



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1988

III Legislatura

Núm. 318

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión celebrada el miércoles, 22 de junio de 1988

ORDEN DEL DIA

Contestación a las siguientes preguntas:

- De la señora Salarrullana de Verda (Agrupación DC), relativa a medidas a tomar por el Gobierno para que los funcionarios asegurados en la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) o en la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL) sean atendidos por los servicios médicos en sus pueblos respectivos («B. O. C. G.» número 161, Serie D, de 16-3-88) (número de expediente 181/000627).
- De la misma señora Diputada, relativa a medidas previstas por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) ante la masificación que sufre el Hospital Miguel Servet de Zaragoza («B. O. C. G.» número 169, Serie D, de 29-3-88) (número de expediente 181/000688).
- De la misma señora Diputada, relativa a limitación en la venta del tabaco («B. O. C. G.» número 170, Serie D, de 9-4-88) (número de expediente 181/000764).
- Del señor Revilla Rodríguez (Grupo del CDS), relativa a conclusiones de las auditorías internas de los ejercicios 1983, 1984 y 1985 realizadas en el Hospital comarcal de Elda (Alicante) («B. O. C. G.» número 182, Serie D, de 29-4-88) (número de expediente 181/000805).

Debate acerca de la proposición no de ley relativa a clínicas del dolor en los hospitales públicos, presentada por la Agrupación Democracia Cristiana-Grupo Mixto («B. O. C. G.» número 169, Serie D, de 29-3-88) (número de expediente 161/000091).

Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (García Vargas), a solicitud de la Agrupación Democracia Cristiana, para que explique las líneas de su política sanitaria tras los cambios de altos cargos en su Departamento y tras sus declaraciones en Valencia sobre pago de un porcentaje en medicamentos y en la asistencia sanitaria de los usuarios de la Seguridad Social (número de expediente 213/000099).

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

PREGUNTAS:

— **RELATIVA A MEDIDAS A TOMAR POR EL GOBIERNO PARA QUE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS EN LA MUTUALIDAD DE FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACION CIVIL DEL ESTADO (MUFACE) O EN LA MUTUALIDAD NACIONAL DE PREVISION DE LA ADMINISTRACION LOCAL (MUNPAL) SEAN ATENDIDOS POR LOS SERVICIOS MEDICOS EN SUS PUEBLOS RESPECTIVOS (FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA, A. DC)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, comenzamos con el primer punto del orden del día referente a la contestación de las siguientes preguntas con respuesta oral, para lo cual está con nosotros el señor Arrojo, Secretario General de Asistencia Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. La primera pregunta se refiere a medidas a tomar por el Gobierno para que los funcionarios asegurados en la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) o en la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL) sean atendidos por los servicios médicos en sus pueblos respectivos, formulada por doña Pilar Salarrullana de Verda, de la Agrupación de la Democracia Cristiana. Para formular su pregunta tiene la palabra la señora Salarrullana por tiempo de diez minutos.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, este trámite va a ser muy sencillo porque el propio enunciado de la pregunta, que ha leído el señor Presidente a la Comisión, ya indica cuál es la cuestión. Estoy segura de que usted conoce muy bien que este problema se ha presentado a partir de primeros de este año no en todas las provincias españolas, pero sí en muchas de ellas. Por ejemplo, he recibido quejas de personas que viven en provincias como la de Albacete o la de Cáceres, he recibido unas cuantas quejas de funcionarios de MUFACE y de MUNPAL que han ido con sus tickets correspondientes por pertenecer a las aseguradoras colaboradoras de la Seguridad Social y los médicos de los pueblos, que a partir de primero de año son médicos del INSS exclusivamente, no les han aceptado en muchos casos porque no tienen li-

cencia fiscal para ejercer ni para atenderles en ese sentido. El problema está en que ellos los mandan a la capital de la provincia donde se encuentran sus médicos, los cuales figuran en las listas de las compañías aseguradoras, pero resulta que hasta ahora ellos han sido visitados en sus lugares, supóngase maestros, secretarios de ayuntamiento, veterinarios, etcétera, y lo que queremos saber ellos y yo en su nombre es, qué medidas puede tomar el Ministerio en este caso para solucionar este problema y que no tengan que desplazarse a varios kilómetros cuando la atención sería mínima en un momento normal y con una enfermedad que no supusiera ningún desplazamiento, sino que fuera el propio médico del pueblo quien les pudiera atender, tal y como lo había hecho hasta ese momento.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señora Diputada, como usted sabe muy bien, existen unas mutualidades de funcionarios de la Administración Civil del Estado y de funcionarios de la Administración Local, MUFACE y MUNPAL, que al amparo de una determinada normativa, a la cual no voy a hacer una referencia explícita ni voy a leerla para no cansar a sus señorías, tienen unos convenios con el INSS, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, y con diversas entidades médicas de seguro libre para atender a estos funcionarios. Como usted sabe también muy bien, estos funcionarios de la Administración, de MUNPAL y de MUFACE, tienen el derecho a elegir, si la asistencia médica que le ofrecen estas mutualidades por las que están protegidos se la ofrece, valga la redundancia, el INSALUD o las conocidas como entidades médicas de seguro libre y que están en la mente de todos. Usted sabe también que este derecho se puede ejercitar de una manera no limitada en el número de veces y, así, estos funcionarios pueden pasar de estar atendidos o protegidos por una determinada sociedad médica de seguro libre a otra sociedad médica de seguro libre, o estar protegidos o atendidos por el INSALUD en toda su red, que se extiende tanto a los pueblos como a las capitales de provincia. Este es el esquema de protección que existe en este momento para los funcionarios de estas administraciones públicas estén en MUFACE o en MUNPAL.

En cuanto a los requisitos que las propias mutualida-

des conciertan con el INSALUD, he de señalar que cuando un funcionario escoge la red INSALUD para su asistencia médica —puede escogerla libre y voluntariamente y, de hecho, muchos funcionarios y ambas administraciones la escogen— de alguna manera ese funcionario puede acceder a toda la red. Si escogiera las entidades llamadas de seguro médico libre, usted sabe que lo que estas mutualidades conciertan con estas entidades podríamos definirlo como un régimen en el cual se busca la atracción de cuál es la prestación sanitaria que se da en el INSALUD. Es decir, en cuanto a los límites, a los mínimos, a la «ratio» y al número por número de médicos que estas entidades de seguro libre deben tener por número de habitantes, por mutualistas, por especialistas, etcétera, se busca siempre el referente legal —es un convenio y, en consecuencia, es un contrato entre dos partes—, incluso se expresa así en la norma, de lo que es la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. En este caso se busca esta referencia a la hora de establecer estos mínimos, cuáles son estas prestaciones que estas empresas deben de tener para poder concertar el servicio con los funcionarios.

En esencia, creo que aquí se cierra un ciclo de una manera bastante operativa. El funcionario tiene un derecho, ciertamente, tiene el derecho a ser atendido por una Seguridad Social, tiene el derecho a ser atendido por una serie de empresas que han concertado con la MUNPAL y en relación con la protección o los servicios que estas empresas tienen implantados a lo largo del territorio, como le señalo, se busca en los propios contratos una protección equivalente, buscan, de alguna manera —así figura contratado—, una protección teniendo como guía la asistencia sanitaria del INSALUD. Por tanto, el funcionario puede ejercitar su derecho a cambiarse libremente del INSALUD a cualquier sociedad, entre cualquier sociedad y de cualquier sociedad al INSALUD. Por tanto, hay que entender que este es un esquema fluido, que funciona, que es defendido por muchas personas desde distintas posiciones, y que de alguna manera no tiene por qué plantear a nivel teórico ningún problema en cuanto al ejercicio de la debida atención a un determinado funcionario, puesto que puede elegir ser atendido por la Seguridad Social, si entiende que en ese momento los medios con que cuenta nuestro INSALUD, el INSALUD transferido, le parecen más adecuados para atender sus necesidades presentes o potenciales; o puede elegir ser atendido por una empresa llamada de seguro libre, si le parece que los medios con que cuenta esta empresa de seguro libre son los que más convienen a sus necesidades presentes y potenciales; incluso puede cambiar si estima que ha cometido un error de elección.

Nosotros entendemos que éste es un modelo de alguna manera cerrado, que dada la libertad que tiene el funcionario de elegir entre un esquema de asistencia u otro no tiene por qué plantear ningún problema.

Entendemos también que la MUFACE y la MUNPAL tienen que respetar y cumplir unos mínimos y buscan como referente esta protección de asistencia sanitaria que da la propia Seguridad Social. En este sentido entendemos que no existe ningún problema en el esquema de pro-

tección global a los funcionarios, puesto que tienen, insisto nuevamente, libertad de elección. Si estiman que una determinada estructura sanitaria les es más conveniente o apetecida para sus concretas necesidades que otra, pueden optar libremente por ella; si estiman lo contrario, pueden dar la vuelta a la inversa, lo que permite que no exista ningún problema de desprotección en estos funcionarios para atender sus necesidades sanitarias, puesto que de esta manera están cubiertas.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, estoy totalmente de acuerdo con usted en la teoría, efectivamente es así y lo sé perfectamente por mí misma porque yo soy funcionaria del Estado y estoy asegurada en MUFACE. Pero no se trata en estos momentos de la teoría, que la conocemos todos, sino de solucionar un problema que se presenta y, sobre todo, ver qué es lo mejor no sólo para el propio asegurado sino también para el propio INSALUD y sus hospitales. A mí me parece que en un momento en que se habla —y luego me referiré a ello en otra pregunta— de la masificación de los hospitales, del problema que tiene el INSALUD con la acogida a todos los sectores de la población que están entrando en el régimen general de la Seguridad Social, de cómo están los ambulatorios, cómo están las listas de espera, si yo fuera algún cargo directivo del INSALUD intentaría solucionar cualquier problema que viniera a provocar más masificación. Dice el señor Arrojo que hay muchísimos funcionarios en el régimen de la Seguridad Social y según mis noticias no son muchísimos. Por ejemplo, yo sé que de los funcionarios del Estado sólo han elegido el régimen general de la Seguridad Social un 20 por ciento; el resto continuamos en entidades aseguradoras. Si todos esos funcionarios, por carecer de un servicio que hasta primeros de año tenían cubierto, se pasan al régimen general de la Seguridad Social, yo no le digo lo que va a pasar, pero creo que usted lo puede entender perfectamente: más gente en los ambulatorios; más gente en las listas de espera, más gente en los hospitales. Porque no olvide, señor Arrojo, que estas compañías tienen sus clínicas a donde van sus asegurados, sobre todo por cuestiones quirúrgicas, con lo cual se descongestionan los hospitales generales del INSALUD. Yo se lo digo como aportación práctica y que yo estaría en estos momentos dispuesta a solucionar, aunque sólo fuera porque a primeros del año que viene no hubiera un aluvión de funcionarios que están en MUNPAL y MUFACE, que al ver que les falta un servicio, sobre todo el más cercano, el de donde están viviendo y que han perdido este año, se van a ir a lo mejor al régimen general y ustedes van a ver las consecuencias cuando se aumenten las listas de espera. Mi aportación yo creo que es completamente positiva y a favor de solucionar un problema a la Administración del INSALUD.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Agradezco sinceramente su aportación y tengo que decirle tres o cuatro cosas.

En primer lugar, en nuestras intervenciones, tanto en las Cámaras como en otros foros, hemos señalado de una forma bastante clara y explícita que nos parece que en este momento la protección que se está dando a los funcionarios a través de estas entidades de seguro libre, en una concepción del sistema nacional de salud, debe seguir operando de esta forma, respetando naturalmente la libertad de los funcionarios de elegir un aparato sanitario u otro, porque ciertamente tenemos ciudadanos que no tienen protección de asistencia sanitaria por el momento y, por tanto, parece que desde un punto de vista progresista debemos preocuparnos fundamentalmente de asegurar a todos los ciudadanos un mínimo de derechos o de garantizarles los derechos de la Constitución, antes de plantearnos determinados trasvases o trabajar a favor de una serie de cosas. Nos hemos pronunciado explícitamente diciendo que hay un esquema de protección para los funcionarios públicos que funciona, con las carencias que sean a nivel territorial, y ciertamente la finalidad de una política progresista debe ir enfocada hacia aquellos que no tienen un esquema de protección.

Esta cuestión es clara y por tanto, hay un cierto respeto de unas determinadas reglas de juego.

Por otra parte existe una concepción del sistema nacional de salud. Entendemos que a través de los presupuestos generales del Estado se está dando protección a estas personas porque, aunque la titularidad de las entidades de seguro médico libre sea privada, no cabe duda de que están amparadas por lo que es la gran protección, y no digo «gran» en sentido peyorativos sino por extensión de lo que son los presupuestos generales del Estado. Hay un problema claro de modelo. Es decir, si constituimos un sistema nacional de salud, del cual no excluimos —de la lectura correcta que creemos nosotros de la Ley General de Sanidad— estas entidades que aunque con titularidad privada están dando una protección pública, ciertamente cuando menos podrían enturbiar de alguna manera el esquema de constitución de un sistema nacional de salud que andemos mezclando unas cosas con otras.

Aquí hay un esquema de protección de los funcionarios públicos a través de unas entidades de seguros, y hay un esquema de asistencia sanitaria de estos funcionarios públicos a través del INSALUD. Hay un perfecto derecho de cambiarse de uno a otro. Entendemos que todo ello forma parte del sistema nacional de salud y, por tanto, no tiene por qué haber ningún problema, puesto que estos funcionarios pueden elegir un sistema u otro. Incluso yo le diría más. Es verdaderamente agradable su pregunta porque de alguna manera nos indica (independientemente si son el 20 ó el 30 por ciento, se puede saber exactamente cuántos son) que el sistema público ofrece un esquema de protección a nivel primario en los pueblos, en los centros de salud y en los hospitales bastante completo que cubre estas carencias. Existen otros esquemas de asistencia con entidades de seguro libre que nosotros hemos dicho que sigan operando en ese sector, dado que for-

man parte de lo que es el paquete de protección. Dejemos este libre juego, puesto que en cualquier caso el ciudadano puede resolver el problema con una opción, si así lo estima conveniente.

Como digo, creemos que lo que hay que hacer es construir un sistema claro que no sea exclusivo ni excluyente y que de alguna manera se respeten estos derechos de opción de los ciudadanos. Si los distintos funcionarios opinan que están mejor asistidos con el aparato sanitario de INSALUD, pues que se protejan con el aparato sanitario de INSALUD. Si opinan que están mejor asistidos con el aparato sanitario que le ofrecen las entidades de seguro libre, que opten por las entidades de seguro libre. Este es un poco el esquema. Posiblemente todo lo que sea enturbiar el tema en unos momentos en que estamos construyendo el sistema nacional de salud no sea conveniente. Y yo tengo que decir algo. Obviamente, si estas personas optan por el aparato sanitario INSALUD, también la Mutualidad concertará con INSALUD, también habrá un acrecimiento de los presupuestos del INSALUD y también podrá haber un mayor aparato del INSALUD. En definitiva, nuestra política es más tendente a ofrecer asistencia a aquellos que no la tienen. Creemos que en este momento es correcto el esquema de protección de los funcionarios públicos. Creemos que en cualquier parte del país, dada la libertad que tienen de ir a un sitio o a otro, un problema puntual lo puede resolver cualquier funcionario del Estado o la Administración local.

Entendemos, por tanto, que aquí no se plantea ningún problema indisoluble, sino que lo que se plantea en este esquema es una construcción de un sistema nacional de salud mediante el cual se pueda prestar asistencia a los españoles.

— **RELATIVA A MEDIDAS PREVISTAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) ANTE LA MASIFICACION QUE SUFRE EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA, A. DC)**

El señor **PRESIDENTE**: Segunda pregunta, relativa a medidas previstas por el Instituto Nacional de la Salud ante la masificación que sufre el hospital Miguel Servet de Zaragoza, formulada por doña Pilar Salarrullana, de la Agrupación de la Democracia Cristiana, que tiene la palabra.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, como habrá visto, la fecha de esta pregunta es del 24 de marzo, por lo cual en estos momentos no se dan las mismas condiciones. Yo le quisiera explicar, para que no piense que me salgo de mi circunscripción electoral, aunque sé que soy Diputada de todo el pueblo español, que soy de Zaragoza y que voy con mucha frecuencia allí. Siempre que voy me tienen preparadas algunas preguntas y por esa razón frecuentemente hago preguntas sobre los hospitales del INSALUD de Zaragoza.

Concretamente en marzo de este año fui allí en el momento en que tenían una polémica especial, ya que el hospital Miguel Servet tenía 30 camas más de las establecidas. Lo estuve visitando en compañía de unos médicos y ví que había tres camas en cada una de las habitaciones, con dificultad de toma de oxígeno para algunos postoperatorios. Además me dijeron, como un argumento más, que los hospitales nunca pueden estar llenos al cien por cien —y esto el señor Arrojo lo sabe muy bien, porque son recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud—, para tener siempre un porcentaje de camas previstos para casos de infecciones, accidentes o problemas concretos de un momento determinado. Estaban verdaderamente preocupados no sólo por la situación en que se encontraba en ese momento el hospital, sino porque se estaba haciendo ya crónica. Estos días, al ver que venía mi pregunta a esta Comisión, he conseguido hablar con ellos, y a pesar de ser unas fechas en las que normalmente hay menos hospitalización que en pleno invierno, siguen teniendo camas supletorias o camas cruzadas en las habitaciones, incluso están preocupados por dos o tres brotes de contagio de enfermedades en esta temporada, que muchos de los médicos lo achacan a esa masificación del Miguel Servet. Hacia eso iba dirigida mi pregunta, aunque ya le digo que en estos momentos la situación no es tan crítica como cuando la formulé, pero ya se está haciendo crónica.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Yo quisiera comenzar mi intervención señalándole el índice de camas que existen en Zaragoza comparado con la media del país, para luego entrar en el problema concreto que usted me plantea y hacer al final una pequeña reflexión.

En Zaragoza tenemos un índice de camas de 3,47 frente a una media del país de 2,82 y de larga y media estancia de 4,09 frente a una media en el país de 3,13. Evidentemente, esto podría poner de manifiesto, en datos de liquidación presupuestaria, que el esfuerzo que el INSALUD realiza en la provincia de Zaragoza está muy por encima de la media, siendo uno de los mayores esfuerzos que se realiza a nivel del país. Este marco de referencia no lo podemos perder de vista, puesto que hay que hacer, como señala claramente la Ley General de Sanidad, una política redistributiva.

Entremos en el problema concreto que usted me plantea. Ciertamente, cuando en una determinada población existen varios aparatos sanitarios, por una serie de cuestiones de tipo histórico, demográfico o de influencia poblacional, es muy frecuente —y usted lo habrá percibido en sus dos visitas al hospital— que un determinado hospital tenga una mayor demanda, a pesar de que el número de camas de agudos o su dotación no lo justifiquen «a priori». ¿Por qué? Porque después de todo estamos ofertando un servicio público y los comportamientos de la población a la hora de demandar el servicio público no se

mueven por pautas objetivas de implantación sino por otras cuestiones de tipo sociológico, como usted sabe muy bien. Este es lo que ocurre en Zaragoza. Existen ahora mismo dos hospitales de agudos generales: el Miguel Servet y el Hospital Clínico, y existe una petición mayor de servicios de los ciudadanos hacia el Miguel Servet, por las razones que usted, que dice que es de allí, conocerá seguramente mejor que yo.

En este sentido, ¿hacia dónde debe ir la acción administrativa, si nos encontramos con una dotación determinada, por encima de la media nacional, pero al mismo tiempo nos encontramos con este problema que está detectado? La acción administrativa debe ir hacia la zonificación de lo que es la demanda y la oferta de los servicios sanitarios. Y esta zonificación, como usted sabe muy bien, se tiene que hacer de la mano de las comunidades autónomas, porque estas competencias han sido transferidas en su mayor parte a las mismas. ¿Qué se piensa en concreto para afrontar este problema? Estamos hablando con el Gobierno aragonés, que tiene estas competencias de zonificación, para crear una tercera área que pivotaría como hospital de referencia el Royo Villanova o el Hospital provincial. Por ahí podríamos encontrar una tercera área e intentar, con la acción administrativa, ofertar una zonificación en un área donde enfrentamos demanda de servicios a oferta de servicios, para aliviar el hospital Miguel Servet que es demandado en mayor proporción que los otros. Creo que esto podría solucionar en parte el problema que usted nos plantea. Por otro lado, la acción administrativa va a ir dirigida también a realizar inversiones en el segundo hospital que tenemos en este momento, el Hospital Clínico, en el que usted sabe que existe un plan directorio para actuar en urgencias, consultas externas, etcétera. Pondríamos este Hospital a pleno rendimiento y de esta manera intentaríamos descargar la mayor demanda que puede tener el hospital Miguel Servet. Por último, en julio de 1987 se reanudaron las obras de reforma y ampliación del Materno-infantil de Zaragoza, estando prevista su terminación, felizmente, para una fecha determinada, con lo cual se podrá contar con unas doscientas y pico camas más, lo que aliviará el problema de esta gran urbe donde se concentra gran parte de la población de Aragón.

Termino como empecé. Hay una mayor dotación respecto a la media nacional, pero también hemos hecho unos presupuestos en los que invocamos unos principios de suficiencia financiera y de mantenimiento del capital productivo. Es decir, una política progresista de reequilibrio no está reñida con una política de restauración de los aparatos sanitarios que tenemos para que sigan con la misma capacidad de respuesta. Y en virtud de esta política le puedo decir que hay un programa de inversiones para esta región, en 1988 del orden de 1.259 millones de pesetas, acción bastante vigorosa en cuanto a inversiones.

En definitiva, los tipos de «ratio» de aparatos y gastos sanitarios en Aragón son de los mayores de España. El problema que usted señala se ha detectado, y estas tres acciones concretas que afectan a la ciudad de Zaragoza es de esperar que alivien la presión que el hospital Mi-

guel Servet pueda tener en un momento dado, desviándola a favor del Hospital clínico, del Hospital Materno-infantil y, eventualmente, cuando el Gobierno aragonés haga esa zonificación, pivotarla hacia el Royo Villanova o el Hospital provincial. De esta manera creemos que se podría aliviar la presión mayor que sufre el Miguel Servet con respecto a otros hospitales de la zona.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, me ha dejado muy satisfecha el hecho de que vaya a entrar en funcionamiento el Hospital Materno-infantil de Zaragoza, porque como usted sabe en alguna ocasión he formulado una interpelación sobre su situación, que era y es todavía —a ver si se termina pronto— auténticamente tercermundista.

Querría decirle varias cosas. En primer lugar, estoy absolutamente convencida de que la solución no sólo de Miguel Servet de Zaragoza, sino de todos los grandes hospitales del INSALUD, sería el aprovechamiento al máximo de los demás hospitales existentes en cada una de las provincias. He dicho aquí cantidad de veces que los hospitales pertenecientes a comunidades autónomas, a diputaciones provinciales, los antiguos del AISNA, están infrautilizados en todas partes y que su utilización sería una buena manera de desmasificar los grandes hospitales. Conozco muy bien la gran afición, por decirlo de alguna manera, de la gente de Aragón de ir a Miguel Servet. Se le conoce vulgarmente con una expresión muy cariñosa que es «la casa grande» —nadie le llama el Miguel Servet— porque es como si fuera la casa de todos; lo que pasa es que luego salen de la casa protestando todos. Pero también voy a decirle una cosa, y es que en lo que no estoy de acuerdo es en el número de camas por habitante que ha dicho. Sí es cierto en teoría, pero no es cierto porque es un hospital al que usted le tiene que añadir una cantidad de enfermos, además enfermos de hospitalización inmediata, que acuden de otras comunidades autónomas. El Hospital de Zaragoza cumple una función mayor que un hospital de una provincia, pues es un hospital suprarregional y concretamente gente de La Rioja, de la provincia de Soria, de Huesca, de Teruel y de algunas otras comunidades autónomas van a ese hospital. Luego la famosa «ratio» de habitantes-cama ya no me vale porque disminuye mucho al tener que acoger usuarios, enfermos y operados de otras comunidades autónomas. No digo ya nada cuando se trata de quemados, que van obligatoria y necesariamente a Zaragoza, o enfermos cerebrales, etcétera. Por eso le quiero decir que me parece muy bien que vayan dirigidos todos sus esfuerzos a la política de aprovechamiento al máximo de los hospitales que existen. Estoy completamente de acuerdo en eso, háganlo pronto y a ver si se inaugura pronto el materno, de Zaragoza, con lo cual no sólo las aragonesas sino también las mujeres riojanas que van allí en los partos difíciles se verán beneficiadas.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Sabe la señora Diputada que somos poco aficionados a los adjetivos. En cualquier caso, insisto, el número de camas es el que es y el gasto por habitante en esa región es el que es. Digo que soy poco aficionado a los adjetivos porque no me gustaría calificar la situación de una manera u otra, porque no me gustaría calificar la situación de una manera u otra, porque a lo mejor por referencia tendría que pensar en otras regiones donde están en unos grados de implantación mayores. Evidentemente esto al final es una política de gasto público, y al final diremos qué gasto público queremos tener y qué impuestos queremos pagar para mantener ese gasto público. Por tanto, siguiendo con estos razonamientos, yo huiría del calificativo cuando estamos hablando de una región donde precisamente, ya le digo, hay una de las mayores implantaciones de camas y de gasto sanitario «per capita» de España.

Usted me lleva a una reflexión rápida que son los servicios de referencia. Las camas están ahí. Yo personalmente no encuentro nada malo, sino que me parece muy bien que acudan enfermos de La Rioja y demás sitios; conozco muy bien de dónde acuden los enfermos. ¿Y por qué no lo encuentro nada malo? Porque una concepción que nosotros no hacemos de Ley General de Sanidad ni de los servicios de salud (y entiendo que no debe hacer nadie) es que los hospitales que existen en una determinada región, comunidad autónoma o provincia están exclusivamente para atender a las personas que existen en esa región, comunidad autónoma o provincia. Hay casos absolutamente claros como el de Zaragoza. Por poner un caso que todos comprenderán, sería absurdo pensar que el Hospital Valdecilla de Cantabria debe atender solamente a los aproximadamente quinientos mil habitantes de la región Cantabria, porque esto tiene un corolario añadido y es que, en el momento en que hagamos la adscripción, en la provincia de Palencia y en otras, tendrá que haber una Valdecilla bis, con lo cual estaremos yendo por esta vía de compartimientos estancos, estaremos yendo a un aparato absolutamente exorbitante que, sin duda, será difícil mantener y de financiar, y es una irracionalidad desde el punto de vista de asignación de recursos.

¿Cómo se resuelve la Ley General de Sanidad? Usted lo ha dicho: por los servicios de referencia. Y ciertamente, como la implantación sanitaria a lo largo y a lo ancho del país y en las distintas comunidades autónomas no es la misma, existen unos servicios de referencia que, digamos, no tiene la exclusiva vocación de atender a los ciudadanos de la región sino a todos los ciudadanos de la región sino a todos los ciudadanos que sean de la zona del área de España. Y esto no sólo no es malo sino que es muy bueno, y en nuestra opinión lo que hay que hacer es precisamente ordenar esos flujos de enfermos, incluso ordenar esas facturaciones de servicios de salud en su día. De otra manera, lo que estaremos haciendo es un derroche de recursos, puesto que la potencia sanitaria, la potencia asis-

tencial que tenemos no la estamos aprovechando bien. En este sentido —y termino ya— no es nada malo que esto ocurra. Así y todo, hay que señalar que esa región tiene unos índices y un número de camas que son superiores, muy superiores, francamente superiores a la media nacional y a lo que tienen otras regiones. En cualquier caso, este problema se puede afrontar de dos maneras: por la vía del reequilibrio que contempla nuestra Ley General de Sanidad y ajustando la financiación protegida, y por la técnica de los servicios de referencia, que es la técnica correcta para la correcta utilización —valga la redundancia— que tiene España y no caer en diecisiete compartimientos estancos o lo que fueren, y empobrecer de esta manera las posibilidades de nuestros ciudadanos de ser asistidos correctamente.

— **RELATIVA A LIMITACION EN LA VENTA Y USO DEL TABACO (FORMULADA POR DOÑA PILAR SALARRULLANA DE VERDA, DE LA AGRUPACION DE LA DEMOCRACIA CRISTIANA)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta número tres relativa a limitación en la venta y uso del tabaco, formulada por doña Pilar Salarrullana de Verda, de la Agrupación de la Democracia Cristiana. Tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Por supuesto no voy a empezar esta intervención diciendo aquello del mayo francés «Prohibido prohibir», pero casi me apetecía decirlo, sobre todo prohibido prohibir cuando se prohíbe y no se da ejemplo.

A raíz de la publicación del Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, en el que se limita el uso del tabaco y se dicen todas las graves y malísimas consecuencias que tiene el fumar, estuve durante un mes esperando vanamente ver una coherencia en muchos organismos del Ministerio que eran prácticamente los mismos que había elaborado este Real Decreto del Gobierno, y resulta que durante esos meses Televisión Española siguió haciendo publicidad de marcas de tabaco que no voy a decir, para no hacerles yo la publicidad, pero que las tengo perfectamente recogidas y numeradas. Es posible que hubiera podido hacerle esta pregunta a la Directora del Ente Público Radiotelevisión Española, pero como ya tengo la experiencia de que le pregunté una vez con relación a la publicidad del juego y me contestó que gracias al dinero que se recoge de esa publicidad se puede hacer otro tipo de programas, pensé que si le preguntaba por qué se seguía promocionando y haciendo publicidad del tabaco en Televisión Española me iba a contestar lo mismo. Entonces he preferido que fuera el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, que es el que elaboró este Real Decreto el que me diga por qué se sigue haciendo publicidad en Televisión Española.

Por otra parte, hablando ya de la coherencia del propio Decreto, el artículo 4.º.2 dice lo siguiente: La expedición de labores de tabaco por medio de máquinas automáti-

cas de venta sólo podrá realizarse en lugares cerrados. Y el 5.º.1 dice: Se prohíbe vender o entregar a los menores de dieciséis años labores de tabaco, así como productos que lo imiten, etcétera. Y se prohíbe a los menores de dieciséis años el uso de máquinas automáticas de venta de tabaco. Muy bien. Sin embargo, no se ha prohibido la venta ambulante de tabaco. Si un real decreto dice que se prohíben las máquinas en lugares abiertos, y resulta (por ponerle un ejemplo bien claro) que de la Puerta del Sol al Congreso de los Diputados que yo cuente hay cuatro puntos de venta de tabaco en la calle, donde no hay un letrero indicador de la prohibición que dice el decreto y donde los menores pueden compararlo indiscriminadamente, hay una falta de coherencia. Señor Arrojo, ustedes pueden prohibir el uso del tabaco, como han dicho muchas veces, y pueden aconsejar lo malo que es y todos podemos fumar, pero si se prohíbe taxativamente que se venda a menores, que se prohíba, no sólo las máquinas automáticas, sino que se prohíba también que se les venda a menores sobre todo en puntos no legalizados; porque los puntos ambulantes no son puntos de venta legalizada. La venta legalizada está exclusivamente en los estancos y en los establecimientos públicos como bares, restaurantes, hoteles, etcétera, que son autorizados, y estos otros son venta no autorizada. Creo que habría que tener una coherencia, y en vez de ponerle, por ejemplo, una multa de quinientas mil pesetas al responsable de un centro donde un señor o una señora enciende un pitillo en un ascensor, empezar a ver lo que está más cerca y lo que es más fácil. Y lo que está más cerca de los menores para poderlo comprar son los puntos callejeros.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANTINARIA** (Arrojo Martínez): Señora Salarrullana, usted lo dice muy bien y yo suscribo su afirmación. En este tipo de cuestiones siempre puede aparecer una contraposición de derechos. Tiene que haber un equilibrio entre el derecho individual de la persona y el derecho de los no fumadores. Evidentemente, la acción administrativa, como usted adivinará por la profusa y diría que vigorosa acción —lo digo claramente y se lo voy a intentar demostrar— que la Administración está realizando sobre este tema, no tiene que ser meramente de contenido prohibitivo, sino que tiene que acompañar el respeto a estos dos derechos, la libertad individual de la persona y la protección a los no fumadores (incluso la protección del derecho a la salud de todo el mundo, puesto que evidentemente no es ningún descubrimiento que el tabaco es perjudicial para la salud, es algo perfectamente conocido), con unas ciertas medidas coercitivas o limitativas de forma graduada, con toda una serie de medias informativas de creación de clima e incluso de coherencia que le voy a demostrar que existe en esta, como le digo, vigorosa acción administrativa que se produce antes y después de la promulgación por el «Boletín Oficial del Estado» del Decreto al que usted se refiere.

Ciertamente, hay un hecho que le quiero anticipar. Estamos con el problema de lo ilegal o legal. Es decir, si estas vendedoras ambulantes no tienen permiso municipal, no están dadas de alta en la Licencia fiscal, etcétera, legalmente no existen. Lo que ocurre es algo fácilmente comprensible, y pasa en todas las sociedades. Hay una cierta espontaneidad que opera al margen de lo que son los cauces vigentes. Esto es algo parecido a si usted quisiera aplicar una normativa determinada a actividades ilegales, aunque no es el caso, pero no se podría hacer. Se supone que una normativa deberá regir para aquellas actividades legalmente establecidas. Como usted comprenderá, si existen unos ciudadanos que como medio de subsistencia venden tabaco por las calles o hacen otras cosas (que existen porque la realidad está ahí y es terca), en ningún caso se puede hacer una legislación administrativa por esa vía que contemple supuestos no legalizados. Se supone que para tener una máquina de tabaco tiene que estar registrada y para estar registrada tiene que estar en un local con permiso del ayuntamiento, tiene que estar dado de alta en la licencia fiscal, etcétera. La legislación administrativa ciertamente debe afectar a estos supuestos que están contemplados legalmente.

Usted me señala que en su deambular por las calles de Madrid encuentra situaciones que nos da la vida, que están ahí, que nosotros también las vemos, ciertamente, pero como le digo las normas son para aquellas actividades legalizadas, difícilmente se pueden hacer normas para actividades no legalizadas, porque legalmente desde ese punto de vista no estarían en el censo de vendedores ni en el de máquinas. Esto se comprende fácilmente. Posiblemente la acción tiene que ir por otro lado. No se pueden encontrar una incoherencia de lo que es la acción administrativa, porque no es posible. Sí puede haber, como digo, un vigor en la acción administrativa y le voy a relatar, aunque sea brevemente, en qué fundamento yo estas palabras que estoy en este momento diciendo aquí y que a lo mejor no sean compartidas por todos, como entiendo, por el tenor de su pregunta.

Por un lado, existen unos plazos legales que nos marca el Decreto y, por tanto, no se pueden pedir consecuencias legales antes de agotar esos plazos que el Decreto nos marca. Existe, en primer lugar, la disposición transitoria tercera que nos dice que el plazo de tres meses habrá que operar las delimitaciones y señalizaciones correspondientes impuestas por la citada norma.

Tiene usted en el Boletín Oficial la Orden de desarrollo, de 8 de junio de 1988, que se refiere a este punto relativo fundamentalmente a aspectos importantes como señalización, logotipos, hoja de reclamaciones para defender derechos, incluso inserciones obligatorias en las labores que tiene que hacer la industria siempre que circulen en territorio nacional. Ha aquí el cumplimiento a través del Boletín Oficial, como debe hacerse, del desarrollo de un decreto determinado. Con esto se cumple no sólo el plazo de tres meses, sino que se da paso a que se pueda establecer esta advertencia disuasoria en el plazo de seis meses que finaliza el 9 de septiembre.

Respecto a otras acciones de tipo administrativo, pue-

de que a usted le consten las reuniones de los Oficiales Mayores de la Administración, las circulares del Secretario de Estado de Administraciones Públicas, recordando la implantación del Decreto en nuestra Administración, incluso —ya que usted se ha referido a las administraciones sanitarias— la acción en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no recordando (porque hay una verdadera confluencia de pareceres y de voluntades políticas con los consejeros de las comunidades autónomas), sino señalándoles que en sus Administraciones también se debe cumplir lo preceptuado en la norma, con lo que los consejeros están totalmente de acuerdo. Es decir, no hay que recordárselo, sino que hay que llevar a cabo en ese órgano de confluencia una acción común entre los consejeros y nosotros. Esto en lo que a normas administrativas se refiere.

En cuanto a clima favorable, ha de decir que este tipo de normas no se debe basar solamente en una acción coercitiva a través de multas, de órdenes, imposiciones o limitaciones para salvaguardar derechos. Le puedo enumerar una serie de acciones a realizar, así como la teoría que tiene este Ministerio de que este tipo de cuestiones tendrán éxito si la sociedad civil se responsabiliza de ellas, y que no sólo se puede actuar en la creación de este clima desde la Administración. En coherencia con este pensamiento se han firmado convenios específicos con el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos, con la Sociedad Española de Cardiología, con la Sociedad Española de Patología Respiratoria, con la Federación de Oncología, con la Asociación Española contra el Cáncer, con el Consejo de colegios de ATS y Diplomados Universitarios de Enfermería e incluso con las sociedades tabaqueras, Tabacalera Española, Philips Morris España, Anglomediterránea, Reynolds, etcétera. Le puedo decir que los representantes españoles en la CEE adoptan posturas decididas en cuanto a la limitación de los índices de alquitrán y nicotina y que no hacemos otra cosa, como usted sabe, que seguir con interés y con fuerza el programa europeo contra el cáncer. Hay otra serie de cuestiones que usted me plantea que son más bien objeto del proyecto de ley de publicidad.

En resumen, el planteamiento que el Gobierno y la Administración hacen en este tema es una norma que tiene unos plazos de desarrollo que se están cumpliendo, que exige una acción administrativa que se están impulsando desde el Ministerio competente, el Ministerio de Administración Pública, indicando cuáles tienen que ser las cuestiones de señalización, etcétera, que tienen que cumplir las Administraciones. Por otra parte, existe una acción con la sociedad civil para crear este clima favorable en el cual este tipo de acciones puedan tener su eficacia, porque entendemos es el tema típico en el que no debe haber una transmisión de responsabilidades desde lo que es la sociedad hacia la Administración, sino que tiene que ser un trabajo conjunto de Administración y tejido social, sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de interés general y, por supuesto, todas las Administraciones públicas coordinadas en lo sanitario a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, no veo ninguna incoherencia y lo que sí veo es una acción vigorosa en todos los sentidos —y cuando digo acción vigorosa no hablo en el sentido coercitivo, de ninguna forma— para poner en marcha este programa que nos diseña el programa europeo contra el cáncer y su traducción en nuestro país.

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

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Señor Arrojo, únicamente quiero decirle que lo que menos me ha respondido es en lo que yo incidía más, en la publicidad.

Estoy completamente de acuerdo en lo de la política no de prohibición, sino de disuasión; me parece muy correcto. Ahora bien, piense usted también que no se puede disuadir a un joven —me refiero a los que van a empezar a fumar, porque los que fumamos no tenemos solución, porque no queremos por supuesto— haciendo un programa explicativo perfecto, hablando de los graves problemas que puede producir fumar y al cuarto de hora que salga un anuncio de un vaquero seductor diciendo: «Si quieres ser más hombre fuma tal.» Ahí es donde veo la incoherencia. Supongo que será algo que estará pensando tratar con el Ente público Televisión, porque Radio Nacional de España, que es el otro ente público, no tiene publicidad. A eso especialmente me refería. Cuiden un poco también la venta ambulante. Hablen con los ayuntamientos, indíquenlo en esa cantidad de conciertos que firman y de reuniones con los entes autonómicos y consejeros de salud. Hablen también con los alcaldes a ver si se puede controlar, no sólo la venta de tabaco, sino de otros muchos productos que se venden de forma ambulante, de donde nos vienen a veces muchas desgracias y epidemias.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Ya le he señalado los proyectos de ley que pueden abordar estos asuntos.

He de indicarle dos cosas. En primer lugar, que es perceptible en los jóvenes, según las encuestas recogidas, un cambio de actitud ante el tabaco. Es un fenómeno mundial. No se debe proceder a una apropiación en exclusiva, como hecho diferencial de nuestro país, de los fenómenos occidentales. En segundo lugar, se me olvidaba decirle que el Secretario de Estado para las Administraciones Públicas nos recuerda a los altos cargos de la Administración que no debemos aparecer fumando en nuestras intervenciones, lo cual, sin duda, cumplimos debidamente.

— **RELATIVA A CONCLUSIONES DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE LOS EJERCICIOS 1983, 1984 y 1985 REALIZADAS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ELDA (ALICANTE) (FORMULADA POR DON CARLOS REVILLA RODRIGUEZ, CDS)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta número 4, relativa a conclusiones de las auditorías internas de los ejercicios 1983, 1984 y 1985, realizadas en el Hospital Comarcal de Elda (Alicante), formulada por don Carlos Revilla, del Grupo Parlamentario del CDS. Tiene la palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, durante el pasado mes de marzo los medios informativos, especialmente en la Comunidad valenciana, se hicieron eco de graves irregularidades que afectaban a la gestión del Hospital Comarcal de Elda, del INSALUD, y que parece que tenían especial relación con la contratación de suministros, así como con la contabilización de existencias de dicho Hospital.

Por otra parte, se produjo el cese fulminante de un funcionario que desempeñaba en aquellos momentos uno de esos llamados cargos de confianza, que no fue debidamente explicada a los medios de información y a la opinión pública. En cualquier caso, la necesidad que entendemos que existe de determinar las posibles responsabilidades en que hubieran podido incurrir determinadas personas en relación con estos hechos justifica la pregunta que hemos formulado y que voy a repetir: ¿Cuáles son las conclusiones fundamentales a que llegan las auditorías internas referidas a los ejercicios 1983, 1984 y 1985 realizadas en el Hospital Comarcal de Elda, que ha pertenecido, hasta enero de 1988, al INSALUD?

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Según me comunican los servicios competentes, en el Hospital de Elda (Alicante) no se ha realizado, en los años a que se refiere el señor Diputado, ninguna auditoría interna. Sí se han realizado controles de la Intervención territorial, controles de inspección rutinarios en el referido hospital. No puedo facilitar resultados de estas auditorías, puesto que no se han realizado. Lo que sí se han realizado son controles de la Intervención territorial, además de los controles normales que tiene la Intervención en función de lo que prescribe nuestra Ley General Presupuestaria.

Sí se tiene conocimiento de la existencia de un expediente abierto a un funcionario a dicho centro. Lamento, señor Diputado, no poder ofrecerle información sobre el desarrollo o la instrucción de ese expediente, dado que, como usted sabe, desde el 1.º de enero de 1988 se ha transferido el INSALUD al Servicio Valenciano de la Salud y, por tanto, éste se subroga en derechos y obligaciones, como usted muy bien conoce, en las actuaciones que viniera realizando el INSALUD. Por tanto, es el Servicio Valenciano de la Salud quien está instruyendo el expediente a este funcionario de dicho centro al que usted se ha referido. Así pues, para conocer las averiguaciones o el resultado final de este expediente debe dirigirse el señor Diputado, o su Grupo, al Servicio Valenciano de la Salud. La instrucción del expediente sale de la esfera de actuaciones de la Administración del Estado para entrar en la

esfera de actuaciones de la Administración de la Comunidad, del Servicio Valenciano de la Salud.

Creo que usted entiende mi respuesta, puesto que el día 17 de mayo de los corrientes su Grupo formuló en las Cortes Valencianas una pregunta equivalente a la que usted me ha hecho en este momento.

Insisto, en la medida en que hemos transferido el INSALUD al Servicio Valenciano de la Salud, éste se ha subrogado en derechos y obligaciones; es este último quien instruye el expediente y quien podrá darle cumplida información de cuál es el trámite y cuál el resultado final de la instrucción. Está fuera del marco de actuaciones de la Administración del Estado en este momento.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Efectivamente, en relación con el expediente incoado a este funcionario, sin duda, la recomendación del señor Arrojo es pertinente. Pero no entiendo que lo sea tanto la que nos da en relación con los datos que se hayan podido recoger a lo largo de los años 1983, 1984 y 1985.

El Delegado Provincial del Servicio Valenciano de la Salud declaró que a lo largo de estos ejercicios se había hecho o una revisión de la contabilidad y administración del centro. Es una forma de decir que se hizo una auditoría y una auditoría no es sino una revisión de la contabilidad y de la administración de un centro o de una empresa determinada. Esos datos debería conocerlos el INSALUD, teniendo en cuenta que los recoge antes de producirse la transferencia a la Comunidad valenciana.

Hay otras comunicaciones. Tengo aquí una fotocopia, por ejemplo, de la Tesorería General de la Seguridad Social enviada al Inspector General del Instituto Nacional de la Salud, donde me advierte que la Tesorería territorial de Alicante, a pesar de las reiteradas comunicaciones efectuadas al Hospital comarcal de Elda, en algunos meses no cumple con la justificación mínima mensual, etcétera. Asimismo, la citada Tesorería tiene solicitado al mencionado centro de gasto, es decir, del Hospital comarcal de Elda, que justifique documentalmente la cantidad de 989.784 pesetas, correspondiente a gastos efectuados contra la cuenta del fondo de maniobra hasta el 30 de abril, etcétera.

No voy a leer toda esta comunicación. Es de fecha 3 de julio de 1986; es decir, ya entonces se estaban produciendo hechos que deben ser conocidos, sin duda (aquí hay una prueba), por el INSALUD y a ellos es a los que se refería nuestra pregunta. Por ejemplo, en la columna de existencias a 31 de diciembre de 1985 figuran 13 millones de pesetas, correspondientes al apartado de combustible. Del apartado de combustible solamente caben dos interpretaciones: la una, que fuera fuel-oil; la otra, que fuera gasóleo C. CAMPSA comunica que desde el año 1974 no se suministra fuel-oil, sino gasóleo C, a los hospitales. Pero, en cualquier caso, hemos hecho la siguiente cuenta: si fuera fuel-oil, teniendo en cuenta el precio que tenía en el año 1985, serían 393.437 litros. Si hubiera sido gasó-

leo C, que es lo que parece que se suministra desde el año 1974, hubiera dado 292.000 litros como existencias en ese momento. Lo malo es que en el depósito de combustibles del Hospital de Elda no caben nada más que 40.000 litros. Es evidente que hay un desfase claro que sería necesario aclarar.

Por otra parte, según los datos del propio Servicio de Salud se consumieron 285.000 litros más que en 1984, lo cual es prácticamente imposible.

También es extraño comprobar que el último día del ejercicio presupuestario del año 1985 hubiera unas existencias en almacén equivalentes al 42,2 por ciento de las adquisiciones del año siguiente. No es normal que eso suceda.

No voy a extenderme en otras posibles irregularidades, como es la existencia de facturas, digamos, «hinchadas» que permiten conducir hacia algún tipo de complicidad con proveedores. Hay compañías de asistencia sanitaria que han facturado más de lo que esa compañía ha ingresado en todo el período. Por ejemplo, la plata de los posos de procesos de revelado radiográfico, que se venden a empresas especializadas en todos los hospitales públicos, como muy bien sabe el señor Arrojo, en el caso del hospital comarcal de Elda no figura consignada en ninguna partida contable.

Estas son unas pequeñas muestras que doy con el fin de afianzar las razones por las que hemos formulado nuestra pregunta, por entender que estos datos sí deben ser conocidos por el INSALUD, porque se refieren a un período de tiempo que es anterior a la transferencia al Servicio Nacional de Salud valenciano. Otra cosa es —en eso estoy totalmente de acuerdo— lo que resulte del expediente abierto a este funcionario.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA** (Arrojo Martínez): Señor diputado, cuando tras la intervención, llamémosla rutinaria, de la Intervención territorial se abre expediente a un funcionario de dicho centro, no cabe duda —bajo nuestra responsabilidad— de que la Intervención territorial habrá encontrado alguna causa para abrir dicho expediente.

No obstante, al producirse la transferencia —como ya le he explicado y usted comprende muy bien— y abrirse este expediente (y con respecto a la legislación administrativa, instruyéndolo con todos los trámites precisos de audiencias, etcétera), como esta instrucción entra en la esfera administrativa del Servicio valenciano de Salud, creo, señor Diputado, que usted convendrá conmigo en que ver el alcance de los indicios que usted señala es precisamente la tarea de la instrucción del expediente. Para comprender los motivos que movieron a la Inspección territorial a abrir un expediente informativo habrá que esperar al resultado de esa información y poder sacar así alguna conclusión.

Habida cuenta de que esto está en la órbita del Servicio Valenciano de la Salud (cuestión que su Grupo cono-

cía, puesto que el día 17 de mayo efectúa esta pregunta en las Cortes Valencianas) entiendo que desde la Administración del Estado no podemos darle ninguna contestación sobre cuál es el devenir de este expediente y qué conclusiones se pueden sacar del mismo, puesto que éstas, como le dije al principio, deberá extraerlas quien tiene la responsabilidad de instruir el expediente y llegar a un resultado, sea el del tipo que sea, que es el Servicio Valenciano de la Salud. (El señor Revilla pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: No hay más turnos de palabra.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Para decir que mi Grupo se da por satisfecho con la respuesta del señor Arrojo.

El señor **PRESIDENTE**: Las preguntas números 5, 6, 7 y 8 no van a ser formuladas, ya que el señor Diputado que las suscribe no está presente en la Comisión y su Grupo ha comunicado su retirada.

Agradecemos, por tanto, la presencia del señor Arrojo, finalizado este primer punto del orden de día.

DEBATE ACERCA DE LA PROPOSICION NO DE LEY RELATIVA A CLINICAS DEL DOLOR EN LOS HOSPITALES PUBLICOS, PRESENTADA POR LA AGRUPACION DEMOCRACIA CRISTIANA-GRUPO MIXTO

El señor **PRESIDENTE**: Entramos en la discusión del segundo punto del orden del día, que es el debate acerca de la proposición no de ley relativa a clínicas del dolor en los hospitales públicos, presentada por la Agrupación de la Democracia Cristiana.

Para su defensa tiene la palabra don Angel López Guerrero.

El señor **LOPEZ GUERRERO**: Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, la Democracia Cristiana presenta hoy una proposición no de ley, para la que se solicita el apoyo de todos los Grupos de la Cámara, sobre instalación de las clínicas del dolor en todos los hospitales públicos. Intentamos con ello cubrir el vacío legal del organigrama sanitario sobre el tema.

Según nuestros datos, existen en España 62 clínicas del dolor funcionando con reconocimiento oficial y 24 más sin tal reconocimiento. Y de las 62 oficiales, exactamente 56, que corresponden a un 90,3 por ciento, están regidas por servicios de anestesia y reanimación, especialidad cuya sociedad nacional se llama de «Anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor». Están tratando a enfermos tumorales en fase terminal que buscan el alivio que no les produce la quimioterapia ni la radioterapia; están tratando a enfermos no cancerosos y están tratando a enfermos sin diagnosticar que no responden a los tratamientos habituales.

Hasta hace muy pocos años se consideraba el dolor como una consecuencia lógica de la enfermedad, que por

sí solo no necesitaba tratamiento. Ahora ya se piensa que el dolor debe tratarse con el mismo interés que la enfermedad que lo provoca.

Las clínicas del dolor han nacido para integrar las actividades de aquellos médicos interesados en el tratamiento de los problemas clínicos que presenta el dolor y el dolor mismo, por lo que, en su funcionamiento, deben ser interdisciplinarias.

Muchos de sus pacientes son enfermos terminales que precisan tratamientos especiales muy sofisticados, como puede ser la utilización de reservorios con bombas de infusión o electrodos epidurales, tratamientos que cubren necesidades tan diversas como resolución de problemas psicológicos puntuales o diagnóstico correcto del origen del dolor, utilizando técnicas paraquirúrgicas de radiofrecuencia, congelación, bloqueos, estimulación transcutánea, acupuntura, hipnosis y tratamientos farmacológicos y analgésicos, con metodologías variadas, modernas y antiguas, por cuanto que ya se conocía la aplicación de peces eléctricos en el año 46 a.C. cuando el físico romano Scribonius Largus, médico personal del emperador Claudio, utilizaba las descargas eléctricas del pez torpedo, descargas de 40 voltios, para calmar las cefaleas rebeldes y los dolores de gota, al poner las zonas dolorosas en contacto directo con el pez.

Bien es verdad, y lo cuento como anécdota, que la electroterapia con fines terapéuticos no se volvió a utilizar hasta el siglo XIX siendo su restaurador Duchenne de Boulogne, en Francia.

Las clínicas del dolor deben cumplir un doble fin. Por un lado, eliminar o paliar el dolor de los pacientes aquejados del mismo y, por otro, contribuir a aminorar los costos hospitalarios por sus tratamientos ambulatorios, controlados por los centros, sin necesidad de ocupación hospitalaria de cama hospitalaria, que puede dedicarse a otros enfermos y menesteres, lo que repercute en la disminución del coste/cama.

Dice Hugh Miller, en su libro «Ambulancia», que el entusiasmo se propaga siempre que sea auténtico. En este sentido quisiera que mis argumentos llevarán el correspondiente entusiasmo de la idea para poder ser aceptada por SS. SS., bien entendido que, desde el principio, mostramos conformidad con cuantas modificaciones se planteen, siempre que vayan en beneficio y mejora de la presente proposición no de ley, que presentamos a la consideración general porque la estimamos necesaria, sin que hagamos cuestión de gabinete sobre a quién considere la historia como padre de la criatura.

El tratamiento a pacientes en situación terminal tiene derecho a la protección y a los cuidados humanos, tanto clínicos como sociales y familiares, que van a ser lo más importante en esos angustiosos y crueles momentos de la vida. Y, por encima de cualquier otra actividad, las clínicas del dolor tienen que ocupar una posición de privilegio.

Las clínicas del dolor eliminan o restringen la administración de analgésicos innecesarios, administrados por rutina, y suprimen las complicaciones inherentes a los fármacos prodigados indiscriminadamente en las terapias de complacencia.

El dolor contribuye en gran medida a disminuir la calidad de vida del enfermo y, en muchos casos, es una verdadera mortificación para el ser humano.

Recientes estudios señalan que el 58 por ciento de los enfermos que mueren de tumores malignos padecen grandes dolores y que este sufrimiento incide negativamente en su estado emocional, psicológico y afectivo e incluso en las relaciones familiares.

Se ha publicado que los enfermos españoles se encuentran entre los que más sufren de Europa, debido al escaso uso que los médicos hacen de los opiáceos y analgésicos, según se desprende de un informe de la Junta Internacional de Estupefacientes, dependiente de las Naciones Unidas.

Las clínicas del dolor actúan también sobre los dolores post-operatorios, cuya intensidad varía según el tipo de intervención, la personalidad del paciente y la técnica anestésica utilizada.

Tratar adecuadamente este dolor es de suma importancia, porque repercute directamente en la recuperación del enfermo y en el factor económico de las estancias hospitalarias.

El dolor oncológico representa un fenómeno de gran incidencia médico-social, porque si bien en las fases iniciales de la enfermedad no se manifiesta, en los estadios avanzados más de las tres cuartas partes de los enfermos resultan severamente afectados por los sufrimientos físicos, no suficientemente valorados en ocasiones por parte de los oncólogos, que se preocupan más de la evolución y control de los procesos morbosos, dejando a un lado las reacciones que tanto influyen en la conducta del individuo enfermo, por lo que el dolor no siempre es tratado y frecuentemente se asiste a un proceso penoso que afecta a los pacientes terminales, con una carencia casi total de asistencia clínica especializada.

La rápida proliferación de las clínicas del dolor en los países desarrollados desde que Bonica, en los Estados Unidos, empezó en los años cincuenta, nos obliga a no perder el vagón de la siempre palpitante actualidad.

Aunque tal vez en los medios profesionales haya quien se siga preguntando, como Leriche, sobre la definición del dolor, con respuestas múltiples filosófico-médicas para todos los gustos, para los carpetovetónicos de a pie como ya nos basta saber que el dolor es una percepción que existe, que está ahí, al acecho, y que nos preocupa, acobarda y amedranza, porque la humanidad en general, no está dispuesta ni condicionada para soportarlo y tolerarlo.

El santo, el héroe y a veces el científico y el artista, han engrandecido en ocasiones sus figuras gracias a la entereza con la que soportaron el sufrimiento, pero el hombre normal, carente de la aureola del «super», agarrotado o temeroso por la dolencia, lo ha relacionado desde comienzos de la humanidad con las fuerzas invisibles y demoníacas que intentaban dominarlo, y, a fin de congraciarse con estas fuerzas telúricas el hombre ofrecía monigotes de arcilla, representando a los espíritus tutelares de las cabañas, de las chozas y de las cavernas.

El hombre practicaba exorcismos y utilizaba talismanes y amuletos, con interjecciones cabalísticas, hasta que

hace su aparición el «técnico» del dolor, la persona especializada en las prácticas contra los espíritus malignos provocadores del mal y el mundo se puebla de sacerdotisas, hechiceras, magos y curanderos, que son la avandilla de las clínicas del dolor que, a marchas forzadas, con escasos medios y gran entusiasmo e ilusión, están obteniendo magníficos resultados contrastados, abriendo camino al andar. desde 1966, en la medicina española, de las manos de Madrid Arias, Puigdollers Colás, Vidal López, Begara Mesa, Castro Méndez y un larguísimo etcétera de médicos que simbolizo en la doctora Cobo, del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid.

Señorías, la Democracia Cristiana se honra en proponer a su consideración la siguiente proposición no de ley: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que, en el plazo más breve posible, adopte las medidas necesarias para crear y dotar las clínicas del dolor en todos los hospitales públicos, respetando la situación y organigrama de las existentes y los derechos de los servicios que les prestan asistencia.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos Parlamentarios que quieran fijar su posición respecto a esta proposición no de ley? (**Pausa**.) Coalición Popular, CDS, Agrupación del Partido Liberal, Grupo Mixto y Grupo Socialista.

Por el Grupo de Coalición Popular, tiene la palabra la señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Voy a intervenir muy brevemente para fijar la posición de mi Grupo ante esta proposición que nos presenta hoy la Democracia Cristiana. En principio, estamos de acuerdo. Nos parece muy conveniente todo lo que ha dicho el portavoz de la Democracia Cristiana, porque entendemos que estas clínicas para el tratamiento del dolor permitan reducir los costes hospitalarios, sustituir la ocupación de camas con otros procesos patológicos, así como reducir los costes farmacéuticos.

Como decía muy bien el ponente, los métodos que se desarrollan en estos centros permiten dar solución al dolor asociado a la enfermedad neoplásica avanzada, especialmente en el estudio de las claudicaciones inoperantes, eliminando la administración innecesaria de analgésicos, suprimiendo las complicaciones inherentes a los fármacos y las terapias que durante mucho tiempo.

Qué duda cabe que las posibilidades que hoy día se abren como consecuencia de los avances médicos y tecnológicos, en los que se refiere al estudio, previsión y tratamiento del dolor, genera una exigencia de índole estrictamente humanitaria para que la supresión del sufrimiento en el tratamiento de las enfermedades sea hoy también una realidad.

Por todo esto, y porque consideramos que efectivamente es oportuna esta proposición no de ley, mi Grupo apoyará la iniciativa de la Democracia Cristiana.

Es todo.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, hemos escuchado con atención la exposición que ha hecho el portavoz de la Democracia Cristiana. Coincidimos con muchos de los aspectos que ha comentado y con la descripción que ha hecho en el desarrollo de estas llamadas clínicas del dolor, que también reciben otros nombres, como unidades de dolor, etcétera.

Es cierto que el desarrollo de los últimos años de analgésicos singulares y fundamentalmente la depuración de técnicas de aplicación de esos analgésicos, han llevado, conjuntamente con el incremento de la expectativa de vida y, por tanto, el mantenimiento en vida de pacientes, fundamentalmente oncológicos, al desarrollo de estas llamadas unidades de dolor.

Yo añadiría otro dato, y es que el incremento del nivel de vida hace que el ciudadano se preocupe más por el dolor que por la muerte. Es el subdesarrollo, la muerte es el problema fundamental. Afortunadamente, cuando los países se desarrollan, el dolor comienza a preocupar y a exigir su atención.

Todos estos factores y otros se dan, entre los que hay que señalar el que este tipo de pacientes fundamentalmente, presente, además de los problemas específicos de la enfermedad que les aquejan y del dolor mismo, otros de índole fundamentalmente psicosomática. El resultado es que hay una discusión amplia —y no solamente en España— acerca de si es conveniente crear unidades de dolor y, por tanto, clínicas de dolor, o si, por el contrario, son los servicios y departamentos respectivos los que se hacen cargo del tratamiento de los dolores específicos que plantean las respectivas patologías que son atendidas en estos servicios o departamentos.

Quiero decir esto para justificar nuestra postura, que va a ser de abstención, no porque estemos en contra de la creación de unidades de este tipo allí donde se llega a la conclusión de que se instauran por las características del centro, por la dominancia de una determinada patología o por otras razones. En el centro en el que trabajaba, precisamente en el Ramón y Cajal, he vivido la pelea, digámoslo en términos coloquiales, que determinó la decisión de cómo se resolvía este problema, y quiero que los demás centros, dentro de su autonomía, solucionen el problema sin que haya una regulación que introduzca un determinismo exagerado que, desde el punto de vista científico y del médico, en mi opinión no está plenamente justificado. Dejemos que en cada caso se resuelva que se estime más conveniente y, por supuesto, plantéese con toda firmeza el apoyo a la creación específica de clínicas de dolor allí donde se estime que hay —digámoslo en términos que pueden parecer extraños— mercado suficiente para ello.

En cualquier caso, ésta va a ser nuestra postura.

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

El señor **BOTELLA CRESPO**: Para decir que vamos a apoyar esta proposición no de ley por un motivo para nosotros claro, dentro del panorama sanitario actual desarrollado por el Partido del Gobierno.

Entendemos que al enfermo hay que considerarle dentro de su contexto social y que lo más preocupante y lo que llega a desquiciar a la familia es el sufrimiento de la enfermedad. Tanto es así, que tenemos la experiencia en casi todos los hospitales españoles donde existe un área rural, no industrial, que es en la mayoría de España, de que los ingresos sucesivos en las camas hospitalarias, nunca suficientes, se deben, ni más ni menos, a la angustia de la familia por ver sufrir al enfermo en su casa y les ingresan simplemente para que se les calme el dolor. Si lo que se está proponiendo es que estos enfermos vayan a su localidad a que se les trate este problema social, que de alguna manera desequilibra el psiquismo familiar, no tenemos más remedio que apoyarlo. Ahora bien, con la salvaguardia que ya ha hecho el proponente de admitir todas las sugerencias. Por supuesto, creemos que deben existir unidades, pero no con ubicación de camas, sino con tratamientos ambulatorios, como muy bien apuntaba en su exposición.

Porque estamos en el siglo XX y creemos que el hombre no debe sufrir y ha de tener el derecho a una muerte lo más digna y lo más calmada posible, considerándolo dentro de su entorno familiar y social, es por lo que queremos que en cada localidad y cerca del enfermo exista por lo menos un encargado que pueda paliar este terrible problema.

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

El señor **RUIZ SOTO**: Como es obvio, vamos a apoyar la proposición no de ley que ha presentado el señor López Guerrero por el Grupo de la Democracia Cristiana. Lo vamos a hacer por convicciones íntimas sobre la necesidad de la unidad del dolor en todos los hospitales. Esa necesidad se ve cuando se asiste a enfermos de este tipo, muchas veces desahuciados, que lo único que esperan es tener en los últimos días de su vida una muerte con dignidad y sin dolores. El dolor es el primer motivo por el cual la sanidad se dedica a la curación. Todo paciente —de ahí viene su nombre— ha interpretado que la enfermedad iba suscrita al dolor y los esfuerzos de la sanidad y de la medicina en todo tiempo van encaminados a quitar los dolores. Ahora, por las técnicas modernas de localización de los dolores y de diagnóstico, se encaminan precisamente a interceptar esa transmisión dolorosa que se hace a través de los centros nerviosos y del cerebelo, y se han creado estas unidades de dolor que fomentan el primer derecho humano, el derecho a no tener dolor, el derecho a una muerte digna.

Si los señores Diputados aprueban hoy la creación de estas unidades de dolor en todos los hospitales que ya están en todo el mundo, se dará otro paso adelante. El señor López Guerrero ha hablado de Bonica, en Seattle, como el creador de estas unidades de dolor. También podemos hablar del doctor Lipton, en Liverpool, y en Montreal del doctor Valdezal. En nuestro medio, el doctor Madrid, que también fue pionero, en el Hospital Primero de Octubre, y la doctora Albasa, en el Hospital Gregorio Ma-

raón, han mantenido una lucha por estas unidades de dolor.

Estas unidades de dolor no quieren ser otros servicios ni quieren entrar en luchas médicas, como ha señalado el doctor Revilla. Es importante esa matización porque la verdad es que son unidades compuestas por especialistas. Es una especialidad pluridisciplinaria, en las que hay neurólogos, anestesiastas, fisiólogos, psiquiatras, psicólogos, porque la etiología del dolor es variada.

Perdonen esta disquisición de tipo científico, pero quiero llevar el ánimo de SS. SS. que ésta es una ley a favor del enfermo y del paciente y que reconoce el principal derecho de todo ser humano, que es no tener dolor. Por tanto, nosotros apoyaremos esta proposición de ley.

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

El señor **CORREAS PARRALEJO**: Probablemente, cuando se trata de la lucha contra el dolor, estamos hablando del prolongado fracaso que, a través de la historia del hombre, ha supuesto esta lucha contra el dolor. Creo que nos pone incluso ante el problema más perturbador de la historia de la Medicina.

Dicho esto, y es de agradecer, así lo manifiesto, el esfuerzo realizado por la Agrupación de Diputados de la Democracia Cristiana para ilustrar a la Comisión, a través de su amplia exposición de motivos y también de la intervención del señor Diputado. Es cierto que, referente al dolor, hasta llegar a los tratamientos actuales se ha avanzado enormemente. Efectivamente, ha sido una constante histórica de la humanidad la lucha contra el dolor. Después de la exhaustiva aportación histórica del Diputado proponente, me permito aportar algún dato más de carácter histórico.

Es verdad que el opio estaba ya en uso en el tercer milenio antes de Cristo, que los efectos narcotizantes del hachís se conocían en el Oriente antiguo e incluso que el alcohol, según cuenta un escritor persa del siglo X de nuestra era, fue utilizado, en su forma de vino, para aturdir a las mujeres a las que iba a practicárseles una cesárea.

Por tanto, creemos que es grande el camino recorrido hasta la actualidad, donde descubrimientos recientes, como la existencia de receptores en el sistema nervioso central para sustancias opiáceas, han abierto nuevas expectativas en la lucha contra el dolor. Es en esta línea en la que, como bien dice la exposición de motivos, nacen, ya en la década de los cincuenta, las clínicas del dolor, clínicas que desde nuestro Grupo consideramos necesarias e imprescindibles para cubrir las necesidades de un cierto sector de la población, aunque ciertamente en número reducido.

Sin embargo, anuncio que el voto de mi Grupo va a ser contrario a la aprobación de la proposición no de ley presentada por la Agrupación de la Democracia Cristiana, y ello en base a los argumentos que a continuación expondré con brevedad.

En primer lugar, porque creemos que la creación de nuevas clínicas del dolor, al igual que quiere otra unidad

especial, deberá hacerse dentro de un programa coherente de planificación sanitaria previa, que suponga un avance en la política socialista de superación de los desequilibrios sociales y territoriales.

En segundo lugar, porque el hecho de que no exista, como tal, una unidad funcional especializada en todos los hospitales o centros sanitarios públicos, no implica en ningún caso el que en todos ellos, y por los especialistas adecuados, se apliquen las técnicas convenientes para combatir y mitigar el dolor, y es sólo un número limitado de enfermos el que verdaderamente necesita de su atención en una unidad funcional, por lo que consideramos desproporcionada la implantación, la creación y dotación de dichas unidades en todos los hospitales públicos.

Por último, señor Presidente, consideramos que, de momento, las sesenta y dos unidades existentes en nuestro país, comparadas con las 550 que existen en el mundo, salvando algún desequilibrio territorial que deberá ser corregido, son suficientes.

Por todo lo expuesto, nos vamos a oponer a la proposición no de ley de la Agrupación de la Democracia Cristiana. (El señor López Guerrero pide la palabra.)

El señor **PRESIDENTE**: Señor López Guerrero, no existe turno de réplica, porque es un posicionamiento respecto a la proposición no de ley.

El señor **LOPEZ GUERRERO**: Era para dar las gracias de todo corazón a todos los Grupos por su participación.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a votar, por tanto, la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, siete; en contra, 19; abstenciones, dos.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

El siguiente punto del orden del día es la comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo, que está prevista para las doce. Dado que aún no ha llegado ese momento, suspendemos la sesión hasta las doce horas.

Se reanuda la sesión.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO, A SOLICITUD DE LA AGRUPACIÓN DEMOCRACIA CRISTIANA, PARA QUE EXPLIQUE LAS LINEAS DE SU POLÍTICA SANITARIA TRAS LOS CAMBIOS DE ALTOS CARGOS EN SU DEPARTAMENTO Y TRAS SUS DECLARACIONES EN VALENCIA SOBRE PAGO DE UN PORCENTAJE EN MEDICAMENTOS Y EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS USUARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se reanuda la sesión. El punto tercero es: Comparecencia del Excelentísimo señor Ministro de Sanidad y Consumo a solicitud de la

Agrupación Democracia Cristiana, para que explique las líneas de su política sanitaria tras los cambios de altos cargos en su Departamento y tras sus declaraciones en Valencia sobre pago de un porcentaje en medicamentos y en la asistencia sanitaria de los usuarios de la Seguridad Social. Para ello, está con nosotros el señor Ministro, a quien damos la bienvenida al mismo tiempo que le damos la palabra para que haga su exposición.

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

Las líneas de la política de salud y de la política de asistencia no han cambiado y siguen lo establecido en la Ley General de Sanidad, aplicándola con criterios flexibles y realistas. Estas líneas están siendo reiteradas en distintos textos públicos recientes, presentados por mí mismo o por mis colaboradores, algunos de ellos ante este mismo Parlamento.

A continuación voy a recordar parte de estos textos, poniendo de manifiesto cómo los aspectos esenciales de la política sanitaria se vienen reiterando en foros públicos por todo el equipo del Ministerio de Sanidad y Consumo en documentos bien articulados y claros.

Para comenzar, voy a resumir mi intervención en la XLI Asamblea de la Organización Mundial de la Salud el pasado 3 de mayo, donde indicaba como fundamentales los siguientes trazos de la política sanitaria:

Política de salud. Diseño de una estrategia española de salud para todos, según las metas previstas por la Oficina Regional Europea de la OMS. Esta estrategia está en fase de consulta con las organizaciones profesionales y científicas, tras lo cual se presentará a otras instituciones sociales y al mismo Parlamento para recibir sugerencias y promocionar su difusión. Preparación de un Plan de prevención y control del cáncer, dentro de la iniciativa Euroesperanza, Europa contra el Cáncer, de la Comunidad Económica Europea y de un Plan de prevención y control de enfermedades cardiovasculares. Desarrollo de la política de promoción de la salud y fomento de hábitos saludables de vida, y, en concreto, la adopción de medidas y de acciones sociales para reducir el consumo de tabaco, de alcohol y de grasas animales. Intensificación de las actividades previstas en el Plan nacional contra la Drogadicción. Asunción del reto que suponen los accidentes de tráfico, sensibilizando a la población sobre la necesidad de adoptar hábitos correctos de conducción. Y estrategia para afrontar el riesgo global de la nueva pandemia que supone el SIDA.

Dentro de la política de asistencias se destacaba que había que seguir ampliando el porcentaje de la población atendida por los nuevos equipos de salud y atención primaria. Estender el acceso a los servicios sanitarios de la Seguridad social a la pequeña minoría que aún está atendida por programas públicos de beneficencia, terminando así el proceso de universalización de la asistencia iniciado en 1983; aplicar el programa especial de inversiones estratégicas, según criterios de equidad y accesibilidad a los servicios, abordando la aplicación de las nuevas tecnologías a nuestras necesidades como nación.

Este programa comenzó a implementarse en 1987, con una duración de cuatro años, y en el primero de vigencia se aplicó en un 97 por ciento. Resolver los problemas de financiación y gestión del dispositivo sanitario público; una vez que la situación económica y fiscal de España es favorable, le está siendo posible a nuestro gobierno dedicar mayor presupuesto a la asistencia sanitaria. Y consolidar equipos de gestión en todos los centros, dotándoles de medios humanos y técnicos y estimulando la formación de profesionales en este terreno.

Distinguidos Delegados —dije entonces, en aquella Asamblea—, somos conscientes de la dificultad que supone acentuar el énfasis en la prevención desde la atención primaria. Una vez que se ha alcanzado un nivel elevado de desarrollo económico, las demandas socio-sanitarias son crecientes y están ligadas frecuentemente a las nuevas expectativas de la tecnología. En unos casos, ésta es imprescindible, pero en otros, sus resultados son limitados. En muchas ocasiones, esas demandas deben atenderse desde los servicios sociales y no desde los sanitarios, aunque ésta distinción no sea siempre comprendida y aceptada por todos los ciudadanos. Todo esto constituye el problema central de las políticas de salud y asistencia sanitaria en naciones intermedias o muy desarrolladas. En el fondo se trata de articular los objetivos de calidad de vida para todos con los de equidad, eficacia y equilibrio presupuestario.

Y añadía entonces: por todo lo anterior, mi Ministerio está propiciando un debate social como el que se está produciendo en toda Europa, y que está en España en sus etapas más iniciales, sobre la dimensión futura posible de la asistencia sanitaria gratuita para todos, con prestaciones cada vez más sofisticadas, las demandas que deberán atenderse prioritariamente y la aportación privada, tanto a la financiación como a la oferta de servicios. El envejecimiento progresivo de la población española en la perspectiva de salud para todos en el año 2000 nos obliga a ello.

Para avanzar en las estrategias nacionales e internacionales de prevención de la enfermedad tendremos que involucrar a las políticas industriales, agrícolas, comerciales y de medio ambiente. Si, por razones económicas, empresariales o sindicales, no se adoptan medidas para mejorar hábitos de vida y de consumo de productos más saludables, nuestro trabajo se dificultará enormemente. Si no somos capaces de implementar políticas de medio ambiente propicias para la salud, no sólo pondremos en riesgo el equilibrio natural, sino, como en el caso anterior, dilapidaremos miles de millones de dólares en asistencia.

Aquí se acaba, señorías, el breve resumen de esa intervención en la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud.

Debo añadir dos objetivos adicionales más específicos de nuestro país y no incluidos en ese discurso: El desarrollo de la Ley General de Sanidad de forma consensuada a través de audiencias previas, como dije ya al principio, y seguir mejorando la coordinación con las comunidades autónomas, avanzando hacia la constitución del sistema nacional de salud, que comprenda también al sector pri-

vado, ya sea benéfico, cooperativo o societario, en una concepción flexible de lo que es un auténtico servicio nacional de salud.

A este respecto, dije en la jornada sobre coordinación general sanitaria, celebrada en mi Ministerio el pasado 24 de mayo de 1988, lo siguiente: El sector sanitario va encontrando, pues, poco a poco su articulación interna entre las Administraciones central y autonómicas, pero ¿está siguiendo un proceso similar respecto a otras Administraciones colindantes? En primer lugar, la coordinación con las Administraciones sanitarias provinciales y municipales, tradicionalmente buena, ha experimentado dificultades tras la reforma de la fiscalidad indirecta, que ha hecho disminuir los ingresos de las Diputaciones.

Por otra parte, la ajustada política de pago por conciertos derivada de las limitaciones financieras del sistema nacional de salud, no ha permitido compensar ese efecto hasta ahora. La consecuencia de todo ello, unido a la complejidad, cada vez mayor, de la gestión hospitalaria ha producido una tendencia a distanciarse de esos servicios por parte de estas administraciones, con riesgo de pérdida de capacidad asistencial de sus centros.

Está preparada una inminente actualización de las tarifas a pagar por el INSALUD, ya dictada por orden ministerial reciente, que es de esperar sea aplicada por otros entes gestores de las comunidades autónomas, por esos servicios transferidos, y que supondrá liquidar aquéllas con precios correspondientes a 1988 dentro de este mismo ejercicio por primera vez en mucho tiempo.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo apoya los estudios iniciados por el de Economía y el de Administraciones Públicas para paliar el esfuerzo financiero que el mantenimiento de centros hospitalarios supone para determinadas corporaciones provinciales. En todo caso, este departamento no estima que la transferencia al INSALUD o a los servicios de cada Comunidad Autónoma sea la única solución para estas dificultades financieras y de gestión hospitalaria. Por el contrario, creo que el mantenimiento de la actual titularidad garantiza el carácter no monopolista que debe tener el sistema nacional de salud.

Aun cuando va a ser objeto de una mayor pormenorización en el último día de estas Jornadas, no puedo dejar de hacer una pequeña reflexión sobre la necesaria coordinación de la Sanidad con otros servicios de Seguridad Social. Es común, dentro del sistema sanitario, referirse a la sobrecarga que representa para los hospitales terciarios, los de mayor tecnología y coste, la asistencia a enfermos necesitados de servicios especializados de carácter intermedio, propios de patologías menores o crónicas. También lo es destacar que los centros psiquiátricos o de larga estancia mantienen una alta ocupación de pacientes marginados sociales que están más necesitados de simple alojamiento que de cuidados médicos.

La interrelación entre los problemas de salud y las circunstancias sociales de cada individuo convierte la distinción entre servicios sanitarios y sociales en un debate público de plena actualidad en la mayor parte de los países desarrollados. Recientemente, el sociólogo francés

Alain Touraine reclamaba una discusión pública en regla sobre la función social del hospital. El peso de lo estrictamente sanitario en las prestaciones sociales y su articulación con las nuevas demandas de la sociedad. Esa petición es absolutamente procedente, también para nuestro país, carente de una red extendida de hospitales de cuidados intermedios, inmerso aún en la atracción irresistible del hospital terciario con una población que alarga su esperanza de vida y cuya proporción de ciudadanos mayores de 65 años pasará del actual 12 por ciento, al 15,5 ó 16 por ciento a final del siglo. Esto último hará que las estancias hospitalarias de personas mayores pase del actual 18 por ciento estimado, al 25 por ciento o más.

Las alternativas a esta situación, además de ser sin duda menos costosas económicamente, suponen una mayor satisfacción por parte del usuario en la mayoría de los casos y en enfoque más humano. La mejora de las prestaciones económicas, la atención domiciliaria con profesionales o voluntariado, la convivencia en grupos reducidos, ¿constituye una asistencia sanitaria o constituye una asistencia social? La experiencia de redes de residencias fuera de España puede servir de ejemplo de esta articulación de las políticas de bienestar social, hasta ahora poco coordinadas entre nosotros.

Lo expuesto, que no es más que un esbozo del ineludible debate pendiente sobre la interrelación y complementación de las actuaciones sociales, nos lleva a la conclusión de la gran importancia de establecer, no sólo mecanismos coordinadores de las Administraciones sanitarias entre sí, sino también con las distintas administraciones de servicios sociales. Para ello es preciso, a mi entender, que, en primer lugar, se reconozca la interdependencia y fronteras comunes entre esos servicios, aun cuando seamos conscientes que siempre existirán zonas difíciles de demarcar para, a continuación, establecer canales permanentes de comunicación y trasvase de la demanda. Posteriormente, habrá que definir conjuntamente objetivos y planes, para alcanzarlos. Las comunidades autónomas que tienen también bajo su tutela la gestión de estos servicios sociales aparecen aquí como la principal instancia de racionalización.

Para terminar, decía en aquellas Jornadas, quisiera en este momento hacer algunas reflexiones en voz alta sobre la coordinación que debe presidir la relación entre el sector público y el sector privado en materia sanitaria. Comenzaré recordando que la Constitución española, en su artículo 38, reconoce la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado. En el campo de la sanidad, este derecho aparece explícitamente recogido en el artículo 89 de la Ley General de Sanidad, que reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario. A continuación, la Ley pasa a regular el único mecanismo de relación existente entre el sector público y el privado en el ámbito sanitario, representado por la figura del concierto económico por la prestación de determinados servicios sanitarios. También pone énfasis la Ley en que, previamente al establecimiento de esa relación, las Administraciones públicas tendrán en cuenta la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios, lo que parece un objetivo obvio.

Por tanto, la relación entre el sector privado y el sector público debe ser de complementariedad y las prestaciones de la Sanidad pública son susceptibles de ser ofertadas también por iniciativa privada en régimen de concierto.

En momentos como el presente, para hacer frente al aumento de la cobertura y a la demanda creciente originada por ésta, hay que utilizar todos los recursos disponibles, tanto privados, como públicos. Sería inaceptable prescindir de unos recursos que pueden ser necesitados por el sistema por el hecho de que sean privados, especialmente si se trata de recursos cuya titularidad corresponde a entidades sin ánimo de lucro. Ahora, cuando el único debate sobre modelo sanitario que subsiste es el del modelo mixto, parece oportuno recordar los límites entre los tres tipos de entidades sanitarias existentes en la actualidad: las públicas, del sistema nacional de salud, las privadas concertadas en el sistema nacional de salud, y las privadas que desarrollan su actividad al margen del sistema nacional de salud.

Las públicas necesitan de una mayor convergencia, si bien en este terreno se han producido grandes avances, como ha sucedido con los hospitales clínicos, AISNA o los mecanismos de administración compartida. Su función no precisa, por lo demás, de mayor explicación.

El sistema privado concertado desempeña una clara función de utilidad pública. Su existencia se basa en el fundamento filosófico de la bondad y necesidad de proceder a la coordinación e integración máxima de todos los recursos disponibles, limitados, por otra parte, sin perjuicios ideológicos, siendo lo importante, por encima de todo, la calidad y el coste de los servicios que se ofrecen y no quien los presta.

En el tercer tipo de fuentes de servicios sanitarios, el de las entidades no vinculadas con el sector público, la Administración debe ser garante del libre ejercicio profesional y de empresa y, al mismo tiempo, debe encontrar las fórmulas en las que el sector público no limite su necesario desarrollo, aunque se mantenga dentro de límites financieramente razonables. Por otro lado, la coexistencia de los dos sistemas, público y privado, introduce un factor de competencia y comparación que puede actuar como estímulo positivo que mejore la calidad y eficacia del servicio prestado al ciudadano. En todo caso, lo que hay que evitar es la mezcla de ambos regímenes y que el sector público cargue con costes privados o transfiera al sector privado sus posibles insuficiencias fiscales.

Una política como la que el Gobierno propugna, basada en la utilización de todos los recursos disponibles, debe, asimismo, valorar y aprovechar al máximo la capacidad de gestión que se va creando en España. Esta capacidad y experiencia en la gestión puede provenir con validez del sector privado, beneficiándose el sector público de la misma, puesto que no se dice nada nuevo al recordar la dificultad que entraña en estos tiempos la gestión de cualquier servicio público, y mucho más el de salud, cuando la mejora de su eficacia y la defensa de su imagen no suele constituir el centro de las reivindicaciones que de él se dan.

Concluyendo, decía entonces, quisiera dedicar un último minuto a la coordinación entre administraciones sanitarias y profesionales del sector. La crisis del sector sanitario, fuera y dentro de España, debe ser inscrita, a nuestro entender, en un marco más amplio, el del cambio cualitativo y cuantitativo del sistema sanitario originado por la revolución científico-técnica, por el envejecimiento de la población y por la transformación radical de la demanda. No sólo cambia ahora el «status» de los profesionales de la salud y sus roles respectivos, sino la organización misma del trabajo, las exigencias de los ciudadanos, los objetivos de las administraciones y las estructuras de éste.

Este inevitable cambio tiene que ser canalizado entre las administraciones sanitarias y los profesionales conjuntamente. Para ello, los profesionales deben hacer un esfuerzo de coordinación interna, de reforzamiento y modernización de sus organizaciones representativas que son imprescindibles para su vertebración. En España las administraciones sanitarias apostamos por esas organizaciones profesionales y sindicales. Esto, sin embargo, no basta. Si aquéllas no se dotan de contenidos sugestivos y realistas, si no refuerzan su autoridad, carecerán de atractivo para sus miembros y no podrán cumplir esa función vertebradora.

Pocas actividades como la sanitaria están expuestas a demandas tan crecientes y tan diversas, están situadas en terrenos tan fronterizos con las políticas social, educativa, laboral, industrial, de medio ambiente o familiar. Pocas tienen, además, una dimensión y variedad interna tan grandes y están administradas por autoridades tan diversas.

Por esta razón, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico dice, en su reciente estudio «La salud, financiación y prestaciones, análisis comparado de los veinticuatro países miembros», en su capítulo I, que los servicios de salud aparecen como uno de los sectores más difíciles de controlar, gestionar y comprender. Cita, señorías, que, por cierto, un diario me atribuía ayer, cuando corresponde a la OCDE, como queda dicho.

En pocas palabras, pues —terminaba entonces—, hace falta aquí una gran voluntad de coordinación, de responsabilidad y de unidad entre todos los profesionales y responsables, por encima de las diferencias inevitables. Voluntad de canalización del conflicto a través del consenso hacia lo racional y lo posible.

Aquí concluía el extracto de mi intervención en aquellas jornadas. Habría que ver ahora, señorías, cómo se están materializando esas líneas en programas de trabajo concretos. Esto lo explicaron recientemente el Director General de Planificación Sanitaria y el Secretario General de Asistencia Sanitaria, en la Comisión de Sanidad del Senado, los pasados 18 de mayo y 8 de junio, respectivamente.

En ambas comparecencias, se aportó una detallada lista de tareas en curso de ejecución, entre las que voy a detallar las más relevantes, siguiendo la comparecencia del Director General de Planificación Sanitaria, señor Artells.

En el campo de la prospectiva y el análisis, realización

en dos escenarios: el de las enfermedades cardiovasculares en el año 2000 y el del envejecimiento en España y sus consecuencias para la demanda y utilización de los servicios asistenciales. La confección y puesta al día del balance de programas de salud de las comunidades autónomas.

En el campo de los programas de salud, creación de una comisión de seguimiento de programas de salud en el Consejo Interterritorial. Diseño y ampliación de los programas de educación sanitaria y promoción de la salud derivados del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer y el de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Diseño de los programas de educación sanitaria y promoción de la salud derivados del Plan Nacional de Prevención y Control de enfermedades Cardiovasculares y del Cáncer. Propuesta, seguimiento y evaluación de los convenios del Ministerio con el INSALUD, acciones sanitarias especiales que contempla. Programa de orientación familiar; programa de atención al embarazo en asistencia primaria; programa de diagnóstico prenatal precoz; programa contra la hepatitis B, iniciando en 1989 campañas de vacunación de colectivos que pueden estar expuestos a riesgo, además de los profesionales sanitarios. Programa de promoción de la salud bucodental, programa de reconocimiento del cuello uterino y mama.

Unificación del calendario vacunal y evaluación de la cobertura vacunal, extendiéndola a colectivos de marginados sociales. Seguimiento de los programas de salud contenidos en el Plan de Igualdad de la Mujer. Introducción de «currícula» de educación sanitaria en los programas de educación obligatoria, adaptado a cada nivel de edades y que podrá aplicarse experimentalmente en el curso 1988-89. Seguimiento y actualización del Plan Nacional de Hemoterapia. Estímulo a la donación de órganos, especialmente riñón, potenciando el Plan Nacional de Trasplantes. Diseño del Convenio de cooperación a medio plazo entre España y la OMS, con una firma prevista para principios de julio en Copenhague. Programa de asistencia en residencias y ayudas a domicilio a ancianos.

En el conjunto de actividades de planificación del sistema nacional de salud y desarrollo de la coordinación general sanitaria, debe destacarse: Elaboración del borrador de formación de los planes integrados de salud. Está previsto el próximo envío al Consejo de Estado. Elaboración de los criterios de coordinación sanitaria, que está pendiente de debate en el Consejo Interterritorial. Implantación de un conjunto mínimo de datos de alta hospitalaria y mejora de las estadísticas sanitarias y datos epidemiológicos. Está pendiente de ser llevado al Consejo Interterritorial. Estudio sobre las posibilidades del sector privado, su evolución y criterios para la coordinación y complementariedad entre el sector público y el sector privado. Está terminado y pendiente de publicación. Diseño y dirección de la nueva etapa de la Revista «Higiene y salud pública», con un número cero para finales de año.

Dentro del campo de actividades relacionadas con la planificación de recursos humanos, debe ser destacada la aportación del Ministerio de Sanidad y Consumo al nuevo «currículum» de la licenciatura en medicina. Realiza-

ción del plan de auditoración de los requisitos generales de centros acreditados para la docencia posgraduada de especialidades, dirigido al aumento del número de plazas MIR. Elaboración de los protocolos de auditoración de requisitos específicos para cada especialidad, como es lógico con carácter previo. Elaboración del borrador de decreto de especialidades y ciencias de la salud, en aplicación de la directiva comunitaria 86/457 de médicos generalistas. Investigación, basada en encuestas, sobre las características del paro médico, en colaboración con el Consejo de Colegios Médicos y programa de reducción, lo más rápida posible, del número de estudiantes de medicina. Establecimiento de un sistema normalizado de formación continuada de los profesionales en colaboración con los Colegios, las sociedades científicas y la Universidad, aparte de todos los programas que ya realizan estas entidades. Aplicación del Convenio, firmado por el Consejo de Colegios el 3 de junio de este año.

Desarrollo del Real Decreto 922, de especialidades de enfermería. Elaboración del decreto estableciendo un curso de nivelación para médicos de atención primaria y diseño del programa correspondiente, que también está muy avanzado y en fase de negociación con los interesados. Registro de actividades de formación continuada que se realizan en nuestro país. Diseño y material de formación continuada para médicos generalistas.

Dentro del bloque de la asistencia podría destacar, señorías, la elaboración del estatuto-marco, con un enfoque flexible que espero que apoyen todos los Grupos representados en esta Cámara. Para estudiarlo junto a otras cuestiones, se ha constituido, a principios del presente mes, la mesa sectorial que ha llegado a un acuerdo con las centrales sindicales, entre ellas UGT, Comisiones Obreras y CESIF, para estudiar a lo largo del verano éstas y otras cuestiones de carácter sindical, sin recurrir a ninguna medida de presión. El real decreto de ordenación asistencial prácticamente está acabado, abordando la regulación del área sanitaria, la libre elección de médico dentro de la misma y la coordinación entre la asistencia general y la asistencia especializada. La norma —probablemente decreto— para el régimen de colaboración de centros privados en el sistema nacional de salud, empleando el contenido del régimen de conciertos en un marco de planificación conjunta para el sector público y el sector privado.

La reforma de los servicios normales y especiales urgentes, que esperamos se pueda ejecutar en la segunda parte de este año. El plan para la introducción de una cartilla sanitaria individual dentro del contexto de la universalización de la asistencia, que esperamos pueda terminarse el año próximo.

Y dentro del área de farmacia, está prevista la terminación de la ley del medicamento, recogiendo las últimas sugerencias de profesionales del sector. La normalización de la situación de márgenes comerciales y precios de venta al público de especialidades y conciertos con distribuidores en fechas muy próximas, probablemente la semana que viene incluso. Y ampliación de todas las actuaciones dirigidas a conseguir un uso racional de medicamentos. Programa PROSEREME, comisiones de fármaco-vigilan-

cia, soporte farmacológico a la atención primaria, formación farmacológica a médicos, cambios en la publicidad de medicamentos, etcétera.

Como SS. SS. pueden comprobar, las líneas de actuación siguen siendo las mismas que se han explicado otras veces en esta Comisión. Se van detallando y explicando mejor al aplicarlas. Se van enriqueciendo con la aportación de las instituciones y los representantes de las profesiones sanitarias y están diseñadas y ejecutadas buscando el consenso y la colaboración del sector, así como la coordinación de todas las administraciones sanitarias. Y se están aplicando prudente y pragmáticamente.

Por supuesto, no se ven afectadas por cambios en el equipo o declaraciones que no persiguen sino que introducen en nuestro país el debate que se está llevando a cabo en toda Europa, partiendo de lo previsto en la Ley General de Sanidad y concretamente en el artículo 79 c), que sin duda recuerda perfectamente la señoría interponente.

Ese artículo dice textualmente: Capítulo V, de la financiación. Artículo 79: la Financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a: a) Cotizaciones sociales; b) Transferencias del Estado, que abarcarán la participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social; la compensación por la extensión de la Asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos; la compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las corporaciones locales en el sistema nacional de salud; c) Tasas por la prestación de determinados servicios; d) Por aportaciones de las comunidades autónomas y las corporaciones locales.

Para terminar, señorías, subrayando mis afirmaciones en Ginebra ante la Organización Mundial de la Salud acerca del contenido de ese debate social que se debe llevar a cabo también en España, puedo aportar también las palabras públicas de otro de mis colaboradores, las del Secretario General de Asistencia, en las Jornadas de Coordinación Sanitaria antes citadas. Dice así: Sí merece un comentario especial uno de los aspectos claves para el sistema nacional de salud: la universalización de la asistencia. No solamente por su importancia intrínseca, sino por culminar el esquema de protección sanitaria de los españoles. Se trata de acometer en un esquema no monopolista y con participación privada la universalización de la asistencia sanitaria pública, aún no concluida por el mantenimiento de la beneficencia a cargo de las Diputaciones. Esquemáticamente se puede interpretar que la Ley General de Sanidad contiene dos conceptos de universalización: uno cuantitativo, extensión de la cobertura a todos los españoles sin recursos económicos; otro, cualitativo, aumento sin límites de las prestaciones que el servicio da gratuitamente en el momento del uso a todos los ciudadanos. Sin querer entrar en un juego de palabras —decía el señor Arrojo—, esta concepción cualitativa de la universalización es causa de que los propios ciudadanos no tengan una idea precisa de cuáles son las prestaciones de la asistencia sanitaria pública. No se conoce bien el servicio que se da y su contenido exacto. En la ma-

yoría de los casos se piensa que lo cubre todo. Se desconoce su financiación y, en estas circunstancias, no es posible que el ciudadano establezca la relación entre el coste de su mantenimiento y el esfuerzo que como contribuyente, trabajador o empresario, realiza.

Parece lógico intentar alcanzar el cumplimiento del derecho de asegurar a todos los españoles unos servicios suficientes de asistencia sanitaria por parte del Estado y de la Seguridad Social y, a la vez, abandonar la política de crecimiento no planificado de los servicios y prestaciones, cada vez más marginales y sofisticados, ofrecidos al ciudadano.

En definitiva, debemos trabajar por un servicio público de contenidos y prestaciones naturalmente limitadas —no debemos olvidar su importantísima extensión actual— que se presta mejor extendido a todas las personas, cuya renta no les permita subvenir a estas necesidades.

El límite de las prestaciones que el servicio debe dar en cada momento tiene que establecerse con precisión y deben ser los propios ciudadanos y sus representantes populares quienes determinen su evolución. Como cualquier servicio público financiado con impuestos o cuotas, su profundidad o desarrollo dependerá de las decisiones de qué esfuerzo fiscal es deseable para un determinado nivel de gasto.

Como final, señorías, para incitar a la señoría interponente a la participación en este debate, al que contribuirá, sin duda, con acierto y viveza, le ofrezco toda la bibliografía y documentos de que dispone el Ministerio de Sanidad y Consumo, comenzando con el número 12, de «Papeles de gestión sanitaria» dedicado a este asunto, el estudio de la OCDE sobre financiación y prestaciones en el campo de la salud antes mencionado, y la 14.ª edición, de 1 de julio de 1986, última que existe, de los cuadros comparativos de los regímenes de Seguridad Social, elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

¿Grupos Parlamentarios que quieren hacer uso de la palabra? (**Pausa**.)

Por la Coalición Popular, tiene la palabra la señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Ministro, agradezco su presencia hoy aquí en esta Comisión y la oportunidad que nos brinda para aclarar algunas dudas que nosotros, como Grupo Parlamentario, tenemos.

Le agradezco toda la exposición que nos ha hecho del programa que piensa llevar a cabo en el Ministerio de Sanidad y Consumo, pero, sobre todo, quería traer hoy a esta Comisión la última parte de su intervención, que es la que nos está suscitando más dudas y más preocupaciones, ya que se contraponen un poco ciertas cosas que se han leído últimamente en la prensa como una aseveración que acaba usted de hacer en esta Comisión, diciendo claramente: salud y atención para todos, y unas declaraciones que vienen hoy en la prensa, atribuidas a usted, en las

que dice que la sanidad va a cubrir en breve plazo al 100 por ciento de los españoles.

En un informe previo a la tramitación parlamentaria de la ley del medicamento, que presentó a la consideración del Consejo de Ministros y del que se ha hecho eco la prensa abundantemente, usted hizo unas afirmaciones en el sentido de que en el texto del proyecto, que en su día presentará la Cámara para su debate, se persigue promocionar la utilización de nominaciones comunes internacionales y restringir el uso de marcas comerciales para facilitar el empleo en medicamentos químicos, al tiempo que se faculta al farmacéutico para sustituir marcas comerciales que se refieran a productos iguales. Además, se apuesta por una financiación pública preferencial que permita no pagar con fondos públicos medicamentos que no son de primera necesidad o que son más caros que otros igualmente disponibles en el mercado.

Yo no sé si usted se habrá parado a considerar la importancia que tiene esto para la investigación y la cortapisa que va a suponer para la misma, porque efectivamente hay productos en el mercado que son iguales más o menos en composición, pero a lo mejor en uno el coste final lleva incluido los gastos de investigación, que han supuesto una pequeña variación que hace que los efectos secundarios sean distintos.

Además, en unas recientes declaraciones, usted ha respetado estas líneas, haciéndolas extensivas a algunos servicios médicos. Alrededor de estas declaraciones, que a nosotros nos parecen preocupantes, han surgido múltiples interpretaciones y cabe llegar a conclusiones muy peregrinas. Estamos de acuerdo en la falta de racionalidad en el consumo de medicamentos en España; se hace un abierto abuso de medicación, pero esto, que es un problema de educación sanitaria, no tiene por qué ser traducido en una restricción subjetiva de los medicamentos y de la dispensa de servicios médicos, estableciendo, en la práctica, una clara discriminación en razón del poder adquisitivo del enfermo, lo que hará que existan enfermos de primera y de segunda, según su cuenta corriente, y abre, asimismo, la posibilidad de una lucha entre los laboratorios por hacerse con el control del mercado del medicamento.

Estas declaraciones que usted ha hecho me suscitan una preocupación más: ¿qué criterios se van a seguir para determinar qué medicamentos son de primera necesidad, qué enfermedades, qué intervenciones quirúrgicas han de costearse por la Seguridad Social y cuáles son las que se tienen que pagar o costear los propios enfermos; si es una extracción dental, si va a ser un otitis; qué es lo que va a ser, a cuenta de quién y cuándo, de la Seguridad Social o del propio usuario.

Ustedes están muy orgullosos de la cobertura de la Seguridad Social; dicen que en estos momentos cubre ya al 90 por ciento de los españoles; como le digo, el titular del periódico «ABC» de hoy dice que, en breve, esa cobertura va a ser del 100 por ciento. Yo me pregunto de qué vale que la Seguridad Social cubra al 90 o al 100 por ciento de los españoles si no abarca la totalidad de los supuestos de enfermedad; ¿supone esto un primer paso para la privatización de la Seguridad Social? Tal como han sido

hechas estas declaraciones, cabe pensar que aquellos que dispongan de un mínimo de posibilidad económica tendrán que buscar en la medicina privada las soluciones que le niega la Seguridad Social, que quedará exclusivamente para aquellos enfermos que no dispongan de medios económicos.

Con todo respeto, señor Ministro —sabe que yo respeto mucho y que mi Grupo siempre procura estar en colaboración con el Ministerio en aquello que afecta a todos los españoles—, nos parece una medida antisocial, impropia de un Gobierno socialista; y yo le anuncio que mi Grupo nunca estará a favor de estas medidas.

Las demoras de la sanidad y las colas que esto conlleva, los costos que se derivan de la atención a los enfermos, no es de recibo que ustedes quieran disminuirlas a costa de limitar las prestaciones justamente en las capas más débiles de la sociedad, puesto que obviamente quienes tengan medios económicos se buscarán la atención en otra parte.

Creo que una mejor gestión, una racionalización de los servicios y del gasto, una adecuada información y una educación sanitaria podrán paliar estas cosas que están ahí y que, efectivamente, suponen un gasto enorme para la sanidad. Vamos a arreglar las cosas de otra manera y no quitando el chocolate al loro cuando los gastos son muchos, porque de esa manera no arreglamos el problema.

Tengo un montón de preguntas que hacerle hoy, pero por el tiempo de que dispongo me limitaré a hacerle unas cuantas, para que usted, si es tan amable, nos las conteste. ¿Cuál es el motivo por el que usted tiene intención de hacer que ciertos servicios médicos y medicamentos sean pagados directamente o en su totalidad por los enfermos y pacientes? ¿Cuáles son los servicios médicos a los que se refería usted cuando en dichas declaraciones afirmó su intención de hacer que aquéllos sean directamente o en su totalidad pagados por los particulares? ¿Qué medicamentos considera el señor Ministro que son de primera necesidad? Y aquí sí que hay, para mí, una auténtica preocupación: ¿qué criterios van a seguirse? Usted sabe que, por ejemplo, hay enfermedades, inmunodeficiencias congénitas, que requieren para su tratamiento sueros humanos que son de alto costo. ¿Estos costos los va a asumir la Seguridad Social o van a ser tratamientos de lujo que se los tiene que costear cada uno? ¿O es la aspirina lo que ustedes consideran como universalmente común para todos? Esto me suscita una gran preocupación. ¿Cuáles son los medicamentos de primera necesidad y qué considera usted como primera necesidad? Depende de la enfermedad y del momento lo que sea primordial o de primera necesidad para determinados enfermos.

Por último, ¿a qué cantidad ascenderá el ahorro que para la Seguridad Social supondrá la adopción de las medidas que ustedes están diciendo?

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: En primer lugar, quiero agradecer a la Diputada de la Democracia Cristia-

na haber planteado la conveniencia o necesidad de esta comparecencia. Si como dice el señor Ministro, está propiciando un debate social, me parece que es una contribución importante a ello la solicitud de esta comparecencia. Por supuesto, también quiero agradecer al señor Ministro su comparecencia.

Dicho esto, inicio mi comentario con lo primero que ha dicho el señor Ministro: las líneas no han cambiado. Naturalmente, decir que las líneas no han cambiado no significa que no vayan a cambiar, eso está claro, pero creo que a lo que se refiere cuando dice que no han cambiado es a que no hay nada nuevo que comentar, ni objetiva ni subjetivamente; el señor Ministro está de acuerdo con ello. Objetivamente, porque es consciente de que la política del Partido Socialista, en lo que a materia de sanidad se refiere, desde el año 1982, es calificada como de política fracasada, y, por tanto, ése es el punto de partida para pensar que es necesario introducir modificaciones sustanciales en esa política. Y subjetivamente, porque me parece que el señor Ministro, que ha realizado una loable modificación de sus criterios (una adquisición realmente satisfactoria para quienes nos preocupamos por estos temas desde hace muchos años) de la complejidad de la sanidad; ha abandonado lo que yo he calificado muchas veces de convencionalismos ideológicos para centrarse realmente en los problemas que, en muchos casos, de modo subyacente, son los que dominan y gobiernan esa complejidad; el señor Ministro no puede, digo, desde el punto de vista subjetivo, pensar que no ha cambiado nada y que nada va a cambiar.

Lo que pasa es que yo creo que hay dos razones por las cuales el señor Ministro se manifiesta de este modo. La primera, porque, naturalmente, quiere dar la impresión de que la política del Gobierno socialista en sanidad ha sido buena y que una de las, digamos, bondades de la misma es que conduce a este cambio. Es decir, trata de relacionar las modificaciones que está dispuesto a introducir con la política anterior, como si fuera consecuencia de la misma, lo cual es legítimo pero no se acomoda a la realidad. La otra razón está en la necesidad que tiene de que determinados sectores, que yo no voy a definir ahora donde se ubican, acepten este cambio, sin que se pueda presentar en términos de ruptura o de brusca aparición de una nueva política.

Dicho esto, con el fin de comprender la situación o de manifestar nuestra comprensión de la situación y entender en qué medida es necesario propiciar un debate social o nacional sobre la sanidad (este Diputado lo dijo en un pleno de la Cámara hace ya tiempo), está agotado el modelo y es necesario entrar en un debate nacional para encontrar una sustitución a lo que en aquellos momentos se planteaba como política sanitaria.

Comentado el inicio de la exposición del señor Ministro, no voy a entrar en la valoración de la intervención del señor Artells, a la cual él se ha referido de un modo muy singular, y no lo hago no porque no contenga muchísimos aspectos importantes que es necesario considerar en el futuro, sino porque faltan otros, y probablemente esos otros que faltan es porque es necesario definir pri-

mero ese cambio al cual tanto el señor Ministro de un modo, digamos, encubierto, y yo de un modo más franco, nos estamos refiriendo.

Voy a ir ahora a algo que ha leído y que psicológicamente me parece que lo ha hecho de un modo muy rápido, y que es lo que dice en la Asamblea: la aportación privada, tanto en la financiación como en la presentación de servicios. Ahí está la clave del asunto; yo creo que ahí es donde se centra el debate planteado; cuando habla de la aportación privada en la prestación de servicios; no tenemos ninguna duda. Hay quienes, como ha dicho el señor Ministro, están centrando el debate del sistema mixto exclusivamente en ese aspecto, en la presentación de servicios; no es ése nuestro problema. Nuestro problema respecto a ese tema está zanjado hace mucho tiempo y no hay ninguna razón para que la prestación de servicios no sea, incluso, mayoritariamente aportada por el sector privado. El propio señor Ministro lo dice: la calidad y coste de los servicios que se ofrezcan y no quienes los prestan es lo que debe definir; de modo que estamos de acuerdo.

Otro aspecto, la financiación, ¿cómo va a ser esa financiación privada? Yo no estoy pidiendo al señor Ministro que se defina ahora, porque si debe haber debate no le podemos pedir que anticipe los contenidos del mismo, pero sí deseo señalar cómo va a ser esa financiación. Nosotros ya lo hemos señalado y se nos han dicho cosas variadas acerca de que en el año 1986 ya nos pronunciamos en los términos de que de algún modo el usuario, probablemente en relación con su nivel de renta, debía participar en la financiación de algunos de los costes de la sociedad, utilizando la Ley General de Sanidad a través de su artículo 79 o no; lo que había que hacer, en resumidas cuentas, era eso. Pero como hay otras posibles formas de que la aportación privada se convierta en financiación de la sanidad, habida cuenta que la universalización está determinada por el artículo 43, o así lo entendemos todos, y habida cuenta de que los recursos son finitos cualquiera que sea la participación en el PIB, sea el 6, sea el 5, sea el 7, ahí es donde radica el problema. Yo le pediría al señor Ministro, si está en condiciones de hacerlo hoy, que nos diera alguna pista más acerca de cómo entiende él que debe ser esa participación privada. ¿Cómo sucede en la educación, por ejemplo, a la hora de pagar la matrícula en una determinada universidad? ¿Acepta el señor Ministro la doble, digamos, fiscalidad?

¿Entiende que las cosas deben seguir todavía mucho tiempo en la forma actual? Hablemos de universalización; sabemos que la calidad es mala pero los pacientes no protestan, si acaso protestan los médicos y parece que ahora están pacificados. Continuaremos con la situación que va a haber siempre de un porcentaje importante de ciudadanos que, por disponer de unas condiciones económicas mejores, van a acudir por la vía del seguro privado a garantizarse una salida supletoria y, mientras tanto, vayamos, poco a poco, introduciendo medidas más o menos puntuales —como se dice ahora— aquí y allá. Y así vamos a ir tirando hasta ver cómo se va aceptando de forma paulatina nuestra propuesta que no queremos definir inicialmente de un modo claro.

Lo que solicito en estos momentos es la máxima claridad posible, y digo posible porque creo que puede haber razones y dificultades para plantearla hoy.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Por el Grupo Parlamentario de Minoría Catalana, tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Ministro, le agradezco su comparecencia en esta Comisión para explicar las líneas generales de su política sanitaria.

Confieso que no he sabido ver ninguna novedad en su exposición. Lo que nos ha dicho hoy lo había dicho ya en otras comparencias. Confieso también que creo que el debate iba a ir por otros derroteros y añado a esta confesión que soy realmente pesimista ante este tema. Lo he sido siempre, pero ahora quizá lo soy un poco más porque estoy viviendo unas realidades de mal funcionamiento de la sanidad en nuestro país. Parece que cuando le toca a uno de cerca, estos sentimientos se acentúan.

Mi intervención va a ser corta, pero ya de entrada le aviso que es pesimista. Yo creo que hoy íbamos a hablar de la necesidad de mejorar algunos servicios y que íbamos quizás a entrar en la vía de la privatización de algunos servicios, los que la Seguridad Social se ha mostrado incapaz de mejorar. Por ahí podríamos quizá buscar alguna solución para los problemas que están afectando a los ciudadanos de nuestro país.

Pero la verdad es que el ciudadano, el hombre de a pie, esas personas que vemos por la calle, esos amigos que nos votan o que nos critican, tienen una percepción de la Seguridad Social por la que consideran que los ambulatorios son masificadores y que los hospitales siguen teniendo esa terrible lista de espera para resolver problemas a veces muy graves y a veces menos graves; esto es lo que percibe el ciudadano y, sinceramente, yo no veo que en este debate ni en algunos otros estemos afrontando este problema, que es del ciudadano de la calle, del que nos vota, del que nos sustenta y al que nosotros estamos diciendo que servimos. La verdad es ésta. La verdad es que un paciente con enfermedad coronaria lleva dos meses en una lista de espera; le han avisado que estará aún dos meses más, con la gravedad de su enfermedad que va en aumento. La verdad es que un ciudadano de Mallorca llegó a un hospital para operarse ayer por la mañana, no se le daba ingreso y se murió mientras se hacían las gestiones para ingresarlo, con la oposición de los servicios administrativos del hospital, porque parecía que la cosa no era tan grave. Era tan poco grave que se murió.

Pero, sustrayendo la parte emotiva que me puede estar afectando hoy en esta intervención, no deja de ser auténticamente cierto que lo que digo es lo que perciben los ciudadanos de la calle y a esto es a lo que deberíamos responder. Y si eso hay que hacerlo por la vía de privatizar algunos servicios, seamos valientes y hagámoslo. Hay instituciones privadas, que todos conocemos que, previa percepción de una cuota, dan libertad a sus asociados para que la asistencia sanitaria la tengan allá donde quieran. Y hay muchos ciudadanos que están pagando dos y tres

servicios sanitarios, el de la Seguridad Social por obligación y el de una entidad sanitaria privada, por otro lado, para garantizar un mínimo de calidad en su asistencia; pero esto no lo estamos afrontando. Y no acuso por ello ni al Ministro, ni al Partido que sustenta al Gobierno ni al Gobierno. Me autoacuso y acuso a la Cámara y a todos de que no somos capaces de ser eficaces en afrontar de verdad los problemas que tiene la sanidad.

No sería bueno que, en esta línea de privatizar algunos servicios de una manera encubierta se encarecieran una vez más los servicios de los beneficiarios de la Seguridad Social con el incremento del importe de las medicinas o con la imposición de una cuota por asistencia sanitaria. No sería bueno que estuviésemos en realidad camuflando un incremento del costo ya brutal de la Seguridad Social para el ciudadano y para los empresarios.

Yo creo que el debate de hoy iría más en esa línea, pero como mi estado de ánimo no es precisamente muy alegre, acabo aquí mi intervención rogando al Ministro que en la medida de lo posible, afrontemos los problemas de verdad, los problemas de fondo, sin buscar protagonismos de ningún género, de la reforma de la Seguridad Social de nuestro país de una vez por todas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Por la Agrupación de la Democracia Cristiana, tiene la palabra la señora Salarrullana.

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Muchas gracias, señor Ministro, por su comparecencia.

La verdad es que llevo una temporada en que no acierto nunca con los miembros del Gobierno. El otro día, un compañero suyo me amonestaba amigablemente por hacerle las preguntas de un modo ambiguo porque decía que no sabía cómo contestarme, ya que después yo salía con otra matización. Cuando hice la petición de su comparecencia me propuse ser muy concreta sobre lo que quería que me explicara, pero hoy el Ministro me ha salido con un montón de detalles que, efectivamente, como dice el señor Hinojosa, ya conocíamos, y que no eran verdaderamente el fondo de lo que yo quería para esta comparecencia.

En la línea que manifestaba el señor Revilla, representante del CDS, también le voy a decir que sus primeras palabras son las que me dan pie para continuar. Usted ha dicho que las líneas de su política sanitaria —y eso sí estaba en mi petición de comparecencia— no han cambiado. Pero yo quiero ir más allá que el señor Revilla para decirle que las líneas de la política sanitaria sí han cambiado y lo han hecho sustancialmente. Y por ese cambio, y para que vea que no todo es crítica, le voy a felicitar. En ese cambio, hemos oído algo tan nuevo respecto a la política sanitaria socialista de 1982 hasta hoy como la necesidad de un debate social cuyo ideal sería que desembocara en un gran pacto nacional sobre la sanidad, como la necesidad de la coordinación con todas las demás Administraciones y con todos los demás centros hospitalarios, como la necesidad de un sistema mixto de salud que incluyera todos los recursos del sector público y del sec-

tor privado. Me parece que todo eso es muy importante. Pero si el señor Ministro quiere que nosotros digamos también que no han cambiado sus líneas para que se queden más conformes quienes podrían protestar de eso, nosotros lo decimos, pero aquí reconocemos que esas líneas han cambiado y bajo el punto de vista de la Agrupación de la Democracia Cristiana han cambiado en el terreno de la política, dicho en el buen sentido.

Vayamos al terreno de la práctica. El otro día, en uno de los múltiples viajes que hago, estaba yo leyendo a Quevedo —lo que es siempre gratificante cuando nos llevan los ferrocarriles por ahí traqueteando, porque uno se transporta a aquellas fechas— y leí algo que me dije que me podía servir para hoy. Después de oír al señor Ministro, todavía me sirve más. Decía Quevedo que el tiempo perdido fue casado con la ignorancia y tuvieron tres hijos que son: no sabía, no pensaba y no miraba. No sabía porque no consideraba lo pasado, no pensaba porque no atendía a lo porvenir y no miraba porque ni siquiera veía lo presente.

Yo quería decirle al señor Ministro que en estos momentos, después de sus afirmaciones de hoy, pienso que ha matado ya a dos de sus hijos: a no miraba, porque sí que ha contemplado el pasado y lo está rectificando y a no pensaba, porque estoy convencida de que está viendo el futuro. Pero el que está todavía muy vivo es no sabía, que es el que contempla el tiempo presente. Porque todo lo que nos ha dicho el señor Ministro no tiene nada que ver con lo que hoy es la sanidad española y sus problemas. Creo, en contra de muchas de las cosas que hoy le hemos oído, que incluso se va a agravar esa situación.

Y yo le hago unas preguntas muy simples, tan sencillas como decir: si la Seguridad Social que pago, que paga cualquier español no me va cubrir la asistencia, ¿para qué la pago? Segunda pregunta: si la Administración no puede asegurarme la asistencia sanitaria total, ¿por qué me obliga a pagar esa asistencia? Con lo cual, se cambiaría todo el esquema de la Seguridad Social española.

Pero las consecuencias de estas dos preguntas son también muy sencillas: todos los meses, a un ciudadano español le detraen obligatoriamente de su nómina una cantidad de dinero para asistencia sanitaria. Pero cuando llega el momento en que necesita esa asistencia sanitaria —que está pagando aunque no la necesite—, resulta que le dicen que es posible que una parte, por lo menos, la tenga que pagar. Y dada la situación de la sanidad hoy, si quiere que le atiendan pronto y bien, y si puede económicamente, tiene que recurrir a la asistencia privada. Creo que Perogrullo se sentiría satisfechísimo si se encontrara aquí en estos momentos, porque todo es una absoluta perogrullada.

El señor Ministro también se siente muy satisfecho cuando dice que el Gobierno está invirtiendo mucho dinero en sanidad. De acuerdo, pero cuando el señor Ministro está invirtiendo más dinero en Sanidad y las consecuencias son que la sanidad está tan mal, hay que ponerse a pensar, en el tiempo presente, cómo se está invirtiendo ese dinero. Porque hay una encuesta reciente que dice que el 50,3 por ciento de los españoles denuncian el

año 1987 como un año sanitario negativo; el 34,8 dice que es un año indiferente, y sólo el 8,8 por ciento de los españoles declaran que, en el mundo sanitario, es un año positivo; seis de cada 10 españoles rechazan la gestión de los actuales responsables del Ministerio y hay más de 40.000 médicos en paro, mientras están aumentando las listas de espera. Aunque no se publiquen sabemos que aumentan, porque estamos viéndolo todos los días. Como el caso de un señor que se lleva una alegría tremenda cuando el 14 de mayo le dan un número para una consulta de alergia de un hospital de Madrid y se lo dan para el día 17; el hombre vuelve a casa encantado y cuando ve la fecha resulta que es para el 17 de mayo del año siguiente. He leído yo ese papel, señor Ministro.

Hay un desconcierto todavía mayor en el personal sanitario; hay una masificación en las consultas de los servicios de urgencia; hay quirófanos cerrados por falta de anestesista; los centros de salud no tienen completa su plantilla de especialistas; hay españoles que pagan dos veces su asistencia sanitaria, el 8 por ciento de los españoles y esto no es un dato mío sino que esa cifra está tomada del informe sobre el programa de cooperación de España con la OMS.

En el informe del Defensor del Pueblo, también se habla repetidamente de la falta de protección de los derechos del paciente; las plazas de los geriátricos son prácticamente inexistentes, y el señor Ministro nos acaba de asustar más todavía diciendo que el 18 por ciento de las necesidades de asistencia geriátrica se van a convertir por el aumento de la población, si no he tomado mal la nota, en un 25 por ciento.

El Ministro sigue diciendo, en unas declaraciones muy recientes, que la sanidad es como una familia de clase media y que hay que administrar muy bien sus recursos. Esta Diputada, que sí pertenece a la clase media y que tiene que administrar unos recursos para mantener una familia de clase media, piensa lo que sería de su familia si administrara esos recursos como los administra hoy el Ministro de Sanidad.

También se está hablando de posible creación de hospitales intermedios para enfermos menores. Señor Ministro, yo le pediría que no haga nada nuevo hasta que funcione lo que hay. Hay suficientes recursos y —usted lo ha dicho muy bien— la solución sería el aprovechamiento de todos ellos. Hay suficientes recursos para que funcione, pero lo que tiene que funcionar es la cadena en conjunto, los diversos eslabones de la cadena. Si el primer eslabón, que es la atención primaria, está deficitario, si en el primer eslabón faltan especialistas, si muchos centros de salud que se han inaugurado a bombo y platillo no pueden funcionar porque no tienen aparatos o médicos, no puede funcionar el segundo eslabón y, por supuesto, se masifica y se desconcierta totalmente el funcionamiento del tercer eslabón, que son los hospitales generales.

En resumen, diría que estamos pagando la Seguridad Social más cara de Europa, es posible que vaya a serlo todavía más, pero es la que menos prestaciones da.

Estoy completamente de acuerdo en ese pacto social, con ese pacto nacional, como quiera llamarlo el señor Mi-

nistro. Tan completamente de acuerdo que hoy mismo citaríamos a todas las fuerzas sociales y a todos los estamentos implicados para que nos dedicáramos el verano, aunque no tuviéramos vacaciones, a la consecución de ese pacto nacional sobre la sanidad, porque a bandazos no se puede gobernar.

El señor Ministro —y ha utilizado una frase muy curiosa que he anotado—, al hablar de que quizá fuera posible que se llegara a pagar una tasa por la asistencia sanitaria, ha dicho: Esto ha sido sólo para introducir un debate. Estas introducciones de debate producen, señor Ministro, unos problemas y unas consecuencias tremendas.

A todos los españoles, a los que estamos en tareas políticas, a los que están como profesionales en el mundo de la sanidad, a los que sufren como pacientes —como decía en estos momentos el señor Hinojosa, que debe estar sintiéndolo de cerca—, a los que sufren lo que es tener que depender de esos servicios a todo el mundo esas introducciones nos dejan sin saber por dónde se va a salir. Lo que necesita es una política seria, una línea clara. A mí me da igual que se diga que no ha cambiado o que sigue cambiando la línea anterior. Lo que yo quiero es que haya algo serio, firme y constante que haga que verdaderamente todos los proyectos que ha mencionado el Ministro, todo lo que ha leído ante la OMS, todo lo que ha leído en las reuniones que aquí ha tenido, todo eso se corresponda con el hoy de la sanidad española. Ahí es donde yo observo un desfase increíble, porque es como si usted propusiera un mundo y el que hoy existe en la sanidad española fuera otro absolutamente distinto.

Nada más.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Correas Parralejo): Gracias, señora Salarrullana.

Por la Agrupación de Diputados del Partido Liberal, tiene la palabra el señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Gracias, señor Presidente.

Señor Ministro, cuando hizo usted aquí su primera aparición en esta legislatura, me parece que fui el único representante de un grupo —todo el mundo muy cortés le dio su confianza— que no se la concedió. Ahora tengo un auténtico problema: que hoy, pasado un tiempo y después de estudiar y leer todo lo que usted y su equipo hacen, después de asistir a todas las conferencias, he de decir que me equivoqué y que le doy mi confianza. Le doy mi confianza en lo que usted y su equipo dicen y escriben, no así en los resultados de ese trabajo.

Usted viene hoy aquí a hablar de ciertos criterios realistas y propone un pacto social. Yo creo que ya lo hemos propuesto todos y hemos llegado a más. Hemos llegado a decir en el Parlamento que no sólo un pacto social, sino también un compromiso político, las dos cosas en conjunto. Sin embargo, en todo esto, que son muy buenos papeles, no de abandono sino de desarrollo en aquellos aspectos que había que desarrollar, que era todo lo relacionado con la integración, dentro de un sólo sistema, de todo lo existente dentro del mundo sanitario, usted ha utiliza-

do la expresión, que no se puede apropiarse, porque ya la venimos empleando hace mucho tiempo los demás, de que hay que utilizar todos los recursos existentes. ¿En dónde nos encontramos en el momento actual? En una disociación para mí espantosa e imagino que también para usted. Pero alguien tiene que tener la culpa de todo esto.

Hablamos de calidad en la asistencia y usted nos plantea hoy dos disyuntivas realistas. Una de ellas es la calidad de los servicios sanitarios que están prestando los centros al enfermo que recibe asistencia. Estoy de acuerdo en que ésta es perfecta e inmejorable. El enfermo que consigue recibir una asistencia está tratado por unos profesionales magníficos, pero luego toda su familia, su entorno y él cuando sale están insatisfechos por el trato social que paga y que recibe. ¿Qué habría que añadir más costo para que este ámbito social fuera mejorable y que este costo tendría que pagarlo el ciudadano? Estaríamos de acuerdo, pero siempre y cuando todo ciudadano que pagara su asistencia pudiera ejercer ese derecho a recibirla. Pero es que, señor Ministro, hoy no se tiene derecho a recibirla, porque no hay suficiente dispositivo estatal para dispensarla. Se hace un esfuerzo desde el Ministerio —perfectamente de acuerdo— y se propone un gran debate. Admitimos, ya se lo he dicho, el debate, pero ¿qué es lo que percibe ahora mismo, en la materialización de todas las ideas, el ciudadano? Que hay una medicina a la que acceden los ricos, a la que acceden los que tienen algún enchufe, que es una medicina de instituciones, de clínicas privadas, llámense Ruber, en Madrid, llámense Puerta de Hierro, llámense la Concepción; donde no hay que esperar, porque se puede pagar, y otros sitios en donde hay que esperar, porque no se puede pagar más. ¿Qué es lo que perciben los médicos que trabajan en el sistema público? Perciben el peso de la provincia a través de los directores provinciales; que en los ambulatorios se les obliga a integrarse más o menos subrepticamente. A los ciudadanos que estaban adscritos a un médico, por la guía telefónica se lo cambian y les dan un médico de cabecera distinto; luego no se puede hacer la elección de médico, como ustedes proponen. Resulta que en los hospitales se ha ampliado el número de médicos que trabajan en el sector hospitalario por la integración de los ambulatorios a los hospitales, pero de los ayudantes de equipo, porque los jefes normalmente no han ido a esta integración, y hoy vemos que las listas de espera de todos estos ambulatorios no es que existan, ya ni se anotan porque no tienen quien les ayude, y por lo tanto tienen que ir necesariamente al hospital. Entonces, los conciertos con las clínicas privadas son casi inútiles, puesto que la gente que antes, con concierto, trabajaba en las clínicas privadas, ya no puede. El ciudadano está percibiendo, como decía muy bien mi antecesor, dos mundos completamente diferentes, el que usted propone, que creemos que está en una buena línea, y el que realmente recibe.

Junto con todo esto tenemos encima la amenaza europea, amenaza en el sentido de que hay muchos países que tienen unos seguros completamente privados o complementarios de su Sanidad. Los ciudadanos europeos, cuando lleguen a España, dentro de esa integración, no

van a tener un sitio donde poder recibir, cuando menos, el mismo nivel asistencial que aquél por el que están pagando en su lugar de origen. Habrá que empezar a adecuar también las estructuras; como me imagino que es la intención última de su Ministerio, cuando empiecen a circular los profesionales, con la libertad de circulación. Ha hecho usted referencia a los médicos en paro y resulta que van a serlo para siempre, porque en 1992 no nos va a dar tiempo de tenerlos preparados en servicios de especialistas.

Estamos de acuerdo con la complementariedad entre el servicio público y el privado, estamos de acuerdo en que los profesionales deben coordinarse dentro de sus órganos, pero también ha de admitirse que si la descoordinación existe entre los órganos representativos de los profesionales, esta misma descoordinación existe también entre sus ideas a nivel de Madrid y sus ideas a niveles provinciales.

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

El señor **ESPASA OLIVER**: Señoras y señores Diputados, señor Ministro, por razones ajenas a mi voluntad no he podido asistir a la primera parte de esta Comisión. Por lo tanto, mi intervención, mi posicionamiento y, en la medida de lo posible, mi demanda de mayor clarificación política serán necesariamente muy genéricas, pero creo que no por ello menos importantes.

Creo que el debate que hoy le trae aquí, señor Ministro, que ha sido propuesto por la Diputada de la Democracia Cristiana doña Pilar Salarrullana, es de gran profundidad.

Yo quisiera centrarme en el aspecto más político de este gran debate.

Señor Ministro, el partido en el que usted milita ha proclamado siempre la voluntad de igualar los niveles de salud de la población española a través de un sistema público de Sanidad. En Izquierda Unida, el Partido Comunista de España y el Partido Socialista Unificado de Cataluña, compartíamos el proyecto de la creación de un sistema nacional de Salud en una política de Izquierda que, a través de la planificación a favor de aquellas bolsas de menos niveles de salud, tendiese a hacer que algo tan importante como es el disfrute de la vida y la igualdad de oportunidades de todos ante la enfermedad y ante la muerte, que éste fuese un derecho realmente igual para todos los españoles.

Desde esta premisa, en repetidas elecciones, el Partido en el que usted milita, y cuya política usted aplica, ha hecho esta promesa tan importante y de tanto calado, no sólo sanitario sino político y en el terreno de los derechos humanos. En este sentido, el derecho a la salud, consagrado en nuestra Constitución, como sabe S. S., no está igualmente repartido en nuestra sociedad. Hay bolsas ligadas a los desniveles socioeconómicos, donde los niveles de salud son más bajos, donde las posibilidades de morir se presentan antes, donde las posibilidades de enfermar

son mucho más frecuentes. Usted lo sabe perfectamente, sólo hay que acudir a las encuestas de salud de la población, que su Ministerio y otras instituciones en España practican de forma repetida. Por ejemplo, en el Ayuntamiento de Barcelona es sabido que la esperanza de vida es de casi la mitad en el distrito quinto que en el resto de la ciudad. Uno solo botón de muestra para señalar la importancia de los niveles de salud de la población, que no son iguales y que sólo se igualan si se practica una política activa pública, en favor de los más necesitados.

Señor Ministro, está demostrado en todo el mundo que esta política sólo es eficaz cuando se dirige desde un sistema público con vocación de sistema público y con vocación de universalidad. Es una absoluta incoherencia sanitaria, aparte del juicio de valor que me pueda merecer en el terreno político de la igualdad y de la justicia, pretender seguir diciendo que se va a cumplir la política socialista y anunciar la necesidad de privatizar ciertos segmentos de la oferta sanitaria. Esta es naturalmente una política, pero en ningún caso es la política que ustedes habían prometido, si es que hemos de tomar al pie de la letra, en su sentido político más profundo, no en el sentido de los márgenes de un sistema sanitario, sus palabras en Valencia, si las palabras de importantes funcionarios de su Departamento, las hemos de tomar como un cambio de orientación política.

En definitiva, señor Ministro, señor Presidente, voy a acabar mi intervención haciéndole una pregunta muy simple, pero creo que de gran alcance: ¿Esto es un cambio en la orientación de la política sanitaria del Partido Socialista Obrero Español, señor Ministro? ¿Representa que ustedes abandonan una política de la que han hecho bandera en 1982 y en 1986? Si no es así, me gustaría que lo desmintiese con la misma rotundidad con que usted y los funcionarios que trabajan en su Departamento tantas veces hablan de la necesidad de privatizar el sistema sanitario.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Bernárdez.

El señor **BERNARDEZ ALVAREZ**: Quiero felicitar a la Democracia Cristiana por su inquietud y agradecer al señor Ministro su comparecencia.

Dado que esta comparecencia se enmarca en unos cambios que ha habido en los equipos del Ministerio, como el farmacéutico, señor Ministro, yo quiero hacer constar mi complacencia por el cambio que se ha hecho, no referido a las personas, pues evidentemente yo no conozco al que cesa ni al que entra nuevo, ni tampoco referido a su ideología política, pues supongo que estarán en la misma línea, pero sí porque creo que representan una línea distinta en el Ministerio ya que, de un concepto puramente económico que suponía tener al frente de la Dirección General de Farmacia a un economista, poner ahora a un profesional farmacéutico de prestigio me parece que es querer dar a la Sanidad un rumbo sanitario, que en este momento tengo que reconocer.

También como farmacéutico y poniéndolo por delante

para que la Comisión de Influencias no tenga nada que decirme por el sentido corporativista, tengo que mostrar mi extrañeza por las afirmaciones que ha hecho la portavoz del Grupo Popular cuestionando la facultad del farmacéutico para hacer sustituciones en los medicamentos. En primer lugar, no veo por qué el médico puede conocer mejor el medicamento que el farmacéutico cuando el técnico del medicamento es éste. En segundo lugar, no veo por qué el médico tiene que tener un sentido más deontológico de su profesión que el farmacéutico. En ese sentido, a mí me parece muy bien que se defiendan las patentes, las exclusivas o lo que se quisiera, pero nunca a costa de la profesionalidad de unos señores y mucho menos a costa de la salud de los españoles. A mí me parece aberrante que un enfermo llegue con una receta a una farmacia en un momento determinado y el farmacéutico no pueda sustituir la heparina «pérez» por la heparina «lópez», o quien dice la heparina dice la maicilina, y que el enfermo se quede sin un medicamento, porque vamos a discutir si el medicamento tiene que ser de este laboratorio o de aquél. Me parece que el farmacéutico está capacitado para hacer esa sustitución y lo demás es dudar de la profesionalidad de unos señores que tienen una carrera de tanto prestigio como puede tener otra.

Señor Ministro, en cuanto a la exposición que usted ha hecho, yo estoy de acuerdo tanto con las líneas generales como incluso con los programas concretos. Me parece que lo acaba de decir muy claramente el Portavoz de Izquierda Unida estas líneas han sido recogidas de la oposición, son los criterios que ha mantenido durante largos años la oposición y yo no sé si puede esto considerarse como un fracaso de las primitivas ideas que tenían ustedes, si, como decía el señor Espasa, es un cambio de orientación política, pero la verdad es que yo estoy de acuerdo con las líneas que usted ha expuesto aquí últimamente; me parece que fallan, eso sí, en cuanto a su materialización concreta, estamos siempre hablando de atención primaria, de atención hospitalaria, estamos hablando de un montón de cosas, pero a la hora de la verdad vemos que la Sanidad no mejora.

Señor Ministro, usted ha hablado hoy concretamente de dos cosas. Primero de la coordinación de las comunidades autónomas, yo creo que sí, que se están dando grandes pasos en este terreno, pero me parece que esto exige un estudio muy profundo sobre los problemas que está habiendo en muchas comunidades autónomas, y yo no entiendo cómo a estas alturas, por ejemplo, Galicia no puede asumir las competencias de Insalud debido a la discriminación tan grande que hay en el gasto por asegurado, comparado con otras comunidades autónomas.

Usted hablaba también, señor Ministro, de algo así como potenciar a las corporaciones locales —no sé si era exactamente la palabra— o, por lo menos, paliar los déficit que las corporaciones locales tienen con el gasto sanitario. Yo, señor Ministro, quisiera decirle una cosa que ha surgido hace muy pocos días a propósito de una intervención mía en el Congreso de Diputados en el Pleno. El Presidente de la Diputación de Orense, por cierto un personaje a quien el Partido Socialista acaba de hacerle un

gran servicio, acaba de lanzarle a usted un reto, a través de toda la prensa, acusándole de una deuda importante con la Diputación de Orense de 100 millones de pesetas. No sé si eso es cierto, pero desde luego estas concuctas se contradicen un poco con las afirmaciones que usted acaba de hacer.

De todas formas, señor Ministro, yo no quiero ser pesimista; como decía, en principio estoy de acuerdo con las líneas generales y no sólo con eso, sino que veo en su comportamiento un cierto sentido de humanización de la asistencia sanitaria. Creo que usted está dando muestras de que está en el camino de comprender una cosa para mí muy importante, que es la labor del personal sanitario, me parece que aquí está la base de una buena asistencia sanitaria y que hasta ahora no se le había dado la importancia debida. Creo que no sólo desde el punto de vista económico, sino desde el punto de vista de promoción del profesional sanitario, esto requiere una gran atención, porque será decisivo a la hora de una mejora de la sanidad española y por eso, señor Ministro, en este sentido, yo tengo que felicitarle.

Nada más.

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

El señor **ARNAU NAVARRO**: Intentaré ser breve teniendo en cuenta la hora, pero no tanto como para que me impida llegar a unas conclusiones que considero básicas después de la intervención del señor Ministro, que agradezco; agradezco esa intervención y su nueva comparecencia ante esta Comisión de Política Social y Empleo, y especialmente toda la información relacionada con el cumplimiento de los objetivos de su Ministerio para el ejercicio 1988.

Esta información nos ha permitido comprobar que la reforma sanitaria sigue avanzando progresivamente, pero no ya —diría yo— en términos exclusivamente jurídicos, de circulares, de normas, etcétera, que con ser importantes no lo son tanto como las estadísticas o los indicadores de salud, que están reflejando evidentemente —dígase lo que se quiera—, que los patrones de morbilidad y de mortalidad en España al menos muestran una tendencia similar al resto de los países europeos. Todo este avance se está produciendo tomando como modelo el establecido en la Ley General de Sanidad, el sistema nacional de salud, que como se indica en la Ley de Sanidad, es un modelo público, universal en sus prestaciones, integrador en sus recursos, eficaz en la atención integral de la salud.

En ocasiones vemos que se producen algunas confusiones, incluso por personas teóricamente expertas, tal vez inadvertidamente se habla de agotamiento del modelo, de su fracaso incluso, cuando de hecho lo que se está produciendo es un desarrollo de sus enormes potenciales. Yo creo que los Diputados de esta Comisión debemos ser especialmente rigurosos en el tratamiento de esta problemática sanitaria y tener también muy en cuenta que existen servicios autonómicos de salud, que existe un servicio catalán de salud, un servicio andaluz, un servicio va-

lenciano de salud, y todo ello basado también en ese modelo inalterable establecido en la Ley General de Sanidad.

La financiación tal vez sea uno de los temas más sugestivos que nos podrían proporcionar este debate y esta comparecencia del señor Ministro, y no hay inconveniente por parte del Grupo Socialista en hablar de la financiación, porque ya cuando mantuvimos el debate de la Ley General de Sanidad, y en particular en relación, si no recuerdo mal, con el artículo 79 que ha citado el señor Ministro, ya establecimos nuestra posición. Existen diferentes modos de financiar el sistema nacional de salud, pero, señorías, existen también unos principios básicos en la Ley General de Sanidad, insustituibles, que hacen referencia a la igualdad efectiva en las prestaciones, a que a los poderes públicos les incumbe garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos, a la igualdad de utilización de los servicios sanitarios, etcétera. Es decir, que mientras respecto a los recursos existen unas posibilidades, en relación con los principios lo que existe es una inalterabilidad, lo que existe es un elemento insustituible, y no se han cambiado estos principios, como ha señalado ya el señor Ministro, tanto aquí como en sus declaraciones fuera de la Cámara.

Recuerdo especialmente que en su comparecencia del 7 de abril de 1987 el señor Ministro dijo ante esta Comisión: «No pueden superarse los techos fijados por esta Cámara», y no podía ser de otro modo, evidentemente. Estamos en un sistema democrático en que cada uno tenemos nuestro papel, el Parlamento el nuestro, el Ejecutivo el suyo.

Estamos en una época fundamentalmente de gestión, de desarrollo de esas potencialidades de la Ley General de Sanidad y del servicio nacional de salud. En esta época de gestión es evidente y sería normal que se produjeran conflictos, por eso nos tenemos que alegrar de que se haya llegado a un acuerdo entre el Ministerio y los Sindicatos, en particular CEMATSE, UGT, Comisiones Obreras y CESIT, en relación con los problemas que han planteado estos sindicatos y que están todavía por solucionar-se por parte del Ministerio de Trabajo.

Una Administración democrática debe contar con los ciudadanos en todo caso, y esta política de puertas abiertas que ha practicado siempre el Ministerio de Sanidad, celebramos que la siga practicando en estos momentos, y señor Ministro, ya sabe usted que cuenta en esta política de puertas abiertas, en esta política de diálogo, con el apoyo total del Grupo Socialista. (La señora Salarrullana pide la palabra.)

La señora **SALARRULLANA DE VERDA**: Para una cuestión de orden. Quería preguntar al señor Presidente por qué se ha seguido un turno como el que hemos efectuado en esta comparecencia, empezando de mayor a menor la intervención de los grupos y, sin embargo, el Grupo Socialista ha sido el último en intervenir. ¿Qué turno se ha seguido? ¿De mayor a menor? ¿De menor a mayor? Los Diputados estamos un poco asombrados porque no entendemos bien el turno de intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Salarrullana, este turno lo estamos siguiendo desde el principio de la legislatura. Por indicación de la Mesa de la Cámara y acuerdo de todos los Presidentes, en todas las Comisiones las intervenciones son de mayor a menor, reservándose al Grupo mayoritario el último turno en todo tipo de debates. Por tanto, no es ésta una excepción; siempre ha sido así. Se empieza por Coalición Popular y se acaba por el Grupo Socialista en todas las sesiones de esta Comisión.

El señor Ministro tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Por lo que veo, no hay mucho acuerdo entre lo que dicen los diferentes grupos de la oposición, puesto que acabo de oír que algunos de sus portavoces afirman que aquí se ha oído lo mismo que otras veces; otros dicen que, sin embargo, se han oído cosas distintas. Esto ha tenido en algún momento un cierto aire pirandelliano; cada uno ha querido entender lo que ha querido entender. En política sucede frecuentemente esto, y cuando un gobierno o un partido político cambia se le critica porque cambia; cuando no cambia, se le critica porque no cambia. Es una vieja utilización de las palabras y de las actitudes políticas y no hay que asombrarse de ello. Cuando una política se realiza directamente por el Gobierno, se critica porque no se consulta a la oposición y a la sociedad. Cuando se hace un debate, se dice que se evita el desgaste por parte del Gobierno y se lanza la responsabilidad sobre la oposición y sobre la sociedad; esto se ha oído también hoy aquí. O cuando no se presenta un buen programa se critica porque el programa no es bueno y cuando se presenta un buen programa porque no está ejecutado ya, aunque, como en este caso, el tiempo para ejecutarlo inevitablemente no sea corto.

A mí me ha recordado incluso alguna intervención, concretamente la del señor Espasa, un libro que yo leí hace mucho tiempo, «La miseria del historicismo», de Popper, donde se hace previamente una cierta caricatura del historicismo —en este caso del marxismo— y luego se le critica ferozmente. Uno concluye el libro diciendo: Bueno, señor Popper, esto no es lo que de verdad constituye el centro del historicismo; el libro no ha servido para mucho. Algunas otras intervenciones me ha parecido que se hacían desde una personalidad muy dividida. Por una parte se estaba muy de acuerdo con lo que se estaba diciendo (incluso en algún caso se ha dicho «nos ha quitado usted las ideas»), pero luego se ha criticado porque se decía lo que se decía. Esto ha sido particularmente claro en el Grupo Popular. Yo creo que esto forma parte de la dialéctica parlamentaria y no me quejo de ello. Me parece que es completamente legítimo. Incluso esperaba que iba a suceder esto. Por tanto, no hemos avanzado mucho en el debate que se quiere suscitar, que es un debate que está llevándose a cabo en toda Europa.

Señora Salarrullana, si tiene usted ocasión, en sus viajes en tren, léase el «Newsweek» de esta semana. Se dice: «Los sistemas europeos de salud en crisis»; «Surgery Needed», es decir, intervención quirúrgica necesitada. Por cierto, se hace una crítica de España; así puede utilizarla

en las próximas comparecencias. O se puede leer todo lo que aquí yo he mencionado. Yo tengo la seguridad de que el verano permitirá hacer uso de estas lecturas y, por cierto, me parece que es la más recomendable de todas la que compara los regímenes de Seguridad Social en todos los países comunitarios. En la decimocuarta edición, que pongo a la disposición de todos ustedes, se habla sobre cómo se prestan esos regímenes de Seguridad Social en los doce países miembros, dónde se aporta, dónde no se aporta, dónde se hace en régimen de colaboración con lo privado, dónde no se hace; hablaremos en otoño con este papel encima de la mesa. Para ampliar un poco más la perspectiva histórica hablemos de todos los países desarrollados, sacamos el informe de la OCDE, tenemos los 24 países que lo componen y podemos hablar ya de cosas concretas. Por tanto, yo creo que el verano enriquecerá las posiciones de todos nosotros y nos permitirá volver a debatir, porque éste es un asunto nada frívolo y no se puede resolver hoy ni lo resolveremos probablemente en los próximos meses. Es uno de los debates clave (yo he citado a Alain Touraine precisamente) en todos los países desarrollados. Incluso está en discusión el concepto de lo que es un servicio sanitario en estos momentos y su diferencia con el social. Yo lo he mencionado muy deprisa a lo largo de mi intervención, pero sobre ello podré volver a hablar en el otoño o cuando ustedes lo estimen conveniente.

Sobre el cambio de política, yo creo que el señor Arnau ha sido especialmente claro. Yo dije también que los criterios, las líneas se van concretando, se van materializando, se van matizando a medida que se hacen realidad, a medida que se aplican. Por eso, obviamente, la realidad también se va enriqueciendo en relación con la política que uno propone.

Yo me extraño un poco al ver que se hacen afirmaciones tan categóricas como hacía el representante del CDS, señor Revilla, al decir globalmente política fracasada. Yo creo que estamos en unos tiempos en que ya no se lleva esto de blanco o negro, sino que se va mucho más a los matices, a decir las cosas de una manera menos tajante. Yo no creo que sea fracasada una política que ha permitido elaborar una Ley General de Sanidad, que se está demostrando que es un marco bastante moderno y bastante flexible, en línea con lo que se dice en la OMS y con lo que están haciendo otros países parecidos al nuestro. Una política que ha puesto en marcha centros de salud todavía insuficientes, todavía llenos de problemas, obviamente, pero que son demandados por la población, porque comparan lo que era antes la atención primaria y lo que es ahora —donde la hay—, donde además se tiene que aplicar con un criterio también flexible, y de hecho se está haciendo así. Los problemas no van a ser iguales en virtud del lugar de España que consideremos; no van a ser iguales en Andalucía que en la Cornisa Cantábrica, montañosa y con población dispersa.

No es fracaso tampoco haber puesto en marcha todo un sistema de hospitales comarcales, rompiendo con la idea del hospital mastodóntico que había en nuestro país hasta finales de los años setenta. Se han puesto en marcha

27 hospitales desde 1982 hasta la fecha, algunos iniciados en la legislatura anterior a 1982, que todo hay que decirlo. Por eso, cuando se le pregunta a alguien de Medina del Campo, de Burela o del Barco de Valdeorras cuándo estaba mejor la asistencia, antes o ahora, dice que por supuesto ahora. Es lógico, y así debe ser. La gente que está muy lejos de Madrid o de las capitales de provincias también tienen derecho al acceso a los servicios, como ocurre en estas grandes capitales.

No es fracaso tampoco la reforma que poco a poco se va alcanzando en los ambulatorios. A mí me hacen críticas y me dicen que los ambulatorios están mal. Yo digo que depende, que hay unos que están mal y otros que están bien. Yo los veo, señorías. Y en los ambulatorios del sur de Madrid, por ejemplo, la radiología es mejor que en muchos hospitales regionales de antes. O hay autonormalizadores. Y este año cuando termine el ejercicio habrá autonormalizadores en una gran parte de los ambulatorios gestionados por el INSALUD, con lo cual se hacen cada vez más análisis y cada vez de descubren menos patologías. Eso es prevención, ésa es la política moderna en materia de salud.

No es fracaso tampoco la introducción de equipos y de criterios de gestión inexistentes antes de 1982 en nuestro país y cuya necesidad ya se comprende, nadie la discute. Alguien tan poco sospechoso de connivencia con el Ministerio como el Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, doctor Matos, decía hace poco en la prensa que desde luego se gestiona mejor que antes.

No es fracaso tampoco la integración de redes, de la cual se hablaba mucho antes de 1982, en los años setenta, pero no se integraban los clínicos, por cierto tarea difícilísima, precisamente por el estado de escasa inversión por el que habían atravesado. Ahora nos cuesta muchísimo dinero reponer el conjunto de aparatos y mejorar los edificios. Se hablaba mucho de la unificación de redes, pero se ha hecho con esta política, la de la AISNA. También la unificación de regímenes de personal, con todos los problemas que puede llevar consigo, señor Botella, que lleva muchos, y a veces se cometen errores administrativos que yo reconozco y que intento resolver cuando usted me los menciona. Pero se hablaba también mucho de esto y no se ha hecho hasta ahora, hasta este período. Las transferencias a las comunidades autónomas, que a veces tienen dificultades, como la de Galicia precisamente, por la desigualdad de gasto por persona en Galicia y en el resto de España, que hay que resolver y que se está en ello, señor Bernárdez.

Y últimamente estamos empeñados en que vaya rápido, aunque encontramos dificultades que no son achacables a nosotros. Quizá usted tenga cierta influencia con el Consejo Social de la Universidad de Santiago y podamos resolver algún pequeño problema que hay allí, como la apertura del Hospital Materno-infantil; quizá tenga usted más influencia en ese sentido que el propio Ministerio. La autonomía universitaria hay que respetarla desde el Gobierno.

No es fracaso tampoco la introducción de la política de salud para todos en el año 2000, que empieza a llevarse

a cabo y que es un enfoque que va siendo compartido cada vez más por todos los profesionales. Y conviene que a través de las discusiones de los debates en esta Cámara vaya llegando a todos los ciudadanos esa política preventiva que tanto se ha reclamado desde la izquierda y desde la derecha, pero que se empieza a hacer realidad ahora. Por tanto, yo creo que no se pueden hacer grandes afirmaciones de blanco o negro, fracaso total o éxito total. En materia política en casi nada ocurre esto, y en materia sanitaria más difícilmente todavía.

Y es obvio, además, señora Izquierdo, que la Ley General de Sanidad, se haga lo que se haga y diga lo que se diga cualquier gobierno, nos obliga, en primer lugar, a caminar hacia un sistema nacional de salud, que es en la práctica un servicio nacional de salud, mayoritariamente público, pero que está complementado por lo privado. En otra comparecencia podré darles datos muy detallados del informe que antes mencioné sobre la composición público-privada de nuestra oferta, de cómo el ruego de nuestra oferta, por razones históricas y razones de evolución institucional, es público y va a seguir siendo público. Por tanto, configura lo básico de un sistema nacional de salud, que es en realidad un servicio nacional de salud. Lo que pasa es que es un servicio distinto del que tiene en la cabeza probablemente alguna de SS. SS. No es el inglés, en la medida de que está administrado por las comunidades autónomas, está descentralizado y cuenta con un porcentaje de aportación privada posiblemente mayor que el que hay en Inglaterra. Usted sabe que precisamente se camina ahora a ampliarla un poco. En cualquier caso se camina de manera indefectible hacia un servicio nacional de salud, si bien flexible y pragmático. Y la Ley General de Sanidad, se haga lo que se haga, obliga a que se garantice la gratuidad a las personas con menos rentas, que se garantice la gratuidad de los tratamientos a enfermos crónicos, que se garantice la gratuidad de la asistencia a ancianos que no llegan a una determinada renta. La misma Ley General de Sanidad, en el artículo que antes leía a la señora Salarrullana, deja bien claro que éste es el objetivo de medidas como las tasas, previstas en la ley. Digo esto porque la señora Salarrullana decía hace poco —ya que estamos hoy de periódicos— que las declaraciones del Ministro en Valencia van en contra de la Ley General de Sanidad. Pero si la Ley General de Sanidad en el artículo 79 c) dice que una fuente de financiación pueden ser las tasas, sin carácter financiero, con carácter disuasorio más bien estimulador del uso racional, pero no con carácter financiero. En ningún país del mundo se recauda gran cantidad a través de estas tasas y existen en muchos; léanse lo que les decía antes y lo verán.

Yendo ya a algunas de las afirmaciones concretas de SS. SS., la señora Izquierdo hablaba de declaraciones y de informaciones en prensa. Algunas de ellas se referían a un Consejo de Ministros, que por su naturaleza son reservados, discretos y yo no puedo hacer comentarios sobre lo que allí se ha dicho. Por tanto, no voy a matizar nada de esa información que ella mencionó, pero sí voy a matizarle un poco que cuando se está hablando de cubrir para el año que viene a un mayor porcentaje de pobla-

ción —se está hablando más o menos del 98 por ciento, dejando un dos por ciento de personas que son muy pudientes; en el futuro ya se verá si se les cubre también a ellas, supongo que sí—, lo que se dice es que de momento vamos a hacer el esfuerzo en el año 1989 para cubrir a todas las personas que han estado acogidas hasta ahora a la beneficencia o que pudiendo estarlo no lo están; en 1989 se hará y eso nos dará aproximadamente un 98 por ciento, que es un 1,8/2 puntos más de lo que ahora está cubierto, que es el 96 y no el 90.

Respecto a las reflexiones que hizo sobre medicamentos y su prescripción tras eso está en el proyecto de la ley del medicamento que S. S. conoce. Por tanto, no está en informaciones de prensa, sino que están en el proyecto de ley del medicamento que veremos en esta Cámara, supongo que en el otoño, y que podremos debatir en todos sus extremos.

Me ha sorprendido —y ya termino los comentarios sobre su intervención— lo que ha dicho tan tajantemente sobre que su partido político nunca aceptará... Para empezar, su partido político está totalmente de acuerdo con estas cosas que aquí se han dicho, porque son sensatísimas y su partido es sensato. Y además es que lo acaba de decir. El señor López de la Osa, Presidente de Sanidad de AP, lo ha dicho con una claridad aplastante. Ha hablado, además, de algo que a mí me ha satisfecho, porque es que ha hablado de un sistema nacional de salud que es un servicio nacional de salud, diciendo que se propone en la alternativa aliancista la creación de una red única que englobe a los centros privados, públicos, y a todos los médicos. Estamos de acuerdo; eso es un servicio nacional de salud. Luego ha dicho que el sistema de financiación de determinado modelo de sanidad en libertad se fija a través de una progresiva participación económica del Estado —estoy totalmente de acuerdo y a eso vamos— y de una mayor aportación del usuario por los servicios sanitarios; pago de la consulta médica y en los servicios hospitalarios. Va incluso más allá de lo que yo digo. Habla, por ejemplo, de un incremento de al menos un 1 por ciento para sanidad, dentro del producto interior bruto, en un período de cinco o seis años. Yo creo que incluso podremos llegar un poco antes, tres o cuatro años. Hay un gran acuerdo.

El mismo acuerdo que hay con el señor Revilla, que hace poco escribió un artículo, por cierto en el mismo medio, en el que hablaba en semejantes términos —además muy bien explicado— del coste y de los pacientes. Perfecto; estamos de acuerdo también. De ahí que no sean procedentes las afirmaciones tajantes de que nunca se aceptará, de este agua no beberé... En política normalmente eso no puede ser. El señor Revilla ha pedido que se aclare el debate hoy, aunque luego también muy sensatamente ha dicho que no era exactamente el momento porque hay que dejar tiempo, etcétera. Estamos totalmente de acuerdo.

La señora Salarrullana ha hecho afirmaciones también excesivamente trascendentes. Yo no creo mucho en la trascendencia de ningún tipo y por eso suelo ser muy prudente y muy pragmático. Por ejemplo ha dicho que se van

a preguntar los ciudadanos que por qué pagar cuando no se da asistencia. Asistencia sí se da. Precisamente se ha dicho que la asistencia no puede crecer en prestaciones hasta el infinito porque inmediatamente los propios ciudadanos, como contribuyentes, tendrán algo que decir. Señoría, lo que está detrás del debate sobre la asistencia sanitaria en todos los países del mundo es algo muy sencillo. Es la contradicción entre los intereses individuales del ciudadano paciente y los intereses colectivos del conjunto de ciudadanos contribuyentes. Eso es lo que está en debate al final de todo lo que se habla. Ha dicho muchos tópicos, ha hecho muchas críticas dispersas, algunas fundadas, otras menos fundadas, algunas razonables, otras en absoluto. Y al final le tengo que decir que la oposición también es responsable y también tiene poder y también tiene autoridad, porque representa. Por tanto, no se puede pedir alegremente todo. La oposición está obligada a reflexionar y a ver qué ocurre cuando se pide todo, de dónde se saca ese todo.

Yo tengo que agradecer al señor Botella su limitada confianza; algo es algo. Se lo agradezco porque sus palabras han sido muy amables. Ha hecho críticas a las limitaciones de la oferta. Estoy totalmente de acuerdo en algunas cosas de las que ha dicho. Nuestra oferta necesita ser incrementada, totalmente de acuerdo. Ha hablado de defectos en la gestión; parcialmente también de acuerdo. Hay defectos en la gestión, muy concretos, que se tiende a mejorar.

El señor Espasa no estuvo en la lectura de mi intervención y probablemente por eso ha hecho afirmaciones también excesivamente tajantes. Por ejemplo ha hecho una referencia al carácter redistributivo que tiene que tener el sistema sanitario; yo estoy totalmente de acuerdo. Lo dije anteayer en una conferencia que di en la Sede del Movimiento Europeo Español. Es un punto que no se puede olvidar de toda la política sanitaria. Ha venido muy bien reflejado en algún medio de comunicación. Sobre el cambio y las reflexiones que ha hecho, el mismo temor sobre que no se cumpla lo previsto en la Ley General de Sanidad y no se garantice la gratuidad a las personas con menor renta, a los crónicos, a los ancianos, le tengo que decir lo mismo que mencioné al principio, que eso está previsto en la propia Ley. Y estoy muy de acuerdo con él cuando habla de que el modelo de servicio nacional de salud es el más barato. Italia decidió en 1978 ir a él; muchos países europeos están tendiendo a él, con un concepto más flexible que el que tenía el sistema inglés, por supuesto. Y lo que está fuera de toda duda y está en toda la literatura, en todos los datos y en todos los papeles que uno puede leer es que al final es el sistema más barato y que iguala mejor a los ciudadanos. Con respecto a eso yo no puedo dejar de estar de acuerdo. Igual que estoy de acuerdo con algunas de las afirmaciones que ha hecho algún representante de Izquierda Unida, y ya más concretamente del partido mayoritario de esa coalición, el Partido Comunista de España, que decía hace poco en un medio de comunicación que tal vez el Ministro lo que proponga en realidad es una tasa disuasoria para evitar determinados abusos. Por ahí se va. Parece que también con

el PCE tenemos bastante acuerdo y esto es bueno. (Risas.)

También tengo que agradecer mucho las amables palabras del señor Bernárdez, amabilísimas. Con relación a las diputaciones, le aclaro lo que decía el texto de mi conferencia en las Jornadas de Coordinación. Tenemos que compensar algunos de los efectos negativos de los cambios de la imposición indirecta, y que se están reflejando en una mayor dificultad de muchas corporaciones provinciales para hacer frente a sus obligaciones derivadas de titularidad de hospitales. Tenemos que hacer frente y se está en ello, se está hablando con los Ministros de Hacienda y de Administraciones Públicas. Yo creo que se mejorará en el año 1989 en ese sentido y en uno complementario, que ya se ha materializado, que es la mejora de los conciertos. Recientemente se ha puesto al día la tarifa en lo que se refiere no solamente al año 1987, sino también al año 1988. Por primera vez desde hace muchísimo tiempo estamos al día en cuanto a actualización de tarifas. Yo creo que eso será un alivio para la Diputación de Orense. En cualquier caso se está en estudio de mejorar por esa vía y por la otra. Necesitamos las plazas hospitalarias de las diputaciones, necesitamos su experiencia en este terreno, necesitamos a los profesionales de que disponen, que suelen ser muy buenos. En ese aspecto hay que hacer un esfuerzo de coordinación con las comunidades autónomas y con las diputaciones, también con algunas corporaciones locales que tienen establecimientos hospitalarios que son imprescindibles.

Ha habido una intervención que ha sido especialmente sincera, la del señor Hinojosa, y por eso dejo para el final comentar algunos de los aspectos que contenía. Yo agradezco su sinceridad crítica hacia los servicios que presta la Seguridad Social, que en gran medida, como ha sugerido, en una autocrítica, ya que en Cataluña es el Instituto Catalán de la Salud el que gestiona esos servicios. Compartimos en gran medida esa autocrítica, señor Hinojosa. Y yo debo decirle que no se pasan buenos ratos en este Ministerio precisamente por los argumentos que usted ha dado, porque cuando algo no funciona bien, cuando el dinero no llega, alguien lo está sufriendo. Esto no se puede olvidar. Y cuando hay un conflicto ocurre lo mismo; alguien paga ese conflicto y es el paciente. Por eso se pasan muy malos ratos en este Ministerio, y no es un Ministerio fácil, especialmente en ese terreno ya más personal y más íntimo del cual difícilmente se puede hablar. Me han oído hablar ustedes de esto hoy. No volveré a repetirlo, si ustedes por lo menos no lo mencionan. Pero agradezco que usted lo haya enfocado así, porque me permite por lo menos decirlo una sola vez. Mi obligación es aguantar todo eso sin decir nada, y así ha sido y así será. Pero le agradezco que por una vez lo haya situado en ese terreno más profundamente humano. Sufre más indudablemente el que experimenta esas incomodidades, esos errores, esa falta de recursos, pero sufre también el que lo conoce y el que tiene responsabilidad de que eso con el paso del tiempo vaya mejorando.

Estamos, señoría, en una situación muy difícil porque la demanda está aumentando a una velocidad grande y, además, es lógico que sea así. Estamos enfrentándonos a

un progresivo envejecimiento de la población española, a un incremento de las enfermedades del desarrollo, enfermedades circulatorias, enfermedades cardiovasculares en general. Por eso, hay que ser muy cuidadoso en política de promoción de la salud. Al mismo tiempo, estamos haciendo frente a una mayor conciencia de todos los ciudadanos españoles con relación a su cuerpo, a su bienestar físico, y es lógico que sea así porque la renta va aumentando, y a un mejor acceso a los servicios. Muchas personas que no tenían ahora, mencioné los hospitales comarcales y otros muchos. Esto hace que la demanda sea cada vez mayor y que comprenda una demanda real, cierta, justificada, y una demanda también en vano, no tanto basada en una patología sino en el bienestar físico, una frontera muy difícil de establecer. Pero S. S. sabe, porque les está pasando igual en Cataluña, conoce las cifras de urgencias y sabe lo que contienen, sabe que el 60 ó el 70 por ciento de esas urgencias son en vano, se pueden atender en una atención primaria. Puede haber problemas en la atención primaria, no lo dudo, pero el hospital ofrece tal atracción que a veces se descuidan problemas reales ante esa gran avalancha y se producen problemas como el que mencionó S. S. Eso es grave y eso se lo tenemos que explicar todos a la población española, todos, señora Salarrullana, sobre todo los que como usted tienen cierta capacidad para llegar a la población, explicando que los servicios se tienen que usar también de forma racional porque, si no, ocurren esos graves problemas que decía el señor Hinojosa. Por eso hay que hacer un gran esfuerzo de explicación, un gran esfuerzo de humanización, y un esfuerzo de trato y de tacto en las organizaciones hospitalarias y también en la atención primaria.

Yo no tengo más que añadir, señor Presidente. Muchísimas gracias a usted y también a sus señorías.

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

Acabado el trámite de la comparecencia y agotado el... (La señora Izquierdo Arija pide la palabra.) La señora Izquierdo tiene la palabra.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Señor Presidente, por alusiones quisiera contestar al representante de la minoría gallega y al señor Ministro también, porque yo creo que me ha contradicho o, de lo contrario, yo no me he sabido expresar y ha malinterpretado mis palabras en un determinado momento.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Izquierdo, normal-

mente, el hacer usted una intervención respecto a la del señor Ministro, por cortesía parlamentaria y también por el desarrollo lógico del debate éste ha de hacer alusión a sus planteamientos y marcar las diferencias si no está de acuerdo. Por tanto, no ha lugar a una contradicción en términos exactos.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Yo pienso que o no me expresado bien o él no me ha interpretado correctamente en una cosa.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Izquierdo, no he encontrado motivos de fondo que permitan este turno. No está previsto en el Reglamento abrir un turno de réplica a la intervención del Ministro, y está establecido lógicamente que cierra el debate de la comparecencia.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: ¿Ni por alusiones tampoco?

El señor **PRESIDENTE**: ¿Alusiones por el señor Bernárdez? Le doy un minuto, señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: De acuerdo, muchísimas gracias.

Sólo quiero decirle al representante de Coalición Galega que yo no tengo nada contra la honorabilidad de los farmacéuticos y, además, no me he referido en mi intervención absolutamente para nada a ellos. Pero sí le quisiera decir que si ellos tienen la facultad de sustituir un medicamento por otro, la responsabilidad de lo que pueda suceder con ese medicamento supongo que estará en ellos y no en el médico. Si asumen el cambio que asuman también la responsabilidad. Aparte de eso, yo quisiera decirle que muchos farmacéuticos, y conozco bastantes, tienen la Farmacia como carrera pero también como comercio y, por tanto,...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Izquierdo, creo que ese tema no corresponde exactamente a la alusión. Por tanto, acabados los temas, espero que el señor Bernárdez no pida la palabra...

El señor **BERNADEZ ALVAREZ**: No, porque ya se ha contestado. (Risas.)

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

Eran las dos 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