ha reorientado esa explosión del gasto a la que asistíamos a principio de los años ochenta. De manera que la valoración sobre estos controles es positiva.

El señor **PRESIDENTE:** Señor Director General, agradecemos su presencia en la Comisión.

Suspendemos la sesión hasta las cuatro y cuarenta y cinco minutos, en que la reanudaremos con el debate de las proposiciones no de ley.

Eran las tres 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